



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

PRINCÍPIO DA UNIVERSALIDADE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): EM
POLÍTICAS NEOLIBERAIS

João Pessoa – PB
2020

Arinaldo Brito de França

**PRINCÍPIO DA UNIVERSALIDADE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): EM
POLÍTICAS NEOLIBERAIS**

Trabalho de conclusão de curso a ser apresentado como requisito para obtenção de diploma do curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), para aferição de conceito avaliativo, sob a orientação das Professoras Dra. Maria de Fátima Leite Gomes e Dra. Luziana Ramalho Ribeiro.

João Pessoa – PB

2020

ARINALDO BRITO DE FRANÇA

**PRINCÍPIO DA UNIVERSALIDADE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): EM
POLÍTICAS NEOLIBERAIS
(PRINCÍPIO DA UNIVERSALIZAÇÃO NO SUS)**

Monografia do curso de Serviço Social em Ciências Sociais do Centro de Ciências Humanas Letras e Artes, da Universidade Federal da Paraíba. Em cumprimento das exigências para obtenção do grau de Bacharelado em Serviço Social.

Aprovada em: 11 de agosto de 2020.

Banca Examinadora:

Prof. Dra. LUZIANA RAMALHO RIBEIRO – DCS/UFPB
(Orientador)

Prof. Dra. ANA LÚCIA BATISTA AURINO – DCS/UFPB
(Examinadora)

Me. ALINE MARIA FREIRE DA ROCHA ALMEIDA – (INSTITUTO CÂNDIDA
VARGAS/ SERVIÇO SOCIAL)
(Examinadora)

AGRADECIMENTOS

Agradeço especialmente à minha família; esposa, filho, irmãos e tias, que me apoiaram e incentivaram desde o início desta caminhada, mais que isso, em alguns momentos meu filho participou efetivamente em sala de aula, servindo assim como fonte inspiradora. Aos amigos que construí ao longo desta caminhada, que me apoiaram e incentivaram, acreditando no meu potencial e ainda àqueles que construí ao longo da vida, sem os quais minha trajetória e formação profissional não teria sido a mesma tão valorosa, os levarei comigo até o fim de meus dias.

Ao corpo docente do curso de Serviço Social da UFPB, a todos que tive a oportunidade e o prazer de chamar de professor, agradeço por serem profissionais qualificados e habilitados ao aprendizado, pelo compromisso com a profissão, pela vontade de querer fazer de seus alunos pessoas melhores, pela dedicação, pelo desempenho, pelo respeito, pela transmissão do conhecimento, pelo divertimento, e até mesmo pelos puxões de orelha. Agradeço pelas valorosas lições que foram concebidas em sala de aula, por terem sido muitas vezes mais que professores, mas amigos (as) e companheiros (as).

Quero externar minha gratidão às professoras orientadoras, Dra. Maria de Fátima Leite Gomes e Dra. Luziana Ramalho Ribeiro, que me acompanham na construção deste projeto, obrigado pela paciência, aprendizagem e dedicação, guardarei todos com muito carinho e admiração. Por fim, agradeço a todos aqueles que se fizeram presentes em cada momento, em cada conquista e em cada percalço encontrado ao longo desta caminhada.

“O segredo da mercadoria não reside em algum conteúdo escondido sob sua forma, mas em sua própria forma”

(Karl Marx)

RESUMO

Trabalho de conclusão de curso de graduação em Serviço Social, escrito a partir dos conhecimentos adquiridos ao longo da formação. Este trabalho tem como objetivo central pesquisar sobre os rebatimentos a partir das Políticas Neoliberais no processo de Universalização da Saúde no Brasil. Tal estudo teve como objetivo pesquisar e analisar os rebatimentos sobre a universalização dos serviços em saúde a partir dos ideais Neoliberais em nosso país e, identificar se as políticas voltadas para o setor são de Governo ou Estado. O estudo está baseado em procedimentos metodológicos que serão adotados em Pesquisa Social de caráter bibliográfico e documental, que se desenvolveu buscando explicar o problema a partir de estudos publicadas em diversos tipos de fontes como: livros, artigos, sites governamentais, publicações técnicas e institucionais e; legislação. Buscamos ampliarmos o grau de conhecimento sobre o objeto de estudo, para nos capacitarmos, compreendermos e delimitarmos o problema da pesquisa. A escolha por esta metodologia se deu pelo fato de permitir a obtenção de novos conhecimentos no campo da realidade social. Realidade social é entendida aqui em sentido bastante amplo, envolvendo todos os aspectos relativos ao homem (ser social) em seus múltiplos relacionamentos com outros homens e instituições sociais. Quanto às fontes utilizadas, recorreremos a autores que desenvolveram sua pesquisa no campo das Ciências Sociais, mais especificamente e, sobretudo aos que promoveram uma análise crítica sobre a objetivação dos direitos sociais voltados a Saúde da classe trabalhadora. Neste caso, usaremos também fontes diversificadas e dispersas, sem tratamento analítico, tais como: tabelas estatísticas, jornais, revistas, relatórios, documentos oficiais, reportagens, sites, relatórios governamentais, etc. Para chegar ao objetivo proposto serão apresentados conjuntura e contexto histórico desde o processo de redemocratização e constituição de 1988 até os dias atuais, enfocando os embates e a trajetória da política da Saúde no Brasil, será feita uma análise no processo histórico de desenvolvimento do SUS desde sua implantação passando pelos processos de reestruturação, explicitando seus princípios essenciais, a partir das políticas públicas instauradas em cada governo, retratando as importantes conquistas e os retrocessos no sistema de saúde. Identificar a influência do Neoliberalismo em Políticas de Saúde, apresentando os avanços e regressões destas políticas no contexto Neoliberal a partir de 1990 até dias atuais, também será analisada a relação entre neoliberalismo e as reconfigurações dessas políticas, mostrando de que forma as mudanças ocorridas, a partir da instauração do sistema econômico Capitalista Neoliberal interferem nos serviços de saúde ofertados aos usuários (as). Em destaque aos projetos emancipatórios que defendam uma saúde pública e universal além da mercadoria.

Palavras-chave: Universalidade, Políticas Públicas, SUS, Neoliberalismo.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	05
CAPÍTULO 1.....	09
1. POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: ASPECTOS HISTÓRICOS, POLÍTICOS E ECONÔMICOS A PARTIR DA CONSTITUIÇÃO DE 1988.....	09
1.1 A Política de Saúde e o processo de redemocratização brasileira....	17
1.2 Uma análise da Política de Saúde a partir da Constituição de 1988.....	25
CAPÍTULO 2.....	30
2. O SUS DE 1990 AOS DIAS ATUAIS: AVANÇOS E RETROCESSOS.....	30
2.1 Política de saúde em tempos neoliberais: expressões da privatização.....	36
2.2 Política de saúde em tempos do Neodesenvolvimentismo.....	37
2.3 Política de saúde e o retorno ao Conservadorismo.....	40
CAPÍTULO 3.....	44
3. IMPLICAÇÕES DOS ATAQUES NEOLIBERAIS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE.....	44
3.1 O Serviço Social na Política de Saúde e as tensões do cotidiano profissional.....	48
3.2 Os desafios para a efetivação do Projeto ético-político na Saúde.....	51
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
5. REFERÊNCIAS.....	58

INTRODUÇÃO

A proposta da pesquisa está centrada sobre a temática do conhecimento sobre os princípios da Universalidade no Sistema Único de Saúde (SUS)¹ em Políticas Neoliberais. Resultado de observações nos Estágios I e II, onde surge o interesse em pesquisar sobre os rebatimentos a partir das políticas Neoliberais no processo de Universalização² de Saúde no Brasil.

Nesta perspectiva, nossa pesquisa se constitui como um trabalho de conclusão de curso e tem por objetivo, a exposição dos processos concretos de precarização da Política de Saúde a partir das ideologias neoliberais, objetivando demonstrar especificamente de que forma esse processo rebate sobre a oferta dos serviços aos usuários e sobre o trabalho de Assistentes Sociais no campo da Política de Saúde Brasileira.

Diante do exposto, nossa motivação para escolha do tema se deu pelo o interesse pessoal em discutir as políticas públicas na área da saúde, pois acreditamos que se trata de uma área onde a atuação do profissional em Serviço Social pode contribuir na efetivação destas no setor.

Nosso trabalho está articulado à produção de conhecimento no campo das ciências sociais, buscando proporcionar reflexões sobre as políticas sociais brasileiras, o posicionamento do Estado e da Sociedade Civil, e do trabalho³ desenvolvido pelo Serviço Social nos dias atuais. Pela necessidade de expor o contexto sócio-histórico do processo de institucionalização e efetivação da Política de Saúde ao longo de seu desenvolvimento, assim como, os atuais processos de gestão da mesma e, pela necessidade de retratar a inserção do profissional em

¹ SUS criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas leis 8080/90 e 8142/90 relativas à participação da população nos serviços. A Lei Orgânica da Saúde (8080/90), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, trata dos princípios e diretrizes do SUS. Segundo esse aparato jurídico, as ações e os serviços que integram o SUS devem ser desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo a princípios éticos doutrinários (universalidade, equidade e integralidade) e organizativos (descentralização, regionalização, hierarquização e participação social).

² Universalização: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais. Fonte://<<https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>> acesso em 31 mar. 2020

³ O termo 'trabalho' utilizado aqui está fundamentado na concepção de trabalho em Marx, trata-se de uma categoria explicativa da atividade sob o aspecto de transformação material e de valorização do capital, que se encaixa em um sistema mais amplo, que é o processo de produção material da existência no capitalismo (MARX, 1983).

Serviço Social brasileiro nas políticas públicas, para que em seguida possa se discutir os processos de precarização dessas relações, mais precisamente entre sociedade e estado.

Buscaremos aqui pesquisar sobre contexto sócio-histórico e o processo de institucionalização e efetivação da Política de Saúde ao longo do processo de redemocratização do Brasil, assim como, os atuais processos de gestão da mesma, buscando retratar as alterações das políticas públicas vinculadas ao estado brasileiro, neste sentido, o objetivo central será identificar os processos de precarização e, os rebatimentos sobre a efetivação do acesso Universal as Políticas de Saúde e a atuação profissional dos Assistentes Sociais no setor. Para tanto, a pretensão da pesquisa é enfrentar a problemática da saúde no contexto apresentado, a partir de uma leitura crítica sobre os retrocessos e avanços.

Sendo assim, necessário analisar não somente a aparência desse complexo tema, mas, principalmente, a essência desse debate, o que implica responder à seguinte questão: **investigar como as políticas nos governos Neoliberais, após a constituição de 1988 atuam no sentido de garantir o direito ao acesso universal no Sistema Único de Saúde (SUS). Como se dá a origem e desenvolvimento do direito fundamental à saúde desde sua institucionalização até a conjuntura atual, tendo em vista as mudanças jurídicas, políticas e econômicas, avanços e retrocessos que perpassaram o direito à Saúde Universal no Brasil no decorrer desse período e quais as alternativas para sua completa efetivação?**

Partindo dessa questão central, primeiramente analisaremos a institucionalização do direito à saúde no contexto da redemocratização, tendo como ponto de partida a década de 1970 e os desdobramentos desse processo na década seguinte, refletindo os impactos da implementação do ideário neoliberal no Brasil. Trazer a reflexão sobre a pergunta: **pesquisar sobre as políticas públicas voltadas à saúde, após a constituição de 1988. Como se dá o desenvolvimento do direito à saúde no Brasil, a partir dos embates e lutas até os dias atuais?**

Trazer as questões em relação aos retrocessos institucionais, buscando responder à indagação: **quais os reflexos desses retrocessos nas políticas públicas de saúde a partir da perspectiva Neoliberal?**

Por fim, buscaremos trazer reflexões elaboradas ao longo dessa pesquisa, sobre avanços, retrocessos políticos, econômicos e sociais perpetrados contra a

efetivação do direito à saúde no país, por meio da resposta ao seguinte questionamento: **as políticas voltadas à saúde funcionam como programas de Estado ou Governo. Baseado no princípio fundamental e instrumento para a efetivação do direito à saúde Universal no Brasil, conforme a Constituição da República de 1988?**

Portanto, discutiremos sobre os embates e lutas, que culminaram do projeto de desenvolvimento e efetivação do direito constitucional à saúde, tomando como enfoque períodos históricos passados e recentes, em que a dialética do enfrentamento entre a resistência e a hegemonia resultaram em discussões aprofundadas e, os impactos e desafios propostos frente às questões sociais e econômicas que repercutiram sobre a efetivação da política pública de saúde.

O estudo tem o objetivo, portanto, de contribuir na compreensão do processo do Direito Universal à saúde, investigar como as políticas são implementadas, gestadas, quais são os agentes que as compõem, suas interações, em quais espaços atuam, seus principais interlocutores e resistências, entre outros.

Por meio da contextualização, conjuntura e do movimento histórico, buscaremos ampliar e enriquecer os debates em torno do papel do Estado na Saúde e as discussões sobre privatizações dos serviços públicos, processo evidente no Brasil.

Na metodologia, adotamos abordagem qualitativa envolvendo pesquisa bibliográfica direcionada ao tema Universalização do Sistema Único de Saúde em Políticas Neoliberais no Brasil, sua origem e emprego a partir da Constituição de 1988, questionamentos envolvidos e movimentos contrários até sua consolidação. Delimitou-se o estudo, por tratar-se de um amplo período até sua afirmação como política pública e por estar em constante movimento. Destaca-se que o SUS ainda não é um projeto finalizado, considera-se um processo inacabado e com desvios, que precisa ser consolidado em suas melhores conquistas e, permanentemente reinventado para dar conta de cumprir sua missão.

Sendo assim, nosso trabalho busca pesquisar sobre os processos atuais de precarização da saúde, partindo do pressuposto de que esta surge a partir do momento em que se torna necessária a intervenção do Estado nas expressões da

questão social⁴ advinda das contradições entre as classes sociais, capital e trabalho, com o desenvolvimento da industrialização no Brasil. Nessa perspectiva, a discussão toma como ponto de partida a década de 1970.

Investigar as transformações societárias no mundo do trabalho e as relações institucionais vinculadas as Políticas Neoliberais, verificando o processo de degradação dos Direitos dos usuários, sendo estes, vinculados à saúde com enfoque as políticas públicas.

Pela necessidade de expor o contexto sócio-histórico do processo de institucionalização e efetivação da Política de Saúde ao longo de seu desenvolvimento, assim como, os atuais processos de gestão da mesma, e pela necessidade de retratar o desenvolvimento da profissão do Serviço Social brasileiro, para que em seguida discutirmos os processos de precarização e universalização.

Nosso trabalho está estruturado em três capítulos: o primeiro trará os aspectos históricos e políticos a partir do processo de redemocratização brasileira e da mudança na perspectiva de universalização das políticas sociais de saúde no Brasil, desde a década de 1970 até os dias atuais, destacando as alterações e implementações a partir das ideias Neoliberais, o processo de formação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O segundo capítulo dará continuidade à exposição do desenvolvimento das políticas sociais, com enfoque nas políticas de saúde e no contexto contemporâneo, apresentando o Sistema Único de Saúde - SUS, expondo os princípios, objetivos e atribuições, bem como os avanços e retrocessos deste sistema desde a década de 1990 aos dias atuais. Além disso, pretende apresentar o desmonte dos princípios da Seguridade Social, a precarização das políticas sociais, o advento da política neoliberal no Brasil, sua propagação e suas implicações para as políticas de saúde, e a continuidade aos processos de precarização das políticas sociais, no contexto da privatização.

⁴ O termo “questão social”, no sentido universal do termo, queremos significar o conjunto de problemas políticos, sociais e econômicos que o surgimento da classe operária impôs no curso da constituição da sociedade capitalista. Assim, a ‘questão social’ está fundamentalmente vinculada ao conflito entre o capital e o trabalho (CERQUEIRA FILHO, 1982, p. 21). Ou, nas palavras de Iamamoto e Carvalho (2007), “[...] a questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia [...]” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2007, p. 77).

Por fim, no terceiro capítulo trataremos sobre a atuação profissional dos assistentes sociais, diante das implicações que o neoliberalismo impõe as políticas sociais, com enfoque na área da saúde, considerando que esta é a nossa discussão principal. Buscaremos analisar a relação entre neoliberalismo e as reconfigurações das políticas sociais, do papel do Estado e da questão social. Apresentaremos inquietações em torno da profissão na Saúde, as tensões do cotidiano profissional e os desafios para a efetivação do projeto ético-político na saúde e, o significado para profissão, os impasses, bem como as possibilidades existentes e, sua relação com os projetos societários.

CAPÍTULO 1

1. POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: ASPECTOS HISTÓRICOS, POLÍTICOS E ECONÔMICOS A PARTIR DA CONSTITUIÇÃO DE 1988

Falar sobre a política de saúde no Brasil no contexto contemporâneo é essencialmente importante trazer a trajetória e movimento histórico dessa política. Nosso marco inicial é década de 1970, que foi um período de grande crise econômica e o modelo econômico adotado pelo regime militar que sofre um processo de esgotamento no final desta década, período em que o mundo passou a experimentar mais uma crise do sistema de produção capitalista, redirecionando e modificando as relações socioeconômicas.

Na busca por acumulação/lucros o capital passou a investir em tecnologia, contribuindo fortemente para o desenvolvimento das forças produtivas. A Revolução Tecnológica provocou uma intensificação na produção, porém, com forte redução da força de trabalho que foi substituída por máquinas, com destaque ao aumento da competitividade no mercado. Tais estratégias resultantes da reorganização resultou em aumento de desemprego e miséria. As condições de vida, saúde e trabalho neste contexto se precarizam ainda mais, impactando de forma negativa na saúde, e no aumento da exploração da mão-de-obra.

No início da década de 1970, o capitalismo experimentou uma crise estrutural⁵ que atingiu o mundo globalizado, cujas manifestações mais importantes foram: a crise financeira e do comércio internacional e a inflação crônica associada ao baixo crescimento econômico. Destaca-se que essa crise atingiu todo o mundo globalizado, incluindo-se países imperialistas e periféricos.

O Estado de Bem-Estar Social⁶, eleito como um dos principais responsáveis pela crise, passa pelo processo de bombardeamento pelos economistas denominados neoclássicos, neoliberais ou mesmo de liberais, em um movimento chamado de “retorno à ortodoxia”. As medidas neoliberais traziam consigo a ideia da neutralidade, já que o livre jogo do mercado permitiria uma melhor utilização dos fatores produtivos em benefício de toda a coletividade (SOARES, 2002).

Após longo período de êxito, que se estendeu até meados da década de 1970, no qual se constituiu o crescimento mais rápido da história do capitalismo avançado, “as políticas econômicas da Era de Ouro⁷ pareceram fracassar” (HOBBSAWN, 1995, p.245), o mundo capitalista caiu numa longa e profunda recessão, combinando altos índices de inflação e baixos índices de crescimento

⁵ De acordo com Mészáros (2009), a partir de 1970 o sistema do capital passa viver uma nova fase, denominada de crise estrutural do capital. Para o referido autor, desde os fins de 1960 e início dos anos 1970, que foram marcados por um depressed continuum, o sistema capitalista, depois de viver um longo período dominado por períodos de expansão e crise, passa a exibir características de uma nova forma de crise. Nessa nova fase não acontecem os espaços cíclicos entre expansão e recessão, mas a eclosão de precipitações cada vez mais frequentes e contínuas.

Segundo Mészáros, a crise afeta pela primeira vez na história a totalidade da humanidade, mostrando-se longa e duradoura, sistêmica e estrutural. Para ele, enquanto as crises periódicas ou conjunturais do capitalismo se desdobram e se resolvem com maior ou menor êxito no interior de uma dada estrutura política, a crise estrutural afeta a própria estrutura política como um todo.

⁶ Sua origem está nos princípios básicos a política econômica de pleno emprego defendida por Keynes e o conceito de proteção social proposto no relatório de Beveridge.

Nesse relatório, proposto por William Beveridge, em 1943, são definidas as bases do sistema de proteção social inglês. Esse sistema de proteção social visa garantir um rendimento que possa substituir os salários quando interrompidos pelo desemprego, por doença ou acidente. Visa também assegurar a aposentadoria na velhice, socorrer aqueles que perderam o sustento por causa da morte de outrem e atender a determinadas despesas extraordinárias, como as decorrentes do nascimento, da morte e do casamento. O termo segurança social, nesse relatório, é empregado no sentido de assegurar um rendimento mínimo, mas que deve estar associado a providências capazes de fazer cessar, o mais rápido possível, a interrupção dos salários. O Plano Beveridge supõe, na verdade, a conformação de um sistema complexo e completo de proteção social face à ausência do salário que deve ser fruto do pleno emprego (FALEIROS, 2000).

⁷ Segundo Behring e Boschetti (2006), tem origem no Estado de Bem-Estar Social, que foi a saída capitalista para a crise do capital. Ergueu-se após a crise de 1929-1932, e ganhou força após a Segunda Guerra Mundial, quando o capitalismo entrou numa crise mais madura. Unindo as teorias de John Maynard Keynes (Keynesianismo) ao modo de produção fordista (produção e consumo em massa), o Estado de Bem-Estar foi considerado como os anos de “ouro” do capitalismo. Onde houve elevação do padrão de vida das massas, altas taxas de lucro e aumento do grau de internacionalização do capital. Basicamente, se traduziu num período de forte regulação estatal da economia como forma de manter elevado nível de emprego e ampliação dos serviços sociais, como educação, segurança social, habitação e assistência médica.

econômico. Os ideais neoliberais, que já se formavam desde a década de 1940, ganham expressão neste período, defendendo a ideia de que o Estado de Bem-Estar deveria ceder lugar a um novo formato de Estado, o Estado mínimo.

Liderados pelos Estados Unidos da América e Inglaterra, nos governos Reagan e Thatcher, onde aconteceu de forma mais efetiva, a ofensiva neoliberal apontou como alternativa a redução do Estado nos setores sociais para concentrar-se no apoio direto ao capital.

Os argumentos nos quais se apoiava o pensamento neoliberal eram, segundo Pereira (2002):

[...] que o excessivo gasto governamental com políticas sociais públicas é nefasto para a economia, porque gera déficit orçamentário que, por sua vez, consome a poupança interna, aumenta as taxas de juros e diminui a taxa de inversão produtiva; [...] que a regulação do mercado pelo Estado é negativa porque, ao cercear o livre jogo mercantil, tal regulação desestimula o capitalista de investir;

[...] que a proteção social pública garantida, sob a forma de política redistributiva, é perniciosa para o desenvolvimento econômico porque onera as classes possuidoras, além de aumentar o consumo das classes populares em detrimento da poupança interna. Pereira (2002, p.36)

Foram críticas destinadas ao Estado de Bem-Estar Social por parte dos segmentos mais conservadores. Teses que haviam sido levantadas desde 1945, de desmonte do Estado, em especial do setor social, com o argumento de que este Estado é paternalista e que os gastos governamentais com as políticas sociais geram déficit orçamentário. Para os liberais, a única solução é a redução do próprio Estado e de suas responsabilidades sociais (SOARES, 2002).

Portanto, a solução para a crise consistia em reconstituir o mercado, a competição e o individualismo. As funções relacionadas ao bem-estar social, entendidas pelos neoliberais como pertencentes ao âmbito privado: família, comunidade e serviços privados deveriam ser reduzidas. A intervenção do Estado deveria ocorrer somente para aliviar a pobreza e para suprir as lacunas dos serviços privados e para aqueles de apropriação coletiva. Foram propostas políticas de caráter assistencialista, cujo grau de imposição tinha como objetivo evitar a geração de direitos (LAURELL, 2002).

Tais implicações trouxeram consequências imediatas para conjunto de ações e direcionamento das Políticas Públicas por parte do Estado, este passa a redirecionar e focalizar, no sentido de reforma e contrarreformas⁸ do Estado brasileiro.

No ano de 1982 iniciam-se as primeiras eleições - livres para o Congresso e Assembleia Legislativa. Em 1983 a sociedade civil organizada passou a exigir novas políticas sociais, incluindo o direito à saúde como dever do Estado.

A partir desta crise, instaura-se processos de reversão das conquistas relativas à classe trabalhadora, que se estabelecem em sentido contrário aos direitos e forte regressão civilizatória. Sob o rótulo de neoliberalismo, as políticas de liberalização do capitalismo implicaram no desmonte da arquitetura societária do pós-guerra; fortemente tencionadas pelas doutrinas ideológicas de Keynes e Marx, as mesmas, foram declaradas ultrapassadas pela nova hegemonia capitalista. A “necessidade” do capital de se reestruturar tornou imperiosa a aplicação dos “ajustes estruturais”, que foram redesenhados e difundidos pela “nova hegemonia”, como as políticas mais adequadas para enfrentar as turbulências da fase neoliberal do capitalismo.

Behring e Boschetti (2007), sintetizam elementos essenciais do liberalismo que permitem a compreensão da reduzida intervenção do Estado no que diz respeito às políticas sociais, quais sejam: predomínio do individualismo, o bem-estar individual sobrepondo-se ao bem-estar coletivo, predomínio da liberdade e da competitividade, a naturalização da miséria, o predomínio da lei da necessidade, a manutenção de um Estado mínimo.

Ainda, segundo estas autoras, no final do século XIX, em resposta à crescente mobilização e organização dos trabalhadores, além de ações de caráter repressivo, foram incorporadas algumas demandas dos movimentos operários, transformando as reivindicações em leis que proporcionaram melhorias nas condições de vida, sem, contudo, atingir o cerne da questão social.

É importante destacar que, até o final do século XIX e início do século XX, o que se teve foi um capitalismo denominado concorrencial, ou seja, regido pela livre concorrência. A partir de então, a fim de viabilizar um dos objetivos primários do

⁸ Segundo Behring (2003), Entende-se por um conjunto de medidas neoliberais de desmonte e destruição das conquistas democráticas. Trata-se de uma reformatação do Estado de forma a adaptá-lo ao capital.

capitalismo, que é o acréscimo dos lucros capitalistas pelo controle dos mercados (NETTO, 2005, p.26), ocorreu um processo de concentração de produção e de capital nas mãos de grandes corporações e a livre concorrência é substituída pelos monopólios capitalistas.

Segundo Netto (2005):

A idade do monopólio altera significativamente a dinâmica inteira da sociedade burguesa: ao mesmo tempo em que potencializa as contradições fundamentais do capitalismo já explicitadas no estágio concorrencial [...] as combina com novas contradições e antagonismos. Netto (2005, p.19-20):

Portanto, se no capitalismo concorrencial o Estado intervinha pontualmente nas questões sociais, em sua fase monopolista, assume outras funções, com uma intervenção permanente na reprodução da força de trabalho.

No setor saúde, a contrarreforma impulsionou a construção de pacotes mínimos de assistência, com o intuito de direcionar as políticas públicas em saúde para as camadas mais pobres da população e, conseqüentemente, menos lucrativas para o setor privado, levando à desresponsabilização do Estado na execução de ações de saúde e valorização do setor privado (BEHRING, 2003).

Ainda analisando os impactos da crise estrutural dos anos de 1970, as transformações ocorridas no mundo do trabalho foram estratégias do grande capital para sair da crise, quando se observou que o padrão de cumulação capitalista taylorista/fordista que vigorou nos anos glorioso do capital apresentava sinais de esgotamento. A crise desse padrão impõe a necessidade de buscar uma nova forma de regulação, tendo como base a flexibilização do trabalho, aderindo às práticas japonesas de gestão do trabalho com acumulação flexível⁹ (Toyotismo).

⁹ Segundo Antunes (1995), A acumulação flexível, com o toyotismo, torna-se para o capital tanto uma forma de maior exploração quanto de maior controle sobre a força de trabalho. A reestruturação produtiva está baseada em aumento de produtividade, eficiência, qualidade, novas formas de tecnologia e de gestão, efetivando-se por intermédio das inovações tecnológicas. Desse processo de trabalho advém basicamente a precarização e a desestruturação das relações clássicas de produção, de gerenciamento e de envolvimento da força de trabalho. Viabilizam-se os Círculos de Controle de Qualidade (CCQs) – e o Comprometimento com a Qualidade Total (TQC), exigindo a participação dentro da ordem e do universo da empresa. As decorrências desse processo favoreceram o processo de flexibilização do trabalho que conduziu à desregulamentação de direitos sociais e trabalhistas: reduziu o quantitativo do operariado fabril; incrementou a terceirização e a subproletarização; estimulou o trabalho precário e parcial e ampliou o desemprego estrutural, entre outros danos trabalhistas.

Segundo (ANDERSON, 1995), após a década de 1980, o neoliberalismo assumiu a condição de pensamento único, conquistando a sua hegemonia. Para além de um conjunto de políticas econômicas, o pensamento neoliberal, por meio da [...] simples ideia de que não existem alternativas aos seus princípios, ganha status de visão social de mundo. Se ao longo dos “anos de ouro” o capital permitiu que algumas reformas democráticas fossem realizadas, o que inclui os direitos sociais, viabilizados por meio das políticas sociais, a fase contemporânea tem um cariz contrarreformista, desestruturando as conquistas alcançadas no período anterior, principalmente, os direitos sociais.

Esses processos, imbricados e interdependentes no interior da totalidade concreta que é a sociedade burguesa contemporânea, deram forma a reação burguesa em face da crise global do capital (BEHRING; BOSCHETTI, 2007).

A ideia de crise global adotada está relacionada ao conjunto de transformações econômicas, políticas, sociais, institucionais e culturais que incidem no processo de reprodução social, quer no sentido de agregar potencialmente elementos que ameaçam a reprodução, quer no sentido de catalisar mudanças que permitam a reestruturação da produção. Sob o ponto de vista histórico, essa concepção aponta para o fato de que, em um determinado período de crise, os antigos padrões estão em fase de esgotamento, mas o novo padrão ainda não se põe (MOTA, 2005).

Em decorrência dessa crise várias mudanças ocorreram no sistema político, econômico e social propiciado pelo processo de reestruturação produtiva e as políticas de ajustes neoliberais, com fortes impactos para a classe que vive do trabalho (ANTUNES, 1998).

Neste contexto, ao mundo do trabalho, foram impostas transformações: flexibilização nas relações de trabalhos, precarização das condições de trabalho, desregulamentação dos direitos trabalhistas, a ampliação do desemprego, informalidade, entre outras. Em relação a realidade brasileira, observou-se, que afinado com a perspectiva neoliberal o Estado reduz o seu papel enquanto agente de proteção social, evidenciado pela redução da responsabilidade social pública frente ao atendimento das necessidades sociais de grande parte da população, agravando a questão social.

De acordo com Antunes (2018), em um universo onde a economia está sob comando e hegemonia do capital financeiro, as empresas buscam garantir seus

altos lucros exigindo e transferindo aos trabalhadores e trabalhadoras a pressão pela maximização do tempo, pelas altas taxas de produtividade, pela redução dos custos, como os relativos à força de trabalho, além de exigir a “flexibilização” crescente dos contratos de trabalho. Nesse contexto, a terceirização vem se tornando a modalidade de gestão que assume centralidade na estratégia empresarial, uma vez que as relações sociais estabelecidas entre capital e trabalho são disfarçadas em relações interempresas, baseadas em contratos por tempo determinado, flexíveis, de acordo com os ritmos produtivos das empresas contratantes, com consequências profundas que desestrutura ainda mais a classe trabalhadora, seu tempo de trabalho e de vida, seus direitos, suas condições de saúde, seu universo subjetivo,..., etc.

Ainda destaca Antunes (2018), que a explosão de empresas terceirizadas tem sido um importante propulsor de mais-valor. As empresas públicas que no passado recente eram prestadoras de serviços sem fins lucrativos, após a sua privatização e mercadorização tornaram-se partícipes (direta ou indiretamente) do processo de valorização do capital, incrementando e ampliando as modalidades de lucro e de criação ou realização do mais-valor. Portanto, menos do que o fim da teoria do valor, tese tão difundida quanto equivocada, as empresas de terceirização se somaram aos exemplos de crescimento da extração do excedente de trabalho visando a criação de mais-valor e o aumento dos lucros.

Além da precarização do trabalho a flexibilização tem incrementado novas formas de conceber a produção e o trabalho, dentro deste contexto de mudanças dos processos e estruturas econômicas, no Brasil, por exemplo, em determinadas regiões do país, a questão da informalidade se intensifica com experiências do trabalho part-time, temporário, por tarefa, trabalho industrial doméstico, que em tese seria trabalho formal, mas que incorpora elementos do setor formal e informal. Conformando assim um retorno do ônus da reprodução da força de trabalho na própria família e o enfraquecimento da regulação do mercado de trabalho. Uma nova informalidade que incorpora trabalhadores antes inseridos no mercado formal. A mão de obra excedente desvinculada de qualquer proteção social tem de se submeter às formas de trabalho precário em conformidade com as condições de subempregos, marginalidade, precarização e dependência econômica (ANTUNES; ALVES, 2004).

A terceirização tem sido apenas uma das formas utilizadas de externalizar e intensificar o processo produtivo e, de diminuir os custos financeiros com a força de trabalho. Neste caso as atividades das empresas se dá em diferentes formas, dentre as quais se destacam: a subcontratação, os contratos de trabalho domiciliar, os contratos de fornecimento de equipamentos e, por último, contratos de empresas de terceirização que praticam serviços dentro da própria empresa. Tais formas, representam mais uma remodelagem das formas de exploração, dentro do sistema capitalista, com o intuito de tentar conter quedas significativas das taxas de lucros, decorrentes, muitas vezes, de crises de superacumulação e estruturais do capital (MÉSZÁROS, 2002).

Cabe evidenciar, que tais mudanças vêm afetando diretamente o conjunto da vida social, incidindo diretamente sobre as profissões. Desse modo, influenciam também nas condições de trabalho do assistente social, alterando os requisitos e exigências da formação profissional, a demanda de trabalho, o mercado de trabalho, os processos e as condições de trabalho profissionais, resultado da retração dos recursos institucionais para o acesso aos direitos sociais, relações de trabalho flexibilizado e aumento do desemprego (IAMAMOTO, 2007).

Todavia, a reforma do Estado brasileiro, que transfere para a sociedade civil grande parte das responsabilidades governamentais, além de mercantilizar as necessidades sociais, repercute diretamente sobre as condições de trabalho dos assistentes sociais.

No âmbito da saúde, observa-se uma crescente precarização nas condições trabalho e emprego, com redução contínua na oferta e prestação dos serviços, tornando-os cada vez mais focalizados e seletivos, isso incide diretamente na qualidade dos serviços oferecidos a população, nas relações com os usuários e demais profissionais da saúde, além da consequente fragilização do funcionamento do Sistema Único de Saúde - SUS (MENESES, 2010).

Neste contexto, a sociedade civil passa a perceber que eram os próprios trabalhadores que financiavam, por meio de descontos em folhas e impostos os serviços médicos da Previdência Social e do Ministério da Saúde. A rede privada também era financiada pelo Estado.

Aos indivíduos fora do mercado formal de trabalho não havia cobertura médico-hospitalar, eram ofertadas assistência seletiva aos pertencentes em trabalhos formais, deixando grande parte da população sem atendimento básico

em serviços hospitalares, assistencial e previdência. Estes não encontravam outra saída, disputar a precariedade dos atendimentos com os mais pobres e indigentes a rede de assistência ofertada pelas Santas Casas de Misericórdia.

Portanto, havia uma segmentação no cuidado à saúde. De um lado, a assistência médica integral aos trabalhadores do mercado formal; de outro, um atendimento residual aos pobres e indigentes sob a forma de caridade e filantropia. Para todos, somente as ações de saúde coletiva como as grandes campanhas de vacinação contra doenças transmissíveis.

Esse modelo perdurou até 1988. A Constituição Federal de 1988 rompeu com o padrão e institucionalizou o conceito de seguridade social com a garantia de direitos básicos e universais de cidadania, independente de contribuição ou condição social. Todos, sem qualquer distinção, têm direito à saúde pública, à assistência social, ao seguro-desemprego e à cobertura previdenciária.

1.1 A Política de Saúde e o processo de redemocratização brasileira

Para Bravo (2000), a década de 1980 constituiu um período de grande intensificação nos debates sobre saúde pública no Brasil. O SUS teve sua raiz histórica nas lutas sociais dos anos 1970 e 1980, de um novo grupo de sujeitos sociais que marcaram este cenário com conquistas, presentes ainda nos dias atuais. No âmbito da saúde, neste contexto de lutas por direitos, existia a disputa entre dois projetos com diferentes ideais, o projeto de reforma sanitária e o projeto privatista.

Conforme Bravo (2009a), a proposta do projeto de reforma sanitária representado pelas camadas populares, que envolveu intelectuais da saúde, movimentos sociais e estudantes, foi de mudanças com relação ao modelo vigente na época, tendo como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde, visando a construção de um Estado democrático e de direitos, que deve ser responsável pelas políticas sociais e pela Saúde.

É importante ressaltar que o projeto sanitarista buscava inserir novos sujeitos sociais na definição da política setorial por meio dos Conselhos e Conferências de saúde, dando voz à participação popular, que consiste na maior interessada no desfecho desta política.

Este período acarretou uma nova configuração da sociedade civil e do Estado, pois com a abertura democrática do país os movimentos sociais voltaram a atuar fortemente e ocorreu uma grande mobilização política. No entanto, foi também um período de crise econômica e instabilidade estrutural, conforme afirma Mendes (1995) a crise foi favorável ao rompimento com o Estado desenvolvimentista e abre espaço para propostas neoliberais que conduziram a um Estado neoliberalista.

Neste cenário a sociedade civil se revigorava, buscando institucionalizar novas políticas sociais, como explica Bravo (2001a):

Nos anos 1980, o processo de redemocratização, marcado pela revitalização da sociedade civil e constituição de novos atores, recoloca a demanda por uma nova institucionalidade das políticas sociais, que se traduz na consagração dos princípios da descentralização e do controle social. Tais proposições indicam alternativas progressistas para necessária reforma do Estado e para a superação das tradicionais modalidades de relação Estado/Sociedade (BRAVO, 2001a, p.98).

Acreditava-se na época que apenas com a descentralização do processo decisório do governo federal, e com a inserção de mecanismos que favorecessem a participação popular na formulação e implementação dos programas sociais seria possível democratizar o Estado e alcançar maior equidade no desenvolvimento das políticas sociais. No entanto a democratização do Estado e um maior desenvolvimento das políticas sociais só foram possíveis após um longo processo de Reforma Sanitária.

A luta pela Reforma Sanitária se insere no quadro mais geral de luta de classes do país, e mesmo tendo surgido a partir dos intelectuais do setor visa atender principalmente às necessidades das classes subalternas, ao mesmo tempo em que fere interesses das grandes empresas privadas e das multinacionais da área da saúde (TEIXEIRA, 2011).

Destaca-se como maior expressão deste movimento, a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi um marco na trajetória das políticas públicas brasileiras, seu caráter democrático contribuiu com a luta para que a saúde fosse efetivamente direito de todos e dever do Estado, as resoluções desta

conferência foram o que nortearam a elaboração dos textos da Constituinte de 1988, incorporando muitas das reivindicações contidas no movimento da Reforma Sanitária.

Assim como afirma Mendes, 1995:

Essa conferência difere das demais até então realizadas por duas características principais: uma, o seu caráter democrático, pela significativa presença de milhares de delegados representativos de quase todas as forças sociais interessadas na questão da saúde. (...) outra, ligada à primeira, refere-se a sua configuração como um processo social que começa com conferências municipais, estaduais, até chegar à nacional (MENDES, 1995, p.52).

Neste período a saúde assumiu uma dimensão política se vinculando a democracia, contando com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo assim para um amplo debate que permeou a sociedade civil.

Para entendermos a dinâmica desse movimento nos anos de 1970, em plena ditadura militar, haviam três correntes do pensamento sanitário no ambiente dos DMP's¹⁰: 1) liberal, caracterizado pela defesa da suposta neutralidade da ciência, com foco no indivíduo e prevalência do setor privado; 2) racionalizador, que almejava uma interação entre a gestão institucionalizada (principalmente secretarias de saúde) com universidades de pensamento crítico para sintetizar uma proposta viável de saúde pública para a população e; 3) médico-social, com pensamento heterodoxo e de enfrentamento à situação vigente, propondo a teoria como instrumento de luta política, o processo saúde-doença como totalidade, delimitação do campo da saúde coletiva, desmedicalização e controle popular, todas essas

¹⁰ DPM's: Departamentos de Medicina Preventiva, que foram criados na década de 1950 e fortalecidos pela Lei da Reforma Sanitária de 1968, foram o principal instrumento de apoio para a criação do movimento sanitário com o intuito de unir a teoria e a prática da política de saúde, de forma dialética, apreendendo os aspectos políticos, econômicos, sociais e culturais que abarcavam a saúde de forma direta e indireta. (SCOREL 1998).

demandas combinadas com a luta pelo reestabelecimento democrático. (ESCOREL 1998).

Neste contexto, já em recessão evidenciada, a ditadura militar se encontrava numa crise de legitimidade e precisava implementar políticas públicas de saúde para amenizar as desigualdades causadas principalmente pelos “anos de chumbo” e seu falacioso “milagre econômico”. Nessa brecha aberta pelo Estado, ativistas sanitários começam a ocupar postos estratégicos para que, usando uma lógica gramsciana, influenciasse de dentro para fora a lógica de atuação estatal. Essa tática obteve bastante êxito com programas como o Projeto Montes Claros (MOC) e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass¹¹).

O Projeto Montes Claros (MOC) foi implementado no início da década de 1970 na cidade de mesmo nome situada no norte de Minas Gerais, podemos dizer que foi o precursor do Sistema Único de Saúde (SUS), pois sua atuação era realizada de forma descentralizada, regionalizada, hierarquizada, com administração democrática e eficiente com participação popular, integralidade de assistência sanitária e atendimento por auxiliares sanitários. O MOC foi uma escola de quadros para o que viria a ser o movimento de Reforma Sanitária brasileiro. (FELIPE, 1993).

Já o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), elaborado pelo setor de saúde do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA), objetivava a interiorização sanitária por meio dos programas de extensão propostos pela Organização Panamericana da Saúde (OPAS). Sua atuação estava centrada principalmente nos grotões do país, onde não havia interesse do mercado privado de saúde. Continha diretrizes parecidas com as do MOC, como universalização, descentralização, acessibilidade, integralidade e participação comunitária. Instalava rede de minipostos contratando auxiliares da saúde das próprias regiões atendidas. O Piass foi precursor do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS). (TAVARES, 1993).

¹¹ Em 1976, este programa foi uma proposta para a efetivação da atenção primária da saúde, com hierarquização do sistema, a ser implantado de forma descentralizada e universalizada. Ele não foi implantado em todo o país porque a metodologia adotada era para experiências piloto e obteve resultados significativos como em Montes Claros, Minas Gerais; em Caruaru, Pernambuco; e em alguns municípios da Bahia.

Fonte://<<http://bvsm2.saude.gov.br/cgi-bin/multites/mtwdk.exe?k=default&l=60&w=7139&n=1&s=5&t=2>> acesso em 20 de jul. 2020

Todo esse acúmulo de atuação originou um dos movimentos mais importantes em prol da saúde pública do Brasil: o movimento pela Reforma Sanitária, influenciado pela Reforma Sanitária Italiana e, seu principal mentor: o professor Giovanni Berlinguer, membro do Partido Comunista Italiano (PCI). Tal movimento foi importante não somente pela luta por uma saúde pública e universal, mas também contra o regime ditatorial então vigente. (SCOREL, 1998).

Dentre os sujeitos envolvidos na luta pela saúde destacavam-se: os profissionais de saúde, representado por suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde – CEBES como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da saúde e da democracia e elaboração de contrapropostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizar debates no Congresso para discussão da política do setor, e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil (MOTA, 2009).

No âmbito político o Brasil caminhava na perspectiva da universalização do acesso, na concepção de saúde como direito social e dever do Estado, na modificação do modelo médico vigente até então.

Podemos afirmar então, que as propostas da Reforma Sanitária resultaram na universalidade do direito à saúde, e ainda que a Reforma Sanitária foi um instrumento ideológico que contribuiu significativamente para elaboração da C. F. de 1988, para implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS, e posteriormente para criação do Sistema Único de Saúde - SUS, prevendo assim a participação e o controle social.

Já o processo de reestruturação produtiva no Brasil se concretizou a partir da década de 1990, onde se iniciou a adoção de novos padrões organizacionais e tecnológicos e de novas formas de organização do trabalho, em um contexto mundial marcado pela competitividade, ocasionado pela globalização. Registra-se que esse discurso faz parte do modelo Neoliberal e tem por objetivo, propor não intervenção do Estado nas regulamentações, deixando assim, a classe trabalhadora sem proteção trabalhista e social.

Ressalte-se que tais mudanças foram regidas pelos países centrais, ricos e desenvolvidos no âmbito econômico e técnico-científico; razões pelas quais orientaram todas as relações da sociedade.

Importante salientar que as transformações no modo de produção capitalista ocorreram simultaneamente, em acordo com a reorganização do Estado, no processo de trabalho e, em todos os setores da economia, inclusive no setor de serviço-terciário, atingindo o setor da saúde.

Observou-se o redirecionamento do papel do Estado, incentivado pela a política de ajuste Neoliberal, onde houve um processo de desmonte do Estado rebatendo drasticamente nas políticas sociais. No âmbito da saúde pública, que se uniu a lógica produtivista da acumulação capitalista, ocorreu o favorecimento das empresas que atuam no setor privado. Assim, o Estado lança mão de outro projeto: o projeto privatista, cujos objetivos são mercantilizar os serviços de saúde, deixando a saúde pública com poucos recursos.

Dessa forma, a saúde ficou vinculada ao mercado, transferindo para a sociedade civil, através das famosas Organizações Sociais (OS)¹², grande parte de sua responsabilidade na efetivação das políticas sociais.

O resultado disso foi uma política pública voltada para os pobres e o mercado para os que podem pagar, e ainda, a fragmentação da classe trabalhadora em decorrência da terceirização.

Destaca-se, apesar de a carta magna conter alguns avanços para a classe trabalhadora, houve um forte ataque por parte do capital, associado aos grupos dirigentes.

A contrarreforma do Estado foi uma estratégia adotada para redirecionar suas funções básicas e expandir sua presença no setor produtivo, colocando em cheque o modelo econômico vigente. Assim, o Estado deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as suas ações.

¹² Segundo Granemam (2008): [...] a forma é a fundação estatal, o conteúdo é a privatização dos serviços sociais, das políticas sociais, dos direitos dos trabalhadores. As fundações estatais são formas atualizadas das parcerias público-privadas, das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), das Organizações Sociais (OS), das Fundações de Apoio e de numerosas outras tentativas que sempre tentam repetir o mesmo – privatizar – sob emblema diverso para que a resistência dos trabalhadores seja vencida. O essencial é que as reduções do Estado para o trabalho em nome da eficácia e da eficiência do serviço ao público, pela mesma medida, significam o aumento do Estado para o capital e é por isto que as denominamos privatização.

Souza (2009) ressalta que, sintonizado com o neoliberalismo, o Estado adotou um modelo gerencial de administração pública que atende em duas direções: a negação da luta democrática no âmbito do aparato estatal e a flexibilidade necessária para atender as exigências do capital nas suas necessidades.

Acrescenta a autora que: Dentre estes aspectos, podemos apontar uma questão extremamente complexa, que integra a gestão do trabalho, que é desregulamentação do trabalho na saúde que se expressa nos processos de flexibilização e precariedade das relações, dos processos e da organização do trabalho. (SOUZA, 2009).

Ainda de acordo com a citada autora, o que presenciamos nos dias atuais é um processo de desregulamentação do trabalho que pode ser observado pela crescente flexibilização das relações de trabalho, observada a partir da reforma administrativa do Estado brasileiro, que particularmente em 1994, incorpora as mudanças ocorridas no mundo do trabalho e na economia mundial. Foi resultado de um processo de desregulamentação do trabalho, que está fundamentado, na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados, dos produtos e dos padrões de consumos determinados pela nova ordem do capitalismo.

De tal modo, a reforma administrativa que ocorreu a partir de tal contexto, investiu-se de uma estrutura jurídica, com impacto sobre a força de trabalho permitindo uma ampla flexibilização das relações de trabalho no serviço público e privado, atingindo os serviços de saúde. O resultado foi a instituição para o serviço público de um estatuto flexível de trabalho compatível com o setor privado da economia.

No entendimento de Rizzoto (2000 apud SOUSA 2009, p. 142), observou-se no setor de serviço público de saúde que:

[...] ocorre uma flexibilização do SUS que envolve questões como redefinição do papel do Estado na gestão do sistema, a imposição de uma “cesta básica” de serviços, a limitação de acesso a serviços de maior complexidade, o favorecimento do setor privado e criação de agências que assumem o papel regulador do Estado. Esta tendência também revela para o serviço público de saúde as alternativas de demissões de trabalhadores não estáveis, os programas de demissão voluntária, a extinção de órgãos e a privatização de estatais, associada ao Plano de Reforma Administrativa,

que reduz a força de trabalho no setor público federal. A flexibilização é assumida como estratégia não para enfrentar supostamente o desemprego, mas para dispensar força de trabalho, integrando ao setor uma força de trabalho menos onerosa. Isto, associado ao ajuste de contas e contenção de gastos, tanto atinge a força de trabalho do setor, como a prestação de serviços que passam a orientar-se pela seletividade e focalização das problemáticas sociais.

A autora destaca ainda, que ao longo dos anos de 1990 a gestão do trabalho no SUS evidenciou a desestruturação e desregulamentação do trabalho. Assistiu-se a partir de tal contexto a precarização das relações e condições de trabalho no âmbito da saúde.

Dessa forma, foi possível constatar uma tendência predominante da gestão do trabalho no SUS, que amplia o mercado de trabalho e ações de saúde acrescentando diferentes modalidades de contratações com diferenciados vínculos estatutários, celetista, contratos temporários, bolsa salários, cargos comissionados e a terceirização através das cooperativas e associações. Incluindo ainda, força de trabalho dos estagiários não remunerados, estes são utilizados em lugares diversos como mão de obra em substituição ao vínculo empregatício formal e não precário ou concursado. Vale salientar, que não estamos aqui se referindo as instituições que operam dentro da legalidade e mantém quadros de funcionários e equipes que atendam as demandas da população.

1.2 Uma análise da Política de Saúde a partir da Constituição de 1988

Ao iniciar nossa análise traremos aqui uma reflexão sobre os embates em torno do tema que resultaram no SUS, fruto dos movimentos e reivindicações de homens e mulheres que lutaram pela saúde além da mercadoria.

Segundo (BOSCHETTI, 2008), ao analisar a aproximação da política neoliberal na Europa e América Latina, nos anos de 1970, e no Brasil (tardamente) após 1980, verificou-se o movimento de desmonte dos princípios do keynesianismo (intervenção estatal no econômico, garantia de pleno emprego e maior investimento

no social). A concepção de um Estado interventor e redutor das desigualdades sociais, também chamado Welfare State é posto por terra nessa perspectiva.

A nova abordagem (neoliberal) engendrou o discurso que se concretiza por meio de práticas que buscam demonstrar que o Estado é uma instituição ineficaz, deficitária e perniciosa para o desenvolvimento econômico e, por isso, deve restringir-se à manutenção da ordem, da liberdade e da propriedade privada, bem como assegurar condições para o livre mercado. Para os neoliberais, “o Estado deve apenas fornecer base legal para que o mercado livre possa maximizar os ‘benefícios aos homens’”. Trata-se de um Estado mínimo, sob forte controle dos indivíduos que compõem a sociedade civil, na qual se localiza a virtude” (BEHRING; BOSCHETTI, 2008). O Estado modificou sua forma de atuação e relações, reconfigurando as políticas sociais.

Sader (2003) destacou, foi possível registrar que esse processo de aprofundamento e dependência econômica associado ao tipo de desenvolvimento construído entre o final dos anos de 1960 e primeira metade dos anos 1970, pela ampliação de mecanismos de superexploração do trabalho, da terceirização ao trabalho precário, do trabalho doméstico ao trabalho infantil e semiescravo, caracterizando a combinação da mais-valia relativa com a mais-valia absoluta.

Esse contexto de exploração fortaleceu a politização da classe trabalhadora brasileira, principalmente localizada nos grandes centros urbanos e será ela uma das responsáveis pela quebra da “espinha dorsal” da política econômica de arrocho salarial da ditadura, com greves que obtiveram amplo apoio popular no final dos anos de 1970 (SADER, 2003).

Ainda na década de 1970, o projeto tecnocrático e conservador da ditadura começava a apresentar sinais de esgotamento (agravado pela conjuntura social e econômica interna e as orientações neoliberais em nível mundial). A deslegitimação dos governos militares impulsionou a transição democrática, sobretudo pela força dos trabalhadores e movimentos sociais, um “novo ingrediente” político, surgido das mudanças introduzidas pela industrialização e urbanização, que foi decisivo na elaboração da Constituinte. Esta, pautada pelo ideal de um Estado democrático de direito (BEHRING; BOSCHETTI, 2008).

O avanço dos movimentos populares não pôde ser contido pelas elites hegemônicas vigentes e, a partir disso, configurou-se um campo de forças entre interesses a serem legitimados na Constituição Federal de 1988. Os movimentos

sociais passaram a ser saudados como a contraface do Estado autoritário ou desagregador da crise brasileira. Suas reivindicações traziam conflitos e atores que reinventaram formas de espaços de luta e, coexistindo no espaço das ações coletivas, desvendaram um processo que se referem, intimamente, à existência de conflitos múltiplos cuja legitimidade formam a própria possibilidade de uma democracia real. Neste país, eles eram novos, em vários sentidos, sobretudo em sua demanda de direitos, dignidade e cidadania (PAOLI, 1995).

Boschetti (2006), destacou que a disputa de forças na transição democrática ocorreu de forma negociada e pactuada no Brasil, visto que a intensa concentração de riqueza no país possibilitou privilégios às classes mais abastadas. Dessa forma, o “pacto” permitiu mudanças sem grandes rupturas, mantendo a participação de tais classes no poder (permanência de membros da ditadura no governo e a rejeição às eleições diretas em 1984). Daí resultaram as alianças entre partidos de esquerda e centro-esquerda para a aprovação da eleição indireta que levou Tancredo Neves à presidência. Acreditava-se que a oposição (progressista) pudesse conduzir uma reforma no Estado até então administrado pela ditadura; entretanto os rumos de fracasso econômico e político do país não alcançaram êxito imediato na instituição de um Estado democrático.

A tensão social e política permanecia. De qualquer modo, porém, era necessário um processo de abertura democrática (intensa manifestação social em prol de garantias de direitos). Movimentos sociais, estudantes, trabalhadores e sindicatos ansiavam pela concretização da C. F, que, para eles, representava o reconhecimento do indivíduo como sujeito político e detentor de liberdades até então suprimidas. Para outra parcela da população “os parlamentares”, a “Constituição Cidadã” significava uma resposta ao clamor nacional, ainda que não correspondesse aos seus anseios políticos. Todavia, não poderiam correr o risco de uma derrubada radical do poder.

Pelo exposto, verificamos que o texto constitucional refletiu a disputa pela hegemonia, contemplando avanços e medidas conservadoras. Behring; Boschetti (2008) qualificam a Constituição como “uma espécie de híbrido entre o velho e o novo”, concebendo que não favoreceu a nenhum grupo, mas sim, se manteve no “Centrão”. Isso nos leva a concluir que a Constituição “foi o resultado de ‘um grande acordo nacional’” (BOSCHETTI, 2006).

Em destaque as conferências, que traziam o debate e as reivindicações em favor da saúde, mas que em tempos de Ditadura suas funções estavam restritas e cooptadas. Já na 8ª conferência verificou-se um movimento contrário ao Estado repressivo e fortalecidos pelos movimentos sociais, tomaram força e, romperam com o antigo modelo, trazendo avanços para a sociedade.

Dentre os diversos avanços propiciados pela 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, um dos mais importantes é o chamado Conceito Ampliado de Saúde¹³.

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida, a saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p. 4).

De acordo com Faleiros (Faleiros 2006), o processo de institucionalização da gestão participativa pela sociedade foi fruto de muitos embates políticos e movimentos sociais. O “controle social participativo”, como uma política e como componente da institucionalidade do Estado, constituiu fenômeno recente no processo histórico brasileiro. A década de 1980 foi o referencial histórico de sua institucionalização, concretizando o princípio de participação da comunidade na deliberação, gestão e fiscalização das políticas públicas. Por sua vez, este princípio da participação social nas políticas do Estado, também denominada de gestão participativa, inseriu-se num processo mais abrangente de democratização estatal e societária, que tem fundamentado práticas políticas de amplos e significativos segmentos da sociedade brasileira desde meados dos anos de 1970, ainda na vigência do regime militar, ganhando envergadura na década seguinte.

¹³ Formulado em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, um conceito pode ajudar a entender o que existe por trás dos milhares e milhões - **é o conceito ampliado de saúde**. Aprovado pelos delegados da conferência, o conceito inclui alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde como condições necessárias para se garantir a saúde. "É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida".

Fonte: Fiocruz < <https://agencia.fiocruz.br/conceito-ampliado-de-sa%C3%BAde-pode-ajudar-a-saber-se-uma-popula%C3%A7%C3%A3o-%C3%A9-saud%C3%A1vel> > acesso em: 12 mar. 2020

Até então, controle social configurava um princípio de inspiração hobbesiana (Hobbes, 1988) praticado pelo Estado, na sua relação com a sociedade (indivíduos e grupos), de forma autoritária e repressiva. Nessa perspectiva, as relações Estado-sociedade passam de um paradigma clientelista-repressor, subordinando-a (a sociedade) mediante relações de poder assimétricas, hierárquicas e patrimonialistas, para um paradigma de cidadania (Faleiros, 1986).

A área das políticas públicas de saúde, singular por ter o controle social como princípio, adquiriu uma centralidade na luta democratizante do período, pela profundidade da mudança e seu impacto no conjunto das políticas. Em torno dela, foi sendo mobilizadas múltiplas forças da sociedade civil e do aparelho de Estado e travados muitos embates, em diversos planos, que condensam uma experiência histórica inovadora, ainda em curso na atualidade.

O modelo de modernização implementado pelo regime militar, instaurado em 1964, representou a exacerbação das relações assimétricas de poder do Estado em relação à sociedade. Sustentavam-se em pesados mecanismos repressivos contra os opositores, silenciamento das contestações, suspensão do Estado de Direito e de órgãos de representatividade (em um 1º momento), instauração de uma democracia representativa de fachada (em um 2º momento), com um artificial sistema bipartidário convivendo com o “terror do Estado” (Faleiros, 1986).

Conforme nos expõe Neto (1994), em 1980 aconteceu o I Simpósio Nacional de Política Social, onde o movimento sanitário apresentou e discutiu sua proposta, chamada Sistema Único de Saúde. O que propunha era a universalização do direito à saúde, vislumbrando a existência de um sistema de saúde racional, de natureza pública, descentralizante, que integrasse as ações curativas e preventivas e que estivesse baseada na democracia, dando espaço para a participação da população.

A proposta não foi imediatamente aceita pelo governo. Entretanto, ao longo da década de 1980, o movimento sanitário adquiriu forças e novos adeptos e, o governo ao longo do tempo fez concessões à medida que ia sendo pressionado.

Nesta década, a crise da previdência se aprofundou e as possibilidades de solução achavam-se politicamente limitadas, no entanto, havia maior participação e organização dos trabalhadores em todos os níveis, inclusive da área da saúde.

Neste período afirma Nogueira (2002):

[...] aprofunda-se a internacionalização da economia, favorecida pela estabilidade de preços, conseguida às custas da redução do investimento nas políticas sociais e da ampliação das desigualdades sociais. No Brasil, esse cenário de crise é associado ao modelo de crescimento econômico adotado, que levou, na década de 1980, à queda da receita fiscal, à diminuição dos investimentos externos e à debilidade financeira do Estado, devido à internacionalização do capital. (NOGUEIRA, V., 2002, p. 116).

No próximo, pretendemos fazer um recorte e analisar o contexto histórico em que se desenvolveu a efetivação do SUS, apresentando a conjuntura política e social, buscando explicar a partir das políticas sociais instauradas a cada governo, retratando importantes conquistas e os retrocessos no sistema de saúde brasileiro. Objetivando abordar a década de 1990, os avanços das políticas neoliberais, as contrarreformas da saúde e, buscar construir uma pesquisa que explique o cenário apresentado pela política de saúde brasileira até os dias atuais.

CAPÍTULO 2

2. O SUS DE 1990 AOS DIAS ATUAIS: AVANÇOS E RETROCESSOS

A década de 1990, configurou-se legalmente a saúde universal pública e com participação social assegurada pelo controle social, ao tempo em que se vem tentando implantar, na realidade, um processo de universalização excludente, mercantilização e privatização da saúde, decorrentes dos reflexos das mudanças do mundo econômico em nível global e das reformas sanitárias propostas pelos agentes financeiros internacionais, em especial pelo Banco Mundial que vem apresentando forte influência nesta área desde a segunda metade da década de 1980.

Neste contexto, a política de saúde brasileira sofreu um processo de disputa entre dois projetos que representam interesses antagônicos. O projeto do capital, que defende as reformas recomendadas pelo Banco Mundial e o projeto de setores progressistas da sociedade civil que defendem o SUS e seus princípios, integrantes da proposta da reforma sanitária. O segundo, foi e tem sido defendido por

segmentos dos movimentos populares e sindicais, e instituições acadêmicas como o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) que, articulados no Movimento de Reforma Sanitária nos anos de 1980 e 1990, conseguiram incorporar formalmente parte de sua proposta na legislação do SUS.

O primeiro projeto foi apoiado pelo setor privado, pelos donos de hospitais, diretores dos hospitais filantrópicos e beneficentes, grupos privados de saúde, indústrias farmacêuticas e de equipamentos nacionais e internacionais, organizados na Federação Brasileira dos Hospitais (FBH), na Confederação das Misericórdias do Brasil, na Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), e no Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo (Sinamge), com aliados no governo e na burocracia estatal, e tem conseguido influenciar a política de saúde, que seguem atrelados ao projeto neoliberal, que desde sua gênese estão apoiados no modelo assistencial privatista promovido pela Previdência Social nos governos da ditadura.

Contrapõem-se propostas de reafirmação do SUS e propostas para seu desmonte no sentido de abrir a saúde para o mercado, conforme o recomendado pelos organismos internacionais. Assim, embora pare a ameaça sobre o caráter público e universal do SUS, tem-se aglutinado setores progressistas da sociedade para sua defesa, nas seguintes instâncias de participação social: Conferências Nacionais, Estaduais e Municipais de Saúde, Plenárias Nacionais de Saúde, Plenárias Nacionais de Conselheiros de Saúde e em alguns Conselhos de Saúde das três esferas de governo, em especial no Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Tensões entre o projeto do capital e dos setores progressistas da sociedade, desenhou a política de saúde brasileira, pois existiam resistências políticas ao primeiro projeto. Por força desses setores foi inscrito na Constituição de 1988 e nas Leis Orgânicas da Saúde um arcabouço legal avançado que contemplou um conjunto de reformas positivas, do ponto de vista da classe trabalhadora. Entretanto, sua efetivação prática tem sido boicotada pelo projeto do capital para a saúde, expresso, nas propostas de reforma do Banco Mundial (BM) para esta área, que têm se constituído em contrarreformas, pelo sentido regressivo aos direitos conquistados legalmente.

As reformas implementadas a partir da segunda metade da década de 1990 em consonância com as orientações do BM, foram ancoradas na necessidade de limitação das funções do Estado e, demandaram a política de saúde brasileira: o

rompimento com o caráter universal do sistema público de saúde, ficando este encarregado apenas de prestar atendimento aos mais pobres, que não podem pagar pelos serviços no mercado, através de um modelo assistencial centrado na oferta da atenção básica e na racionalização da média e da alta complexidade; a flexibilização da gestão dentro da lógica custo/benefício, privatização e terceirização dos serviços de saúde e estimulando a criação das Organizações Sociais, com repasse de recursos públicos; o estímulo à ampliação do setor privado na oferta de serviços de saúde e; a transferência das funções do Ministério da Saúde para agências de regulação e organizações não estatais.

Os anos de 1990, deram continuidade de forma acentuada aos ideais neoliberais nas políticas brasileiras: planos econômicos visando à estabilidade, mas em benefício do pagamento de dívida externa; do processo de privatização de empresas estatais (com imensos incentivos e subsídios por parte do Estado); da redução drástica nos gastos com a área social; e do direcionamento das políticas sociais para a focalização, seletividade e descentralização – trinômio do ideário neoliberal para com as políticas sociais (BEHRING; 2006).

Foi iniciada a contrarreforma do Estado (BEHRING, 2003), evidenciada em um conjunto de medidas neoliberais de desmonte e destruição das conquistas democráticas. Trata-se de uma reformatação do Estado de forma a adaptá-lo ao capital.

Nogueira (1998), destaca que o processo de modernização capitalista no Brasil culminou na hipertrofia do Estado e no favorecimento deste em prol de apenas uma classe – a burguesa. Nessa perspectiva, floresce a crença de que a reforma do Estado deve dar-se no âmbito quantitativo, fiscal, financeiro e gerenciador, em detrimento do político, participativo e democrático. Isso porque “não se trata mais de construir, mas de desconstruir o Estado”. O Estado estaria submetido aos ditames de uma nova era histórico-universal – a globalização, que por meio da desregulamentação e da flexibilização, reduziria consideravelmente o papel político e participativo do próprio Estado e da sociedade. Torna-se evidente a fragilização da organização societária, bem como o desmonte da democracia.

O autor destaca que é preciso ter em mente que a reforma do Estado não pode ser reduzida a reformas administrativas, mas sim é preciso olhar para “fora do Estado”, para as relações entre Estado e sociedade, para a prática política. “A reforma do Estado, nesse sentido, é o prolongamento de uma reforma da própria

sociedade, tanto quanto é a remodelação das relações entre Estado e sociedade civil” (NOGUEIRA, 1998, p. 212).

O termo reforma, aqui, assume um sentido tal como apontado por Behring (2003) e Behring; Boschetti (2008). As autoras destacam o uso indevido do termo reforma pelos adeptos da corrente neoliberal. De acordo com Behring (2003), a palavra reforma é apropriada às ações de contestação à hegemonia do capital, na intenção de ampliar o espaço democrático, na garantia de direitos e redução das desigualdades.

Entretanto, o que se percebe na conjuntura atual é que:

[...] se está diante de uma apropriação indébita e fortemente ideológica da ideia reformista, a qual é destituída de seu conteúdo progressista e submetida ao uso pragmático, como se qualquer mudança significasse uma reforma, não importando seu sentido, suas consequências sociais e direção sociopolítica (BEHRING, 2003, p.128).

Entretanto, ocorreu que a reforma sugerida pelos neoliberais estava voltada aos interesses do mercado, na contramão dos anseios democráticos e progressistas. Outro fator questionável é a apropriação do termo, em sua gênese deveria estar associada as lutas da esquerda, mas que toma novos contornos pela ideologia liberal (Grifos nossos).

Tratou-se de uma contrarreforma do Estado, a qual foi possível a partir de fatores estruturais e conjunturais, externos e internos, que ganharam impulso nos governos Collor e Fernando Henrique Cardoso (FHC), sobretudo pelos antecedentes de crise econômica e impasses sociais no processo de democratização (BEHRING; BOSCHETTI, 2008).

Foram destaques nos ideais de “reforma do Estado” as propostas de Bresser Pereira, que sugeriu não um Estado mínimo, mas reconstruir um Estado social a partir do mercado, pela via de contratação e/ou repasse de responsabilidades na área social. Buscou reerguer o Estado da crise de governabilidade e governança via uma reforma gerencial (BEHRING, 2003).

De acordo com Bravo (2001), a Constituição Federal de 1988 definiu um novo pacto federativo que resultou em grandes transformações quanto à capacidade decisória governamental. Com isso, as relações intergovernamentais estiveram

condicionadas à capacidade de negociação de diversos conflitos e interesses do capitalismo e das classes menos favorecidas. Este processo de redefinição de atribuições e competências governamentais, ocorridos nos anos de 1990, modificou radicalmente o padrão centralizado de produção das políticas sociais.

A década de 1990, trouxe para o cenário nacional os reflexos do processo de globalização que passaram a dar direção no desenvolvimento do país, as transformações decorrentes deste processo atingiram diretamente as políticas sociais, que ainda davam início ao seu desígnio normativo e formatação com base na Constituição Federal de 1988, e seus reflexos perduram até os dias atuais.

Com este cenário político-econômico o Sistema Único de Saúde, recentemente regulamentado e passando por um processo de implantação e ajustes, começava a sofrer diretamente os impactos da política neoliberal que ganhava força no Brasil e iniciava uma reconfiguração das políticas sociais.

Neste contexto, se concretizou a partir da década de 1990, a adoção de novos padrões organizacionais e tecnológicos e de novas formas de organização do trabalho, em um contexto mundial marcado pela competitividade, ocasionado pelo discurso e intensificação da globalização.

Ressaltamos que tais mudanças foram regidas pelos países centrais, ricos e desenvolvidos no âmbito econômico e técnico-científico; razões pelas quais orientaram todas as relações da sociedade. Observou-se o redirecionamento do papel do Estado, incentivado pela a Política de Ajuste Neoliberal, onde houve um processo de desmonte do Estado rebatendo drasticamente nas políticas sociais.

No âmbito da saúde pública, que se uniu a lógica produtivista da acumulação capitalista, ocorreu o favorecimento das empresas que atuavam no setor privado. Assim, o Estado lançou mão de outro projeto: o projeto privatista, cujos objetivos são mercantilizar os serviços de saúde, deixando a saúde pública com poucos recursos. Dessa forma, a saúde ficava vinculada ao mercado, transferindo para a sociedade civil, através das organizações sociais, grande parte de sua responsabilidade na efetivação das políticas públicas.

Souza (2009) ressalta que, sintonizado com o neoliberalismo, o Estado adotou um modelo gerencial de administração pública que atendeu em duas direções: a negação da luta democrática no âmbito do aparato estatal e a flexibilidade necessária para atender as exigências do capital nas suas necessidades.

A autora destaca que:

Dentre estes aspectos, podemos apontar uma questão extremamente complexa, que integra a gestão do trabalho, que é desregulamentação do trabalho na saúde que se expressa nos processos de flexibilização e precariedade das relações, dos processos e da organização do trabalho. (SOUZA, 2009, p. 140).

A autora acrescenta, presenciamos um processo de desregulamentação do trabalho que pode ser observado pela crescente flexibilização das relações de trabalho, observada a partir da reforma administrativa do Estado brasileiro, que particularmente em 1994, incorporou as mudanças ocorridas no mundo do trabalho e na economia mundial. Foi resultado de um processo de desregulamentação do trabalho, que estar fundamentado, na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados, dos produtos e dos padrões de consumos determinados pela nova ordem do capitalismo.

De acordo com Faleiros (2006), nos governos de Fernando Henrique Cardoso (FHC), de 1995 a 1998 (1º mandato) e de 1999 a 2002 (2º mandato). Foi nesse período que as plenárias se estruturaram e se mobilizaram enquanto representação dos conselhos¹⁴ de saúde. Os conselhos passaram a ter uma dupla articulação política: como organismo instituído paritário nas relações Estado-sociedade e como processo instituinte de luta pelo direito à saúde e pelas condições de implementação do SUS.

Com a eleição do Presidente Fernando Collor de Melo, assistiu-se ao redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal. Foi um governo caracterizado pela redução de verbas para os setores sociais, inclusive a saúde e tentativa de boicote a implantação do SUS, buscou estabelecer

¹⁴ O SUS prevê o controle social de suas ações na fiscalização e nas soluções dos diversos problemas nacionais, regionais e locais. O controle social é exercido pelos conselhos de Saúde, que devem estar presentes em todos os níveis de governo.

A democracia participativa do conselho de saúde permite ao povo falar em seu próprio nome, expressar seus interesses diretamente, pressionar, acompanhar e fiscalizar as ações do Estado. Os conselhos de saúde formam uma correia de transmissão com a sociedade, pois, ao mesmo tempo em que os atores se organizam em movimentos de pressão e reivindicação, também vão se transformando e fazendo emergir interesses coletivos e comuns, próprios de cada segmento, inscrevendo-os no contexto da negociação política (Faleiros, 2006).

uma política de mercado livre da intervenção estatal, baseado na propriedade privada.

Com o avanço da ofensiva neoliberal, que se iniciou em tal governo, a proposta de Política de Saúde construída na década de 1980 foi desconstruída. A Saúde tem sofrido sérios ataques, com destaque a mercantilização dos serviços, priorizando as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise e promovendo a desresponsabilização do Estado com repasse dos serviços ao chamado “Terceiro Setor”¹⁵.

A filantropia retornou as políticas de saúde, que se manifestou através da utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir os custos.

Em 1992, houveram avanços na política de saúde, dentre os quais a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, motivado por pressões do novo movimento firmado através da IX Conferência.

Em 1993, foi promulgada a Norma Operacional Básica, NOB 01/1993, que veio a regulamentar o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do SUS, constituindo a forma de financiamento das ações de saúde, com destaque para assistência médica hospitalar, como também, a ambulatorial. Após o governo de Itamar Franco, se dá início ao primeiro mandato de Fernando Henrique Cardoso. Nesse, o descaso governamental é visível, na medida em que tal governo nada fez para intervir na política setorial da saúde, inclusive boicotando a X Conferência Nacional de Saúde.

¹⁵ Segundo (Montãno, 2010), o termo “terceiro setor” é formado a partir de recortes sociais, por meio de esferas, num âmbito neopositivista, funcionalista e estruturalista que isola os setores, em que a existência dos mesmos na sociedade se dá de uma forma fragmentada e dicotomizada “Como se o 'político' pertencesse à esfera estatal, o 'econômico' ao âmbito do mercado e o 'social' remetesse apenas à sociedade civil, num conceito reducionista” (MONTAÑO, 2007).

Vale destacar que o terceiro setor surge a partir de um contexto desenvolvido na sociedade: reestruturação produtiva no mundo do trabalho (mudança no modelo de produção); mundialização da economia quando o capital passa a ser rotativo devido à desterritorialização ou quebra das fronteiras geográficas; perda dos direitos trabalhistas, dentre tantos outros acontecimentos que abriram espaço para o neoliberalismo formular mais uma estratégia de reestruturação do sistema capitalista – o terceiro Setor, que surge como uma tática do governo e das entidades privadas, sendo uma forma de (re)filantropização no trato da questão social (MONTAÑO, 2007).

Destacamos que o governo (FHC) prosseguiu com as ações e intensificação da agenda neoliberal, sobretudo no que se refere às privatizações de empresas estatais, com entrega do patrimônio estatal, austeridade e ajustes fiscais.

2.1 Política de saúde em tempos neoliberais: expressões da privatização

No Brasil (BEHRING, 2003), desde os anos de 1990, conforme já destacado anteriormente, vivenciamos um processo de contrarreforma do Estado, resultando em inflexões e embates no campo das políticas sociais que atingiram diretamente a saúde pública e o conjunto da Seguridade Social, em consonância com as orientações de mudanças no mundo do trabalho, por meio da reestruturação produtiva (HARVEY, 1993) e de redefinição das funções e responsabilidades do Estado com vistas à inserção do Brasil na economia mundializada (CHESNAIS, 1996).

No contexto de crise estrutural do capital, a saúde tem sido um espaço de grande interesse de grupos econômicos em sua busca por lucros e em seu movimento para impor a lógica privada nos espaços públicos. Nesse processo, o caráter público e universal da saúde, tão caro ao Movimento de Reforma Sanitária e aos lutadores da saúde, é ameaçado. Tem-se desde então, o avanço do Projeto de Saúde Privatista, indo de encontro ao Projeto de Reforma Sanitária.

A eleição de membros do Partido dos Trabalhadores para o cargo máximo da república federativa no âmbito do governo federal trouxe discussões, contradições e dilemas postos desde as respectivas campanhas eleitorais e que se agudizaram no decorrer dos mandatos, na medida em que são apresentadas propostas de contrarreformas e ajustes no mesmo sentido das verificadas em governos anteriores de cunho neoliberal. Esse movimento tem sido bastante criticado por parte de especialistas, por fazer parte de estratégias alinhadas com projeto neoliberal (BEHRING, 2003).

Entretanto, esse projeto foi posto em cheque, as manobras parlamentares, jurídicas e midiáticas que culminaram com o afastamento de Dilma Rousseff da presidência da república, no dia 12 de maio de 2016, desnudaram as fragilidades da democracia burguesa e o esgotamento da política de conciliação de classe. Em seu

lugar assume, de maneira ilegítima, Michel Temer, representando os setores mais atrasados, conservadores e reacionários da sociedade brasileira.

O governo ilegítimo de Temer tratou-se da restauração conservadora ao poder, em consonância ao projeto político ultra neoliberal, assumidamente pró-capital, que visa resolver os impasses de acumulação e favorecer os interesses da classe dominante do país e, aprofundar sua dependência junto ao capital internacional (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 4).

Assim, o peso da crise da acumulação foi transferido para os trabalhadores. Nesta direção, tivemos o comprometimento dos direitos através de propostas de contrarreformas (Trabalhista, da Previdência Social, Terceirização Irrestrita, Novo Regime Fiscal - que congela por vinte anos os gastos públicos, entre outras).

Dentre as ações que foram gestadas no sentido de garantir a hegemonia do capital destaca-se a Emenda Constitucional nº95 (EC-95) de 2016, aprovada pela Câmara dos Deputados e Senado Federal, com o “discurso” de conter gastos em Programas Sociais (Bolsa Família e demais programas sociais). Sendo que o objetivo real era conter nos investimentos na totalidade das Políticas Sociais, incluindo-se Saúde.

A partir de 2018, com a eleição do então candidato Jair Bolsonaro radicaliza ainda mais essa situação pois a assistência social aos mais pobres deve passar por reestruturação, congelamento, desfiguração e extinção de programas, principalmente com a redução do acesso e a diminuição do valor dos benefícios. Neste sentido, tais reconfigurações impactam diretamente nas condições objetivas de vida e saúde da população em geral, visto que o SUS garante os serviços de saúde para grande parte sociedade brasileira.

2.2 A Política de Saúde em tempos do Neodesenvolvimentismo

Primeiramente, trataremos como ponto de partida a origem do termo desenvolvimentismo¹⁶, sua gênese surgiu como pensamento estruturado na América

¹⁶ Schneider (1999, p. 282), partindo da experiência histórica do Brasil e do México, também conceitua o desenvolvimentismo como ideologia ou como visão de mundo para a qual a industrialização é o objetivo maior, cabendo ao Estado a tarefa de promovê-la. Para tanto, o Estado desenvolvimentista se caracteriza por: *i*) capitalismo político, já que investimentos e lucros dependem

Latina, por meio da Cepal (Comissão Econômica para América Latina e Caribe), anteriormente ligada à Organização das Nações Unidas (ONU)¹⁷.

De acordo com Marini (2010), a marca desse pensamento original sobre a América Latina se deu via o Informe Econômico para a América Latina, em 1949, divulgado pela Cepal. Os maiores intelectuais do período ligados a esse pensamento foram: Raul Prebisch, Celso Furtado, Aníbal Pinto, Aldo Ferreiro e Victor Urquidí.

A Cepal tinha como objetivo publicizar a teoria do desenvolvimento originária da Europa e dos Estados Unidos no segundo pós-guerra. O cerne dessa teoria era o entendimento de que o subdesenvolvimento econômico constituía uma fase antecedente do desenvolvimento pleno e, se as nações buscassem as condições necessárias poderiam alcançá-lo. Para tanto, fazia-se necessária a modernização econômica, social, institucional e ideológica, que apresentaria, durante certo período, uma dualidade estrutural de oposição entre o setor moderno e o tradicional.

O subdesenvolvimento era quantificado mediante indicadores que classificavam as economias das nações não desenvolvidas, assim como as suas melhorias rumo ao desenvolvimento. Entretanto, para além de publicizadora de uma teoria imperialista do desenvolvimento, a Cepal tinha um papel importantíssimo nessa função por inaugurar uma ideologia que compreendia a realidade e as particularidades latino americanas, na qual as contradições de classe e as relações centro-periferia estavam expressas.

Dessa forma, a referida ideologia era instrumentalizada pela burguesia industrial, tanto em função das lutas sociais e políticas internas como dos conflitos estabelecidos ao nível da economia mundial. Isso fez com que a Cepal, partindo da teoria do desenvolvimento, nos termos em que havia sido formulada nos grandes centros, introduzisse as mudanças que representaram sua contribuição própria, original, e que fez do desenvolvimentismo latino-americano um produto em si, e não uma simples cópia da teoria do desenvolvimento (MARINI, 2010, p.107).

de decisões estatais; *ii*) discurso na defesa do desenvolvimento e da necessidade do Estado para promovê-lo; *iii*) exclusão política da maioria da população adulta; e *iv*) burocracia fluida e fracamente institucionalizada.

¹⁷ A Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL) foi estabelecida pela resolução 106 (VI) do Conselho Econômico e Social, de 25 de fevereiro de 1948, e começou a funcionar nesse mesmo ano. Mediante a resolução 1984/67, de 27 de julho de 1984, o Conselho decidiu que a Comissão passaria a se chamar Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe.

Fonte: CEPAL <<https://www.cepal.org/pt-br/historia-de-la-cepal>> acesso em 05 jul. 2020

No Brasil, o neodesenvolvimentismo como característica da contemporaneidade teve, conforme Prado & Meirelles (2010), materialização no meio intelectual.

É importante destacar, que nossa crítica rebate sobre a cooptação de fração dos setores trabalhistas via sindicatos de classe e conselhos, em detrimento de um projeto emancipatório da classe trabalhadora.

De acordo com Siscú, Paula & Michel (2005), a alternativa neodesenvolvimentista apresentou-se como proposta de um Estado que regulava a economia, sem conflitar com a economia de mercado e com o sistema financeiro não especulativo. Esse Estado, por ser forte, possibilitou a execução de políticas expansionistas e defensivas, assim como medidas que minimizaram a volatilidade demasiada da taxa de câmbio e possibilitou o ateu as exportações. A política industrial incrementada serviu para incitar a competitividade da indústria, enquanto o comércio exterior propiciou à nação melhor inserção no mercado mundial. Além disso, houve necessidade em buscar o progresso técnico e aumento da produtividade, mantendo sempre um sentimento nacionalista, isto é, de defesa dos interesses nacionais. E no que tange ao social, deveria haver distribuição de renda e riqueza via crescimento econômico e políticas de inclusão social.

Vale destacar que no primeiro mandato, o Governo Lula aplicou medidas que frustraram toda uma geração de lutadores sociais que construíram a cultura política de contestação e contra-hegemonia no Brasil. Em 2002, no meio das eleições, o PT lançou a “Carta ao povo brasileiro”, na qual garantia a segurança jurídica para as grandes multinacionais e, principalmente, a preservação do tripé da subordinação: metas de inflação, câmbio flutuante e superávit primário baseado em altas taxas de juros. Seguindo esse retrocesso, o primeiro Governo Lula foi marcado pela priorização das políticas neoliberais, com arrocho fiscal, mínima atuação do Estado na efetivação de políticas públicas e sociais e postos estratégicos de comando sob o domínio de representantes do capital financeiro internacional, como a presidência do Banco Central, o Ministério da Fazenda e o Tesouro Nacional. (GONÇALVES, 2013).

No segundo mandato (2007-2010), a marca do Governo Lula foi o impulso a uma nova espécie de desenvolvimentismo, acoplada no Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) que incentivou novas obras por meio de concessões ao oligopólio do capital industrial e financeiro via Banco Nacional de Desenvolvimento

Econômico e Social (BNDES), possuidor de uma carteira de investimentos maior do que o Banco Mundial, inserindo uma política econômica anticíclica com base no capitalismo sem risco para as empresas, já que financiado pelo Estado brasileiro, ou seja, pelo fundo público. (SALVADOR, 2010).

No entanto, mesmo com o aumento do PIB brasileiro impulsionado pelas políticas neodesenvolvimentistas, constatamos que os investimentos em Políticas de Saúde não acompanharam o crescimento da demanda em serviços ofertados a população.

Notadamente, acreditamos que houveram avanços, mas que estes não foram capazes de acompanhar e suprir as necessidades da população em estado de vulnerabilidade social e, que vivem à margem da sociedade brasileira.

Nosso entendimento decorre que, enquanto o Estado mantiver a lógica perversa do capital, caracterizado pela fase atual do capitalismo, em escala nacional e internacional, imprimindo, de forma dominante, a dinâmica do modo de produção e influenciando as mais diversas esferas das sociedades e dimensões da vida social, das formas institucionais assumidas pelo capital financeiro, que definem os sujeitos que comandam concretamente esse processo, articulando os mais diversos interesses, a partir do domínio, controle e propriedade de instituições financeiras, não será possível superarmos a barbárie que se instala.

Entretanto, com engajamento e aglutinação das forças progressistas, reaproximação com os movimentos sociais e união dos trabalhadores, em sentido mais amplo, buscando um projeto emancipatório, poderemos encontrar o caminho ou via para superarmos os retrocessos sucessivos e os ataques a classe trabalhadora.

2.3 A Política de Saúde e o retorno ao Conservadorismo

Neste capítulo iremos tratar mais precisamente das transformações ocorridas no Brasil, após o “Golpe de Estado” de 2016 que culminou no impeachment de Dilma Rousseff e trouxe a Presidência da República o conservador Michel Temer. Sendo assim, nossa pesquisa tentará demonstrar e interpretar suas consequências para o conjunto da classe trabalhadora.

Conforme Bravo (2018), a presidenta Dilma foi afastada por um golpe de Estado, operacionalizado por integrantes da bancada conservadora do Legislativo, do Judiciário e da mídia com vistas a tomar o poder. Assumiu o Golpista e vice-presidente de República Michel Temer, do MDB, que acelerou ainda mais a destruição dos direitos sociais e trabalhistas.

Sendo assim, Temer assumiu e seguiu à risca o ideário neoliberal ortodoxo, acirrando o processo de privatização estatal, contrarreformas trabalhista e previdenciária, desfinanciamento das políticas, congelamento por 20 anos dos gastos públicos com políticas sociais com a Emenda Constitucional 95/2016. Desse modo, é importante ressaltar que tais contrarreformas já vinham sendo executadas por Dilma, porém, foram intensificadas por Temer.

Neste sentido, agências multilaterais tem um papel preponderante nas ações do Estado, conforme destacou documento do Banco Mundial (BM) “Um ajuste justo: análise da eficiência e da equidade do gasto público no Brasil”, de novembro de 2017, apresentou, em sua essência, um cerne meramente político, que veio compactuar com os desmanches acarretados nas políticas públicas no Brasil.

Assim, as recomendações desse relatório orientaram cortes de gastos públicos e, em especial, de gastos sociais. Para uma análise minuciosa, é necessário refletir: o governo brasileiro realmente gasta muito com saúde? O relatório no item 154, nas considerações sobre o Produto Interno Bruto (PIB), compara os gastos com saúde em âmbito nacional, explicitando que o Brasil consome (relativo ao PIB) valores similares aos seus parceiros da Organização de Cooperação e Desenvolvimento (OCDE), porém a maior parte desses gastos é realizada no setor privado. Os gastos públicos com a saúde no Brasil correspondem a menos de 4% do PIB, enquanto em países da OCDE, em média, o patamar é de cerca de 7% do PIB.

Nesse sentido, devemos refletir: será que existem condições de realizar cortes de gastos em saúde no Brasil, levando em consideração a extensão populacional brasileira? Nosso entendimento é feito exatamente no sentido inverso, ou seja, haveria espaço para aumentar. O relatório coloca como objetivo principal de sua mensagem no item 168: “O SUS poderia oferecer mais serviços e melhores resultados de saúde com o mesmo nível de recursos se fosse mais eficiente” (BANCO MUNDIAL, 2017, p. 118), havendo possibilidade de mudar o quadro dos atendimentos realizados pelo SUS, sem nenhum prejuízo aos serviços prestados,

desde que se aumentasse o desempenho de vários municípios brasileiros (dependendo da localização e da população), “identificando onde os recursos estão sendo usados de maneira mais ineficiente, e buscar, através de uma melhor gestão, onde seria possível melhorar” (BANCO MUNDIAL, 2017, p. 112). O foco do relatório é na ineficiência produtiva do SUS, recaindo sobre a prioridade, a eficiência e os cortes de gastos.

Queremos salientar que tais orientações/afirmações tem por objetivo privilegiar o setor privado, deixando claro que o Estado se torna uma máquina ineficaz e, portanto, deve ceder espaço ao setor privado. Nossa crítica mais vez se depara com grave ameaça aos serviços públicos e observa o direcionamento para a mercantilização dos serviços em saúde.

Em análise, a nova conjuntura diante dos desfechos da última eleição, trazendo em cena o ultraconservadorismo, mais precisamente com a eleição do atual Presidente Jair Bolsonaro, o quadro de ataques a classe trabalhadora projeta-se a uma ofensiva ainda mais devastadora, com forte tendência a mercantilização dos serviços.

Neste contexto, antes de finalizarmos nossa pesquisa surge algo que tende a modificar as relações de produção, social e econômica das sociedades em todo território mundial, algo que compreende a totalidade das nações. Trata-se de uma Pandemia, em nível Global que atinge todo o conjunto de países na atualidade.

Neste sentido pretendemos trazer uma reflexão sobre essa nova conjuntura econômica, política e social. Buscar reflexões que possam explicar a partir das ações do governo brasileiro, como se dará as respostas ao enfrentamento da crise que se aproxima, quais estratégias e seus reflexos para os trabalhadores e usuários do SUS.

Em resposta as inquietações e incertezas causadas pela Covid-19, fomos atrás de respostas do Governo. Mas não encontramos ações ou Projetos que respondessem aos anseios da sociedade. Destaca-se total inercia e falta de projeto sanitário e, descompasso com as autoridades internacionais do setor. Por fim não podemos esperar muito de um projeto governamental alinhado com os interesses do Mercado. Ressaltamos que essa falta de ações, resultou, até o memento em mais de 100.000,00 (cem mil) mortes em nosso país.

Diante da tragédia anunciada, evidencia-se preponderantemente décadas de uma política de austeridade fiscal, que enfraqueceu as políticas de saúde e coloca

em risco a continuidade do Sistema Único de Saúde (SUS), com o crescimento real dos gastos na área de saúde no período sendo um dos menores dos últimos anos. Tal afirmação tem embasamento na EC-95, que congela os gastos públicos durante 20 anos, anula quaisquer possíveis avanços futuros nos serviços públicos em saúde.

Vale destacar que há três décadas o neoliberalismo vem espoliando e destruindo as políticas públicas e sociais, na organização básica da vida social e humana. Privatizações e cortes em Políticas Sociais sobretudo no campo da saúde e, em seu lugar colocando a mercantilização e a financeirização. Processo que se iniciou com o aprofundamento das crises e com os ajustamentos das dívidas dos países periféricos, entre o final da década de 1980 e o começo da década de 1990.

Neste sentido, nossa crítica rebate sobre as implicações e respostas do neoliberalismo e, as consequências para a classe trabalhadora, isto é, para imensa maioria da população, a pandemia escancara a falência ou a impossibilidade da perspectiva do neoliberalismo. A COVID-19 revela a realidade nua e crua. O capital e suas mediações não tem remédio e nem respostas objetivas para a classe que vive do trabalho.

Deste modo, a pandemia mundial do novo coronavírus não pode ser considerada a causadora da crise atual do capital. Sendo assim, a crise de superprodução e de acumulação de capital é muito mais profunda. Ela não é só produto do movimento cíclico do capital. Ela é agravada pelo esgotamento de todas as alternativas que se colocaram para fazer frente às demandas da classe trabalhadora.

Tais efeitos devastadores para a classe trabalhadora tendem a agudizar-se na gestão Bolsonaro, com o propósito de favorecer o setor privado, efetuando ainda mais cortes de despesas/investimentos e o desmonte de programas em linha com o desejo de precarização e extinção do SUS, daí a falta de remédios, médicos, enfermeiros e de atendimentos não realizados, indiferente ao sofrimento da maioria da população.

Temos como exemplo, o pacote emergencial em execução, por sua vez, carrega uma morosidade burocrática proposital absurda, que tende a agravar os efeitos da Covid-19, sob vários aspectos. Destaca-se seus efeitos sobre as pessoas infectadas, maior pressão sobre o sistema de saúde nos estados e municípios, com tendência de estrangulamento no setor de saúde, posto que o número de leitos e profissionais não se expande na proporção do número de infectados. Na medida que

o vírus ultrapassou a fronteira da classe média e invadiu a periferia, o grau de letalidade aumentou, dadas as condições precárias de moradia e acesso às condições materiais básicas de sobrevivência das camadas mais empobrecidas.

CAPÍTULO 3

3. IMPLICAÇÕES DOS ATAQUES NEOLIBERAIS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE

A inserção do assistente social vem sendo escrita ao longo dos anos, e é caracterizada por um profissional que, articula o recorte social nas diferentes formas de promoção de saúde, identificar causalidades e multiplicidade dos fatores que afetam a qualidade de vida da população.

Conforme destaca Marilda (2000):

A profissão é aqui compreendida como um produto histórico, e, como tal, adquire sentido e inteligibilidade na história da sociedade da qual é parte e expressão. O Serviço Social afirma-se como uma especialização do trabalho coletivo, inscrito na divisão sociotécnica de trabalho, ao se constituir em expressão de necessidades históricas, derivadas da prática das classes sociais no ato de produzir seus meios de vida e de trabalho de forma socialmente determinada. Assim seu significado social depende da dinâmica das relações entre as classes e dessas com o Estado nas sociedades nacionais em quadros conjunturais específicos, no enfrentamento da "questão social". (MARILDA, 2000, p. 204)

O Serviço Social se depara com enormes dificuldades no exercício profissional, pois a ideologia neoliberal vai de encontro ao projeto ético-político da profissão, sendo que o projeto ético-político são materializadas no Código de Ética, que refletem o movimento de Reforma Sanitária, visando efetivar a universalidade

do acesso a direitos fundamentais, como a saúde, por meio da efetivação das políticas públicas.

Assim sendo, o assistente social é um profissional que tem como objeto de trabalho a questão social¹⁸ com suas múltiplas expressões, formulando e implementando propostas para seu enfrentamento, por meio das políticas sociais, públicas, empresariais, de organizações da sociedade civil e movimentos sociais.

Para Netto (1992, p.71), “a questão social”, como matéria de trabalho, não esgota as reflexões”. Sem sombra de dúvidas, ela serve para pensar os processos de trabalho nos quais os assistentes sociais, em uma perspectiva conservadora, eram “executores terminais de políticas sociais”, emanadas do Estado ou das instituições privadas que os emprega.

Contudo, o processo de ruptura com o conservadorismo, o Serviço Social passou pelo processo de reconceitualização¹⁹, buscou outras formas de tratar a prática profissional no campo das políticas sociais, não mais no campo relacional demandado pela população carente e ofertado pelo sistema capitalista, mas sim demandar acesso aos direitos sociais e à defesa da democracia.

Dessa forma, não se trata apenas de operacionalizar as políticas sociais, embora importante, mas faz-se necessário conhecer as contradições da sociedade capitalista, da questão social e suas expressões que desafiam cotidianamente os assistentes sociais, pensar as políticas sociais como respostas a situações indignas de vida da população pobre e sobretudo enxergar essas demandas como um direito universal do usuário, não focalizado e seletivo. Buscar compreender a mediação que as políticas sociais representam no processo de trabalho do profissional, ao deparar-se com as demandas da população.

Diante disso, este capítulo estruturado por dois itens, propõe-se analisar no primeiro momento a relação entre neoliberalismo e as reconfigurações das políticas

¹⁸ Questão social compreendida conforme elaboração de Behring e Boschetti: “[...] é correto afirmar que a tradição marxista empreende, desde Marx e Engels até os dias de hoje, um esforço explicativo acerca da questão social, já que o que está subjacente às suas manifestações concretas é o processo de acumulação do capital, produzido e reproduzido com a operação da lei do valor, cuja contraface é a subsunção do trabalho pelo capital [...] acrescida da desigualdade social e do crescimento relativo da pauperização.” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

¹⁹ Marilda (2006), no estudo sobre o movimento de reconceitualização no Brasil, conclui que o debate da reconceitualização só criou força quando a ditadura militar entrou em crise e a sociedade civil emergiu novamente. A autora explica que, durante o regime militar, o processo de modernização do Serviço Social tradicional “[...] atualiza a sua herança conservadora”. Verificou-se uma mudança no discurso, nos métodos de ação e nos rumos da prática profissional com o objetivo de obter um reforço de sua legitimidade junto às instâncias demandantes da profissão, em especial o Estado e as grandes empresas, adequando o Serviço Social à ideologia dos governantes (IAMAMOTO, 2006, p. 215).

sociais, do papel do Estado e da questão social, apresentando de que forma as mudanças ocorridas, a partir da instauração do sistema econômico capitalista neoliberal, interferem na atuação profissional dos Assistentes Sociais. Mostrando também a intrínseca relação da profissão com o sistema capitalista e com as classes sociais, que ocorre desde a formação do exercício profissional, na dimensão técnica, operativa, ética e política.

No segundo momento, este capítulo expõe a origem do projeto ético-político e seu significado para a profissão, aduzindo alguns impasses para a realização das diretrizes e princípios, assim como as possibilidades existentes, na efetivação do projeto profissional do Serviço Social, e sua relação com os projetos societários.

Segundo Marilda (2000), as transformações societárias veem alterando profundamente as relações de trabalho dos Assistentes sociais, a retração do Estado em suas responsabilidades e ações no campo social manifesta-se na compressão das verbas orçamentárias e no deterioramento da prestação de serviços sociais públicos. Vem implicando uma transferência, para sociedade civil, de parcela das iniciativas para o atendimento das sequelas da questão social, o que gera significativas alterações no mercado profissional de trabalho. Por um lado, constata-se uma tendência à refilantropização social, em que grandes corporações econômicas passam a se preocupar e a intervir na questão social dentro de uma perspectiva de "filantropia empresarial".

Neste caso os serviços são transferidos para o Setor privado e parcelas da sociedade civil, as ações que deveriam ser administradas pelo Estado agora ficam voltadas à Filantropia Social. Vale salientar que estes setores passam a fornecer serviços voltadas à gestão da pobreza, à medida que as empresas estão assumindo uma parcela do seu atendimento. Nos programas e projetos mantidos por organizações empresariais privadas, a ênfase recai sobre a qualidade dos serviços prestados.

Portanto, passam a ser seletivos, estabelecidos conforme escolhas e prioridades das corporações em suas ações "filantrópicas", em detrimento da garantia da universalidade no acesso, tal como o previsto pela Constituição vigente no país.

Marilda (2000), deixa claro que não se trata do ressurgimento da velha filantropia do século XIX, mas sim, o que se apresenta é "filantropia do grande capital", resultante de um amplo processo de privatização dos serviços públicos. Não

mais aquelas ações levadas a efeito por "pessoas de boa vontade", mas uma outra "filantropia", estabelecida sob novas bases, não mais românticas, mas integradas ao desenvolvimento das forças produtivas. Dotada de alta eficácia, evocando a solidariedade social na parceria entre a sociedade civil e o Estado é, entretanto, incapaz de deter, ou apenas encobrir, o outro produto daquele desenvolvimento, a reprodução ampliada da pauperização, que, no mundo contemporâneo, atinge níveis de barbárie social.

Conforme destaca Marilda (2000), a pesquisa de situações concretas, que são objeto do trabalho do assistente social, é o caminho necessário para a compreensão dos fenômenos sociais particulares com os quais o Assistente Social lida no seu cotidiano, alimentando a elaboração de propostas de trabalho fincadas na realidade e capazes de acionar as possibilidades de mudança nela existentes. O deciframento dos processos sociais, tanto em suas determinações gerais como em suas expressões particulares, é também o requisito necessário para superar a defasagem entre um discurso teórico genérico sobre a sociedade capitalista e os fenômenos sociais singulares, que requerem respostas do assistente social no campo de trabalho e nos espaços sócio ocupacionais em sua totalidade.

"Sendo a questão social a base de fundação do Serviço Social, a construção de propostas profissionais pertinentes requer um atento acompanhamento da dinâmica societária, balizado por recursos teórico-metodológicos, que possibilitem decifrar os processos sociais em seus múltiplos determinantes e expressões, ou seja em sua totalidade. Exige uma indissociável articulação entre profissão, conhecimento e realidade, o que atribui um especial destaque às atividades investigativas como dimensão constitutiva da ação profissional".
(MARILDA, 2000, p. 285).

Destacando o pensamento de Marilda (2000), é condição indispensável para romper com as concepções tecnicista e politicista da ação profissional. Concepções essas, que diluem a particularidade social do trabalho profissional seja numa rede de regras sobre seus procedimentos operativos, seja na militância política. Sendo assim, a pesquisa concreta de situações concretas é ainda uma condição essencial para ultrapassar uma visão teorcionista da competência profissional, restringida parcialmente à apropriação teórico-sistemática das principais matrizes do pensamento social do positivismo aos marxismos, mas descolada de uma base de

informação histórica sobre a sociedade brasileira e, nela, dos novos determinantes e expressões da questão social na atualidade, matéria-prima do trabalho do Serviço Social.

Neste sentido a autora acrescenta que se faz necessário, que a formação profissional sofra um "encharcamento" de informações históricas sobre a sociedade brasileira, em suas faces rural e urbana, tendo como foco a produção e reprodução da questão social em suas expressões nacionais, regionais e municipais, construindo-se uma indissolúvel aliança entre teoria e realidade, necessariamente alimentada pela pesquisa. A pesquisa docente e discente, na graduação e pós-graduação, é um recurso indispensável para a compreensão das múltiplas formas de desigualdades sociais e dos processos de exclusão delas decorrentes econômicos, políticos e culturais, sua vivência e enfrentamento pelos sujeitos sociais na diversidade de sua condição de classe, gênero, raça e etnia.

Conforme destaca Marilda (2000), sendo este o terreno de onde emanam as demandas profissionais por parte do Estado, o empresariado, de outros segmentos da sociedade civil que atuam no amplo campo da pobreza e da exclusão. É também o "chão" para a construção das respostas do Serviço Social, consubstanciadas em propostas de trabalho nos marcos das políticas sociais públicas e privadas e das lutas dos vários segmentos sociais pela preservação de suas condições de vida e trabalho, dos direitos sociais e humanos.

Enfim, sendo as múltiplas expressões da questão social objeto de trabalho do profissional em Serviço Social, nossa preocupação com a pesquisa e os movimentos contraditórios e, dialéticos da sociedade, seja ela contemporânea e pós-moderna deve ter um caráter constante e essencialmente crítico.

3.1 O Serviço Social na política de saúde e as tensões do cotidiano profissional

De acordo com Oliveira (2008), os assistentes sociais são profissionais dotados de formação intelectual e cultural generalista crítica, de caráter interventivo, que se utilizam do instrumental científico multidisciplinar das Ciências Humanas e

Sociais (psicologia, antropologia, economia, sociologia, direito, filosofia), para análise e intervenção em situações da realidade social.

O Serviço Social tem como objeto de trabalho profissional a questão social e suas múltiplas manifestações, apresentando-se em diferentes expressões, a saber, em relação à criança, ao adolescente, à família, ao idoso, à fome, à saúde, à educação, ao desemprego, à luta pela terra, pela cidadania, pelos direitos sociais, entre outras. Dessa forma, a questão social não pode ser entendida de forma isolada, pois a sociedade está repleta de expressões da questão social, independentes ou até mesmo, interligadas entre si.

Neste sentido, destaca-se a definição construída por Iamamoto (1999), a questão social que pode ser definida como:

O conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade. IAMAMOTO (1999, p.27)

A falta de eficiência nas políticas públicas repercute na precariedade das condições socioeconômicas da população, o que coloca a sociedade em condições de risco social, a partir da negação das suas necessidades básicas, tais como alimentação, moradia adequada, ensino de qualidade, acesso aos serviços de saúde, lazer, entre outras.

Desta forma, de acordo com Pastorini (2004):

Não se pode perder de vista na análise um outro elemento: os sujeitos envolvidos nesse processo, “aqueles que colocam a questão na cena política”. Não considerar esses sujeitos é tratar a questão social de forma deshistoricizada, deseconomizada e despolitizada. PASTORINI (2004, p. 99)

Conforme apresenta Oliveira (2008) em sua exposição, o Serviço Social teve seu início na área da saúde nos Estados Unidos antes do final da década de 1880. Em Nova York, desde o início do século XX, os assistentes sociais vinham

trabalhando nas equipes de saúde no tratamento e profilaxia da tuberculose. Já o Serviço Social Hospitalar, criado em 1905 pelo Dr. Richard Cabot, inserindo-o na estrutura organizacional do Hospital de Massachussets. Considerando-o indispensável nas equipes de saúde.

No Brasil, o Serviço Social Hospitalar teve início em 1945, com a criação do Hospital das Clínicas de São Paulo. O lugar do Serviço Social na área da saúde é de conhecimentos multidisciplinares, plurais, de práticas cooperativas, complementares e interdisciplinares. O campo de abordagem dos aspectos sociais tem um rico potencial na saúde. Permite compor uma visão integral do sujeito que adoece, juntamente às demais áreas profissionais, favorecendo a compreensão das implicações sócio-econômicas e culturais da saúde, fator relevante para a humanização e qualificação da assistência. (OLIVEIRA, 2008).

Oliveira (2008), o profissional de Serviço Social tem como objetivo identificar os aspectos sócio-econômico-culturais e a partir desta visão de totalidade, não só analisar, mas interpretar e elaborar uma crítica sobre a realidade na qual o indivíduo está inserido, para junto com a equipe interdisciplinar decidir pela melhor forma de intervenção. A meta prioritária do assistente social é prestar um serviço de qualidade e humanizado, reconhecendo o usuário como cidadão de direitos incluindo o direito à saúde pública. Nessa perspectiva, entende que o aspecto emocional do usuário é determinante na evolução do tratamento, na medida em que fica fragilizado por conta da situação de doença, agravada por inúmeros problemas sociais; portanto, o usuário necessita ser acolhido, ouvido, ter espaço para expressar suas angústias e esclarecer dúvidas, além de oferecer-lhe novas perspectivas no tratamento médico.

No âmbito hospitalar, Oliveira (2008) descreve que o assistente social atuará nas seguintes ações: facilitar a adaptação e integração de pacientes e familiares à rotina hospitalar; socializar informações com pacientes e familiares quanto aos serviços prestados pela instituição facilitando o acesso aos instrumentos necessários e adesão ao tratamento; sensibilizar o paciente e a família quanto a importância da adesão ao tratamento, através de um trabalho de integração que viabilize um aprendizado pelas experiências vividas; propiciar ao paciente / família um relacionamento de confiança na equipe, condição essencial para o êxito da terapêutica e adesão ao tratamento; prevenir e detectar problemas sociais, que possam interferir no acompanhamento ao paciente interpretando-os para a equipe; acompanhamento diário da equipe ao paciente com longa permanência e seus

familiares; participar de pesquisas médico-sociais fomentando também pesquisa na área específica procurando refletir sobre as causas sociais que interferem no processo saúde x doença.

3.2 Os desafios para a efetivação do Projeto ético-político na Saúde

Este capítulo será um espaço reservado às reflexões e apreensões sobre o papel do Serviço Social na sociedade contemporânea e seus desdobramentos no cenário das políticas Neoliberais, bem como as modificações e aprofundamentos dos movimentos de expropriação do trabalho, vividos pela classe trabalhadora, incluídos Assistentes Sociais.

Sendo assim, traremos como exemplo nossa vivência no estágio supervisionado com objetivo de contribuir com o debate sobre a atuação profissional e suas contradições no âmbito das relações institucionais e interpessoais.

De acordo com Iamamoto (2004), os Assistentes Sociais são desafiados nesse tempo de divisas, de gente cortada em suas possibilidades de trabalho e de obter meios de sobrevivência, ameaçada na própria vida. Tempos de crise, em que cresce o desemprego, o subemprego, a luta por meios para sobreviver no campo e na cidade. Tempos extremamente difíceis para todos aqueles que vivem do trabalho: para a defesa do trabalho e para a organização dos trabalhadores.

É no contexto da globalização mundial sobre a hegemonia do grande capital financeiro, da aliança entre o capital bancário e o capital industrial, que se testemunha a revolução técnico-científica de base microeletrônica, instaurando novos padrões de produzir e de gestão do trabalho.

Ao mesmo tempo, reduz-se a demanda de trabalho, amplia-se a população sobrando para as necessidades médias do próprio capital, fazendo crescer a exclusão social, econômica, política, cultural de homens, jovens, crianças, mulheres das classes subalternas, hoje alvo da violência institucionalizada. Exclusão social esta que se torna, contraditoriamente, o produto do desenvolvimento do trabalho coletivo. Em outros termos, a pauperização e a exclusão são a outra face do desenvolvimento das forças produtivas do trabalho social, do desenvolvimento da

ciência e da tecnologia, dos meios de comunicação, da produção e do mercado globalizado.

Estes novos tempos reafirmam que a acumulação capitalista, não é parceira da equidade, não rima com igualdade. Consolidam o agravamento das múltiplas expressões da questão social, base sócio-histórica da requisição social da profissão. A linguagem de exaltação do mercado e do consumo, que se presencia na mídia e no governo, corre paralela ao processo de crescente concentração de renda, de capital e de poder. Nos locais de trabalho, é possível atestar o crescimento da demanda por serviços sociais, o aumento da seletividade no âmbito das políticas sociais, a diminuição dos recursos, dos salários, a imposição de critérios cada vez mais restritivos das possibilidades de o usuário ter acesso aos direitos sociais, materializados em serviços sociais públicos.

A autora chama nossa atenção, no sentido de todos estão convidados a pensar as mudanças que veem afetando o mundo da produção, a esfera do Estado e das políticas públicas e analisar como elas estão estabelecendo novas mediações nas expressões da questão social hoje, nas demandas da profissão e nas respostas do Serviço Social.

Cabe destacar, que os desafios são imensos e, que as tensões, os embates, dilemas, tensões, conjuntura política e histórica, ..., etc. Enfim, todo esse arcabouço que envolve a política de saúde no Brasil não se esgotaria em poucas linhas, se apresenta como um processo muito mais amplo e complexo.

Nesta perspectiva, a relação Estado e Sociedade após a Constituição de 1988, com a grande mudança ocorrida no interior da política de saúde, apresentaram novas questões e demandas para o Serviço Social, o que implicou na ampliação do papel do profissional, destaca Simionato (1997):

Novas demandas e consequentemente novas respostas também se colocam ao Serviço Social, seja no campo da assistência prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, seja nos espaços coletivos, através de ações que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença. SIMIONATO (1997).

A autora complementa, que a área da saúde é o setor que tem absorvido um quantitativo significativo de assistentes sociais, devido, de um lado, à relação da articulação da saúde com a produção e reprodução do capital, cabendo aos assistentes sociais, na divisão sócio técnica do trabalho, atuar nas instituições da saúde a fim de administrar a tensão existente entre as demandas dos trabalhadores que os insuficientes recursos para a prestação dos serviços requeridos. Enfatizamos que, por outro lado, contraditoriamente, devido à expansão da participação e do controle social da população através dos Conselhos de Defesa de Direitos e de Políticas Públicas. O serviço social, na área da saúde, atua para além do sofrimento físico e psíquico, explicitando e enfrentando as diferentes expressões da questão social que determinam os níveis de saúde da população, através de ações que priorizem o controle social, a prevenção de doenças, danos, agravos e riscos, a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, facilitando e contribuindo para a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Trazendo para nossa realidade local, faremos uma breve análise sobre a atuação do profissional em nosso campo de Estágio, bem como, no âmbito estatal, sua relação com as instituições e papel do Assistente Social no Instituto Cândida Vargas (ICV)²⁰.

De acordo com o observado na Instituto (ICV), podemos destacar que a mesma sofreu um processo de adaptações ao longo da história, sofrendo assim, intervenções de acordo com as políticas governamentais que perpassaram as conjunturas históricas, políticas e sociais em nosso país.

No contexto local, ao analisarmos nosso campo de estágio, podemos identificar que mesmo com imensas dificuldades alguns assistentes sociais apresentam grande comprometimento com o projeto ético-político da profissão, mas que a dinâmica neoliberal impõe limites em relação às implicações do seu trabalho e sobre sua vida pessoal, social, familiar e, até mesmo, sobre a sua saúde. Destacamos que, mediante as novas tendências e repercussões das mudanças processadas no mundo do trabalho, esses profissionais, assim como os demais

²⁰ Instituto Cândida Vargas (ICV) é um serviço de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS que tem como missão desenvolver ações de atenção integral à saúde da mulher e da criança, em nível ambulatorial e maternidade com qualidade, resolutividade e humanizada. Referência para os municípios do Estado da Paraíba, presta atendimento às usuárias encaminhadas pela equipe da Saúde da Família, por especialista da rede e demandas espontâneas.

trabalhadores, ao mesmo tempo em que assumem novas responsabilidades, também absorvem uma grande carga de sofrimento psíquico e físico. Em grande parte esse desgaste está relacionado às condições materiais e sociopolíticas presentes no ambiente de trabalho e de vida desse profissional, condição básica à efetivação do projeto ético-político do profissional em seu local de trabalho.

Contatamos que, muitas vezes o trabalhador não dispõe nem mesmo de tempo livre para a vida familiar e para o lazer por atuar em longos e exaustivos períodos laborais. Sendo essa a alternativa encontrada pelo profissional em buscar alternativas viáveis a sua própria reprodução social. O trabalho torna-se, dessa forma, uma tarefa árdua e desgastante, sendo que o único tempo livre é utilizado para repouso e recuperação da força de trabalho. Sendo assim, na atual conjuntura do capitalismo o trabalhador converte-se em um elemento de integração cada vez mais articulado às requisições do capital, apresentando-se como um sujeito ativo que incorpora diferentes personagens no processo produtivo.

Diante desse quadro, Antunes (2000), a dimensão da subjetividade presente nesse processo fica tolhida e voltada para a valorização e auto-reprodução do capital. Na busca de capturar integralmente a subjetividade do trabalhador, o despotismo presente nos espaços sócio organizacionais torna-se então mesclado com a manipulação do trabalho, com o envolvimento dos trabalhadores por meio de um processo ainda mais profundo de interiorização do trabalho alienado. O trabalhador passa, assim, a pensar e fazer pelo e para o capital, aprofundando ainda mais a subordinação do trabalho ao capital (ANTUNES, 2002).

Enfim, fica evidente que o trabalhador se molda a lógica do capital e perde sua capacidade crítica e, não obstante perde também sua capacidade organizativa pois o capital impõe uma lógica perversa do crescente exército de reserva aliados aos ideais de reformismo do Estado e, ao Patrimonialismo e Clientelismo.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossa pesquisa possibilitou identificar que o SUS está longe de ser o sistema idealizado pelos pensadores e elaboradores do Projeto de Reforma Sanitária, porque mesmo tendo alcançado muitos e, significativos avanços

históricos, também foram muitos os retrocessos, principalmente após a implantação da ideologia neoliberal no Brasil, que representa na atualidade uma completa ameaça aos princípios e a efetivação do SUS, pois sofre constantes reestruturações e modificações pelos governantes, que insistem na privatização e na construção de medidas paliativas para o atendimento das demandas da população.

Neste sentido, identificamos que à saúde no Brasil foi influenciada diretamente pela conjuntura política e pelos movimentos dialéticos da sociedade brasileira. Esse movimento ficou mais evidente com a redemocratização do país.

Verificamos então, que vários segmentos sociais organizados insatisfeitos com as iniciativas governamentais pressionaram o estado a assumir papel ativo na busca pela melhoria das condições de saúde, e essa conquista enquanto direito gratuito e universal de cidadania. Após longo período de disputas, chegamos ao sistema atual de saúde, que foi fruto de embates e correlações de forças entre Capital e Trabalho, resultado, no âmbito econômico do Sistema Previdenciário e no plano político-ideológico do embate dos movimentos progressista e neoliberal conservador.

Entretanto, logo após a constituição constatamos um movimento contrário aos direitos Universais sobre Saúde no Brasil. Isso devido aos interesses envolvidos, gerando constantes conflitos entre o sistema público e a assistência privada baseada no lucro, aliados também aos discursos de ineficiência. Tais ações de cunho reformistas englobam uma série de estratégias do grande capital em promover a contrarreforma do Estado.

Considerando o contexto atual, marcado por desdobramentos regressivos e ofensivos as políticas de saúde, com reflexos macroeconômicos de ajuste fiscal e contornos que demarcam a democracia e o Estado de Direito no País, bem como das mudanças nas formas de organização e gestão em níveis de atendimento em saúde, reitera-se “a defesa intransigente do Sistema único de Saúde como um sistema que ofereça qualidade no atendimento”.

Sendo assim, fica evidente que os movimentos desse projeto são direcionados aos interesses do capital, bem como apresentam um modelo ultraliberal, que propõe a privatização do patrimônio estatal, promovendo o entreguismo. Falta de investimentos em ciência, educação, saúde, tecnologia, exclusão social e a devastação ambiental.

A construção de um projeto de caráter democrático-popular exige mais do que a oposição pontual a cada iniciativa dos ultraliberais. Requer uma estratégia de superação da economia financeirizada e de valorização das atividades produtivas.

Não há dúvidas que o Controle Social é um importante instrumento de inserção de frações da sociedade civil nas decisões e direcionamentos das políticas públicas no campo da saúde. No entanto elas por si só não são capazes de responder as demandas da sociedade, pois podem ser modificadas de acordo com os grupos políticos e interesses.

Neste sentido, nossa crítica é direcionada na defesa da inserção de frações da sociedade civil. Sejam, entidades de classe, grupos de minorias, movimentos sociais, LGBT's, etc.

Diante do exposto, nosso projeto faz uma defesa intransigente pela Universalização do SUS e destaca ser esse é o maior desafio aos direitos civilizatórios no Brasil.

Por fim, constatamos que as Políticas de Saúde no Brasil são de Governo não de Estado. Há uma cultura de mercantilização dos serviços e isso faz parte da construção histórica. Todavia, mesmo diante da forte ofensiva do capital, devemos lutar por um projeto emancipatório e universalizado. Construir uma consciência crítica, não é tarefa simples, neste sentido o texto traz subsídios para contribuir didaticamente, trazendo elementos para entendermos os processos relacionados as conquistas de direitos e para construção de uma cultura coletiva universalizada.

Sobretudo, lutar contra os desmontes das políticas sociais, certamente, contribuirá para ampliação e qualificação do debate sobre a necessária materialização do direito à saúde, preconizado pela Constituição Federal de 1988, a fim de objetivar um projeto de Estado que, ao se materializar, seja capaz de expressar as demandas da sociedade brasileira e que resulte em uma Saúde Universal. Nossa luta é pelo direito básico e efetivação do "Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

Em destaque, constatamos que nos discursos neoliberais o Estado é responsabilizado pela ineficiência em sua capacidade de governabilidade, em caminho apostado o mercado e a iniciativa privada são postos como esfera da

eficiência. Assim, tem-se como resultado um processo de privatização da coisa pública, com o Estado cada vez mais submetido aos interesses econômicos e políticos no cenário internacional e nacional, em nome das exigências do grande capital financeiro.

A partir das diretrizes e as prioridades dadas ao capital, sustentam a permanência de uma política neoliberal, pautada em políticas macroeconômicas que levam a diminuição de gastos públicos e dos direitos sociais, em destaque à saúde. Sendo assim, observamos um estado de afastamento da efetivação das políticas, com fortes rebatimentos sobre os direitos sociais e universais, com forte impacto aos serviços de saúde ofertados pelo SUS.

Todavia, a opção do governo em direcionar o uso dos recursos públicos para o mercado deixa claro que o Estado tem priorizado a política econômica com os interesses privados do capital, em detrimento das políticas sociais e das demandas dos usuários, motivo pelo qual direciona os recursos de saúde e seguridade social ao setor privado, com focalização e desproteção social.

O discurso da privatização, com foco na precarização das condições de trabalho, subfinanciamento, desfinanciamento das políticas sociais e, do estado em não transformar políticas sociais em políticas de Governo, são expressões e reflexos no processo de degradação e descontinuidade dos direitos conquistadas por longos períodos de embates.

A classe trabalhadora vem sofrendo constantes ataques sobre os direitos conquistados, com destaque ao atual projeto, que está promovendo o desmonte das políticas sociais conquistadas ao longo de décadas. Na saúde, constata-se um discurso de criminalização dos serviços públicos e gratuitos, com destaque para ataques aos servidores públicos.

Evidenciamos então, que o profissional de Serviço Social é demandado a um atendimento cada vez mais humanizado às avessas em políticas sociais. Como sabemos para que ocorra um atendimento humanizado é preciso basicamente que o profissional tenha condições objetivas de trabalho, materializada em melhorias na infraestrutura, melhores salários, insumos, ambiente de trabalho, ..., etc.

Nossa missão é combater as desigualdades e lutar por um projeto societário em busca dos direitos universais e, este perpassa pela instrumentalização da profissão em sentido amplo, buscar melhorar a participação social e integral da

sociedade nos espaços de debate, objetivando construir uma cultura do direito aos serviços sociais universalizados.

Nossa pesquisa demonstra que as políticas públicas e sociais no Brasil são objeto de disputas e embates, não são efetivadas como políticas governamentais e transformadas em leis constitucionais. Deixam lacunas e podem ser modificadas a cada Governo. Outra questão que merece destaque, está relacionada a participação social que seria uma forma de contribuir na construção de sujeitos de direitos e inserção nos processos decisórios, está em processo de desmonte pelo atual governo, que extingue os conselhos e retira toda e qualquer participação da sociedade.

Portanto, concluímos que a política de saúde brasileira está sendo encaminhada para a privatização; forte redução dos investimentos e cortes nos gastos sociais caminhando para uma perspectiva de colapso do sistema de proteção social e; para o fim de um Sistema Único de Saúde universal gratuito. Destacamos que tal afirmação pode ocorrer de forma acelerada ou de forma lenta, mas que todos os direcionamentos apontam para a mercantilização dos serviços em saúde.

Destacamos que, ao longo de toda trajetória desde sua gênese aos dias atuais a política de saúde no Brasil sempre foi tratada como de Governo e não de Estado. Sendo assim, o marco constitucional que vislumbrava a universalização nunca chegou a ser efetivado em sua plenitude, deixando dúvidas sobre os marcos legais ao direito, subentende-se então, ser um projeto inacabado com constantes modificações e, neste sentido, de acordo com as conveniências políticas, mais que isso, alinhadas com Mercado.

5. REFERÊNCIAS

ABEPSS – Associação de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Formação do assistente social no Brasil e a consolidação do projeto ético-político. In: **Serviço Social e Sociedade**. Serviço social: Formação e projeto político, nº 79. São Paulo: Cortez, 2004.

ABREU, M. A. A dimensão pedagógica do Serviço Social. IN: Revista Serviço Social e Sociedade. N. 79, São Paulo: Cortez, 2004.

Ana Cristina Laurell. Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo. 3. edição ,1995

ANDRADE, M. A. R. A. A prática de ensino no curso de serviço social. São Paulo, 1996. 195p. Tese (Doutorado em Serviço Social) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

ANTUNES, R. (Org.). **Neoliberalismo, trabalho e sindicatos**. Reestruturação produtiva na Inglaterra e no Brasil. São Paulo: Boitempo, 1997.

ANTUNES, Ricardo (1953). **Adeus ao Trabalho?**: Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 5ª Ed. São Paulo: Cortez; Campinas, SP: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1998.

ANTUNES, **Os Sentidos do Trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 1999, pag.29/59.

ANTUNES, Ricardo (2028). **O privilégio da servidão**: O novo proletariado de serviço na era digital. São Paulo: Boitempo, 2028.

ANTUNES, R. Lutas sociais e desenho societal no Brasil dos anos 90. *Revista Crítica Marxista*. São Paulo: Xamã VM, n.7, 1998.

ANDERSON, Perry. **Balanço do neoliberalismo**. In: SADER, E. & GENTILLI, P. (orgs). **Pós-neoliberalismo**: as políticas sociais e o Estado democrático. 7ªed. São Paulo: Paz e Terra, 1995, pag.10.

_____. *Os sentidos do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 1999.

ALVES, Giovanni. O novo (e precário) mundo do trabalho – reestruturação produtiva e crise do sindicalismo. 2ª ed. São Paulo: Boitempo, 2005.

ALVES, Giovanni. Nova ofensiva do capital, crise do sindicalismo e as perspectivas do trabalho – o Brasil nos anos noventas. In: TEIXEIRA, FRANCISCO. J.S; OLIVEIRA

BANCO MUNDIAL. **Proposta de reformas do Sistema Único de Saúde brasileiro**. Washington, EUA: BM, 2018.

BANCO MUNDIAL. **Um ajuste justo**: Análise da eficiência e da equidade do gasto público no Brasil. Washington, EUA: BM, 2017.

BEHRING, E.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. 6.ed. São Paulo: Cortez, 2009 (Biblioteca Básica de Serviço Social, v.2.).

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

BEHRING, Elaine; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: Fundamentos e História**. São Paulo: Cortez, 2011.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Política Social no Capitalismo Tardio**. São Paulo: Cortez, 1998.

_____; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008. Brasília; Senado, 1988.

BONETTI, D. Serviço Social e ética. Convite a uma nova práxis. São Paulo: Cortez: CEFESS. 1996, p. 157-2008. BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil.

_____. Lei Orgânica da Saúde. Número 8.080 de 19 de setembro de 1990. IN: Coletânea de Leis do Conselho Regional de Serviço Social. 14a Região, Federal, 1988. Natal, CRESS/RN 2006.

BRAVO, M. I. S. Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo, Cortez: 1996.

BRAVO, M. I. S. Prefácio. In: SILVA, L. B.; RAMOS, A. (Org.). **Serviço Social, saúde e questões contemporâneas**: reflexões críticas sobre a prática profissional. Campinas: Papel Social, 2013.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan.- abr./2018. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro 209

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; MENEZES, J. S. B. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: o SUS totalmente submetido ao mercado. Anais CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 16. Brasília, 2019.

Capitalismo e a Covid-19/organizadores: Daniel Castro, Danillo Dal Seno, Marcio Pochmann. São Paulo: 2020.

CASTRO, Jorge Abrahão de e CARDOSO JR., José Celso. Políticas Sociais no Brasil: gasto social do governo federal de 1988 a 2002 In: JACCOUD, Luciana. **Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo**. Brasília: Ipea, 2005.

CEPAL. **Pobreza e mercados no Brasil**: uma análise de iniciativas de políticas públicas. Brasília: CEPAL/DFID, 2003.

CERQUEIRA FILHO, Gisálio. **A questão social no Brasil**: crítica do discurso político. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS. Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde. Grupo de trabalho Serviço Social na saúde. Brasília, 2009.

COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. Serviço Social & Sociedade. Cortez: São Paulo. v.21, n. 62.

CHESNAIS, F. **A Mundialização do Capital**. São Paulo: Xamã, 1996.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Saúde: Descentralização e Democratização. *In: Textos*

Técnicos para Debates. III Conferência Estadual de Saúde de Alagoas. CES / SESAU / AL, 1996.

_____. Que controle social na política de Assistência Social? *In: Serviço Social & Sociedade*, Ano XXIII n. 72. São Paulo: Cortez, 2002.

_____. Que Controle Social? Os conselhos de saúde como instrumento. 1ª reimpr. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

_____. A Relação Estado e Sociedade e o Controle Social: fundamentos para o debate. *In: Serviço Social & Sociedade*, Ano XXIV n. 77. São Paulo: Cortez, 2004.

_____. Desafios para do Controle Social: subsídios para a capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

COUTINHO, Carlos Nelson. Pluralismo: dimensões teóricas e políticas. *In: Cadernos BESS* n. 4. Ensino em Serviço Social: pluralismo e formação profissional. São Paulo, Cortez, maio 1991.

SCOREL, Sarah. **Reviravolta na Saúde: Origem e Articulação do Movimento Sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

SCOREL, Sarah; BLOCH, Renata. História dos Trabalhadores da Saúde. *In: Ciência e Saúde Coletiva*. V. 13 n. 3, Rio de Janeiro, maio/jun. 2008.

Eugênio Vilaça Mendes, As redes de atenção à saúde - CONASS

FALEIROS, Vicente de Paula. Serviço Social: questões presentes para o futuro. *In: cidade*. N. 50. São Paulo, Cortez, abril, 1996.

FALEIROS, Vicente P. A Política Social do Estado Capitalista. São Paulo: Cortez Editora, 1980.

FALEIROS, V. et al. *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo*. 2006. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FALEIROS, Vicente de Paula. Confrontos teóricos do movimento de reconceituação do Serviço Social na América Latina. *In: Revista Serviço Social e Sociedade*. São Paulo: Cortez, n. 24, ano VIII, ago.1987.

FELIPE, Saraiva. **Projeto Montes Claros**. Belo Horizonte: DAD/COC, 1993.

_____. Natureza e desenvolvimento das políticas sociais no Brasil. In: CEFESS/ABEPSS/CEAD. **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Brasília: UnB/CEAD, 2000.

HARVEY, D. A condição pós-moderna. São Paulo: Loyola, 1993. HUSSON, M. *Miséria do capital*. Uma crítica ao neoliberalismo. Lisboa: Terramar, 1999.

HOBBSBAWN, Eric. 1995. *Era dos Extremos: o breve século XX: 1914-1991*. São Paulo: Companhia das Letras.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social: ensaios críticos**. São Paulo: Cortez, 2000.

IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul de. Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 19. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social, São Paulo, Cortez, 2007.

_____. Renovação e conservadorismo do Serviço Social: ensaios críticos, São Paulo, Cortez, 2004.

_____. O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 10 ed. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade. In: **Em questão**. Brasília: CFESS, 2002.

_____. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo. In: MOTA, Ana Elizabete et al (Orgs). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação / Augusto Nivaldo Silva Trivifios. - São Paulo : Atlas, 1987.

Ivanete Boschetti , ASSISTENCIA SOCIAL E TRABALHO NO CAPITALISMO, 1º ed. 2016

MACHADO, Francisco de Assis. Participação Social em Saúde. In: Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Ministério da Saúde, 1986.

MANDEL, E. *O capitalismo tardio*. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

MANFREDO DE ARAÚJO. (orgs). **Neoliberalismo e Reestruturação Produtiva: as novas determinações do mundo do trabalho**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1996. p. 109/16

_____; MATOS, M. C. A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A.

(Org.). *Política Social e Democracia*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

_____.; MATOS, M. C. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In:

_____. et al. (Org.). *Saúde e Serviço Social*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2004.

MASCARO, Alysson Leandro. **Crise e golpe**. São Paulo: Boitempo, 2018.

MARTINELLI, M. L. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. *Serv. Soc. Soc.*, Set 2011, n.107.

Maria Inês Souza BRAVO, Elaine Junger PELAEZ, Wladimir Nunes PINHEIRO
Artigo, As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. *Argum.*, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan. / abr. 2018.

Maria Inês Souza Bravo, Juliana Menezes. *Saúde, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais*, edição 2013

Marilda V. Iamamoto, *O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e formação Profissional* - 3. ed. - São Paulo, Cortez, 2000.

MARINI, R. M. *Subdesenvolvimento e revolução*. Florianópolis: Editora Insular, 2012.

_____. *A crise do desenvolvimentismo*. In: *encruzilhadas da América Latina no século XX*. Ed. Pão e Rosas, 2010.

MÉSZAROS, I. A crise estrutural do capital. São Paulo: Boitempo, 2009.

MÉSZÁROS, István. **Para além do capital**. São Paulo: Boitempo, 2002.

MARSHALL, Thomas Humphrey. **"Cidadania, classe social e status"**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MARTINELLI, M. L. *Serviço Social: identidade e alienação*. São Paulo: Cortez, 1989.

Métodos e técnicas de pesquisa social / Antonio Carlos Gil. - 6. ed. - São Paulo : Atlas, 2008.

MORAES, Alexandre de. *Direito Constitucional*. São Paulo: Atlas, 2005.

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.

MONTAÑO, Carlos Eduardo. **"Terceiro Setor" e "Questão Social"** na Reestruturação do Capital: O Canto da Sereia. Tese de Doutorado. UFRJ, 2001.

MONTAÑO, Carlos Eduardo. **Das “lógicas do Estado” às “lógicas da Sociedade civil”**: Estado e “terceiro setor” em questão. In: Revista Serviço Social e Sociedade nº 59. São Paulo: Cortez, 1999.

_____. **“O Serviço Social frente ao neoliberalismo. Mudanças na sua base de sustentação funcional-ocupacional”**. In: Revista Serviço Social e Sociedade nº 53. São Paulo: Cortez, 1997.

_____. **Terceiro Setor e Questão Social**: crítica ao padrão emergente de intervenção social. 4. Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

MOTA, A. E. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 2ª. ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007.

MOTA, A. E. **Cultura da crise e seguridade social**. São Paulo: Cortez, 1995.

NETTO, J. P. *Autocracia Burguesa e Serviço Social*. Tese (Doutorado em Serviço Social). São Paulo: PUC/SP, 1991.

NETTO, José Paulo. Notas sobre marxismo e Serviço Social, suas relações no Brasil e a questão do seu ensino. In: **Cadernos da Associação Brasileira e Ensino de Serviço Social** – ABESS. São Paulo: Cortez, n. 4, 1991.

_____. **Crise do socialismo e ofensiva neoliberal**. São Paulo: Cortez, 1995 (Coleção questões da nossa época). v. 20.

_____. Transformações societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, n. 50, abr. 1996, p. 87-132. 365

_____. 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: CFESS, ABEPSS, CEAD, UNB, 1999.

_____. A conjuntura brasileira: o Serviço Social posto à prova. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, nº 79. São Paulo: Cortez, 2004, p. 5-26.

_____. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 4. ed., 2005.

_____. A construção do projeto ético-político do Serviço Social. In: MOTA, Ana Elizabete et al (Orgs). **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. **Ditadura e Serviço Social**: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. São Paulo: Cortez, 10. ed., 2007.

NOGUEIRA, Roberto Passos. O trabalho em serviços de saúde. In: *Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário — Projetos Gerais*, Brasília: Ministério da Saúde/ FNS/ SPS, 1995.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. A importância da equipe interdisciplinar no tratamento de qualidade na área de saúde. *Revista Katalysis*: Departamento de Serviço social da UFSC, Florianópolis, n. 1, jun. 1997.

PAOLI, Maria Célia. Movimentos sociais no Brasil: em busca de um estatuto político. In: HELLMANN, Michaela. (org.) *Movimentos sociais e democracia no Brasil*. Hannover: Marco Zero, ILDESFES, LABOR, 1995.

PEREIRA, M. C. S. A precarização da política de saúde: uma expressão da questão social. *Interface - revista do centro de ciências sociais aplicadas*, v. 6, n. 1, 2009.

PRADO, F. & MEIRELES, M. *Teoria marxista da dependência revisitada: elementos para a crítica ao novo-desenvolvimentismo dos atuais governos de centro-esquerda latino-americanos*. In: *encruzilhadas da América Latina no século XX*. Ed. Pão e Rosas, 2010.

RAICHELIS, R. *Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. SP: Cortez, 2006.

RAICHELIS, Raquel. *Esfera pública e os conselhos de assistência social: caminhos da construção democrática*. São Paulo: Cortez, 1998.

Raquel Raichelis, Artigo: O trabalho do assistente social na esfera estatal

REGIS, M. F. A. O serviço social e a área de gestão de pessoas: mediações sintonizadas com a política nacional de humanização no hospital Giselda Trigueiro. *Serv. Soc. Soc.*, set 2011, n.107.

SADER, E. S. *A vingança da história*. São Paulo: Boitempo, 2003. v. 1.

SALVADOR, Evilasio; AMORIM, Álvaro André. Abordagens das Desigualdades Socioeconômicas no Brasil do Século XXI. In **Revista em Pauta**, v.8, n. 26, Dez. 2010.

SCHNEIDER, B. R. The Desarrollista State in Brazil and Mexico. In: WOO-CUMINGS, M. (Ed.) **The developmental State**. Ithaca, New York: Cornell University Press, 1999.

SODRÉ, F. Serviço social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. *Serv. Soc. Soc.*, set 2010, n. 103.

SILVA e SILVA, M. O. O serviço social e o popular: resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura. São Paulo: Cortez, 2002.

_____. *A formação profissional do assistente social: inserção na realidade social e na dinâmica da profissão*, 2ª. ed., São Paulo: Cortez, 1995.

SIMIONATO, I. Caminhos e descaminhos da política de saúde no Brasil. In: *Revista Inscrita* –1 – CFESS, Brasília, 1997.

SISCÚ, PAULA & MICHEL. *Por que um novo desenvolvimentismo?* In: *Jornal dos economistas*, nº 186, jan. 2005.

YAZBEK, M. C. *Classes Subalternas e Assistência Social*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1993. _____. Pobreza e exclusão social: expressões da questão social. *Temporalis*: ABEPSS, ano III, n. 3

Yolanda Guerra e Maria Eliza Braga, Artigo: Supervisão em serviço Social

TAVARES, D. de F. **Projeto Montes Claros: Depoimento Oral**. Belo Horizonte: DAD/COC, 1993.

TEIXEIRA, S. M. F. (Org.). **Reforma sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 1989.

SERVIÇO SOCIAL EM TEMPOS DE BARBÁRIE: Dilemas e desafios para o projeto profissional crítico na América Latina, Tese, Ramiro Marcos Dulcich Píccolo, 2008

Vicente de Paula Faleiros, *A Construção do SUS: Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*, Brasília 2006

Sites:

ASSUGRS (Associação dos Servidores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul) <<https://www.assufrgs.org.br/2020/04/22/temos-que-reinventar-um-novo-modo-de-vida-afirma-o-sociologo-ricardo-antunes/>> acesso em 10 mai. 2020

CEPAL <<https://www.cepal.org/pt-br/historia-de-la-cepal>> acesso em 05 jul. 2020

CFESS <<http://www.cfess.org.br/>> acesso em: 18 mar. 2020

Fiocruz <<https://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria>> acesso em: 10 mar. 2020

Fiocruz <<https://agencia.fiocruz.br/conceito-ampliado-de-sa%C3%BAde-pode-ajudar-a-saber-se-uma-popula%C3%A7%C3%A3o-%C3%A9-saud%C3%A1vel>> acesso em: 12 mar. 2020

GRANEMANN, S. Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital Rio de Janeiro. 2008. <http://www.sinsprev.org.br/documentos/Leon/fundacoesestatais_sara.pdf> acesso em 31mar. 2020

IPEA <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2289.pdf> acesso em: 29 abr. 2020

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil:** uma pequena revisão. 2006. Disponível em:
<http://www.nesbuc.ufc.br/downloads/historiapoliticassaudebrasil.pdf>> Acesso em: 10 mar. 2020

Portal da transparência <<http://www.portaltransparencia.gov.br/funcoes/10-saude?ano=2020> > acesso em: 24 mar. 2020

Ministério da Saúde <<https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus> > acesso em 31 mar. 2020

Senado Federal <https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_06.06.2017/art_196_.asp> acesso em 31 mar. 2020