

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL**

MICHELLE TORR MONTEIRO

**A Erosão do SUS e os Rebatimentos
Para a Prática Profissional do Assistente Social:
Contribuições da Crítica Marcuseana ao Modo de Vida Cultural Capitalista**

Rio de Janeiro

2021

Michelle Tork Monteiro

**A EROSÃO DO SUS E OS REBATIMENTOS
PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL:
Contribuições da Crítica Marcuseana ao Modo de Vida Cultural Capitalista**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof. Dr. Rogério Lustosa Bastos

Rio de Janeiro

2021

MICHELLE TORK MONTEIRO

A Erosão do SUS e os Rebatimentos
Para a Prática Profissional do Assistente Social:
Contribuições da Crítica Marcuseana ao Modo de Vida Cultural Capitalista

Trabalho de conclusão de curso apresentado
à Escola de Serviço Social da Universidade
Federal do Rio de Janeiro.

Banca de avaliação:

Prof. Dr. Rogério Lustosa Bastos
(Orientador)

Prof.^a Dr.^a Ana Isabel Moura
Titular

Prof.^a Dr. José Augusto Bisneto
Titular

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer ao Pai Oxalá, a umbanda, aos meus guias espirituais de luz por terem me dado caminho, orientação e fé para permanecer de pé, lutando e resistindo em meio a tantas adversidades ao decorrer do caminho. Quando eu já não mais acreditava em mim, eles me mostraram que meu sonho era possível e eu capaz de realizá-lo. Minha eterna gratidão ao Pai maior, a minha religião e aos guias que me guiam nessa jornada da vida.

Dedico este trabalho aos meus anjos de luz que por “armadilha” do destino, não se fazem mais presentes neste plano de vida. Ao meu tio Fabrício Fernandes Pinto, o ser humano mais incrível que eu pude conhecer e ser adotada como filha, que me protegia e incentivava como ninguém. A minha avó materna Rosalina Rodrigues Santana Tork que sempre foi o amor da minha vida, carinho, colo, proteção e afago. Pessoas incríveis que eu tive o privilégio de partilhar a vida, os quais são motivo da minha inspiração e perseverança. Nossas almas continuam conectadas, saudades eternas.

Agradeço imensamente a minha mãe, Elaine Constantino Tork por sempre estar ao meu lado, apoiando, incentivando, me mostrando sempre uma melhor forma de ver o mundo. Mulher de luta, força e garra, sempre exalando alegria e bom humor por onde passa, nas melhores e piores situações. Mãe, você é incrível e merece o mundo, meu amor é seu!

Agradeço aos meus irmãos Michel Tork e João Pedro Tork por serem presentes na minha vida.

Agradeço as minhas tias Michelle Lula, Narjara Xavier, minha sobrinha Caroline Lula e minha afilhada Maria Clara Xavier, por terem me ajudado ao decorrer dessa jornada, pelo apoio, dedicação, por colorirem minha vida. Eternamente grata ao amor recebido.

Agradeço em especial a minha tia, parceira, amiga e mãe de santo Andrea Gomes que esteve ao meu lado todo esse tempo, nos melhores e nos piores dias, por muito me ouvir, aconselhar e apoiar. Me mostrando outra forma de ver a vida, de forma leve, linda e simples. Tornando o pouco em muito, o choro em alegria. Ser humano de um coração gigantesco, te amo e admiro demais, tia!

Agradeço ao meu companheiro Clayson Barbosa que optou por partilhar a vida

comigo, me acompanhou todo o caminho, desde o ensino fundamental à conclusão deste curso. Me incentiva, apoia, estimula e vibra a cada conquista. Te amo, o mundo é nosso.

Agradeço de todo o meu coração aos meus amigos que foram sensacionais e essências nesta jornada e que não me deixaram desistir deste árduo caminho. Eu não tenho palavras suficientes que expressem minha gratidão a vocês: Camila Andrade, Victor Costa, Marjorie Brandão, Thayane Cláudio, Aline Rodrigues, Yasmin Lessa, Paola Fernandes, Pamela Carvalho, Renata Louredo, Nathalia Lima e Gabriela Barreira, Andressa Balzi, Marcia Monteiro, Adriana Carvalho e Tania Carvalho.

Agradeço a UFRJ, ao curso de Serviço Social por ter sido minha segunda casa, por tanto aprendizado, pelo o privilégio de estudar na melhor faculdade do Brasil. Tivemos experiências de todos os tipos, o quanto eu me orgulho de pertencer a essa instituição pública e de qualidade! Seguimos resistindo e lutando pelo ensino público.

Agradeço ao meu orientador, querido professor Dr. Rogério Lustosa por todo conhecimento ensinado, pela paciência e generosidade. Registro aqui minha enorme admiração a este profissional.

Agradeço aos lugares que tive a oportunidade de realizar meu estágio, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, o qual fui supervisionada pela excelente assistente social Laís Busquet, a qual me agregou conhecimento da melhor forma. Agradeço ao grupo de extensão Mulheres Privadas de Liberdade e Universidade, supervisionado pela Prof. Dra. Fernanda Kilduff, profissional incrível que tanto me inspirou e incentivou.

Por último e não menos importante, quero agradecer a mim por tentar, acreditar, resistir e não desistir. Minha maior conquista é poder atuar como interlocutora no campo de defesa de direitos de forma justa, igualitária, alinhada ao projeto ético-político em direito à vida.

O bom marxista coloca o problema da prática marxista, que toma como prioridade a subjetividade na luta do dia a dia, em meio às contradições do capital. (...) Se todos os profissionais aqui presentes comesçassem a fazer um trabalho de transformação institucional já seria um grande passo para a conquista do socialismo... (Basaglia, 1979, p. 25).

RESUMO

MONTEIRO, Michelle Tork. A erosão do SUS e os rebatimentos para a prática profissional do assistente social. Rio de Janeiro, 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021

A política de saúde no Brasil passou por um longo processo até atingir seus atuais patamares. Dos princípios da intervenção estatal, em que, de “caso de polícia”, a “questão social” passou a ser tratada como “caso de política”, até a construção de um sistema de saúde baseado em princípios como universalidade, equidade e integralidade, uma série de fenômenos sociais, históricos e conjunturais, ocorreram, sempre envolvendo a luta da classe trabalhadora. O Serviço Social também acompanha tais movimentos da realidade, estando totalmente conectado às suas mudanças, e a partir dos anos 1980 começará a adotar uma postura profissional em consonância com a defesa de direitos até consolidar um Projeto Ético-Político ancorado em uma visão societária que se opõe aos atuais valores hegemônicos. O neoliberalismo, em suas diferentes matizes, dita a hegemonia dessa sociedade, afetando profundamente os indivíduos que a compõe, transformando-os, de cidadãos que lutam por seus direitos, em consumidores que buscam o mercado para satisfazer suas necessidades a partir de uma certa “cultura afirmativa”, criando uma subjetividade hegemônica de consumo, onde dita as regras sob a sociedade. Diante disso, compreende-se os atuais processos de precarização da política de saúde e o reflexo da precarização na atuação dos assistentes sociais em meio ao desmonte da saúde pública no Brasil.

Palavras-chave: Saúde; Serviço Social; Neoliberalismo; Cultura.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	09
1. A política de Saúde no Brasil	11
1.1. Princípios da intervenção estatal no Brasil	11
1.2. O fortalecimento da esfera privada na Ditadura	16
1.3. Uma nova concepção de Saúde nos anos 1980	19
1.4. Os caminhos do SUS nos anos 1990	24
1.5. Continuidades e mudanças nos anos 2000	26
2. O Serviço Social na área da Saúde	32
2.1. Breve esboço do Serviço Social no Brasil	32
2.2. Serviço Social e Saúde	38
2.3. Precarização da Saúde e desmonte do SUS	44
3. Cultura capitalista e saúde focalizada	52
3.1. O que é cultura capitalista	53
3.2. Neoliberalismo e saúde focalizada sob a cultura capitalista	58
CONCLUSÃO	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67

INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso busca realizar uma reflexão acerca da construção da política de saúde no Brasil, apresentando um panorama desse desenvolvimento desde os primórdios da intervenção estatal – que se coloca com a finalidade de conter as mais agudas formas de expressões da “questão social” em um país que estava se industrializando –, até o contexto atual, que perpassa a vigência da Constituição Federal de 1988 e do Sistema Único de Saúde, mas que vem, desde sua implementação, sofrendo duros ataques por parte daqueles que detêm o controle dos rumos do Estado e da sociedade. Assim, procura-se refletir sobre esses diversos momentos históricos no Brasil até chegarmos na atual trama neoliberal de radicalização da retirada de direitos.

Assim, nesse trabalho é visado apresentar como esse não é um processo simples, mas que envolve a articulação de muitos sujeitos e elementos sociais, além de interferências internas e externas, lutas sociais e interesses do capital que se contrapõem às demandas dos trabalhadores, trazendo aos nossos dias riscos cada vez maiores de retroceder um século em poucos anos.

Prossegue-se, ainda, à apresentação de um breve histórico do Serviço Social brasileiro, que surge nos anos 1930, passa por diversas transformações até chegar na construção de um projeto profissional, após os anos 1980, se concretizando nos anos 1990 em torno de instrumentos, como: Lei de Regulamentação da Profissão (1993), Código de Ética Profissional (1993) e Diretrizes Curriculares da ABEPSS (1996).

No entanto, nessa conjuntura de constantes ataques a direitos conquistados através de lutas sociais, com a satanização do Estado, defesa das privatizações, desmonte e focalização das políticas de Seguridade Social, além de cortes orçamentários e precarizações dos espaços profissionais, diversos desafios estão postos para os assistentes sociais, profissionais que atuam na defesa dos direitos sociais, ao lado da classe trabalhadora, cujos princípios e valores apontam na direção de uma sociedade mais justa e igualitária, sem exploração nem opressões, contra o preconceito e a discriminação e pela democracia e liberdade reais.

Finalmente, é feito um exercício de reflexão acerca dos elementos subjetivos que comparecem nesse contexto em que ganha hegemonia o padrão neoliberal de sociedade, conformando uma cultura propícia a tal momento histórico. O ser humano

passa, cada vez mais, a defender medidas que vão contra seus próprios interesses, acreditando que o que é público é de baixa qualidade e apostando na alternativa mercadológica de acesso aos direitos, diante dos quais, ao invés de cidadão, é assumida uma postura de consumidor.

No interior desse cenário está posta uma racionalidade que remodela a forma dos indivíduos estarem e se relacionarem no mundo. A constituição subjetiva dos homens torna sua “alma” uma “alma de consumo”, conectada que está a uma “sociedade do consumo”, inclusive para os espaços que tradicionalmente não estariam submetidos a essa lógica, como o campo dos direitos sociais. Estão postos, nesse sentido, diversos desafios para a atuação do assistente social no sentido do que propõe o Projeto Ético-Político e a Reforma Sanitária.

CAPÍTULO 1

A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Neste capítulo, é apresentado um panorama do desenvolvimento da política de saúde no Brasil, dos princípios da intervenção estatal, por meio das Caixas e Aposentadoria e Pensão (CAPs) e dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), até o contexto mais recente, com a vigência da Constituição Federal de 1988, como forma de compreender os caminhos que foram sendo percorridos, dentro da história brasileira, em diversos contextos e conjunturas, até que se instituísse de fato um sistema de saúde público, gratuito e universal, mas que é constantemente ameaçado, principalmente na atual conjuntura.

Assim, é importante perceber como esse não é um processo simples, mas envolve a articulação de muitos atores diferentes, além de influências internas e externas, lutas sociais e interesses do capital contra as demandas dos trabalhadores, fazendo com que hoje em dia haja riscos cada vez maiores de retroceder ao século retrasado.

1.1. Princípios da intervenção estatal no Brasil

A proclamação da República brasileira, em 15 de novembro de 1889, deu início a um período denominado de República Velha, que se estendeu até o ano de 1930. Nesse momento, o Brasil viveu o auge do modelo econômico agroexportador, ao mesmo tempo em que a industrialização começou a dar seus primeiros passos. Também é o momento em que os trabalhadores iniciaram um processo de maior organização e reivindicação de direitos, muito ligados a questões trabalhistas.

A formação de sindicatos, tanto de trabalhadores rurais quanto urbanos, é fruto da correlação de forças dessa conjuntura. As primeiras fábricas no Brasil começaram a ser abertas, atraindo camponeses que buscavam melhores condições de vida, além dos imigrantes vindos da Europa. Contudo, as condições de trabalho nessas fábricas eram deploráveis – não havia legislação trabalhista, as jornadas se estendiam por até 16 horas diárias, mulheres e crianças eram submetidas a trabalhos pesados recebendo salários menores que homens adultos, a nascente “questão social” era então tratada como “caso de polícia”, exclusivamente na base da repressão.

[...] a Saúde emerge como “questão social” no Brasil no início do século XX, no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo o avanço da divisão do trabalho, ou seja, a emergência do trabalho assalariado. (BRAVO, 2009, p. 90)

Nesse cenário de efervescência político-social que começará a surgir legislações que respondam às demandas colocadas pelos setores mais organizados da classe trabalhadora, inclusive aquelas voltadas à Saúde. Esse movimento começa a ocorrer já na década de 1920, diante de uma profunda crise que vivia “o padrão agroexportador, a política das oligarquias e o Estado que as expressava” (BRAVO, 2013, p. 121), que possibilitará uma nova configuração do Estado e das políticas sociais.

Nesse sentido, cabe mencionar aquelas que estão entre as primeiras “medidas que se constituíram no embrião do esquema previdenciário brasileiro” (BRAVO, 2009, p. 90), como o caso da Lei Eloy Chaves, de 1923, que criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), primeiramente contemplando os trabalhadores ferroviários, e em 1926 estivadores e marítimos¹.

Com as CAPs, um percentual mínimo dos trabalhadores do país projetava uma aposentadoria, pensão e assistência à saúde. O direito à saúde naquele período era restrito à condição de segurado, funcionando como uma reserva feita de uma parte do salário para momentos de incapacidade de trabalhar, além de fornecer assistência médica curativa, medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice, invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral (benefícios proporcionais à contribuição).

A política de Saúde surge vinculada à Previdência, uma vez que nas CAPs começam a aparecer medidas que tratam da higiene e saúde do trabalhador. Os impactos provocados com a chegada da indústria e o conseqüente aumento da massa trabalhadora nas áreas urbanas expuseram os operários a precárias condições de higiene, saúde e habitação (cortiços). Os trabalhadores reivindicavam respostas condizentes com a realidade, tornando a saúde uma questão política que precisava de intervenção estatal e criação de novos serviços.

1 “Os benefícios previdenciários, contudo, só foram conseguidos no período pelos trabalhadores das grandes empresas e pelas Caixas de Aposentadoria e Pensões das categorias referidas anteriormente. A maior parte dos assalariados estava excluída, precisando recorrer, para assistência médica, à precariedade dos serviços filantrópicos e públicos, aos profissionais liberais ou às formas de medicina popular” (BRAVO, 2013, p. 123).

Um novo momento para a sociedade brasileira é inaugurado a partir do ano de 1930, com a instauração, por meio de um golpe, de um novo governo no âmbito federal, com Getúlio Vargas em seu comando (o que vai ser chamado de Revolução de 1930). Vindo do conturbado contexto da República Velha, já mencionado anteriormente, significará a adoção de uma nova postura do Estado diante da “questão social”, com a instituição de “políticas sociais nacionais que respondessem às questões sociais de forma orgânica e sistemática” (BRAVO, 2009, p. 91).

Vargas esteve à frente de uma ampla coalizão de forças em 1930, que a historiografia caracterizou como um Estado de compromisso, e que impulsionou profundas mudanças no Estado e na sociedade brasileiras. Os primeiros sete anos foram marcados por uma forte disputa de hegemonia e da direção do processo de modernização. De certa forma, a Constituição de 1934 expressa as tendências e contratendências desse período. Mas a radicalização de segmentos do movimento tenentista, a chamada Intentona Comunista, em 1935, o crescimento do integralismo – o movimento fascista brasileiro – e sua influência nas hostes governistas alteraram a situação do pacto de compromisso inicial, e em 1937 instaura-se a ditadura do Estado Novo, com Vargas à frente. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 105)

Esse período (de 1930 a 1945), dividido em Governo Provisório (1930-34), Governo Constitucional (1934-37) e Estado Novo (1937-45), ficará conhecido como Era Vargas, caracterizado por inúmeras mudanças econômicas e sociais no país, em que o Estado assume o papel de regulador da vida política, social e econômica diante de uma nova dinâmica de acumulação que leva a uma intensificação da urbanização, o que faz ampliar a massa de trabalhadores, submetendo-os a péssimas condições de vida. O incentivo à indústria (principalmente de base) que fora promovido trouxe uma mudança no perfil dos trabalhadores brasileiros, tornando um grupo concentrado nas grandes cidades do Sudeste em operários que buscavam melhores condições de trabalho, assistência médica e direitos sociais.

Respondendo às pressões exercidas pelos trabalhadores, Vargas procurou realizar uma política de cooptação, ao mesmo tempo em que reprimia e perseguia aqueles setores que saíssem do seu controle. Assim, criou a Lei de Sindicalização, o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, a Consolidação das Leis de Trabalho (CLT) e garantiu direitos que até então nunca haviam sido apresentados aos trabalhadores brasileiros². A CLT, em especial, passa a ser o passaporte para a

² Nesse sentido, podemos citar a jornada de trabalho de oito horas semanais, décimo terceiro salário, indenização por demissão sem justa causa, estabilidade de 10 anos de trabalho, dentre outras.

cidadania no Brasil. Os trabalhadores que possuíssem emprego registrado em carteira eram portadores de direitos, e, nesse sentido, as reformas implementadas por Vargas atingiam os trabalhadores urbanos, não aos do campo, e essa prática, de certa forma, incentivou o processo de êxodo rural. Também foram criados o Ministério da Educação e Saúde Pública, o Conselho Nacional de Educação e o Conselho Consultivo do Ensino Comercial.

No que diz respeito à saúde, é importante esclarecer que esta política nos anos 1930 estava dividida em dois subsetores: o de saúde pública (englobando toda a população urbana e restritamente a do campo, a fim de criar condições sanitárias mínimas), e a medicina previdenciária (vinculada aos trabalhadores formais), sendo que aquela foi predominante até os anos 1960 (BRAVO, 2009, p. 91).

Até os anos 1930, não existia uma política nacional de saúde, sendo que a intervenção efetiva do Estado inicia-se naquele momento, a partir de dois eixos: a saúde pública e a medicina previdenciária, ligada aos IAPs, para as categorias que tinham acesso a eles. A saúde pública era conduzida por meio de campanhas sanitárias coordenadas pelo Departamento Nacional de Saúde, criado em 1937. Há também o desenvolvimento da saúde privada e filantrópica, no que se refere ao atendimento médico-hospitalar. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p.107)

No que diz respeito ao campo de proteção social, as ações de saúde coletiva chegaram ao auge através do sanitarismo campanhista³, reestruturando e centralizando as atividades sanitárias de todo o país. Será central, nesse sentido, a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que virão a substituir as CAPs, assegurados primeiramente a algumas categorias, tais como: marítimos, bancários, metalúrgicos e industriários. Sobre essa questão e como os trabalhadores rurais ficavam excluídos de acesso aos direitos, Teixeira (1994, p. 160) disserta:

Nesta etapa, os trabalhadores urbanos vão ter a suas demandas incorporadas através dos mecanismos de Seguridade Social, que será um dos principais componentes da engenharia política de cooptação dos trabalhadores e de legitimação dos governos populistas. A estrutura da Seguridade Social, por sua vez, reificaria a exclusão dos trabalhadores rurais e autônomos, além da fragmentação no interior da classe trabalhadora urbana, através de um sistema diferenciado de contribuições e benefícios, resultante do poder de barganha de cada fração, correspondendo assim a uma corporativização da política social.

³ Foram campanhas sanitárias para combater febre amarela, malária, peste bubônica e varíola. Ocorriam desinfecções em espaços públicos e campanhas de vacina para a população.

Uma questão interessante de se observar é a maneira como foram estabelecidos os benefícios de acordo com as categorias. Quanto maior o salário do trabalhador, maior o fundo de reservas e, conseqüentemente, melhor a assistência previdenciária, sendo essas geridas pelos IAPs. Foram estabelecidos os benefícios de acordo com as categorias profissionais, fazendo com que algumas tivessem mais benefícios que outras, pois os IAPs organizavam e ofereciam a seus contribuintes um número maior de benefícios, como uma melhor assistência médica e hospitalar. Cabia ao Ministério da Educação e da Saúde Pública (MESP) cuidar da saúde pública e de todos os assuntos referentes aos indivíduos que não estivessem resguardados pela medicina previdenciária, ou seja, todos aqueles que não se encontravam habilitados para usufruir os serviços oferecidos pelas Caixas e pelos Institutos Previdenciários, como era o caso dos pobres, dos desempregados e dos que exerciam atividades informais.

No período de 1945 a 1964, houve um processo de variação em relação ao cenário da Saúde. Bravo (2009, p. 92) identifica algumas dessas variações tendo ocorrido mais especificamente nos anos de 1950, 1956 e 1963 – momentos em que a autora afirma ter havido um maior investimento na saúde pública, possibilitando certa melhoria nas condições sanitárias. No entanto, apesar dos gastos com saúde terem possibilitado um melhor quadro sanitário, o quadro de doenças parasitárias e infecciosas não conseguiu ser eliminado, tendo em vista a ausência de preocupação no investimento de promoção de saúde e prevenção de doenças, com a saúde pública restringindo-se ao caráter “campanhista”.

Sendo assim, podemos afirmar que, apesar de ter havido um fortalecimento no investimento no setor público a partir do governo Vargas, as limitações no quadro sanitário do país não foram superadas diante do sanitarismo campanhista, autoritário e centralizador – que alcança o auge durante o governo Dutra (1946 – 1951) – e da constituição da corrente sanitarista desenvolvimentista durante o segundo Governo Getúlio Vargas (1951 – 1954), que acabou por subordinar a política de saúde ao progresso e enriquecimento da nação. Ademais, veremos a seguir que tais limitações no quadro sanitário passarão por um processo de ampliação diante da lógica da lucratividade assumida com o privilegiamento da saúde privada.

1.2. O fortalecimento da esfera privada na ditadura

Em 1º de Abril de 1964 iniciou-se no Brasil a Ditadura Civil-Militar, instaurada a partir de um golpe impetrado pelos militares e com o apoio de diversos setores civis (principalmente ligados ao capital, em conluio com os Estados Unidos). Foi um período marcado por uma forte repressão aos trabalhadores e movimentos sociais, além de ser governado através de Atos Institucionais (AI's), sendo um dos mais destacados o AI 5⁴.

O golpe de 1964 acarretou mudanças para o sistema sanitário brasileiro, com ênfase na assistência médica, no crescimento progressivo do setor privado e na abrangência de parcelas sociais no sistema previdenciário. Durante o período de 1964/1974 o Estado se utilizou fortemente do binômio repressão-assistência (BRAVO, 2009) como forma de tratamento da “questão social”.

Na perspectiva da elite dirigente tecnoburocrata as deficiências na saúde pública se caracterizavam pela ausência de planificação, falta de capacidade gerencial e pouca participação da iniciativa privada; os problemas da saúde deveriam ser resolvidos pela tecnocracia, através da privatização dos serviços. As doenças que afetavam os grandes segmentos da população brasileira eram de responsabilidade do Ministério da Saúde, enquanto o atendimento médico individual ficou sob responsabilidade do setor previdenciário. A medicalização da vida social foi imposta, tanto na saúde pública quanto na previdência social. O setor saúde precisava assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior. A saúde teve, no período, um declínio maior que aquele ocorrido no início dos anos 60, e a medicina previdenciária cresceu, principalmente, após a reestruturação do setor em 1966. (BRAVO, 2011, p. 59)

Oliveira e Teixeira (1986) elencam algumas características do modelo implantado na conjuntura da ditadura militar de favorecimento ao âmbito privado, como:

4 Fruto de uma reação política do presidente Costa e Silva após a famosa Passeata dos 100 mil, organizada pela União Nacional dos Estudantes (UNE) em 1968, o Ato decreta o fim das liberdades constitucionais, o fechamento do congresso nacional, fim do direito de *habeas corpus* e, de maneira clara e evidente, põe ao período os ares ditatoriais que o mesmo foi. Em outras palavras, a partir do AI-5 (1968) o governo e os militares tinham total liberdade de agirem e julgarem ao seu critério toda e qualquer ação que fosse dissonante de suas vontades. “O AI-5 acabou fazendo com que os militares ampliassem sua perseguição contra a oposição, prendendo inocentes, destituindo pessoas de seus cargos e cassando direitos políticos pelo país. O AI-5 deixou de existir quando o presidente Ernesto Geisel emitiu uma emenda, anulando-o em 13 de outubro de 1978”. Disponível em: <https://mundoeducacao.uol.com.br/historiadobrasil/o-ato-institucional-n-5-ai-5.htm> Acesso em: 03 de Fevereiro de 2021.

- Extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana, incluindo, após 1973, os trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos;
- Ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, e articulação do Estado com os interesses do capital internacional, via indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar;
- Criação do complexo médico industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos;
- Interferência estatal na previdência, desenvolvendo um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado desses serviços;
- Organização da prática médica em moldes compatíveis com a expansão do capitalismo no Brasil, com a diferenciação do atendimento em relação à clientela e das finalidades que esta prática cumpre em cada uma das formas de organização da atenção médica. (OLIVEIRA; TEIXEIRA *apud* BRAVO, 2009, p. 94)

A primeira ação significativa no sistema previdenciário brasileiro foi a unificação dos IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966. Foi instaurada a padronização dos institutos com ênfase nos benefícios prestados, causando insatisfação naqueles contribuintes de institutos com mais benefícios, pois, com a unificação, os menos ricos poderiam usufruir mais benefícios do Instituto.

A expansão da cobertura previdenciária deixa claro que, apesar da característica extremamente repressiva presente no período da ditadura militar, a conquista pela legitimidade torna-se elemento fundamental para a manutenção do poder do aparelho estatal. Assim sendo, foi necessário “estabelecer novos canais de mediação, que legitimassem a dominação burguesa e suas consequências políticas, econômicas e sociais” (Bravo, 2009, p.94). Além do uso da referida estratégia para a consolidação da hegemonia, que, segundo Bravo (2009), não foi obtida ao longo dos dez primeiros anos da ditadura militar, cabe ressaltar que o milagre econômico – momento, entre os anos de 1969 e 1973, em que o Brasil atinge um forte crescimento econômico – também funcionou como um importante auxílio no processo de convencimento de alguns setores da sociedade⁵. Posterior ao período do governo Médici, o “milagre econômico” apresentou desgastes e demonstrou-se insustentável as manutenções de crescimento aos moldes superiores a 10%, sobre esse ponto

⁵ Para ajudar ainda mais as propagandas de governo, foi utilizado por parte do governo para fins políticos a vitória brasileira na copa do mundo de 1970. O ufanismo tomou conta, e jargões como “Pra frente Brasil!” ou até mesmo o *slogan* do governo Médici “Brasil, ame-o ou deixe-o” caracterizam ainda mais o período que também acabou marcado por fortes torturas, repressões e perseguições aos inimigos políticos.

Behring e Boschetti dizem:

No entanto, a sustentação de taxas de crescimento entre 11% e 14% ao ano durante um longo período de tempo demonstrou-se insustentável, diante dos limites da ampliação do mercado interno de massas – cuja constituição, evidentemente, não era o projeto da ditadura [...]. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, pp.135 e 136)

Pensando mais uma vez o aspecto da saúde coletiva, com o objetivo de centralizar as ações médicas em um órgão governamental colaborativo, ainda na década de 1970, foi criado o Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1977. O sistema foi criado para a prestação de serviços médico-hospitalares a clientela previdenciária e planejado para garantir o acesso universal à saúde. Predominava na saúde a assistência médica curativa e o combate às endemias, e a prevenção das doenças era tratada exclusivamente pelo Ministério da Saúde.

A criação do INAMPS deu-se num período de contradições do sistema previdenciário, cada vez mais pressionado pela crescente ampliação da cobertura e pelas dificuldades de reduzir os custos da atenção médica perante o modelo privatista e curativo vigente, pois havia uma forte medicalização da saúde, incentivo a indústria de medicamentos dirigidos pela lucratividade. A necessidade de ampliação do sistema médico previdenciário se fez pelo aumento de contribuintes, conseqüentemente de beneficiários.

O favorecimento da esfera privada trouxe rebatimentos diretos à saúde pública, que teve pouco investimento diante de um cenário em que o compromisso com a vida social sucumbe à lógica da lucratividade e redução de custos. Além de falta de investimento, o modelo de assistência-saúde assumia uma concepção de saúde individual, curativa e hospitalocêntrica, sem que houvesse uma real preocupação com prevenção e promoção de saúde. Diante de um contexto caracterizado por falta de investimentos, e pela adoção de um modelo de assistência-saúde com grandes limitações, deu-se início à emergência de uma intensa crise sanitária, com surtos endêmicos e epidemiológicos de doenças tidas como controladas que acabam ressurgindo, como meningite e febre amarela.

A política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. As reformas realizadas na

estrutura organizacional não conseguiram reverter a ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado. O Ministério da Saúde, entretanto, retomou as medidas de saúde pública, que, embora de forma limitada, aumentaram as contradições no Sistema Nacional de Saúde. (BRAVO, 2009, pp. 94 e 95)

Simultaneamente à crise sanitária, o país começou a atravessar um processo de crise econômica que marcou o fim do milagre econômico. A partir daí já não era mais possível controlar a população insatisfeita com a realidade da sociedade brasileira. No governo Geisel temos o início de um processo de abertura política, intitulado pelo próprio presidente como sendo “lenta, gradual e segura”. A pressão popular se intensifica cada vez mais, marcando o período do governo de João Batista Figueiredo, que instituirá a Lei da Anistia em 1979⁶.

A crise do “milagre econômico” brasileiro, que se evidenciou a partir de 1974, e seus efeitos sobre a população brasileira permitiram o reaparecimento, no cenário político, de forças sociais que lutavam para recuperar o espaço vedado com o golpe de 1964, cabendo destacar o sindicalismo operário, aliado às categorias profissionais dos estratos médios; os trabalhadores rurais, uma parcela da Igreja, que se posicionou em favor das classes trabalhadoras, e entidades da sociedade civil, como a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), a Associação Brasileira de Imprensa (ABI), a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), bem como os movimentos sociais urbanos. Dentre as principais questões identificadas no período, ressaltam-se o aprofundamento da dívida externa, a elevação da taxa inflacionária, a recessão econômica, que tornou aguda a situação de desemprego e ampliou o processo de pauperização das classes trabalhadoras, com o crescimento da mortalidade infantil e da morbidade por doenças infecciosas. (BRAVO, 2011, pp. 63 e 64)

1.3. Uma nova concepção de Saúde nos anos 1980

Nesse contexto de crise financeira já mencionado anteriormente, intensifica-se a oferta de serviços como uma maneira do governo federal tentar contornar a situação, e o marco principal desta tentativa foi a criação do Conselho Consultivo de Administração da Saúde (CONASP) em 1981, composto para tornar-se o responsável por reorganizar a assistência médica, a realização de alocações dos recursos do sistema de saúde, estabelecendo mecanismos de custos e acompanhamento financeiro de assistência médico-hospitalar.

⁶ Tida como ampla, geral e irrestrita, nesse sentido, perdoava aqueles que eram considerados inimigos por suas oposições ao regime, mas também aos torturadores. Em outras palavras, ela acaba sendo uma ausência de punição aos verdadeiros criminosos do período.

Além disso, ocorreu um processo de reforma no INAMPS e na Previdência e que, embora inicialmente fosse movido pela necessidade de contenção financeira, se ampliou e incorporou elementos de uma crítica estrutural do sistema. Isso ocorreu numa perda crescente de legitimidade social e política do sistema de saúde em razão de sua ineficiência e baixa efetividade, viabilizando-se pela presença de técnicos e intelectuais progressistas no interior da máquina burocrática, embasados nas propostas de equidade e expansão do direito à saúde.

Em 1983, foi criada a AIS (Ações Integradas de Saúde), um projeto que une Saúde, Previdência e Educação, visando um novo modelo assistencial para compor o setor público, estabelecendo a integração de ações curativas preventivas e educativas conjuntamente. A segunda metade da década de 1980 acirra a mobilização e os movimentos que exigem o fim do regime militar, o que convulsionou a sociedade brasileira como um todo. Em meio a tantas mudanças, as lutas pelas “Diretas Já”⁷, os profissionais ligados à saúde também iniciam movimentos em prol de uma ampliação da cobertura assistencial e hospitalar para a população.

Desde os anos 1970 já havia um movimento de reforma sanitária brasileira⁸, constituído inicialmente por uma parcela da intelectualidade universitária e dos profissionais da área da saúde. Logo após, incorporaram-se ao movimento outros segmentos da sociedade, como centrais sindicais e movimentos populares da saúde. Iniciado em pleno regime autoritário da ditadura militar, o movimento era dirigido basicamente à construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, considerando a descentralização, a universalização e unificação como elementos primordiais para a reforma do setor.

Na década de 1980, por debates que precederam a Assembleia Nacional Constituinte, começou a se solidificar a luta pelos direitos sociais em prol de um sistema de seguridade social. Não à toa, a Constituição de 1988 acaba ganhando a

7 Movimento que pedia a aprovação da emenda Dante de Oliveira que tinha por intenção que as eleições de 1985 fossem realizadas já de maneira direta. O movimento, porém, não foi vitorioso. As primeiras eleições diretas pós-ditadura foram as que elegeram Fernando Collor de Melo (1989).

8 A Reforma Sanitária Brasileira teve forte influência do Movimento Sanitário Italiano, cujo processo de descentralização contribuiu para a melhoria da qualidade da assistência à saúde na Itália, marcando e inspirando assim o Movimento de Reforma Sanitária no Brasil. Destaque-se nisso a participação de Giovanni Berlinguer em eventos na área da saúde e a incorporação de seus estudos nos meios universitário e profissional e também a criação de instituições como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em 1976 e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), em 1979, que se empenhavam na universalidade e equidade da assistência à saúde. Para maiores informações ver Berlinguer; Teixeira & Campos (1988).

alcunha de Constituição Cidadã. Nesse sentido, visava garantir direitos que proporcionasse um mínimo de dignidade em setores essenciais da vida das pessoas, tais como as áreas de educação, saúde e também questões que fossem voltadas à garantia do bem-estar social dos indivíduos (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 141).

A saúde, nessa década, contou 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 para um amplo debate que permeou a sociedade civil. A Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia. (BRAVO, 2009, p. 95)

Predominava no sistema de saúde vigente da época a questão financeira das instituições previdenciárias, além do sistema de seguro social, no qual os trabalhadores formais (aqueles que tinham “carteira assinada”) e seus dependentes podiam utilizar o sistema de saúde público. Quem não era portador de um emprego formal, não possuía direito à saúde pública, conseguindo acesso à saúde através de caridade (na condição de favor), ou pagando (particular). Tratava-se de um sistema fragmentado institucionalmente, em permanente descontinuidade administrativa, centralizadora e excludente.

Em março de 1986, foi realizada a 8^o Conferência Nacional de Saúde (CNS), que alcançou grande representatividade e teve o papel de sistematizar tecnicamente e disseminar politicamente um projeto democrático de reforma sanitária, defendendo a universalização de acesso, equidade de atendimento, integralidade da atenção, unificação institucional do sistema, descentralização, regionalização e hierarquização da rede de serviços, bem como a participação da população.

A 8^a CNS foi marcante para a história da política de saúde, pois as mudanças propostas ganharam contornos claros e explicitaram as diretrizes para a reorganização do sistema de saúde. Um amplo processo de mobilização social, que articulou a representação de diferentes segmentos e estimulou a realização das pré-conferências nos Estados foi iniciado na 8^a CNS. Um significativo número de pessoas se mobilizou em Brasília, dentre as quais os delegados – que possuíam direito a voz e a voto – para debaterem os rumos do sistema de saúde. De acordo com Bravo (2011, p. 114), “A VIII Conferência Nacional de Saúde, considerada como pré-constituinte da área de saúde, já havia definido os aspectos fundamentais das modificações para o setor”.

Como resultado dos debates, o Relatório Final da 8ª CNS explicitou as diretrizes de reorganização do sistema de saúde e estabeleceu que o mesmo deveria resultar na criação de um sistema único de saúde que efetivamente representasse a construção de um novo modelo institucional, separando definitivamente a saúde da previdência, através de uma ampla Reforma Sanitária. Foram inclusas as proposições de definição de responsabilidades da União, Estados e municípios na gestão do sistema de saúde que deveriam ser fundamentadas na descentralização e pautadas nas atribuições específicas.

Diversas experiências institucionais tentaram colocar em prática algumas diretrizes da Reforma Sanitária, como a descentralização, a participação e a organização. É nesse momento que a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), se incorpora como espaço de atuação da abordagem marxista da saúde. Diversos projetos de saúde comunitária, como a Clínica da Família, e pesquisas comunitárias começaram a ser elaborados.

Para Bravo (2009), a 8ª CNS representou um marco político importante no avanço dos movimentos sociais pela saúde e pela democracia. Para a autora, a saúde foi trazida para arena de um amplo debate público, dando a visibilidade necessária para a inclusão de demandas na agenda governamental e garantindo apoio político à implementação de mudanças.

A Reforma Sanitária é simultaneamente uma proposta, um projeto, um movimento e um processo. Uma proposta em um momento de intensas mudanças que prometeu ser bem mais que apenas uma reforma setorial. Foi a formulação de um projeto de consciência sanitária e do direito à saúde, enfatizado na luta pela democratização do Estado e pretendia a reconstrução da sociedade em novas bases.

A 8ª CNS foi um marco importante na trajetória das políticas públicas brasileiras, pois seu caráter democrático contribuiu com a luta pela saúde como direito de todo o cidadão, independentemente de ter contribuído, ser trabalhador rural ou não trabalhador. Não se poderia excluir ou discriminar qualquer cidadão brasileiro do acesso à assistência pública de saúde. As ações de saúde deveriam garantir o acesso da população e deveriam estar integradas em um único sistema.

A Constituição Federal de 1988 representou uma grande conquista, no âmbito jurídico, com relação à consolidação e ampliação dos direitos sociais. Nesse momento foi instituída a Seguridade Social, que abrange as políticas de Previdência, Saúde e Assistência Social, e reforça o compromisso com a defesa dos direitos sociais e o

controle social. Mais especificamente no âmbito sanitário, foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), posteriormente regulamentado pelas leis nº 8080/90 e nº 8.142/90 – Leis Orgânicas da Saúde.

Bravo (2009) afirma que, com relação à Saúde, a Assembleia Constituinte – que foi instalada em 1987, 19 meses antes da aprovação da Constituição Federal de 88 – “transformou-se numa arena política em que os interesses se organizaram em dois blocos polares” (p. 97). Um dos blocos tinha um projeto declaradamente a favor dos interesses do capital, conhecido como projeto privatista, sendo liderado pela Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais), e pela Federação Brasileira de Hospitais (setor privado); o outro bloco era representado pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte – que congregava aproximadamente 200 entidades representativas da saúde – e pelas forças que estavam no embate em defesa do projeto da Reforma Sanitária.

A eficácia da Plenária das Entidades, para atingir seus objetivos, foi resultado do uso adequado de três instrumentos de luta: a capacidade técnica de formular com antecipação um projeto de texto constitucional claro e consistente; a pressão constante sobre os constituintes; a mobilização da sociedade. A proposta da emenda popular apresentada por Sérgio Arouca, indicado pela plenária de Saúde para defendê-la no Plenário da Constituinte, foi assinada por mais de 50 mil eleitores, representando 167 entidades. (BRAVO, 2009, p. 97)

Dentre os elementos aprovados na CF88, Teixeira (1989 apud BRAVO, p. 224) considerou como principais: a universalização do direito à Saúde, que assim passa a ser encarado como direito de todos – sem distinções entre segurado/não segurado, rural/urbano – e dever do Estado; responsabilização do poder público no que diz respeito à regulamentação, fiscalização e controle de ações e Serviços de Saúde; constituição do Sistema Único de Saúde, que carrega princípios como integralidade, hierarquização, regionalização, descentralização e controle social; a participação do setor privado no sistema de saúde como complementar; e por fim, a proibição de comercialização de sangue e derivados.

Apesar das conquistas obtidas no plano jurídico, a batalha ainda não estava ganha. Bravo (2009) fala do pouco impacto que as medidas aprovadas tiveram para com a melhoria das condições sanitárias da população, pois segundo a autora, “era necessária a sua operacionalização, o que não ocorreu” (BRAVO, 2009, p. 99).

Além dos limites estruturais que envolvem um processo de tal ordem, as

forças progressistas comprometidas com a Reforma Sanitária passaram, a partir de 1988, a perder espaços na coalizão governante e, conseqüentemente, no interior dos aparelhos institucionais. O retrocesso político do governo da transição democrática repercute na saúde, tanto no aspecto econômico quanto no político. (BRAVO, 2009, p.99)

Ademais, o SUS, em seu processo de construção, sofreu ataques de âmbito privatista que impossibilitaram seu fortalecimento e plena efetivação. Veremos a seguir que, a partir dos anos 1990, a sociedade brasileira foi acometida por um movimento de contrarreforma do Estado, com o advento do projeto neoliberal. Essa conjuntura propiciou uma verdadeira tentativa de travar a plena efetivação das políticas públicas, que pode ser verificada na tendência à privatização e focalização de políticas sociais permanentes – Saúde, Educação e Previdência. Assim sendo, as conquistas da CF88 são barradas pelo avanço do neoliberalismo no país, e um projeto sanitário voltado para o mercado acaba se consolidando.

1.4. Os caminhos do SUS nos anos 1990

Para abordar a construção do SUS nos anos 1990 no Brasil, é necessário remeter ao modo como será organizada econômica e politicamente a condução das políticas sociais pelo Estado nesse período. Uma nova diretriz econômica se desenvolve, chamada neoliberalismo, e as políticas sociais - as quais estavam no seu início de implementação pela Constituição Federal de 1988 - são diretamente atingidas.

No período de 1991 a 1994, com a eleição do Fernando Collor de Mello é implementada com toda a força uma política neoliberal-privatizante, com um discurso de reduzir o estado ao mínimo. Embora no discurso as limitações dos gastos públicos devessem ser efetivadas com a privatização de empresas estatais, na prática a redução de gastos atingiu a todos os setores do governo, inclusive o da saúde. (POLIGNANO, 2001, p. 26)

No governo de Fernando Collor de Mello (1990-1992), a política neoliberal ganhou força e é possível considerar como sendo o início efetivo das práticas privatizantes na economia. Sobre o tema, diz Anderson:

O neoliberalismo nasceu logo depois da II Guerra Mundial, na região da Europa e da América do Norte onde imperava o capitalismo. Foi uma reação teórica e política veemente contra o Estado intervencionista e de bem-estar. Seu texto de origem é O Caminho da Servidão, de Friedrich Hayek, escrito já em 1944. Trata-se de um ataque apaixonado contra qualquer limitação dos

mecanismos de mercado por parte do Estado, denunciada como uma ameaça letal à liberdade, não somente econômica, mas também política. (ANDERSON, 1995, p. 9)

O Brasil passa a vivenciar a política neoliberal sofrendo diretamente os impactos da mesma, o que acaba gerando, novamente, retrocessos na saúde. Esses reflexos são vistos a partir da precarização dos vínculos de trabalho do setor público, grande terceirização dos serviços assistenciais, ampliação de acesso à atenção básica, mercantilização da atenção secundária e terciária. Conforme Bravo (2009, p. 100):

A afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação.

Apesar disso, nesse momento a saúde passará por algumas regulamentações importantes, como a primeira Norma Operacional Básica, NOB 1991, editada com a finalidade de normatizar a regulação de recursos financeiros da União para Estados e municípios, designada como mecanismo de controle social e ações de saúde. A NOB/91 criou um processo de descentralização, viabilizou condições de gestão redefinindo competências de Estados e Municípios. A NOB/91 tinha como objetivo reorganizar o modelo assistencial, direcionando aos municípios a gestão e execução da Atenção Básica de Saúde e definir o repasse dos recursos de fundos nacionais aos fundos estaduais e municipais de saúde.

Em 1993, outra NOB buscava um caminho de transição entre o anacrônico sistema implantado pela NOB 01/91 e o que era preconizado na Constituição Federal e nas Leis que regulamentaram o SUS. A NOB 01/93 criou critérios e categorias diferenciadas gestão para a habilitação dos municípios, e segundo o tipo de gestão implantado (incipiente, parcial, semiplena) haveria critérios também diferenciados de formas de repasse dos recursos financeiros. (POLIGNANO, 2001, p. 26)

Collor sofre um impeachment, assumindo o vice, Itamar Franco (1992-1994), mas a política neoliberal só se aprofundará nas gestões posteriores, ganhando destaque com Fernando Henrique Cardoso (1995-2002).

O governo de FHC será conhecido por levar a frente uma forte política de privatização de empresas públicas em diversos setores da área econômica, bem como intensificou ainda mais a política de terceirizações em seus 8 anos de mandato. Além disso, um conjunto de “reformas” orientadas em prol do mercado. Esse processo

é conceituado como movimento de “contrarreforma” do Estado, num cenário em que o Estado brasileiro era apresentado como o grande vilão que precisaria ser reformado, com seus problemas sendo apontados como as “causas centrais da profunda crise econômica e social vivida pelo país desde o início dos anos 1980” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011; p.148).

Segundo Behring (2003), uma completa “refuncionalização” do Estado é posta em andamento após a implementação do Plano Diretor da Reforma do Estado, que foi elaborado pelo Ministério da Administração e da Reforma do Estado (MARE). Na concepção do plano diretor, a Constituição de 1988 significaria um retrocesso, e assim, o Estado deveria passar por um processo de desresponsabilização, inserindo-se na lógica do mercado.

No que diz respeito às políticas sociais, seguirá o mote neoliberal de diminuir cada vez mais o investimento estatal, estando a política de saúde nessa mesma lógica de mercadorização, visto que o SUS vai ser diretamente impactado. Em novembro de 1998 o governo regulamentou a Lei nº 9656/98, regulamentando a liberação de planos e seguros de saúde. Intensifica-se, assim, o sucateamento da saúde, com um desvio cada vez maior da responsabilização do Estado em relação à população.

O projeto saúde articulado ao mercado ou a reatualização do modelo médico assistencial privatista, está pautado na Política de Ajuste que tem como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta; descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento. (COSTA *apud* BRAVO 2009, p. 101)

O modelo de saúde privatista (planos e seguros de saúde) tem por objetivo principal a arrecadação de lucros e não o bem-estar da saúde populacional. Este modelo de projeto auxilia no desmantelamento da saúde pública e universal, pois através do mesmo existe a desresponsabilização do Estado que passa suas atividades para o mercado privado.

1.5. Continuidades e mudanças nos anos 2000

Como visto no item anterior, o governo FHC foi caracterizado por um conjunto

de reformas em favor do grande capital, que onerou a classe trabalhadora e retraiu seus direitos. Esse conjunto de reformas incidiu diretamente na política de saúde do país, que, na contramão do projeto da reforma sanitária iniciado nos anos de 1980, assumiu a lógica da lucratividade, comprometendo a efetivação de alguns fundamentos centrais do SUS, dentre os quais a concepção de saúde como “direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, art. 196).

Em 2003 assumiu Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010), que gerou uma expectativa por melhorias e fortalecimento do projeto da Reforma Sanitária.

A eleição de Luiz Inácio Lula da Silva significou um marco político da história do país, pois foi a primeira vez que se elegeu “um representante da classe operária brasileira com forte experiência de organização política” (BRAZ, 2004, p. 49). A consagração eleitoral foi resultado da reação da população contra o projeto neoliberal implantado nos anos de 1990. Isto é, pela primeira vez vendeu o projeto que não representa, em sua origem, os interesses hegemônicos das classes dominantes. (BRAVO; MENEZES, 2011, p.16)

Se, por um lado, a proposta de coalizão⁹ ajudaria a pôr em prática muitas de suas ações junto aos deputados, por outro, subordinada a gestão mais uma vez aos interesses do capital e que, conseqüentemente, não dialogavam totalmente com os interesses da classe trabalhadora.

[...] se de um lado sua política econômica favoreceu largamente os interesses do capital financeiro nacional e internacional (garantindo elevada rentabilidade mediante a manutenção de elevadas taxas de juros e viabilizando um lucro bancário recorde) e do agribusiness, por outro, implementou uma série de programas e iniciativas, direcionada aos segmentos mais pobres da população brasileira e àqueles até então excluídos de algumas políticas. (MARQUES; MENDES, 2007, p.19)

No governo Lula havia a expectativa que o Projeto de Reforma Sanitária e o SUS fossem fortalecidos constitucionalmente, pois em sua campanha eleitoral, Lula prometia cumprir com os gastos na saúde previstos pela Constituição Federal. Dentre suas promessas, Lula enfatizava: a criação das farmácias populares, a garantia de acesso aos medicamentos, aumento das redes de atendimento de prontos-socorros e aumento significativo do número de equipes do Programa Saúde da Família (PSF). Entretanto, as ações de seu governo mostraram contradições, mantendo a polarização entre os dois projetos, ora algumas proposições procuravam fortalecer o

9 A gestão do presidente Lula ficou marcada por uma forte coalizão de partidos políticos para que se pudesse viabilizar sua gestão.

projeto de Reforma Sanitária, ora mantém o projeto privatista em ações de focalização e desfinanciamento do SUS.

Como aspectos de inovação da política de saúde do atual governo cabe ressaltar: o retorno da concepção de Reforma Sanitária que, nos anos 90, foi totalmente abandonada; a escolha de profissionais comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária para ocupar o segundo escalão do Ministério; as alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde, sendo criadas quatro secretarias e extintas três; a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde e a sua realização em dezembro de 2003; a participação do ministro da saúde nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde e a escolha do representante da CUT para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde. (BRAVO, 2009, pp. 102 e 103)

Para compor o Ministério da Saúde, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde que possui a função de regulamentação das profissões e o mercado de trabalho na área de saúde. A criação desta Secretaria tem como base a busca por recursos humanos para a emancipação do SUS. Houve também a criação da Secretaria de Gestão Participativa, que ficou responsável em fortalecer o controle social e a comunicação do Ministério da Saúde com os outros governos e a criação da Secretaria de Atenção à Saúde, a qual visava unificar os atendimentos hospitalares básicos e especializados.

O desfinanciamento retarda o desenvolvimento do SUS, pois precariza o serviço de saúde, gerando congestionamento de atendimentos, escassez de recursos, déficits de atendimentos e intensa repressão de demanda. Isto posto, o desfinanciamento é um dos fatores que impossibilita o SUS a oferecer um serviço público, gratuito e de qualidade, conforme garantido pela Constituição.

O governo Lula manteve o compromisso com os interesses do setor privado, e, portanto, do capitalismo, favorecendo os produtores de equipamentos, medicamentos, tecnologias e prestadores de serviços. Houve também grande precarização e terceirização de recursos humanos, ampliando-se a contratação de agentes comunitários de saúde¹⁰ e a inserção de outras categorias não regulamentadas.

10 Oficialmente implantado pelo Ministério da Saúde em 1991, o então Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) teve início no fim da década de 1980 como uma iniciativa de algumas áreas do Nordeste (e outros lugares, como o Distrito Federal e São Paulo). Na época, a iniciativa visava a buscar alternativas para melhorar as condições de saúde de suas comunidades. Era uma nova categoria de trabalhadores, formada pela e para a própria comunidade, atuando e fazendo parte da saúde prestada nas localidades. Hoje, a profissão de Agente Comunitário de Saúde (ACS) é uma das mais estudadas pelas universidades de todo o País. Isso pelo fato de os ACS transitarem por ambos os espaços – governo e comunidade – e intermediarem essa interlocução. O que não é tarefa fácil. O agente comunitário de saúde tem um papel muito importante no acolhimento, pois é membro da equipe que faz parte da comunidade, o que permite a criação de vínculos mais facilmente, propiciando o

A 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) foi realizada em 2007 e teve como objetivo as diretrizes incorporadas no sistema de saúde e as orientações para o plano plurianual de saúde do governo.

A 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) teve como objetivo definir orientações para o plano plurianual de saúde do governo e as principais diretrizes a serem incorporadas ao sistema de saúde. Como estratégia central da mesma foi ressaltada a necessidade de equacionar os graves problemas do SUS com destaque para a área de recursos humanos e qualidade dos serviços. Como instrumento de mobilização da conferência foi elaborado um documento preliminar a ser discutido nas conferências municipais e estaduais contendo dez (10) eixos temáticos: Direito à Saúde; A Seguridade Social e a Saúde; A Intersetorialidade das Ações de Saúde; As Três Esferas de Governo e a Construção do SUS; A Organização da Atenção à Saúde; O Trabalho na Saúde; Gestão Participativa; Ciência e Tecnologia e a Saúde; O Financiamento do SUS; Informações, Informática e Comunicação. (BRAVO, 2009, p. 103)

O sistema de saúde pública conquistado e institucionalizado democraticamente foi intensamente afetado pela lógica capitalista. Lula prometia governar para os segmentos mais pobres da população, contudo seu governo também foi voltado para atender os interesses do capitalismo, fortalecendo o neoliberalismo, o que é possível analisar nas propostas de precarização do serviço de saúde, terceirização de recursos humanos e o desfinanciamento do SUS.

A expectativa que se colocava para o governo Lula era a de fortalecer o SUS constitucional. Entretanto, no debate interno que ocorre no governo entre os universalistas e os focalistas, esses últimos estão sendo cada vez mais fortalecidos. A defesa do papel do Estado na saúde para o atendimento dos segmentos mais pobres da população tem sido fortalecida pois, com a pressão do desfinanciamento, a perspectiva universalista está cada dia mais longe de ser atingida. (BRAVO, 2009, p. 107)

Dilma Vana Rousseff assume a presidência no Brasil em 2011, apoiada nas campanhas eleitorais por Lula e filiada também ao PT, foi a primeira mulher a assumir a presidência do país. Dilma exerceu dois mandatos consecutivos e sofreu um golpe disfarçado de impeachment em 2016.

De acordo com Silva e Ramos (2013), Dilma em seu pronunciamento de posse promete priorizar a consolidação do SUS, acompanhar a qualidade dos serviços prestados e o respeito com o usuário¹¹, entretanto afirmou que o governo continuará

contato direto com a equipe. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/agente-comunitario-de-saude>

11 Refere-se às pessoas que utilizam os serviços do sistema de saúde pública.

se articulando com o setor privado na área da saúde. Sendo assim, Dilma deu continuidade ao que já havia sido estabelecido no governo Lula, permaneceu servindo os segmentos mais pobres da população e ao mesmo tempo, favorecendo os interesses do capital, de modo que o SUS fosse consolidado em parceria com o setor privado.

Dilma Rousseff deu seguimento aos programas sociais na saúde, realizados pelo governo anterior e lançou novos programas na saúde, dentre eles: o Programa Rede Cegonha e Programa Aqui tem Farmácia Popular. A ação mais importante do governo Dilma na saúde foi a implementação das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA), são parte integrante da Política Nacional de Urgência e Emergência, foram instituídas com o objetivo de reorganização dos atendimentos de saúde pública, na medida que diminuíssem as esperas e filas nos hospitais de grande porte, direcionando encaminhamentos que pudessem ser resolvidos nas UPA, evitando a superlotação e o demorado tempo de espera pelo atendimento. No entanto, de acordo com Silva e Ramos (2013), com as UPA é perceptível um processo de ampliação da terceirização e a precarização dos trabalhadores.

Em 2011, foi sancionada a Lei nº 12.550, que autoriza o Poder Executivo a criar uma empresa pública, denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Torna-se uma empresa pública de direito privado, vinculado ao Ministério da Educação, planejando estruturar os Hospitais Universitários.

Michel Miguel Elias Temer Lulia assume a presidência do Brasil, após o golpe¹² de Dilma Rousseff. Temer explicita desde o princípio que seus interesses são totalmente voltados para a classe dominante, visa a política ultraliberal, conservadora e possui propostas de contrarreformas que congelam os recursos orçamentários das políticas sociais por 20 anos, aprofundando ainda mais a privatização no âmbito da saúde e dando seguimento ao seu desmonte.

O discurso da falaciosa necessidade de redução do SUS inaugura a gestão do Ministro da Saúde Ricardo Barros, que afirma que o país não conseguirá sustentar os direitos da Constituição Federal de 1988 como o acesso universal à saúde, e será preciso repensá-los, pois não haverá capacidade financeira para suprir todas as garantias. O referido Ministro, que teve seu financiamento de campanha para deputado federal vinculado a um consórcio

12 O termo golpe já é aceito nos debates acadêmicos e trabalhos já são escritos corroborando essa ideia. Uma das fontes para tal é encontrado em: ASSIS, ROMULO FERNANDES DE. O roteiro do golpe de 2016 no Brasil: o passo a passo de uma nova quebra democrática / Romulo Fernandes de Assis. – 2017. 122 f.: il. Orientadora: Laura Antunes Maciel. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal Fluminense. Instituto de História, 2017.

de planos de saúde privados, apresenta a proposta de Planos de Saúde Populares como um dos pilares da sua gestão à frente do Ministério da Saúde. (BRAVO, PELAEZ, PINHEIRO, 2018, p. 14)

O governo Temer não garantiu ações de avanço para o sistema de saúde público, as ações do governo foram direcionadas para o setor privado, mercantilizando a saúde pública, atravancando a efetivação do SUS e retirando os direitos da saúde pública.

CAPÍTULO 2

O SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE

No presente capítulo é exposto a relação da política de saúde com o Serviço Social, e os desafios advindos do processo de desmonte do Sistema Único de Saúde pela política neoliberal seguida pelo governo brasileiro desde a década de 1990. Os desafios impostos pelo próprio Estado se estabelecem por meio de cortes orçamentários, privatizações e precarizações no espaço profissional, que serão exemplificados nos itens a seguir.

A nova configuração da política de saúde vai impactar o trabalho do assistente social em diversas dimensões: nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais. Amplia-se o trabalho precarizado e os profissionais são chamados a amenizar a situação da pobreza absoluta a que a classe trabalhadora é submetida. (CFESS, 2010, p.23)

2.1. Breve esboço do Serviço Social no Brasil

De acordo com Iamamoto e Carvalho (2011), o surgimento da “questão social” no Brasil está diretamente associado à ampliação do trabalho livre, entretanto, as circunstâncias históricas da formação econômico-social, a produção e acumulação de capital, a formação das classes e a transição e consolidação do mercado de trabalho nacional foram influenciados diretamente pelas condições próprias da colonização e da escravidão, que afetaram a constituição do mercado de trabalho e da classe trabalhadora nacional.

Portanto, para entender a institucionalização do Serviço Social como profissão, cujos primeiros marcos se dão na década de 1930, é necessário compreender que as manifestações da “questão social” brasileira se ampliam com as mudanças que consolidaram o mercado de trabalho, isto é, com o avanço do capitalismo em território nacional. Nesse contexto, a exploração da classe trabalhadora exacerbou-se a partir das péssimas condições de existência dos trabalhadores, nas jornadas de trabalho extensas e no achatamento do salário ocasionado por um grande contingente de desempregados.

Esse cenário leva a classe trabalhadora a organizar-se em prol da garantia de suas condições de vida e trabalho, por meio do reconhecimento de sua cidadania

social, em torno de exigências de resposta do Estado. As classes dominantes, receosas com a organização dos trabalhadores, vão responder a fim de garantir sua permanência no poder, pautando o controle social no conjunto da sociedade, tendo na Igreja Católica uma importante força social sem a qual esse momento inicial em que surge o Serviço Social no Brasil não pode ser pensado.

Iamamoto expõe essa especificidade do enfrentamento às manifestações da “questão social” quando demonstra que inicialmente surgem iniciativas privadas de Serviço Social, conduzidas por frações de classe influenciadas pela Ação Social da Igreja Católica. Sobre a implementação do Serviço Social:

[...] Não se baseará, no entanto, em medidas coercitivas emanadas do Estado. Surge da iniciativa particular de grupo e frações de classe, que se manifestam, principalmente, por intermédio da Igreja Católica. Possui em seu início uma base social bem delimitada e fontes de recrutamento e formação de agentes sociais informados por uma ideologia igualmente determinada. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2011, p. 135)

O Serviço Social, no princípio, era caracterizado por uma atuação de cunho curativo e assistencialista, criado visando a administração da miséria e das mazelas sociais advindas do modo de produção capitalista, que ganhou determinações acentuadas naquela época. Possuía um direcionamento ético-político único, vinculado aos ideais da classe burguesa e da Igreja Católica.

As obras de caridade já possuíam um longo histórico no Brasil, estando presentes desde o período colonial, tendo aprofundado a tradição caritativa no período imperial por meio dos hospitais e outras instituições assistenciais ligadas às ordens eclesiásticas que se implantaram no país.

A forte atuação do clero sobre a classe operária urbana ocorre junto com a onda de imigração de europeus para o país, coadunando com o fato das políticas assistenciais terem, em suas origens, vínculo com Igreja Católica, sendo por ela influenciadas. Logo, na articulação entre o Estado e o empresariado em prol de exercer controle sobre a classe trabalhadora insatisfeita com suas condições de trabalho e também de efetivar a manutenção da força de trabalho da classe trabalhadora, por meio de serviços sociais para o enfrentamento da “questão social”, o Serviço Social traz um perfil conservador, assistencialista e caritativo, herdado da direção social da Igreja Católica que também buscava recuperar espaço na disputa pela hegemonia da direção societária.

Como profissão inscrita na divisão do trabalho, o Serviço Social surge como parte de um movimento social mais amplo, de bases confessionais, articulado à necessidade de formação doutrinária e social do laicato, para uma presença mais ativa da Igreja Católica no 'mundo temporal', nos inícios da década de 30. Na tentativa de recuperar áreas de influências e privilégios perdidos, em face da crescente secularização da sociedade e das tensões presentes nas relações entre Igreja e Estado, a Igreja procura superar a postura contemplativa. (IAMAMOTO, 2013b, p. 20)

As primeiras décadas do séc. XX são marcadas pela ascensão do socialismo, no que posteriormente será conhecido como União Soviética, e por toda a movimentação ativa do operariado pela Europa, onde, após a Primeira Guerra Mundial, inicia-se uma “nova política social mais compreensiva relativamente à classe operária” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2011, p. 176), enquanto a Igreja Católica vê, nas atividades assistenciais, a possibilidade de recuperar terreno junto ao operariado, perdido neste novo cenário.

Assim, com a organização dos setores católicos que tocavam as ações caritativas e assistenciais, respectivamente, a Ação Social e a Ação Católica, surgem instituições vinculadas à Igreja Católica e à iniciativa privada, que podem ser consideradas as protoformas do Serviço Social moderno no Brasil, como o Centro de Estudos e Ação Social (CEAS) de São Paulo, voltado à formação social e doutrinária das agentes sociais.

O interesse da Igreja Católica na “reconquista” dos trabalhadores se manifesta nas atuações diretas de seu laicato nas fábricas, onde, por meio do CEAS, eram fundados centros operários que atuavam diretamente com os trabalhadores da expansiva indústria brasileira da década de 1930. Ainda nessa década, o CEAS passa a atuar na qualificação técnica de agentes sociais em instituições estatais, como no Departamento Estadual do Trabalho, no Serviço de Proteção aos Migrantes até que, em 1939, passa a atuar em bairros populares de São Paulo, junto ao Departamento de Serviço Social do Estado, estando também diretamente ligado à criação da Escola de Serviço Social de São Paulo¹³.

Durante o final dos anos 1930 e por todo o período da década de 1940, diversas instituições de assistência social e cursos de formação especializada foram desenvolvidos, mas não cabe neste trabalho aprofundar tal momento, já abordado por

13 Primeira escola de formação para agentes sociais, para maiores informações ver Iamamoto e Carvalho, 2011. Parte II, Capítulo 2.

diversos autores. O que cabe apontar é que em 1942 o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo já é listado como uma das primeiras áreas de atuação dos Assistentes Sociais¹⁴, profissionais que adquirem reconhecimento quanto ao seu trabalho tanto na iniciativa privada quanto no governo.

Ao fim da Segunda Guerra Mundial, instituições de Serviço Social se ampliam, demonstrando a importância do setor na sociedade brasileira. Surge a Legião Brasileira de Assistência (LBA), originalmente de iniciativa privada, voltada para a Assistência Social e “esforços de guerra”, que iriam desde campanhas de confecção de ataduras até a assistência a familiares de convocados. A LBA ocupou tamanha importância que passou a ser direcionada e financiada pelo governo, em busca principalmente de apoio político. É em momento parecido que surge a Fundação Leão XIII, vinculada à Igreja Católica e que, em 1946, aparece como a “primeira grande instituição assistencial que tem por objetivo explícito uma atuação ampla sobre os habitantes das grandes favelas”, como explica Iamamoto e Carvalho (2011, p. 298).

Na década de 1950, o desenvolvimentismo foi o norte político da sociedade brasileira, enquanto o “social” foi posto em segundo plano nas ações do Estado, mais preocupado com o desenvolvimento econômico no intuito de integrar as massas em um projeto de expansão econômica. Ao mesmo tempo, a política populista e seu apelo às “massas trabalhadoras” vão entrar em conflito com o conservadorismo do setor, gerando um desencontro entre o Serviço Social e a perspectiva desenvolvimentista do Estado Brasileiro nesse período.

Somente em 1961 que o pensamento hegemônico do conservador Serviço Social brasileiro se realinhará com a direção do Estado nacional, com o projeto conservador de Jânio Quadros, onde uma nova ordem desenvolvimentista é alardeada em torno da manutenção do desenvolvimento econômico, mas agora com foco no homem, no aprimoramento de suas capacidades e de sua dignidade, por meio da atividade moralizadora em prol de um “bem-estar” atrelado a uma mudança de cultura (IAMAMOTO; CARVALHO, 2011, p. 364).

Com o golpe militar de 1964 o Estado passa a atuar de forma a exercer um papel mais regulador, intervindo na “questão social” com a finalidade de aumentar o controle sobre a sociedade. Até o final da década de 1970, o governo militar fortalece

14 Ver Nota de Rodapé em Iamamoto; Carvalho, 2011. P. –Capítulo 2, subtópico 2” Campos de Ação e Prática dos primeiros assistentes sociais

a perspectiva do Serviço Social tradicional, de viés conservador, investindo nas formas tradicionais da profissão com perfil mais objetivo, visando métodos de intervenção eficazes que regulamentam a prática profissional.

Assim como o processo de gestão militar do desenvolvimento foi afetado pelas condições socioeconômicas do período e pela reformulação do Estado, o Serviço Social passou por um processo de renovação técnica que, mesmo com a reiteração das formas tradicionais da profissão, se deu pela complexificação demandada de um mercado de trabalho em ampliação, oriundas desse Estado em processo de mudança. Como diz Netto (2015, p. 160), essa “reformulação organizacional e funcional supôs também uma extensão quantitativa da demanda dos quadros técnicos de Serviço Social”.

Esse processo, chamado de modernização conservadora, levou a uma refuncionalização e expansão do Serviço Social na medida em que o mercado nacional de trabalho se consolidava e, assim, o próprio ensino em Serviço Social teve uma significativa alta, consolidando a sua inserção no âmbito universitário.

Assim, como esclarece Netto:

[...] é inconteste que o Serviço Social no Brasil, até a primeira metade da década de sessenta, não apresentava polêmicas de relevo, mostrava uma relativa homogeneidade nas suas projeções interventivas, sugeria uma grande unidade nas suas propostas profissionais, sinalizava uma formal assepsia de participação político-partidária, carecia de uma elaboração teórica significativa e plasmava-se numa categoria profissional onde parecia imperar, sem disputas de vulto, uma consensual direção interventiva e cívica. A ruptura com este cenário tem suas bases na laicização do Serviço Social, que as condições novas postas à formação e ao exercício profissionais pela autocracia burguesa conduziram ao ponto culminante; são constitutivas desta laicização a diferenciação da categoria profissional em todos os seus níveis e a conseqüente disputa pela hegemonia do processo profissional em todas as suas instâncias. (2015, pp.168 e 169)

No mesmo parágrafo, o autor continua: “Destaquemos, imediatamente, este ponto: tal laicização, com tudo o que implicou e implica, é um dos elementos caracterizadores da renovação do Serviço Social sob a autocracia burguesa” (NETTO, 2015, p. 169).

Assim, é somente no período do que o autor chama de “autocracia burguesa” que aparecem as possibilidades de surgimento de formulação de alternativas às práticas e concepções acerca do Serviço Social, com incidência direta da ampliação do mercado nacional de trabalho e das agências de formação profissional.

Tendo como pano de fundo a problematização do processo político brasileiro,

o Serviço Social tradicional começa a ser questionado e, por fim, superado como direção hegemônica da profissão ao longo do período ditatorial, consolidando-se já na década de 1990. As origens desse movimento se dão com o amadurecimento das relações profissionais, com o enfraquecimento das perspectivas conservadoras dentro da própria Igreja Católica, ocasionado pela inserção de setores não conservadores e de esquerda na Igreja, com a mudança da perspectiva estudantil organizada, de uma centralidade dos estudantes vinculados a Igreja para um ingresso de estudantes laicizados e também pela inserção de referenciais teóricos críticos que acabaram por influenciar a busca por um referencial próprio do Serviço Social¹⁵.

Ao movimento de absorção de ideias críticas e construção da renovação do Serviço Social, Netto dá o nome de “Intenção de ruptura”, uma perspectiva de setores da profissão que manifestou a intenção de romper com o pensamento tradicional positivista e seus paradigmas de intervenção reformistas e conservadores, por meio de um fortalecimento de tendências de ruptura político-sociais que já vinham desde antes do golpe de 1964, fortalecidas com a tradição marxista e com a influência do pensamento latino-americano da Reconceituação.

A profissão de Serviço Social, ao se comprometer com os interesses da classe trabalhadora, buscando fundamentação teórica para além das doutrinas conservadoras, passou, então, a produzir novos conhecimentos e a questionar-se, surgindo, nesse contexto, o denominado Processo de Renovação¹⁶.

A partir da “intenção de ruptura”, os assistentes sociais iniciam um movimento crítico em relação àquela atuação tradicional, vista como mera reprodução da pobreza. A profissão passa a desenvolver uma teoria que compreende as expressões da “questão social” no contexto do capitalismo nacional e com uma prática voltada ao atendimento das necessidades da classe trabalhadora, renovando-se em uma direção crítica diante das alternativas conservadoras.

Nesse sentido, o projeto de formação profissional que hoje dá direção ao Serviço Social foi uma construção histórica, que começou a se instituir na década de 1980, redefinindo os rumos teórico-políticos e acadêmico-profissionais, que avança na década de 1990 com a formulação das diretrizes deste projeto. Portanto, podemos

15 Essas quatro características estão melhor explicadas em Netto, 2015, ao longo do capítulo 2.

16 Expressão do processo de renovação do Serviço Social do Brasil. Sendo organizados os encontros de: Araxá (MG) em 1967, Teresópolis (RJ) em 1970, Sumaré (SP) em 1978, Alto da Boa Vista (RJ) em 1984 e Rio de Janeiro (RJ) em 1989 pelo Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio Internacional de Serviço Social – CBCISS.

afirmar que “o Serviço Social deu um salto de qualidade em sua auto qualificação na sociedade” (IAMAMOTO, 2013a, p. 51).

Posteriormente, já na década de 1990, essa tendência se estabelece com a criação de referenciais que hoje significam a consolidação de um novo projeto profissional, como o Código de Ética Profissional do Assistente Social¹⁷ e a Lei de Regulamentação da Profissão de Serviço Social¹⁸.

Esse processo de renovação crítica do Serviço Social é fruto e expressão de um amplo movimento de lutas pela democratização da sociedade e do Estado no país, com forte presença das lutas operárias, que impulsionaram a crise da ditadura militar: a ditadura do grande capital (IANNI, 1981). Foi no contexto de ascensão dos movimentos políticos das classes sociais, das lutas em torno da elaboração e aprovação da Carta Constitucional de 1988 e da defesa do Estado de Direito, que a categoria de assistentes sociais foi sendo socialmente questionada pela prática política de diferentes segmentos da sociedade civil. E não ficou a reboque desses acontecimentos, impulsionando um processo de ruptura com o tradicionalismo profissional e seu ideário conservador. Tal processo condiciona, fundamentalmente, o horizonte de preocupações emergentes no âmbito do Serviço Social, exigindo novas respostas profissionais, o que derivou em significativas alterações nos campos do ensino, da pesquisa, da regulamentação da profissão e da organização político-corporativa dos assistentes sociais. (IAMAMOTO, 2009, p. 04)

Assim, podemos afirmar que o Serviço Social se consolidou através das consequências e construções sociais da luta de classes que afetaram a direção social da profissão. No decorrer da história foi repensado o posicionamento ético-político profissional, desde o rompimento com o conservadorismo em sua desvinculação com a Igreja Católica e afirmação do compromisso da profissão com a classe trabalhadora. A profissão se modificou e redefiniu até os dias atuais, de acordo com as circunstâncias históricas e políticas as quais continuam afetando a profissão, agora sob a égide do neoliberalismo dos anos 1990 e 2000.

2.2. Serviço Social e Saúde

No decorrer de sua formação profissional, o assistente social é orientado a se apropriar de certas competências e habilidades para atuar nas diversas áreas vinculadas à condução das políticas sociais, públicas e privadas, como saúde,

17 Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais aprovado em 15 de março de 1993.

18 Refere-se à Lei 8.662 de 1993 que regulamenta a profissão do Serviço Social.

educação, previdência, assistência, etc. Inseridos na divisão sócio-técnica do trabalho, esses profissionais têm que responder às demandas dos usuários do serviço prestado, viabilizar o acesso a direitos, tendo como base o que está consolidado pela Constituição Federal de 1988 e respaldado por sua legislação profissional. Realizam, nesse sentido, ações de planejamento, organização, pesquisas, assessorias, avaliações, gestão, utilizando-se de instrumentos de trabalho, como análises sociais, pesquisas, relatórios, entrevistas, levantamento de recursos, encaminhamentos, visitas domiciliares, pareceres sociais, contatos institucionais, dentre várias outras ações. Intervêm, portanto, nas expressões da “questão social” na medida em que haja a estruturação coletiva de trabalho, buscando por recursos e viabilização na garantia dos direitos dos usuários. Dentro da Saúde, trabalha na promoção, proteção e recuperação da saúde com seu conhecimento técnico, operativo, ético e político.

Segundo Bravo (2011), a atuação do Serviço Social é fundamental no desenvolvimento do SUS, principalmente nos processos de (re)organização de serviços, nas ações interdisciplinares e intersetoriais, no controle social, entre as demandas que expressam a abrangência do conceito de saúde vigente, buscando a universalização do acesso a bens e serviços correspondentes aos programas e políticas sociais.

Destaca-se, portanto, a busca por uma atuação interdisciplinar como um dos principais objetivos da atuação do assistente social na área da saúde, visto que o diálogo com as demais categorias profissionais é essencial para responder às expressões da “questão social”.

Interdisciplinaridade requer, contudo, o saber acumulado de diversas disciplinas, na busca de conhecer a verdade e atuar na realidade. Sendo assim, o Assistente Social é chamado a compor equipes interdisciplinares, onde deve contribuir para intervir nas expressões da “questão social”, considerando seu compromisso ético-político de coadjuvar para uma sociedade democrática, com serviços públicos de qualidade, livre de preconceitos, exploração e autoritarismo (GOMES, 2016, p. 11).

Uma equipe multiprofissional¹⁹ é de extrema importância para a modalidade do trabalho coletivo, pois configura a relação entre intervenção técnica e intervenção social, corroborando a integralidade de ações da saúde e o diálogo de saberes e trabalhos especializados.

¹⁹ Entende-se por equipe multiprofissional a equipe formada por profissionais de diversas especializações com o fim de integração dos conhecimentos e práticas. Ver PEDUZZI (2001).

Uma das formas pelas quais pode ocorrer o trabalho coletivo efetivado pelo Serviço Social é através do trabalho com grupos, havendo, por exemplo, a organização de grupos de usuários para a intervenção profissional.

Os procedimentos de caráter grupal são aqueles que envolvem o atendimento dos usuários em agrupamentos organizados pelos assistentes sociais, geralmente tomando como critério a existência de situações comuns, que implicam necessidades comuns. Os grupos assumem características bem diferenciadas e o seu desenvolvimento faz parte de um esforço profissional voltado à ampliação das possibilidades de compreensão e reflexão dos usuários, através da convivência entre pessoas que possuem necessidades e situações de vida semelhantes. (TRINDADE, 1999, p. 288)

De acordo com o Código de Ética Profissional, os parâmetros e atribuições da atuação do assistente social são:

a) garantia e defesa de suas atribuições e prerrogativas, estabelecidas na Lei de Regulamentação da Profissão e dos princípios firmados neste Código; b) livre exercício das atividades inerentes à profissão; c) participação na elaboração e gerenciamento das políticas sociais e na formulação e implementação de programas sociais; d) inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional; e) desagravo público por ofensa que atinja a sua honra profissional; f) aprimoramento profissional de forma contínua, colocando-o a serviço dos princípios deste Código; g) pronunciamento em matéria de sua especialidade, sobretudo quando se tratar de assuntos de interesse da população; h) ampla autonomia no exercício da profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções; i) liberdade na realização de seus estudos e pesquisas, resguardados os direitos de participação de indivíduos ou grupos envolvidos em seus trabalhos. (CFESS, 1993)

O Projeto Ético-Político dos Assistentes Sociais é o parâmetro através do qual o profissional articula as três dimensões da profissão: teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa²⁰. Autores como Sarreta e Bertani (2011) afirmam que os profissionais de Serviço Social possuem em sua formação ético-política elementos que agregam ao conhecimento sobre as demais políticas públicas com uma formação teórico-crítica, de perspectiva próxima aos princípios da Reforma Sanitária e que essas características são importantes para o enfrentamento das expressões da “questão social” que possam determinar a saúde, esta entendida sob o conceito de

20 A primeira dimensão se refere à capacidade de apreensão do método e das teorias e sua relação com a prática, na ação profissional. A segunda se relaciona aos objetivos e finalidades das ações do assistente social e os princípios e valores humano-genéricos que os guiam. Já a terceira faz alusão à capacidade de o profissional articular meios e instrumentos para materializar os objetivos, com base nos valores concebidos (GUERRA, 2012).

Saúde Ampliada²¹.

Um grande desafio no cotidiano dos assistentes sociais alocados nos serviços de saúde e em diversas outras áreas é a questão do imediatismo da atuação, pois se deparam com políticas públicas focalizadas e fragmentadas, as quais só atendem a pontual e imediata demanda do usuário. Entretanto, os assistentes sociais devem buscar efetivar suas ações baseados em uma visão crítica da totalidade social e na “questão social” como cerne a partir do qual surgem as demandas por sua ação profissional.

Os profissionais que atuam na saúde têm passado por constantes dificuldades em sua intervenção profissional, tendo em vista que o processo de desmonte do SUS no “cenário” neoliberal é efetivado por corte de investimentos, desmonte da saúde pública e precarização das condições de trabalho, o que dificulta ainda mais uma intervenção profissional em consonância com o Projeto Ético-Político e o Projeto de Reforma Sanitária.

Conforme colocado, o maior desafio atual do Sistema Único de Saúde está no enfrentamento aos avanços da política neoliberal, direção social dos governos brasileiros a partir da década de 1990. A efervescência do neoliberalismo no Brasil trouxe consequências para o conjunto dos trabalhadores e os impactos decorrentes do aprofundamento do ideário neoliberal no campo dos direitos sociais e trabalhistas também têm atingido a categoria profissional dos assistentes sociais. Estes profissionais, por atuarem em diferentes espaços no âmbito das políticas sociais, têm enfrentado um sistemático e insaciável desmonte das políticas públicas que tem exigido dessa categoria profissional capacidade de resistência e, sobretudo, competência teórica, técnico-operativa e ético-política para seguir na luta por acesso aos direitos sociais. Esta monografia, ao priorizar a análise da política de saúde, especialmente o SUS, busca nas linhas que seguem, desvelar os impactos do neoliberalismo no campo da política de saúde no Brasil.

O neoliberalismo favoreceu o ataque à política de saúde no Brasil se efetivando por ações estatais como a descentralização das políticas sociais, criação de parcerias e contratos na área de saúde com modalidades não estatais que viabilizam a transferência da responsabilidade e do investimento financeiro do Estado para o setor

21 O conceito de Saúde Ampliada tem sua concepção com o ideário da Reforma Sanitária, onde os determinantes sociais fazem parte do entendimento do que é Saúde, para além do tratamento médico à doença. Para detalhes, ver CFESS (2010).

privado, contribuindo para a precarização do serviço público e atendendo aos interesses do capital.

De acordo com Iamamoto (2010), os ideais neoliberais reconfiguram o Estado, o capitalismo faz uma integração dos processos econômicos, políticos e ideológicos, os quais compõem o crescimento do capital, adequando a sociedade ao mesmo. No entanto, o neoliberalismo ocasionou modificações na sociedade que induziram a grande desigualdade de distribuição de renda e o aumento da exploração do trabalhador. A exploração do trabalhador é dada pelo:

(...) enxugamento de mão-de-obra"; intensificação do trabalho e aumento da jornada sem correspondente aumento de salários; estímulo à competição entre os trabalhadores em um contexto recessivo, que dificulta a organização sindical; chamamentos à participação para garantia das metas empresariais; ampliação das relações de trabalho não formalizadas ou "clandestinas", com ampla regressão dos direitos; entre outros mecanismos (IAMAMOTO, 2010, pp. 113 e 114).

Conforme já exposto, a atuação profissional do assistente social no campo da saúde tem por direção os princípios do Projeto Ético-Político e pela perspectiva do Projeto de Reforma Sanitária, onde um dos objetivos é materializar o princípio de integralidade no cotidiano profissional. Contudo, no contexto da precarização e flexibilização do trabalho profissional atrelado ao corte de verbas, o profissional é forçado a diariamente buscar métodos alternativos e de resistência para uma atuação condizente com os princípios profissionais e políticos, em atendimento às demandas dos usuários.

Os princípios e diretrizes do SUS devem ser assegurados pelo Estado, todavia, os interesses do Estado estão vinculados aos interesses do capitalismo, do setor da iniciativa privada, o que impacta diretamente os serviços públicos. Em meio a essa disputa de perspectivas, o conjunto de ações e instituições que formam o SUS não se concretizaram conforme pensado na Constituição Federal. O cotidiano profissional lida com questões como falta de atendimento, escassez de medicamentos, lentidão nas consultas, hospitais superlotados, pacientes nos corredores, no chão dos leitos dos hospitais, sucateamento do serviço de saúde.

Para chegar a esse estágio é importante entender o avanço do Neoliberalismo na política de saúde. Após a chegada de Fernando Collor de Mello ao poder, o primeiro presidente eleito em voto popular após a abertura democrática, o governo brasileiro não se comprometeu com a Reforma Sanitária, tendo então o projeto sido

retomado em 1992, após a queda de Collor. Entretanto o neoliberalismo teve terreno favorável nos governos subsequentes, como expõe Paim *et al* (2011):

O projeto da reforma sanitária foi retomado em 1992, após o impeachment do presidente por corrupção. A descentralização aumentou e foi lançado o Programa de Saúde da Família (PSF). Um novo plano de estabilização econômica (Plano Real) foi introduzido em 1994, trazendo políticas de ajuste macroeconômico e projetos de reforma do Estado. Fernando Henrique Cardoso foi eleito em 1994 (e reeleito em 1998), promovendo novos processos de ajuste macroeconômico e de privatização. Luiz Inácio Lula da Silva (eleito em 2002 e reeleito em 2006) manteve alguns aspectos da política econômica de seu antecessor, mas suspendeu as privatizações e, em seu segundo mandato, promoveu um programa desenvolvimentista. (p.19)

Uma das principais características que foram estabelecidas na política de saúde é a descentralização. Desenvolvida desde a costura pela criação do Sistema Único de Saúde, a descentralização sempre foi uma pauta defendida para que os municípios pudessem ter mais autonomia, ainda que o financiamento e as normas gerais sejam administrados pelo governo federal. Para que essa descentralização funcionasse, foram criadas instâncias, definidas responsabilidades e estabelecidas leis e mecanismos, tanto para gestão e orçamento da política quanto para participação popular que, por meio dessas novas estruturas de governança “permitiram que maior número e variedade de atores participasse do processo de tomada de decisão (...) assegurando que cada nível de governo apoiasse a implementação da política nacional de saúde” (*Ibidem*).

Então, o cenário da formação do SUS, isto é, da implantação de um sistema público e universal de saúde no Brasil, se caracterizou por um contexto político de avanço da ideologia neoliberal, das políticas contrárias ao investimento público em sistemas de saúde. Isso afetou na efetivação completa não só do SUS, mas também de outras políticas, como as de Seguridade Social, preconizadas na Constituição Federal de 1988.

No começo dos anos 2000 houveram avanços na implementação do SUS, tais como o aumento da autonomia dos municípios, isto é, da descentralização, também com maior responsabilização dos gestores municipais dos serviços de saúde, além de ampliação e incentivo da participação popular nas tomadas de decisões das políticas públicas²². Os governos do Partido dos Trabalhadores, por mais que não tenham rompido com a agenda econômica neoliberal, tiveram papel importante no

22 PAIM 2011, p. 28

fortalecimento de estruturas do SUS mesmo mantendo a política de saúde prioritariamente focalizada e sem financiamento efetivo.

O SUS foi se consolidando como espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado. A proposição inscrita na Constituição de 1988 de um sistema público universal não se efetivou, apesar de alguns avanços, como o acesso de camadas da população que antes não tinham direito; o sistema de imunização e de vigilância epidemiológica e sanitária; os progressos na alta complexidade, como os transplantes, entre outros. A expectativa que se colocava para o governo Lula era a de fortalecer o SUS constitucional. Entretanto, no debate interno ocorrido no governo entre os universalistas e os focalistas, esses últimos estão sendo cada vez mais fortalecidos. (CFESS, 2010, p. 22)

2.3. Precarização da Saúde e desmonte do SUS nos anos recentes

O ciclo de governo do Partido dos Trabalhadores foi encerrado em 2016, quando a presidente Dilma Rousseff sofreu um *impeachment*. Esse ato, organizado em uma grande teia de atores e forças políticas, “manobras parlamentares, jurídicas e midiáticas” (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 11), foi responsável por uma guinada ainda maior da política nacional para a política neoliberal. A partir daí, assumiu o comando do governo aquele que, até então, era o Vice-Presidente da República, Michel Temer.

O governo ilegítimo de Temer trata-se de uma restauração conservadora de um 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. (Idem, p. 12)

Sob o governo Temer (2016-2018) as políticas sociais foram ainda mais enfaticamente atacadas pelo ideário neoliberal, numa postura de se opor às pautas sociais. Na busca de derrubar os direitos sociais e trabalhistas, o governo Temer chega ao poder para efetivar uma agenda que atenda quatro objetivos centrais, segundo Braz (2017):

- Recolocar o Brasil (e a América Latina) na área de influência prioritária dos EUA no sentido de retomada da sua dominância imperialista em nosso subcontinente;
- Reduzir os custos do trabalho no país e aumentar a produtividade média do trabalho com base em novas formas de combinação de mais-valia relativa (incremento tecnológico para reduzir trabalho necessário e baratear a reprodução social da força de trabalho) e mais-valia absoluta (sobretudo, via flexibilização das relações trabalhistas com vistas a atacar as formas de

proteção social do trabalhador);

- Implementar uma cruzada conservadora e reacionária contra os avanços sociais no campo das minorias como forma de promover um retrocesso cultural e ideológico no país;

- Readequar as políticas sociais a um novo programa neoliberal mais radical de modo a criar condições para um ciclo profundo de políticas de austeridade fiscal que pesarão sobre os trabalhadores. (Apud BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p.12)

A política do governo Temer colocou em prática uma agenda de corte de gastos com políticas públicas, inclusive na Saúde, exposta através de seus documentos de governo. Nesses documentos estão colocadas propostas diretas e indiretas de cunho neoliberal, isto é, de fomento ao corte de custos estatais, para alterações que mexeriam no funcionamento do SUS e que vão desde acabar com vinculações institucionais da saúde e da educação, em uma perspectiva de que o Brasil “gasta muito” com políticas públicas, até o cancelamento do financiamento de tratamentos experimentais e uma proposta de pagamento pelos serviços médicos prestados, por parte dos cidadãos que deles se utilizassem, de acordo com sua renda. O que foi fortemente rechaçado pela população²³.

Uma característica do pensamento Neoliberal exposta no projeto de governo de Temer é a ênfase no gerencialismo, que considera que as políticas públicas, em especial a política de saúde, manifesta no SUS, são mal gerenciadas, e que sua atuação deveria se restringir àqueles que não podem pagar planos de saúde (cujos donos estão entre os principais interessados no desmonte do SUS).

O governo Temer realizou políticas de desmonte de direitos sociais adquiridos com a Constituição de 1988 com a reforma trabalhista (2017), a qual modifica leis constitucionais e propõe o congelamento das despesas públicas por até 20 anos no âmbito da saúde (EC-95²⁴). Esse movimento político é uma forma de fortalecer o mercado privado a partir da ausência de investimentos no setor e segue vilipendiando as políticas públicas aprofundando contrarreformas com mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), por exemplo.

O discurso da falaciosa necessidade de redução do SUS inaugura a gestão

23 Para maiores detalhes, segue o texto que serve de base para esse capítulo: Bravo, 2018. “As Contrarreformas na política de saúde do governo Temer”

24 Emenda Constitucional do Teto dos Gastos Públicos. Essa emenda permite que os gastos públicos com saúde e educação fiquem congelados por até 20 anos.

"[Art. 106](#). Fica instituído o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, que vigorará por vinte exercícios financeiros, nos termos dos arts. 107 a 114 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias." (CF, 1988)

do Ministro da Saúde Ricardo Barros, que afirma que o país não conseguirá sustentar os direitos da Constituição Federal de 1988 como o acesso universal à saúde, e será preciso repensá-los, pois não haverá capacidade financeira para suprir todas as garantias. O referido Ministro, que teve seu financiamento de campanha para deputado federal vinculado a um consórcio de planos de saúde privados, apresenta a proposta de Planos de Saúde Populares como um dos pilares da sua gestão à frente do Ministério da Saúde. (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p.14)

Com o congelamento dos gastos, através da PEC 95/2016 (BRASIL, 2016), a previsão de perda de recursos destinados originalmente ao SUS é de R\$654 bilhões de reais nas próximas duas décadas, fragilizando ainda mais a política pública de saúde. Para além dessa “desidratação econômica”, políticas como a PNAB foram revistas de modo a fortalecerem uma perspectiva focalista, onde serviços básicos e ampliados foram diferenciados de forma a limitar ainda mais o acesso da população aos serviços de saúde.

Por outro lado, o governo incentivou a participação privada no setor da saúde. No documento Coalizão Saúde Brasil ficam explícitas as intenções de refazer a rede de saúde nacional com a integração de cuidados a partir da participação da iniciativa privada na gestão e do fortalecimento do livre-mercado por meio das parcerias público-privadas. O documento foi assinado por diversas entidades privadas e filantrópicas da área da saúde e lançado em 2017:

No diagnóstico, explicita aumento da carga de doenças; falta de promoção e prevenção; alta expectativa e pouca informação do paciente; governança pouco efetiva; alocação de recursos inadequada; práticas de gestão ineficientes; baixo foco no desfecho; uso de dados e inovação limitados; problemas de sustentabilidade. Com relação às iniciativas a serem priorizadas, ressaltam: estimular mudança cultural para a promoção; fortalecer a atenção primária; ampliar acesso a medicamentos; estimular modelos inovadores de atenção; construir agenda nacional para inovação; estimular modelos assistenciais com foco no idoso e no doente crônico; estabelecer protocolos clínicos de referência nacional; discutir sobre os diferentes modelos de pagamentos; divulgar os dados nos sistemas público e privado; criar o prontuário eletrônico; reorganizar o sistema de redes de atenção. (COALIZÃO SAÚDE BRASIL, 2017 *apud* BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p.17)

Para fazer enfrentamento a esses ataques, foi criada em 2010 a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, uma organização suprapartidária e anticapitalista, formada por organizações diversas, de movimentos sociais a militantes individuais da área da saúde. A Frente vem atuando em defesa do SUS público e de qualidade, com melhores condições para o acesso dos usuários e para a atuação de

seus profissionais²⁵.

O período Temer foi substituído por um aprofundamento do conservadorismo com o governo seguinte. Em uma eleição marcada pelas denúncias contra o candidato favorito da população, Luiz Inácio Lula da Silva, que resultaram na impossibilidade do mesmo concorrer ao pleito, e também pelas constantes mentiras propagadas²⁶, elegeu-se para presidência da República Jair Messias Bolsonaro, candidato de extrema direita que manteve a linha política de destruição da coisa pública.

A partir do governo Temer verifica-se a aceleração e a intensificação das políticas que contribuem para o desmonte do Estado brasileiro. No governo Bolsonaro tem-se o aprofundamento das contrarreformas iniciadas no governo anterior, haja vista a proposta central de reforma da previdência apresentada ao Congresso Nacional, em fevereiro de 2019, e as declarações de que será necessário fazer mais com os mesmos recursos, que retira do horizonte um maior aporte de recursos orçamentários para as políticas sociais. Pode-se considerar como três características básicas do atual governo: extremo liberalismo econômico; temor das mobilizações; e desprezo pela participação da maioria, ou seja, pela democracia, com ataques às instâncias de participação e controle social. (BRAVO; PELAEZ, 2020, p. 194 e 195)

O atual governo presidido por Jair Messias Bolsonaro (2019-hoje) intensifica em níveis alarmantes o desmonte da saúde pública, a precarização das condições de saúde da população e a redução dos gastos em saúde. Dentre os ataques às condições de saúde pública que afetam diretamente a população, podemos citar que o governo Bolsonaro propõe ainda medidas que flexibilizam o porte de armas, liberam o uso dos agrotóxicos e reduzem os impostos tributários de cigarros no Brasil.

Interessa-nos, então, reconhecer que as políticas do governo Bolsonaro têm se voltado para os diferentes negócios que podem ser “fechados” com o mercado: planos/serviços privados de saúde, hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas, indústria das armas e do tabaco, além de todo o setor do agronegócio, de fazendeiros às multinacionais dos agrotóxicos. O que se pode concluir, de fato, é que o desmonte do SUS já é um processo de longo prazo, mas que se tornou mais intenso com o governo Bolsonaro. Para além de analisar o SUS, o que se apresenta pelo governo são políticas voltadas à precarização das condições de vida e saúde da população, ou seja, políticas para a morte. (WEILLER, 2019, p. 237)

Bravo e Pelaez (2020) fazem uma excelente análise do projeto para a saúde

25 Para maiores informações sobre o programa da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, verificar o documento "O ilegítimo governo Temer e os ataques ao Sistema Único de Saúde", de agosto de 2016 (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2016).

26 Para maiores informações recomendo o texto em <http://www.cpop.ufpr.br/portal/eleicoes-2018-a-relacao-entre-fake-news-e-os-candidatos-jair-bolsonaro-e-fernando-haddad/>. Acesso em: 10/02/2021

que o governo Bolsonaro decide encampar ao verificar já no programa de governo a perspectiva de parceria público-privada para garantir acesso e evitar judicialização. O foco na iniciativa privada permanece na defesa da privatização com a argumentação de que o objetivo é alcançar a “eficiência econômica, bem-estar, distribuição de renda e o equilíbrio das contas públicas” (p.199).

O programa de Bolsonaro para o governo também previu ampliação de atendimento médico para fora das capitais, em uma campanha política claramente contrária à presença de médicos cubanos no programa federal Mais Médicos, criado pelo governo do Partido dos Trabalhadores em 2013. O governo cubano rompeu o contrato com o governo brasileiro em 2018 devido a discordâncias com a forma como o programa estava sendo gerido, entretanto no começo do ano de 2020 o governo acenou para o retorno desses profissionais devido às dificuldades de efetivar profissionais médicos brasileiros²⁷.

A inconstância do governo Bolsonaro, e a celeridade das mudanças institucionais ocasionadas ora pela incapacidade de gestão, ora por uma estratégia política, já trouxe em pouco mais de dois anos de mandato, três ministros à frente do Ministério da Saúde. O primeiro ministro da Saúde do governo Bolsonaro foi Luiz Henrique Mandetta, médico, porém político pelo DEM (Democratas), com ligações com a Unimed, conforme aponta BRAVO *et al* (2020):

Durante cerimônia de transmissão do cargo de ministro da Saúde, o novo titular da pasta afirmou que “queremos e vamos cumprir um desafio constitucional. Saúde é um direito de todos e dever do Estado. Não tem retrocesso, não tem volta da nossa máxima constitucional. Mas não existem verdades absolutas a não ser as constitucionais”, publicado em reportagem do G1 de 02/01/2019. Defendeu o princípio da equidade e enfatizou que este não pode ser relativizado em favor de um conceito de integralidade que inspira ações judiciais individuais que desrespeitam os direitos coletivos. Ao mesmo tempo, disse que deseja “um sistema privado forte” e “solidário”. Afirmou ainda que o Ministério da Saúde tem um orçamento muito grande e “cada centavo” economizado, ao longo de sua gestão, irá para a assistência à saúde da população, tendo como foco a atenção básica. Informou que estuda a criação de um terceiro turno de atendimento nas unidades de saúde, para contemplar os trabalhadores que retornam tarde do trabalho e, por isso, têm dificuldade de acesso. A proposta foi apresentada na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de março de 2019. (p. 213)

Embora exista um elemento de defesa da saúde como direito de todos e dever do Estado, o discurso de “um sistema privado forte” é a marca da continuidade da

27 Verificar em <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-02-15/com-dificuldade-para-atrair-medicos-governo-bolsonaro-prepara-a-readmissao-de-cubanos.html> Acesso em: 10/02/2021

política de acirramento da mercantilização da saúde, conforme a gestão anterior já operava.

A política de desmonte do SUS continuou sendo tocada, no sentido do que diz Bravo, uma privatização “não clássica”, advinda da falência do sistema precarizado. Bolsonaro atacou a estrutura do subsistema de saúde indígena, que desde 1999 tentava se consolidar e ampliar, sob o argumento de “baixo rendimento”, contra os interesses dos próprios povos indígenas²⁸.

Entretanto, é no ano de 2020 que a saúde pública enfrenta seu maior desafio. Com a Pandemia causada pelo vírus Sars-CoV-2, causador da doença do Corona vírus (COVID), a gestão do Ministério da Saúde e seu processo de precarização da política de saúde sofre mudanças em um curto período. O ministro Mandetta é substituído no primeiro trimestre de 2020 por discordâncias com a gestão da pandemia conforme era proposto por Bolsonaro. Em seu lugar assumiu Nelson Teich, que não permaneceu no cargo por mais de 2 meses²⁹.

Assume então o general da ativa, Eduardo Pazuello que, além de militar “especializado em logística” disse não conhecer o SUS³⁰. O mandato de Pazuello durou de maio de 2020 a março de 2021 (assumindo em seu lugar Marcelo Queiroga), marcado pela política de negação da vacina contra a COVID, da insistência na política de divulgação de um “tratamento precoce” com medicamentos sem comprovação científica e do fracasso na gestão da pandemia, tendo como símbolo maior a ausência do suporte de oxigênio na capital do Amazonas, Manaus³¹.

Antes da Pandemia, Bolsonaro também efetivou ataques ao SUS na forma de prejudicar a participação social, um dos pilares do sistema, na forma do Decreto nº 9.759/2019, que “extingue diversos conselhos e colegiados da administração pública federal” demonstrando a perspectiva que guia as ações de seu governo para a política pública de saúde:

Parece refutar a compreensão de que tais conselhos e colegiados são

28 Ver em: <https://cimi.org.br/2020/08/nota-do-cimi-desmonte-saude-indigena-pandemia-a-parte/> e <https://brasil.elpais.com/brasil/2019/05/30/politica/1559238132_162541.html> Acesso em 10/02/2021

29 Um resumo da atuação do governo Bolsonaro sobre a pandemia pode ser lido em <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/12/tres-ministros-da-saude-e-uma-pandemia-o-ano-em-que-ficamos-doentes.shtml> Acesso em 10/02/2021

30 <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/10/pazuello-afirma-que-nao-sabia-o-que-era-o-sus-ate-este-momento-da-vida.shtml> Acesso em 10/02/2021

31 <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/01/pazuello-admite-que-sabia-de-problemas-com-oxigenio-em-manaus-desde-8-de-janeiro.shtml> Acesso em 10/02/2021

espaços políticos de participação social e exercício do poder popular, que objetivam aproximar a população do poder decisório sobre políticas sociais e públicas, de modo que as decisões não sejam delegadas exclusivamente a técnicos e gestores. (Idem, p. 215)

Enquanto a pandemia tomava (e ainda toma) boa parte da atenção da mídia e das preocupações dos setores da saúde pública, o governo Bolsonaro agiu mais uma vez para prejudicar o projeto de saúde que o SUS incorpora em um claro ataque às minorias. Ao final do ano de 2020, o governo federal estudou a revogação de cerca de 100 portarias que tratam sobre a política de Saúde Mental e de dependentes químicos. Essa alteração segue a linha política que já se iniciou no primeiro ano do mandato de Bolsonaro.

Com relação à Política de Saúde Mental, teve destaque a divulgação da Nota Técnica nº 11/2019 da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. O documento reacendeu debates e preocupações em torno desta política, por dois motivos principais: 1. Reduzir a importância dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps.) e fortalecer as “comunidades terapêuticas”, que pouco têm de comunidade e menos ainda de terapêutica, se configurando como espaço de violações de direitos e pouquíssimos resultados; 2. Liberar a compra de aparelhos de choque elétrico e fortalecer os manicômios, desconsiderando o referencial da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial. Diversas entidades, como Abrasme e Abrasco, verbalizaram ser contrários ao conteúdo da Nota Técnica e o Conselho Nacional de Saúde emitiu recomendação em defesa da perspectiva antimanicomial e contra os retrocessos defendidos na Nota, o que contribuiu para que o documento fosse retirado do ar. (Idem, pp. 213 e 214)

Esse chamado “revogaço” repercutiu negativamente e ainda não foi efetivado, mas caso seja, será o fim do modelo de saúde mental público brasileiro, baseado nos princípios da Reforma Psiquiátrica e pauta de luta de diversos profissionais do setor³².

A correlação de forças da luta de classes manifesta-se nitidamente quando se analisa a história da política de saúde brasileira. O embate entre projetos, tendo a Reforma Sanitária de um lado e o Projeto Privatista em outro, expressa-se politicamente pelo longo processo de precarização da política de saúde, hoje culminado no desfinanciamento do SUS, na descaracterização do SUS como sistema universal e integral, na precarização e insuficiência de serviços públicos segundo a lógica da mercantilização dos serviços de saúde como fonte de lucro.

De acordo com Mota (2009), é fundamental a articulação do Serviço Social com as demais áreas da saúde para que haja mobilizações em defesa do SUS, lutando

32 Ver em <https://epoca.globo.com/guilherme-amado/governo-bolsonaro-revogara-portarias-encerrara-programas-de-saude-mental-no-sus-1-24782439> Acesso em 10/02/2021

pela efetivação de direitos previstos na Constituição Federal de 1988 e que os assistentes sociais conduzam suas ações em concomitância com o Projeto Ético-Político e no âmbito da saúde, esteja articulado ao Projeto de Reforma Sanitária.

Levando em conta o que foi exposto até o momento, diante da caracterização dos processos que constituem o atual contexto brasileiro de privatizações, precarização e desmonte das políticas públicas em geral, e da saúde em específico, cabe realizar algumas reflexões sobre como essas condições político-econômicas postas pelo neoliberalismo condicionam as pessoas que nele vivem (inclusive os assistentes sociais), constituindo sujeitos que, mesmo sendo aqueles que sofrem na pele com tais políticas, se põem contra seus próprios interesses.

CAPÍTULO 3

CULTURA CAPITALISTA E SAÚDE FOCALIZADA

Neste capítulo buscaremos abordar, sob um ponto de vista macrossocial, acerca do modo de como há uma espécie de padrão de sociedade, um modelo econômico e subjetivo, o qual se disseminou principalmente a partir dos anos 1990. Tal “modo de vida” se torna também a maneira de se existir e se comportar da maioria dos seres humanos pelo planeta: seja na vida privada, sejam nos espaços públicos no que tange ao exercício da cidadania. Espantosamente, O referido “modelo” econômico e subjetivo, passou a ser confundir como a própria política que tende a ser tornar a do partido único do mercado. Isto, além de buscar a reificação mundial e a lucratividade exorbitante sem fim, quebrando os direitos básicos e o bem-estar dos homens, é a própria cultura hegemônica que nos atravessa pelos quatro cantos do mundo, bem ao gosto de se fabricar uma “alma” identificado aos valores de consumo, ou melhor, um “sujeito neoliberal”.

Assim, no interior desse cenário, foi conformada uma racionalidade adequada e um modo de vida econômico e subjetivo, como veremos neste capítulo, remodelando a maneira dos indivíduos estarem no mundo. Aqui, em síntese, a sociedade neoliberal corresponde, necessariamente está implicada com a existência de um sujeito também neoliberal, o qual, de forma geral, quer nos fazer pensar, sentir, ver e desejar conforme as normas, regras e valores da ordem hegemônica:

Na realidade, essas novas formas políticas exigem uma mudança muito maior do que uma simples restauração do "puro" capitalismo de antigamente e do liberalismo tradicional. Elas têm como principal característica o fato de alterar radicalmente o modo de exercício do poder governamental, assim como as referências doutrinárias no contexto de uma mudança das regras de funcionamento do capitalismo. Revelam uma subordinação a certo tipo de racionalidade política e social articulada à globalização e à financeirização do capitalismo. Em uma palavra, só há "grande virada" mediante a implantação geral de uma nova lógica normativa, capaz de incorporar e reorientar duradouramente políticas e comportamentos numa nova direção. (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 190)

Alma? Que alma? Neste particular, trata-se de se perceber que a constituição

subjetiva dos homens ocorre no sentido de formar uma “alma de consumo” em acordo com uma sociedade que quer nos reificar: transformar tudo e todos em mercadoria, portanto, fazer que nos reduzamos apenas ao tal cidadão consumidor. Inclusive, quebrando os direitos sociais em nome de políticas enganadoras, tais como a “flexibilização” de direitos, que nada mais são do que um processo de sujeição a essa lógica consumista, detonando o campo dos direitos sociais. Ou seja:

[...] a relação do sujeito com ele mesmo foi profundamente afetada. Em razão dos impostos mais atrativos e do estímulo dos poderes públicos, o patrimônio financeiro e imobiliário de muitas famílias de classe média e alta aumentou consideravelmente a partir dos anos 1990. Apesar de longe do sonho thatcheriano de populações ocidentais compostas de milhões de pequenos capitalistas, a lógica do capital financeiro teve efeitos subjetivos significativos. Cada sujeito foi levado a conceber-se e comportar-se, em todas as dimensões de sua vida, como um capital que devia valorizar-se: estudos universitários pagos, constituição de uma poupança individual para a aposentadoria, compra da casa própria e investimentos de longo prazo em títulos da bolsa são aspectos dessa "capitalização da vida individual" que, à medida que ganhava terreno na classe assalariada, erodia um pouco mais as lógicas de solidariedade. (*Idem*, p. 201)

Nesse leque de considerações que se insere a análise do que é a “cultura afirmativa”, segundo as reflexões de Marcuse, desses tempos, supondo um novo padrão político-econômico, que desenvolveremos logo a seguir, porém, agora, ainda cabe apontar, resumidamente:

[O] caráter disciplinar dessa nova política, que dá ao governo um papel de guardião das regras jurídicas, monetárias, comportamentais, atribui-lhe a função oficial de vigia das regras de concorrência no contexto de um conluio oficioso com grandes oligopólios e, talvez mais ainda, confere-lhe o objetivo de criar situações de mercado e formar indivíduos adaptados às lógicas de mercado. (*Idem*, p. 191)

3.1. O que é cultura capitalista?

O surgimento do capitalismo representou a criação de um mundo totalmente novo ao que até então havia existido na história da humanidade. Ancorado em valores como liberdade, igualdade, fraternidade, pregando o progresso por meio do uso da razão, da ciência, significou uma mudança enorme na vida de todas as pessoas afetadas por essa nova forma de sociedade. Porém, não foram só coisas boas que o capitalismo criou, junto com ele (e todos os ideais) também se fizeram presente exploração, desigualdade, destruição, opressão, colonização. O avanço da indústria

submeteu um contingente enorme de pessoas a condições sub-humanas de trabalho, que não possuíam mais nada além da própria força de trabalho, obrigadas a vendê-la a preços baixíssimos para não morrerem de fome. O mercado se tornou, dessa forma, o meio privilegiado das pessoas se relacionarem, a vida passou a ser conduzida pela mercadoria e pela busca por um lucro cada vez maior.

Porém, esse modo de se reproduzir não ocorre de forma espontânea, e a burguesia vai criar formas de dominação tanto “externas” quanto “internas” para manter seu domínio sobre os demais setores da sociedade. As formas externas podem ser vistas através das diversas instituições que agem a favor da manutenção desse modo de produção (o Estado por meio do seu braço armado é um dos exemplos mais claros). Outra forma é pelos mecanismos internos, já mais difíceis de identificar claramente, sendo bastante sorrateiros, mas não menos eficientes, agindo na própria subjetividade do ser humano, que nasce e morre sendo bombardeado pela ideologia capitalista, a qual se faz presente em diversos espaços na sociedade através dos aparelhos ideológicos do estado. Sim, estamos falando, aqui, das instituições sociais: família, escola, universidade, religião; fábricas; aparelhos das mídias em sua diversidade: Televisão, Jornais, Rádios, Facebook, Instagram, Google, para ficar em alguns exemplos (Althusser, 1985; Bucci, 2021).

Nesse sentido, os valores liberais foram sendo internalizados desde que o capitalismo surgiu, e com o tempo foi englobando cada vez mais elementos da vida do indivíduo, de tal maneira que hoje em dia é praticamente impossível fazer alguma coisa que não esteja atravessada pela lógica capitalista. Aqui cabe elucidar sobre o conceito de cultura a partir de Herbert Marcuse, que desenvolverá importantes reflexões sobre a maneira do capitalismo se perpetuar internamente nos indivíduos por meio desta, que, na atual fase capitalista, será denominada por ele de “cultura afirmativa”.

Para o autor, a cultura deve ser vista de forma integrada à reprodução material, porém, vai surgir, no interior das concepções burguesas, uma ideia oposta a essa, em que cultura e civilização estariam separadas, até opostas. Dessa maneira, haveria uma contraposição entre cultura como reino dos valores e fins verdadeiros, e o mundo social da utilidade, dos meios e do trabalho, a civilização. Resulta-se, portanto, junto ao nascimento da sociedade burguesa, que “o mundo espiritual é retirado do todo social e, por essa via, a cultura é elevada a um (falso) coletivo e a uma (falsa) universalidade” (MARCUSE, 1997, p. 95). Aqui, temos a concepção do que Marcuse

denominou cultura afirmativa:

Cultura afirmativa é aquela cultura pertencente à época burguesa que no curso de seu próprio desenvolvimento levaria a distinguir e elevar o mundo espiritual-anímico, nos termos de uma esfera de valores autônoma, em relação à civilização. Seu traço decisivo é a afirmação de um mundo mais valioso, universalmente obrigatório, incondicionalmente confirmado, eternamente melhor, que é essencialmente diferente do mundo de fato da luta diária pela existência, mas que qualquer indivíduo pode realizar para si 'a partir do interior', sem transformar aquela realidade de fato. (*idem*, p. 96)

A questão da “vida interior”, aqui, para Marcuse, implica no seguinte: (a) o capitalismo tardio ou o capitalismo globalizado não é impossível de ser superado, mas ele é bastante eficaz nos dias de hoje, não é só porque destrói direitos, quer pulverizar os sindicatos, porém, antes de tudo, pelo fato de que ele ocupou a alma humana, transformando-a e a identificando-a ao máximo com os valores da ordem do capital. Assim, criou-se agora essa alma de consumo, ou seja, a subjetividade hegemônica. Esta, como já foi sinalizada, nos induz a pensar, sentir, enxergar e viver como a ordem do capitalismo quer. (b) então o capitalismo tardio não quer só ocupar o seu “bolso”, rubricando uma racionalidade utilitarista, técnica, científica, mas ocupa também sua alma. Enfim, como se vê é a tentativa de dominar o homem na sua totalidade: ditando o modo de vida econômico e de sua subjetividade. Transformando cada um em sujeito a sociedade consumista vigente, sob uma cruel servidão voluntário, pois que, agora, a partir da vida interna de cada um, é a própria pessoa que deseja e quer possuir as principais marcas; é a própria pessoa que acha que fora da sociedade de mercado não há salvação (Marcuse, 1977; Bastos, 2017).

Vale observar que esse “trabalho” de tecer uma subjetividade hegemônica, a qual nos faz rubricar essa naturalização da quebra de direitos, nos faz não nos revoltar contra a austeridade e o Estado extremamente precarizado e dito mínimo para 99% da população, tudo isso é erigido através da cultura afirmativa. Cultura que nos “socializada “no princípio de desempenho, fato que o fazemos com nossa pulsão de Eros, que nos dá prazer, só que é um prazer que passa a estar conectado, em grande parte, aos princípios do capital:

[...] a cultura não só é algo que o homem constrói para se defender das intempéries da natureza externa, mas também da natureza interna que está em cada homem. Esta natureza interna se traduz pelas pulsões de Eros e Tanatos, as quais, além de ser inconscientes, no embate com a cultura, nos

transforma e se transformam, criando nossa subjetividade e, na melhor das hipóteses, “homens sujeitos” do ponto de vista pessoal e coletivo. (BASTOS, 2020, pp. 109 e 110)

Ou seja, é a cultura que nos torna sujeitos, em toda a sua profundidade e complexidade, movidos pelas pulsões (Eros e Tanatos) dentro dessa sociedade. Como no capitalismo o que impera é a lógica do mercado, a busca pelo lucro, a exploração dos trabalhadores, o individualismo, os homens são formatados subjetivamente para reproduzir esses valores, essas formas reificadas do capital.

Assim,

[...] além de ditar as condições econômicas, como o fez até então, neste instante, o capitalismo globalizado ocupa a “alma” humana, transformando-a em uma “alma consumista” (subjetividade hegemônica), tudo isso rubricando esse sujeito econômico e subjetivo, que se designa em Marcuse como o “homem unidimensional”. (BASTOS, 2020, p. 103)

Através dessa lógica, o sujeito não só aceita, como leva a frente essa ideologia do consumo, ainda que isso se volte contra ele, já que é quem continuará a ser incessantemente explorado. Diante disso, o indivíduo formado dentro dos valores burgueses é deixado por conta própria, como o único responsável pelo sucesso ou fracasso. Portanto, aqueles valores clássicos, como justiça, liberdade, igualdade e, principalmente, felicidade, estão na responsabilidade exclusiva do próprio indivíduo. Então, assim se afirma o predomínio do indivíduo no interior da cultura afirmativa. “A sociedade burguesa libertou os indivíduos, mas como pessoas que se mantêm sob controle” (MARCUSE, 1997, p. 114).

O filósofo chega a argumentar que, sob o império do homem unidimensional, esse capitalismo tardio, tanto ditará como deve ser nossa vida econômica, quanto as diferentes subjetividades. Tal acontecimento, é claro, rubricará sempre os valores da sociedade de consumo, ou seja, estamos diante agora de uma ordem que, de fato e não na retórica, vai se apresentar por forte pendor totalitário cuja base é, nada mais nada menos, do que o partido único do mercado. (BASTOS, 2020, p. 107)

A sociedade capitalista, que encontra sua base e a noção de felicidade através do lucro, conduziu, da sua maneira, a civilização e a cultura como formas de controlar e dominar a fim de implementar o seu poder. No que diz respeito à cultura afirmativa, a aparência acaba sendo a forma de se satisfazer e, assim, “[...] a aparência gera um efeito real: acontece uma satisfação. Contudo seu sentido sofre uma transformação

decisiva: se coloca a serviço do existente. A ideia rebelde se converte em alavanca da justificação” (MARCUSE, 1997, p. 119).

Este é o milagre propriamente dito da cultura afirmativa. Os homens podem se sentir felizes inclusive quando efetivamente não o são. O efeito da aparência torna incorreta até mesmo a afirmação da felicidade própria. O indivíduo, remetido a si mesmo, aprende a suportar e de certo modo até a amar seu isolamento. A solidão de fato é alçada a solidão metafísica e como tal adquire toda a bênção e a ventura da plenitude interior na presença da pobreza exterior. A cultura afirmativa reproduz e glorifica em sua idéia da personalidade o isolamento e empobrecimento social dos indivíduos (*Idem*, pp. 120 e 121).

E acrescenta:

A singularização cultural dos indivíduos em personalidades fechadas em si mesmos, portadoras de sua realização em si mesmas, afinal corresponde ainda a um método liberal de disciplina que não exige domínio sobre um determinado plano de vida privada. Ela deixou o indivíduo persistir como pessoa enquanto não perturba o processo de trabalho, deixando as leis imanentes desse processo de trabalho, as forças econômicas, cuidarem da integração social dos homens (*Idem*, p. 122).

Tais características da cultura afirmativa vão ser cada vez mais acentuadas dentro de um novo padrão de capitalismo que emerge hegemônico a partir dos anos 1990, o neoliberalismo. Agirá de forma ainda mais feroz no sentido de formar a subjetividade humana para os fins do mercado.

Em síntese:

Ela [a cultura afirmativa], além de gerar uma subjetividade hegemônica no processo de socialização, está entrelaçada ao modo de vida dito racional do neoliberalismo. Sim, fica difícil separar a cultura afirmativa tanto do modo de vida econômico que ela dita, como também de uma subjetividade unidimensional que ela cria (francamente favorável aos valores de consumo), bem como de toda uma racionalidade técnica, científica, artística, que reproduz a razão hegemônica e utilitarista. Enfim, essa cultura produz uma “alma de consumo”. Resultado: este procedimento, identificando-nos aos valores vigentes, faz que, em tese, se passe a desejar, falar, ver como quer a sociedade de consumo; naturalizando absurdos que destroem direitos, como por exemplo, através da uberização do trabalho. (BASTOS, 2020, pp. 110 e 111)

Dentre esses absurdos que vão sendo naturalizados no interior dessa racionalidade hegemônica neoliberal, estão os ataques à Saúde enquanto uma política pública, universal, de qualidade, visto que vem sendo submetida a uma constante erosão por parte daqueles que detêm o poder.

3.2. Neoliberalismo e saúde focalizada sob a cultura capitalista

Vimos, tanto no Capítulo 1 quanto no Capítulo 2, de formas distintas, a forma como, na conjuntura brasileira, o neoliberalismo foi levando um processo de avanço do capital em um sentido muitas vezes predatório, estabelecendo privatizações cada vez mais intensas, visando aniquilar tudo o que é público. Em paralelo a isto, observou-se profundos cortes nos direitos sociais conquistados a duras penas, além de se impor uma austeridade por meio de políticas fiscais adequadas dentro dessa lógica destrutiva.

Dessa maneira, tudo se vê transformado em mercadoria, no que se verifica uma crescente valorização das coisas em contraponto ao ser, ou seja, um enaltecimento das coisas supérfluas e aquisição de bens que destacam apenas o lado utilitarista (lado do ter), em detrimento de valores e sentidos que criam um caminho oposto.

As relações sociais são construídas através dessa disputa do consumo de produtos simbólicos, como defende Canclini (2006). Esta diferenciação no consumo de determinados produtos simbólicos traz em sua gênese essa lógica de segregação de grupos sociais, na qual um grupo é superior ao outro e isso é demonstrado através desses símbolos de pertencimento. Antes o capital demonstrava essa diferenciação de outras formas, como o território, o saber, a cultura. No caso, agora age de forma a não apenas influenciar de diversas formas o modo de consumir, mas o torna essencial à vida.

A ordem dominante dita a subjetividade hegemônica de modo indireto, transformando o homem e sua complexidade e desejos em apenas um objetivo, de obter o sonho da vida “de sucesso” em que o próprio modelo se traduz como o de felicidade. Tal modelo gerado, além de ser condizente com o próprio capitalismo, expande-se de forma consensual nas diversas esferas da vida: econômica, social, cultural, político, cultural, científico e tecnológico.

Nesse sentido, o neoliberalismo instaura tanto um modo de consumir mais intenso, em que a “alma” do indivíduo é “possuída” pela mercadoria e transformada em uma “alma de consumo”, quanto uma lógica de acesso aos direitos mediado pelo mercado. Isso afeta a própria maneira com que as pessoas participam da vida política, enquanto cidadãos. A cidadania, princípio tão caro ao liberalismo, está posta nessa

lógica mercantilizada, tornando-se um bem de consumo, uma mercadoria que só aqueles que têm condições financeiras podem usufruir.

Diante disto, em síntese, em sua crítica a globalização mercadológica, essa argumentação de Canclini poderia ser resumida no seguinte: sob os valores do extremo liberalismo, sob o mundo globalizado apenas pelo mercado, divide-se a cidadania em duas categorias principais, mas, dentre elas, apenas uma é que deve ser valorizada. Em outras palavras, para tal raciocínio há duas cidadanias para se discutir: a cidadania focalizada e a cidadania plena.

Ora, considerando que estamos em nova configuração produtiva, como mundialmente, a nova ordem mundial, segundo os defensores do capitalismo tardio, não comporta mais gastos desnecessários, já que em vez da CLT entrou nova legislação trabalhista, cada trabalhador, espera-se seja mais autônomo e/ou seu próprio patrão, os direitos hoje, mais do que nunca, são focalizados. Então, sob o capitalismo atual, só é possível e recomendável a Cidadania focalizada.

O que isso implica? Implica, sobretudo, que só será cidadão aqui quem for consumidor, já que não existirá mais o indivíduo como cidadão pleno. Por exemplo, em relação a saúde. Se na cidadania plena a pessoa teria direito pleno no SUS, sob a cidadania focalizada, ele só terá disponível um tratamento se tiver poder de pagar um plano de saúde de ponta.

Há também inúmeras outras implicações, tais como no trabalho e em outras áreas, quer seja na educação, quer seja na área de habitação. Mas, por ora, fiquemos apenas no exemplo da área de trabalho. Ora, se na cidadania plena o indivíduo teria carteira assinada com direitos assegurados em termos de férias, 13º terceiro, aposentadoria etc., na cidadania focalizada é tudo diferente. Aqui, segundo os senhores do capital, não há mais estado paternalista a banca o trabalhador, pois agora, há chances dele se tornar o patrão de si mesmo. Basta tirar o registro de empreendedor e se tornar um microempresário nos serviços. Assim, veremos milhares de trabalhadores desempregados que aderem ao uberismo, seja de entregas, seja através dos automóveis, fato que, como se vê, ratifica ainda mais a má distribuição de renda e se traduz na crescente precarização do trabalho, fato que atualmente se designa na crítica ao processo de uberização (SLEE, 2017).

Sim, eis o dito novo mundo em que as megaempresas têm lucros estrondosos e os direitos plenos são ultra desvalorizados por uma reificação que destrói a própria cidadania plena em favor da cidadania focalizada:

A estratégia neoliberal consistirá, então, em criar o maior número possível de situações de mercado, isto é, organizar por diversos meios (privatização, criação de concorrência dos serviços públicos, "mercadorização" de escola e hospital, solvência pela dívida privada) a "obrigação de escolher" para que os indivíduos aceitem a situação de mercado tal como lhes é imposta como "realidade", isto é, como única "regra do jogo", e assim incorporem a necessidade de realizar um cálculo de interesse individual se não quiserem perder "no jogo" e, mais ainda, se quiserem valorizar seu capital pessoal num universo em que a acumulação parece ser a lei geral da vida. (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 217)

Ao produzir e reproduzir essa ideologia, o capital atinge a subjetividade de cada cidadão, e os tornam seres vazios em sua essência humana tendendo a reduzi-las, e os assemelha a meros "bens simbólicos". Desta forma, condiciona-os a uma vida de trabalho incessante para a obtenção dos símbolos que os farão serem reconhecidos como cidadãos plenos aceitos pela própria sociedade excludente. O simbolismo não se traduz apenas no consumo de bens materiais palpáveis, o status de ser integrante de uma instituição, seja educacional, seja no trabalho, também é significativo aqui. Pertencer a esse padrão também traduz a lógica de vitoriosos perante a sociedade, destacando-se frente aos demais. Segundo Canclini (2006, p. 60), "consumo é o conjunto de processos sócio culturais em que se realizam a apropriação e o uso dos produtos". A partir dessa lógica operante, a realidade parece impossível de ser questionada e superada, em que o cidadão vira um mero consumidor. A cidadania que era pautada a partir do processo do trabalho agora se dará por via do consumo.

A ordem do capital tanto nos atravessa, quanto nos faz viver de acordo com o seu modo de vida, no qual só importa os próprios negócios, desejos e interesses. Fato que, além de estar incutido na nossa própria subjetividade, para Marcuse (1997), tem relação com a criação de uma "alma consumista". Esta tanto foi criada pela sociedade capitalista, ao longo de nosso processo de socialização institucional (através da família, da escola, da religião, do trabalho etc.), como também faz que passemos a agir de acordo com esses valores, como se tal modo de agir fosse natural.

Como define Marcuse (1997, p. 90): "o indivíduo que coloca seu objetivo supremo e sua felicidade, nesses bens, se converte em escravo de homens e de coisas que subtraem o seu poder: renúncia a liberdade".

Quando direitos universais, como saúde e educação, são atacados, sucateados, desfinanciados e precarizados, a impressão que fica é de que tudo que

é público é necessariamente ruim e feito só para quem não pode pagar algo melhor. Resta aos que possuem algum recurso acessar esses direitos através do mercado, que oferece tais mercadorias muitas vezes de qualidade duvidosa.

Assim, a política neoliberal construiu um novo modelo de cidadania (do “cidadão-consumidor”), criando todo um contexto que ataca a noção de seguridade conforme posta na Constituição Federal de 1988, visando atender aos interesses do capital.

Mota (2009) aponta que são formados mecanismos de consenso que fomentam a despolitização da “questão social” e alicerçam a construção de um novo contrato entre Estado, sociedade e mercado, transformando os trabalhadores em parceiros. Tendo isso em vista, são elencadas algumas características que conformam o campo da seguridade social nesse contexto:

1. Regressão das políticas redistributivas de natureza pública e constitutiva de direitos, em prol de políticas compensatórias de combate à pobreza e de caráter seletivo e temporário;
2. Privatização e mercantilização dos serviços sociais, com a consolidação da figura do cidadão consumidor, condição e premissa da existência de serviços de proteção social básica para o cidadão pobre e ampliação de programas sociais de exceção voltados para o cidadão miserável, com renda abaixo da linha da pobreza;
3. Emergência de novos protagonistas, tais como a empresa socialmente responsável, o voluntariado [...];
4. Despolitização das desigualdades sociais de classe em face da identificação dos chamados processos de exclusão [...];
5. [...] peso de algumas políticas de seguridade social sobre o mercado de trabalho. Este vetor esvazia as medidas de enfrentamento à precarização e desproteção do trabalho, em prol de ações pontuais e de duvidosa eficácia contra o desemprego, a geração de renda e a formação de mão de obra. (MOTA, 2009, p. 46)

Na Saúde, a alternativa que resta dentro dessa lógica é adquirir algum plano privado, geralmente ruim para quem não consegue pagar mais caro pelos melhores (que é a maior parte da população).

Assim, os sujeitos neoliberais não só aceitam tais ataques e retiradas de direitos, mas agem no sentido de validar essas medidas. Tornam-se pessoas ainda mais individualistas, movidas pelo desejo de consumo, sendo contra aquilo que é público e de direito de todos, defendendo o próprio interesse antes e contra o interesse coletivo.

Resumidamente:

[...] o neoliberalismo político, tal como se desenvolveu teve consequências importantes nas condutas efetivas dos indivíduos, incitando-os a "cuidar deles mesmos", a não contar mais com a solidariedade coletiva e a calcular e maximizar seus interesses, perseguindo lógicas mais individuais num contexto de concorrência mais radical entre eles. Em outras palavras, a estratégia neoliberal consistiu e ainda consiste em orientar sistematicamente a conduta dos indivíduos como se estes estivessem sempre e em toda a parte comprometidos com relações de transação e concorrência no mercado. (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 243)

Diante de tais reflexões podemos considerar que são inúmeros os desafios para os assistentes sociais que atuam na Saúde (e em outras áreas também), sofrendo com a destruição das políticas sociais, meios essenciais para garantir uma atuação profissional que se apoie no projeto ético-político e nos princípios da Reforma Sanitária.

CONCLUSÃO

Uma primeira conclusão, aqui, aponta que discutir a política de saúde no Brasil, ao longo de seu desenvolvimento até a atual gestão do governo central, é identificar que há, sobretudo nos últimos 30 anos, uma identificação com o ideário neoliberal. Isto se traduz tanto em crescente corte de direitos, redução orçamentária significativa que sucateia a rede de instituições públicas de saúde, quanto cria também no usuário um descrédito na universalização do SUS. Tal fato gera não só grandes malefícios para grande parte da população brasileira que vê que seus direitos básicos no âmbito da saúde serem desrespeitados, bem como cria impactos na atuação profissional do assistente social na saúde pública.

Uma segunda conclusão possibilita identificar que o SUS existente está bem distante daquele proposto e defendido pelo Projeto de Reforma Sanitária e do que está regimentado em lei, amparada na constituição de 1988. Sim, apesar de alguns avanços históricos, infelizmente foram impostos inúmeros retrocessos que diante dos dias atuais, dificultam a implementação dos princípios e a efetivação íntegra do SUS. Em outras palavras, tal constatação, na realidade, se ancora num fato paradoxal na área de saúde: observamos que, ao longo desses últimos 30 anos, se houve política estatal voltada para o SUS, ela se concretizou através de ações que seguiram na contramão da constituição de 1988, ou seja, em vez de se garantir o direito universal da saúde, cortou-se verbas, precarizou-se os diversos trabalhos e equipamentos para que, ao cabo de anos, a população acabasse comprando a ideia de que o “público” é ruim e o bom é o “privado”. Sim, repetiu-se, aqui, lamentavelmente, seja pela própria voz dos governantes, sejam pelos diferentes aparelhos das mídias, que os direitos universais eram coisa do passado. Resultado: visando a tal integração do Brasil ao novo modo de vida globalizado, para esses defensores dos interesses dos 1% da elite financeira, era e é inquestionável a dita flexibilização dos direitos e o estado mínimo, então, diante dessa “adequação” aos considerados “tempos de globalização mercadológica”, os problemas com nossa saúde deveriam ser resolvidos pela saúde privada.

Uma terceira conclusão que este trabalho mostrou é que, na área de saúde, há

pesquisas indicando que a quebra de direitos, em certos casos, vai corroborar com o surgimento de sofrimento psíquico e até com distúrbios psicossomáticos, piorando a saúde de nossa população (Bisneto, 2007; Safatle, 2020). Diante destes estudos, mais do que nunca, o Projeto Ético Político de nossa profissão precisa ser implementado, notadamente no território da saúde pública. Contudo, diante do avanço das ideias neoliberais, dentre as várias profissões que atuam na saúde, ao fazer a defesa enfática da luta pelos direitos, o Serviço social está em posição de minoria. Porque a defesa dos direitos básicos, mesmo tendo amparo em algumas pesquisas, como contraria o interesse hegemônico na saúde, essa defesa ou não é escutada, ou é rechaçada, desmerecida junto de um conjunto de diferentes estratégias e técnicas mais simpáticas ao estabelecido. O conjunto destas `técnicas`, em tese, não só negam essa expressão da questão social, como também, principalmente pelo viés de uma perspectiva médico-psicológica conservadora, tendem a individualizar esse problema, seja tratando só com excesso de remédio, seja reduzindo ao mero problema simbólico.

A posição minoritária que, em geral, o serviço social se encontra, deve-se ao fato de que o profissional em questão luta por ter uma atuação comprometida com os princípios do Projeto Ético Político. Tal posição minoritária às vezes é vista como até um desvio, pois, o que, neste momento, prepondera são os ideais neoliberais, os quais, em que se pesem as exceções, buscam assujeitar os indivíduos a uma cultura de submissão aos valores da ordem consumista, contrários ao reconhecimento dos direitos que todos (todos...) temos. Daí que, em geral, a atuação profissional do serviço social tende a sentir um certo estranhamento, sobretudo, porque ele não partilha da posição majoritária de se reduzir todo e qualquer problema à mera medicalização ou ao simples psicologismo.

Cabe ressaltar que garantir os direitos sociais é dever do Estado, o assistente social trabalha na perspectiva de viabilizar a garantia de direitos sociais previstos na Constituição Federal de 1988, ainda que indo contra tal hegemonia.

No âmbito da saúde, o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Ético-Político se articulam com seus princípios em comum, tornando-se fundamental para uma atuação crítica e de qualidade, contudo, como já exposto ao decorrer do texto, a lógica capitalista não prioriza o bem-estar social, ameaçando a garantia de direitos da população usuária.

Uma quarta conclusão de nosso trabalho é quanto a discussão de possíveis

resistências, as quais, além da organização partidária (principalmente pela escolha de partidos realmente de esquerda; da organização da classe trabalhadora), além da atuação profissional do serviço social que resiste diariamente ao cotidiano precarizado, cumprindo com o disposto em nosso Código de Ética, também precisam ser rediscutidas tanto no aspecto da cultura quanto da produção da subjetividade. Apresentando de outro modo, entre outros argumentos, se trouxe à tona uma questão intrigante: (a) diante de uma ordem de extremo liberalismo que se abate por todo planeta, ordem que se assenta em 3 procedimentos principais (austeridade, quebra total de direitos, privatização em excesso), os quais tende a asfixiar a vida, sobretudo, das classes populares, por que não há revolta? Em tese, não há por que há uma cultura afirmativa, segundo Marcuse, a qual tanto nos aproxima dos valores da sociedade de consumo, como nos faz ver, sentir, pensar e desejar tal como tal ordem deseja. (b) vimos que a citada cultura afirmativa, nesta pesquisa, é a cultura do capitalismo globalizado, a qual não só dita o modo de vida econômico, mas também ocupa agora a vida interna do indivíduo pelos quatro cantos do planeta, criando uma “alma” de consumo, ou melhor, uma subjetividade hegemônica. É principalmente através disso que, em tese, a maioria passa a aceitar o modo de vida capitalista, com saídas hiper individualista, naturalizando a quebra dos direitos sociais, notadamente através do SUS.

Essa subjetividade hegemônica é algo que nos atravessa, rubricando um modo de vida cujo pender é nos identificar aos valores da ordem hegemônica, para que se aceite sem muita crítica o sucateamento da saúde, da educação, do trabalho, em nome do progresso de uma sociedade dita globalizada sob o partido único do mercado. Assim, sem desconsiderar as lutas partidárias e anticapitalistas, considerando que essa subjetividade hegemônica é algo criado, tal processo pode ser revertido dentro das instituições e, em especial, nas instituições de saúde, fato que nossa prática profissional já vem se problematizando na luta para valer os direitos dos usuários no SUS.

Nesse sentido, discutir a questão da cultura afirmativa e observarmos se ela gera um tipo de subjetividade, por um movimento de contracultura dominante, segundo Marcuse, este último processo poderá gerar uma subjetividade rebelde a favor das lutas anticapitalistas.

Enfim, o desdobramento desta última conclusão é que se, como diz Marcuse, o trabalho pela emergência de uma subjetividade rebelde faz frente a subjetividade

consumista ou hegemônica; se isto tende a aparecer pelo movimento de contracultura nas instituições sociais em prol das lutas anticapitalista, há aqui uma proximidade com nossa profissão. Porque se a criação desse movimento de contracultura nesses lugares, visa, antes de tudo, a gestação de uma consciência crítica e histórica que pode combater tal ordem, nossa pesquisa apontou que a prática profissional inspirada no Projeto ético político tem bastante proximidade com os movimentos contra culturais, pois, à medida que nós assistentes sociais lutamos por direitos básicos, estamos ainda nos esforçando para que venha à tona uma consciência histórica dos homens, dentro das instituições de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALTHUSSER, L. **Aparelhos Ideológicos do Estado**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

ANDERSON, Perry. Balanço do Neoliberalismo. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (orgs.). Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995, pp. 9-23.

BASAGLIA, Franco. **A psiquiatria alternativa: conferências no Brasil**. São Paulo: Editora Debates, 1979.

BASTOS, Rogerio Lustosa. **O pensamento de Marcuse versus o capitalismo tardio**. Rio de Janeiro: Azougue editora, 2017.

_____. *FREUD-MARCUSE, CULTURA E SUBJETIVIDADE: NOTAS PARA UM NOVO PRINCÍPIO DE REALIDADE*. **Psicanálise & Barroco em Revista**, v. 18, n. 2, p. 99–117, 2020. Disponível em: <http://seer.unirio.br/psicanalise-barroco/article/view/10800>. Acesso em: 14/03/2021.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em Contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo, Cortez, 2003.

_____; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 9ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BERLINGUER, Giovanni; TEIXEIRA, Sônia Fleury; CAMPOS, Gastão Wagner **Reforma Sanitária: Brasil – Itália**. São Paulo: Hucitec/CEBES, 1988.

BRAVO, Maria Inês de Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elisabete. et al. (Org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2009, p. 88-110.

_____. Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. Saúde e Serviço Social no Capitalismo: fundamentos sócio históricos. São Paulo: Cortez, 2013.

_____; MENEZES, Juliana de Souza Bravo. A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões. In: _____. (Org.). Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Revista Cadernos de Saúde. Rio de Janeiro: AdUFRJ; Pela Saúde, p. 15-28, 2011.

BRAVO, Maria Inês de Souza *et al.* AJUSTE FISCAL E SEGURIDADE SOCIAL: retrocessos e desafios em tempos de ofensiva conservadora. Revista de Políticas Públicas, vol. 24, p. 200-220, 2020.

_____. & PELAEZ, Elaine Junger. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. Ser Social. Estado Democracia e Saúde, v. 22, n. 46, p. 191-209, jan.-jun. 2020b.

_____. & PINHEIRO, Wladimir Nunes. As Contrarreformas na Política de Saúde do governo Temer. Argumentum, Vitória, v.10, n.1, p. 09-23, jan./abr. 2018.

BISNETO, José Augusto. **Serviço social e saúde mental**. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. & NICACIO, Erimaldo Matias. **A prática do assistente social na saúde mental**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2013.

BUCCI, Eugênio. **A superindústria do imaginário: como o capital transformou o olhar em trabalho e se apropriou de tudo que é visível**. Belo Horizonte: Autêntica, 2021.

CANCLINI, Nestor Garcia. *Consumidores e Cidadãos: conflitos multiculturais da globalização*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília, 81 p., 2010.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. *A Nova Razão do Mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal*. São Paulo: Boitempo, 2016.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. Nota política: “O ilegítimo governo Temer e os ataques ao Sistema Único de Saúde”. Brasília (DF), 5 ago. 2016. Disponível em: <<http://www.contraprivatizacao.com.br/2016/08/1049.html>>. Acesso em: 10/02/2021

GOMES, Nilvania Alves. Serviço Social e a Interdisciplinaridade: Confluências e desafios. In: SIMPÓSIO MINEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS: 80 ANOS DE SERVIÇO SOCIAL TENDÊNCIAS E DESAFIOS, 4., 2016, Belo Horizonte. Anais [...]. Belo Horizonte: Conselho Regional de Serviço Social, 2016. p. 1-14.

IAMAMOTO, Marilda. Serviço Social na cena contemporânea. In: CFESS/ABEPSS. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

_____. Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2010.

_____. Renovação e Conservadorismo no Serviço Social: ensaios críticos. 12ª ed. São Paulo: Cortez, 2013a.

_____. O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 24ª ed. São Paulo: Cortez, 2013b

MARCUSE, Herbert. *Sobre o caráter afirmativo da cultura*. In: **Cultura e Sociedade** (volume 1). Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. Servindo a Dois Senhores: as políticas

sociais no governo Lula. Rev. Katálysis, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 15-23, Junho 2007.

MOTA, Ana Elisabete. *et al.* (Org.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2009.

NETTO, José Paulo. *Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64*. 17ª ed. São Paulo: Cortez, 2015.

PAIM, Jairnilsom *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. In: The Lancet, London, maio 2011. Disponível em: <<http://download.thelance.com/flatcontentassents/pdfs/brasil/brasilpor1.pdf>>. Acesso em: 09/02/2021

PEDUZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. In: Revista Saúde Pública. V. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina, Minas Gerais, v. 35, 2001.

SARRETA, Fernanda de Oliveira; BERTANI, Iris Fenner. A construção do SUS e a participação do assistente social. **Serviço Social e Saúde**, Campinas, SP, v. 10, n. 1, p. 31–58, 2015. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/1377>. Acesso em: 10/02/2021.

SILVA, Letícia Batista; RAMOS, Adriana. *Serviço Social, Saúde e Questões Contemporâneas*. São Paulo: Papel Social, 2013.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. *Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

TRINDADE, Rosa Lúcia Prêdes. **Desvendando o significado do instrumental**

técnico- operativo na prática profissional do Serviço Social. 1999.347 f. Tese (Doutorado em Serviço social) Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ.1999.

WEILLER, José Alexandre Buso. O desmonte do SUS em tempos de Bolsonaro. In: STEFANO, Daniela e MENDONÇA, Maria Luisa. Direitos Humanos no Brasil 2019 – Relatório da Rede Social de Justiça e Direitos Humanos. São Paulo: Outras Expressões, 2019. Disponível em: <http://cebes.org.br/2019/12/o-desmonte-do-sus-em-tempos-de-bolsonaro/>. Acesso em: 10/02/2021