



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

MÁRCIA LIMA MELO

**A CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE E O EXERCÍCIO
PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL**

**CAMPINA GRANDE – PB
2019**

MÁRCIA LIMA MELO

**A CONTRARREFORMA DA POLÍTICA DE SAÚDE E O EXERCÍCIO
PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Área de concentração: Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Alessandra Ximenes da Silva

**CAMPINA GRANDE – PB
2019**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

M528c Melo, Márcia Lima.

A contrarreforma na política de saúde e o exercício profissional do Assistente social [manuscrito] / Marcia Lima Melo. - 2019.

47 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2019.

"Orientação : Profa. Dra. Alessandra Ximenes da Silva , Departamento de Serviço Social - CCSA."

1. Contrarreforma. 2. Política de saúde. 3. Serviço social.
4. Assistente social. I. Título

21. ed. CDD 362.1

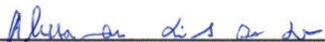
MÁRCIA LIMA MELO

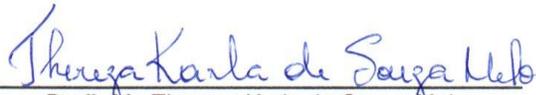
**A CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE E O EXERCÍCIO PROFISSIONAL
DO ASSISTENTE SOCIAL**

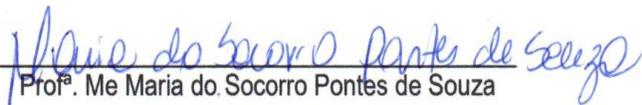
Monografia apresentado ao Curso de Serviço Social da
Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial
à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovada em: 12/12/2019.

BANCA EXAMINADORA


Prof^ª. Dr^ª. Alessandra Ximenes da Silva (Orientadora).
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Prof^ª. Me. Thereza Karla de Souza Melo
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Prof^ª. Me Maria do Socorro Pontes de Souza
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Ao SUS, pelo qual me aproximou em sua defesa para que seja sempre uma política pública, universal e de qualidade.

AGRADECIMENTO

À Deus, em primeiro lugar, que todos os dias me dá a oportunidade de acordar para enfrentar os obstáculos e fazer disso a grande lição da vida, o que diferencia toda nossa existência no cumprimento da sua missão.

Ao meu esposo, Marcone, que é uma peça fundamental em toda minha trajetória. Ele é o meu companheiro, meu amigo, meu confidente, “meu aperreio meu desmantelo”, enfim, ele é tudo para mim, pois aprendemos muito juntos e essa fase também foi um grande aprendizado em nossas vidas.

Aos meus filhos, Matheus e Marksuel, pela compreensão de que nem sempre eu pude estar junto deles, mas eu tenho certeza de que eles sabiam que tudo isso é muito importante para mim. Neste processo eles me ajudaram muito, me ensinando a mexer nessas novas tecnologias, as quais eu não sabia quase nada.

Aos meus professores e mestres, Alessandra Ximenes, minha orientadora, que me ajudou em todas minhas dificuldades, Patrícia Crispim, Gláucia Maria, esta como minha primeira orientadora, Jordeana Davi, Eduardo Jorge, entre outros do nosso e de outros departamentos, que fizeram junto comigo minha trajetória de vida na educação me incentivando em todos os momentos e me apoiando.

Às minhas irmãs, Michele e Michelline, que sempre me deram força mesmo quando eu achava que não iria conseguir. Muitas vezes elas me ajudaram no cotidiano da minha casa para que eu pudesse participar das atividades acadêmicas.

A todos os meus sobrinhos, Maycon, Mirelly, Mikael, Marley, Miguel, Michel e Mayrla, que são como meus filhos e sempre me deram apoio são meus horizontes na hora da agonia.

À Mainha e Painho, por ter me colocado nesse mundo e ter me encaminhado no melhor caminho que eles podiam me dar e me ensinaram o verdadeiro valor de que só se consegue chegar a um objetivo através da luta.

À minha sogra, Graça, mas que também é o meu anjo. Tudo o que eu sou até hoje e consegui e devo a ela, pois sempre foi meu porto seguro. Sua mão sempre me segurou nos maiores abismos, a ela ofereço essa conquista. Quando tudo parecia perdido, ela sempre me disse: “vá, que o resto eu cuido” e essa frase mudou tudo em minha vida e foi por essa frase que eu chego aqui hoje.

Aos “meus filhos dos outros” os meninos e meninas do grupo de adolescente, Lucas, Rivelton, Leonardo, Ridecledson, Mariana, Gabriela, Kauany, Hellen Thayná, e tantos mais, que me ensinaram que é preciso fazer algo pelo próximo, que não adianta conhecimento se você não passa para os demais e com eles eu tenho essa oportunidade de passar adiante tudo que eu aprendi até aqui.

Aos meus amigos, amigas e companheiras de trabalho, que tantas vezes faltei com eles por estar ocupada com outras atividades e que me substituíram muito bem.

Ao meu super-amigo Erielson, que nunca deixou de acreditar em mim e me deu todo apoio que eu precisei, pois ele não sabe o quanto eu o admiro por tudo que ele é.

A minha turma de serviço social 2015.1 em especial Rayra Karem, Hakyanna Karla que dividiram comigo todas as atividades contribuindo assim com minha graduação.

A todos aquele que direta ou indiretamente me ajudaram nesta longa caminhada como minhas tias, tios e os meus avós que sempre foram meu exemplo de pessoa e ser humano que sou.

Àqueles, que muitas vezes me criticaram, duvidaram e sentiram inveja de mim e que, desta forma, me ajudaram demais, pois a cada crítica eu fiquei mais forte e mais concentrada no meu objetivo. A todos e todas que me ajudaram de alguma forma meu muito obrigado!!!

“Quem usa o nome da justiça para defender seus erros é capaz de muito mais para desvirtuar um direito”.

KARL MARX

RESUMO

O retraimento do Sistema Único de Saúde, nos últimos anos e a precarização do trabalho, aliada as medidas dos governos ultraneoliberais de Michel Temer e de Jair Messias Bolsonaro, como também a observação do estágio obrigatório, realizado no Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande, e a experiência do meu trabalho como Agente Comunitária de Saúde (ACS), foram os propulsores deste trabalho. Nesse contexto, as políticas ultraneoliberais são implementadas de forma rápida, fazendo com que os profissionais da área de Serviço Social se posicionem de forma a enfrentar as implicações de uma política que valoriza a acumulação capitalista e diminui o atendimento de demandas, através das políticas sociais. Em face dessa conjuntura econômica, política e social o objetivo deste estudo é analisar os desafios para o trabalho do Assistente Social na política de saúde, no atual contexto de crise do capital, apreendendo a contrarreforma do Estado e suas inflexões nas políticas sociais e os rebatimentos das mudanças no mundo do trabalho. Para tanto, necessitou-se: fazer uma revisão bibliográfica sobre o mundo do trabalho, a contrarreforma do Estado e o desenvolvimento da Política de Saúde. O período estudo foi referente aos governos Michel Temer e Jair Messias Bolsonaro, mas sem deixar de fazer as mediações necessárias com os governos anteriores. Os resultados do estudo sugerem que, tenhamos uma posição de resistência e enfrentamento aos desmontes e perdas de direitos já conquistados. O futuro não parece promissor, com a crise capitalista, os governos ultraneoliberais destroem todo o sistema de proteção social para propiciar a continuidade do processo de acumulação capitalista, expressa nas políticas sociais, especificamente a política de saúde, através da financeirização.

Palavras-chaves: Trabalho. Contrarreforma. Política de Saúde.

ABSTRACT

The retraction of the Unified Health System in recent years and the precariousness of work, combined with the measures of Michel Temer and Jair Messias Bolsonaro's ultraneoliberal governments, as well as the observation of the required internship, held at Campina Grande Emergency and Trauma Hospital, and the experience of my work as a Community Health Agent (ACS), were the drivers of this work. In this context, ultraneoliberal policies are implemented quickly, making professionals in the Social Work area to position themselves in order to face the implications of a policy that values capitalist accumulation and decreases the fulfillment of demands through social policies. Given this economic, political and social conjuncture the objective of this study is to analyze the challenges for the work of the Social Worker in health policy, in the current context of capital crisis, apprehending the State's counter-reform and its inflections in social policies and the rebounds. of changes in the world of work. For this, it was necessary to: make a bibliographical review about the world of work, the State counter-reform and the development of the Health Policy. The study period was related to the governments Michel Temer and Jair Messias Bolsonaro, but without failing to make the mediations. with previous governments. The results of the study suggest that we have a position of resistance and facing the dismantling and loss of rights already conquered. The future does not look bright, with the capitalist crisis, ultra-liberal governments destroy the entire system of social protection to provide the continuity of the capitalist accumulation process, expressed in social policies, specifically health policy, through financialization.

Keywords: work. Counterreformation. Health politics.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. A CONTRARREFORMA DO ESTADO E AS INFLEXÕES NAS POLÍTICAS SOCIAIS BRASILEIRAS	12
3. A CONSTITUIÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA E SEUS DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS	18
4. AS MUDANÇAS NO MUNDO DO TRABALHO NA SAÚDE: INFLEXÕES DA CONTRARREFORMA ESTATAL	27
5. O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE PÚBLICA NO CONTEXTO DA PRECARIZAÇÃO	30
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
7. REFERÊNCIAS.....	42

1. INTRODUÇÃO

A partir da década de 1970, mundialmente passamos por uma crise estrutural do capital, sendo colocada como justificativa para as contrarreformas. No Brasil, com a homologação da Constituição Federal de 1988, as políticas sociais passam a ser um direito assegurado pelo Estado. No entanto, com o advir da década de 1990 e a implementação do ideário neoliberal, a reforma do Estado passa a ser defendida como necessária, implicando na redução dos gastos sociais.

Neste sentido, os direitos universais (saúde e educação) previstos na CF/88 são colocados em questão, como também o conceito ampliado de saúde. O ideário neoliberal tem proporcionado algumas medidas que afetam diretamente as políticas sociais: precarização dos recursos humanos, o sucateamento das instituições, a privatização dos serviços públicos, a focalização dos serviços, a flexibilização do trabalho e um atendimento ineficiente para as camadas mais pauperizadas da população. Esses impactos fazem com que se aprofunde ainda mais a situação da classe trabalhadora (BRAVO, 2003).

O ideário Neoliberal compromete a reflexão sobre as condições de trabalho dos assistentes sociais, dos espaços socio-ocupacionais da saúde e das condições de trabalho que esses profissionais estão submetidos, uma vez que o Serviço Social também sofre com todos os rebatimentos da contrarreforma estatal implementada pela ofensiva Neoliberal no Brasil.

A partir da necessidade de aprofundamento do debate em torno dessa problemática, é que o presente Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social, tem como objetivo refletir sobre os desafios para o trabalho do assistente social, na política de saúde, no atual contexto de crise capitalista. Para tanto, necessário se faz; analisar a contrarreforma do Estado e as inflexões nas políticas sociais, com ênfase na política de saúde brasileira; e discutir os rebatimentos no mundo do trabalho tanto para os trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde, quanto para o exercício profissional do assistente social. No que se refere a metodologia, a partir da leitura do método crítico dialético e as suas categorias: a totalidade, a dialética e a historicidade

foi realizada a revisão bibliográfica das principais categorias do estudo: trabalho e contrarreforma na política de saúde.

A aproximação teórico-prática com a temática se desenvolveu a partir da experiência do estágio supervisionado Obrigatório na graduação em Serviço Social, realizado no Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande-PB, no período de Agosto de 2017 à Dezembro de 2018, no qual podemos identificar que a precarização da política de saúde tem provocado sérios rebatimentos no trabalho do assistente social e nos serviços oferecidos à população usuária da saúde pública. O nosso objeto de estudo está relacionado com a nossa participação em projeto de pesquisa no Núcleo de Pesquisas em Política de Saúde e Serviço Social (NUPEPSS) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). A partir da aproximação com o estágio, pudemos identificar a potencialidade da pesquisa realizada pelo NUPEPSS intitulada “Contrarreforma, Intelectuais e Serviço Social: as Inflexões na Política de Saúde”, o que resultou em uma coletânea. O estágio, nos proporcionou a aproximação da relação teoria - prática para nos situar da dificuldade enfrentada pelos assistentes sociais no seu cotidiano diário nos espaços socio-ocupacionais do setor saúde.

2. A CONTRARREFORMA DO ESTADO E AS INFLEXÕES NAS POLÍTICAS SOCIAIS BRASILEIRAS

Desde a década de 1990, o Brasil vem tomando várias medidas para a “superação” da crise, que teve sua gênese nos anos de 1970, a nível mundial. Medidas estas que são deliberadas pelas agências multilaterais internacionais como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial, inspiradoras do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRE). Tais propostas colocaram em evidência as ideias neoliberais que atingem diretamente todas as políticas sociais, com o intuito de, ao menos no plano ideológico, construir uma política mais eficiente e uma forma mais eficaz da administração do Estado.

Conforme Behring (2008, p.178).

[...] uma proposta de aumentar a governança do Estado brasileiro, ou seja, deve-se distinguir a reforma do Estado como um projeto político, econômico e social mais amplo da reforma do aparelho do Estado orientada para tornar a administração pública mais eficiente[...]

Nesse sentido, a reforma do Estado proporcionou a constituição de um Estado mínimo com maior participação no setor privado, estabelecendo parcerias público - privadas, nas quais alguns serviços públicos – a exemplo da saúde, cultura, educação, dentre outros – deixam de serem serviços exclusivos prestados pelo Estado.

Todavia, o Estado continua mantendo-se como regulador e provedor dos serviços, tais como: saúde básica, educação básica e previdência social básica, enfatizando as privatizações, precarizações e a focalização das ações, ou seja, uma política de “pobre para pobre”.

Não temos dúvida de que as crises são inerentes ao sistema capitalista, porém, as estratégias para superá-la apresentam um caráter diferenciado, impactando diretamente na vida em sociedade. Estamos em um período que passamos por uma crise estrutural, na medida em que se ampliam as forças produtivas e a produção de riquezas também aumenta o pauperismo para os trabalhadores.

A exploração do trabalhador é uma característica do “capitalismo tardio” que atinge os países periféricos e se houve freios à exploração do trabalhador e alguma mínima melhoria das condições de vida e de trabalho, isto se deu mediante a luta dos

trabalhadores que, ao longo da história conquistaram direitos trabalhistas e sociais. Netto (2003) assevera:

Mantiveram-se os pauperizados na condição concordata de vítimas do destino revelassem eles a resignação de que Comte considerava a grande virtude cívica e a história subsequente havia sido outra lamentavelmente para a ordem burguesa que se consolidava os pauperizados não se conformaram com a sua situação [...] (Netto, 2003, p. 43).

Nessa perspectiva, a tradição marxista explica o movimento da sociedade burguesa e das relações sociais encontradas nesse movimento (Marx, 1988; 1997), isto é, a teoria crítica marxiana nos ajuda a entender as transformações societárias ao longo de todo o século XX, no que diz respeito à economia e a política, fatores que nos levam a pensar a política social e o seu significado, suas possibilidades e limites na contemporaneidade (BEHRING, 2003).

Segundo Behring (2003), as políticas sociais dependem sempre das opções feitas por cada governo e a sua relação com a classe operária. Tais opções serão resultados de um processo conflituoso de tensionamento na luta de classes e seus segmentos que estão em condições desiguais no Estado democrático de direito condicionado na produção e reprodução da relação entre capital x trabalho que, na expansão do capital se amplia e, na recessão se restringe, o que configura um movimento da economia e da política realizada por homens de carne e osso. Se teve algum ganho de direitos, ainda que mínimos, para os trabalhadores isso ocorreu graças a luta e a resistência por melhores condições de vida e de trabalho ao longo da história, vindo desde a revolução industrial do século XVIII.

Todos esses conflitos de classe demonstram o caráter de esgotamento civilizatório do capitalismo, colocando em foco a desestruturação do capital que passa a expressar uma “produção destrutiva” (MESZAROS, 1989). Entra neste *hall* a destruição da força de trabalho, bem como, a destruição da racionalidade da política de direitos e, principalmente, as de caráter universal existentes nas políticas sociais.

O objetivo da política neoliberal é garantir o mínimo de direitos para os trabalhadores, para que o capital, mais uma vez, possa se sustentar na obtenção de lucros e na acumulação de mais-valia. Cada vez mais o trabalhador é colocado em

condição de super pauperização, para que o capitalismo se consolide como sistema absoluto.

A particularidade brasileira tem na sua origem o marco de uma colonização realizada a partir da exploração escravista, elemento que rebateu fortemente na formação política, econômica e social do país. Assim, a formação social e econômica do Brasil é marcada por desmonte e/ou retração das lutas das classes populares, bem como dos movimentos sociais que culminaram com sucessivos golpes das classes dominantes e investidas de avanços e retrocessos no âmbito das políticas sociais.

No período entre 1964 e 1985 foi instaurada a ditadura militar. Este período de golpe foi marcado por um longo tempo de recessão, repressão e censura e que só perdeu força mediante a pressão das forças populares. Somente nos anos de 1980 que os movimentos sociais começaram a se organizar, visando um projeto de redemocratização do país com a participação da sociedade civil nas decisões, como também na ampliação dos instrumentos de participação política (BRAVO, 2000).

Com a reabertura política, diversos movimentos populares emergiram pelo país, reivindicando políticas sociais que respondessem as demandas da população. São esses embates que formam a base da Constituição Federal de 1988, um marco dos direitos sociais no Brasil. Dentre os direitos sociais, a Seguridade Social, pode ser considerada como um dos mais importantes pontos inseridos na Constituição.

Assim, intuiu-se a saúde como política universal, com acesso de todos, independente de classe; a previdência social passou a ser assegurada a partir da contribuição prévia e a assistência social oferecida a todo aquele que dela necessitar, sem a necessidade de contribuição. A Constituição Federal de 1988 estabeleceu uma proteção social conjunta ao que lhe rendeu o status de Constituição Cidadã.

Entretanto, nos anos seguintes na década de 1990, pós-Constituição, até os dias de hoje, temos sofrido duras ofensivas e contrarreformas que sucateiam as políticas sociais que diminuem os direitos e as conquistas do trabalho, aumentando as desigualdades e a concentração de renda.

O governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), com seu plano de atender às prerrogativas neoliberais de beneficiamento do capital financeiro especulativo e na

disputa do fundo público, incentivou e direcionou os trabalhadores a adquirir planos de previdências privadas, como também planos de saúde.

Com a eleição dos governos neodesenvolvimentistas¹ de Lula e Dilma a população esperava um retraimento da agenda neoliberal assumida pelos governos anteriores – o que não aconteceu. Nesses governos se mantiveram a política de exportação, financeirização, capitalização de bens e serviços oferecidos pelas políticas sociais. Várias reformas tiveram suas agendas cumpridas como é o caso da Lei 12.618/2012² e as medidas provisórias nº 664/2014³ e a 665/2014⁴. Essas leis do governo Dilma deram sequência a contrarreforma da previdência que trata de planos de previdência complementar dos funcionários públicos, ou seja, medidas de continuidade ao projeto de FHC (SOUZA, 2017, p. 62).

Outra medida também de contrarreforma da Seguridade Social nesses governos foi a Desvinculação das Receitas da União (DRU), permitindo a extração permanente de 20% de todo o seu orçamento que passou, posteriormente, a representar um valor de 30%. Mas, o que esses governos trouxeram de novo, foi à política de assistência social como prioridade de suas ações, levando-a do ideal de “prima pobre” da Seguridade Social para o lema de “crescimento econômico com justiça social”, tendo como principal programa a distribuição de renda, elevando o crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) (BEHRING, 2008, p. 273).

¹ Tipo de política econômica baseada na meta de crescimento da produção industrial e da Infraestrutura, com participação ativa do estado, como base da economia e o consequente aumento do consumo.

² Institui o regime de previdência complementar para os servidores públicos federais titulares de cargo efetivo.

³ Altera diversos benefícios da Previdência Social e do Regime Próprio dos Servidores Públicos; muda a forma de cálculo da pensão por morte, inclui carência para sua concessão e estabelece tabela de duração em função da idade do beneficiário; estabelece teto para o valor do auxílio-doença e aumenta o intervalo de tempo a ser suportado pela empresa empregadora; altera rol de beneficiários; estende prazo para requerimento de compensação financeira entre os regimes previdenciários.

⁴ Altera a Lei nº 7.998, de 11 de janeiro de 1990, que regula o Programa do Seguro-Desemprego, o Abono Salarial e institui o Fundo de Amparo ao Trabalhador - FAT, altera a Lei nº 10.779, de 25 de novembro de 2003, que dispõe sobre o seguro desemprego para o pescador artesanal, e dá outras providências.

Durante o governo do Partido dos Trabalhadores (PT), o principal programa foi o Bolsa Família, que conforme o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS, 2014), o Programa Bolsa Família:

[...] é um programa de transferência direta de renda que beneficia famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza em todo o país. O Bolsa Família integra o Plano Brasil Sem Miséria, que tem como foco de atuação os milhões de brasileiros com renda familiar per capita inferior a R\$ 77 mensais e está baseado na garantia de renda, inclusão produtiva e no acesso aos serviços públicos.

Com o Programa Bolsa Família, distribuindo apenas 1% do PIB para milhões de pessoas no país e a valorização do salário mínimo, os governos Lula e Dilma conseguiram durante um breve período agradar a “dois senhores”, o capital e o trabalho. Ao mesmo tempo em que a assistência social atendeu às demandas do trabalho, interferiu positivamente nos índices de pobreza, atendeu demandas do capital financeiro com ênfase no capital estrangeiro (SOUZA, 2017, p. 62-63). Outras iniciativas para o crescimento econômico e social foram tomadas, como é o caso do incentivo ao ganho real do salário mínimo, poderoso instrumento para o desenvolvimento social no Brasil, que atingiu no período de (2003 – 2010), cerca de 30 milhões de pessoas, com ganho real de 56%, quase o dobro do aumento verificado nos últimos oito anos anteriores.

O que fez o salário mínimo alcançar essa evolução, foi a criação de postos de trabalho formal, sobretudo na construção civil, incentivado pelo Programa “Minha Casa Minha Vida”, subsidiado pelo governo milhões de unidades habitacional para trabalhadores com renda de até 05 (cinco) salários mínimos; facilitou a compra de produtos da linha branca como (máquinas de lavar, fogões, geladeiras, forno de micro-ondas, etc) com a redução de (IPI) Imposto sobre Produtos Industrializados, incentivando o mercado doméstico; uma importante inovação financeira foi o crédito consignado, que os bancos expandiram a concessão de crédito para pessoas físicas e empresas, mudando a relação entre crédito total e o PIB, que havia iniciado em 2003 em apenas 25%, terminou 2010 acima de 45% (valor ainda baixo para padrões internacionais) (BIANCARELLI, 2014), o governo Lula associou: o dinamismo econômico, o mercado doméstico e a situação social.

Todavia, depois da crise mundial instaurada em 2008, que só chegou ao Brasil um pouco depois, esses modelos de governo deram sinais de esgotamento o que levou ao impeachment da presidenta Dilma Rousseff no início do seu segundo mandato, por mais um golpe orquestrado pela oposição. Assumiu um governo considerado ilegítimo por parte da sociedade para retomar as ofensivas neoliberais, agora com toda força, para retroceder os direitos trabalhistas e previdenciários de toda a massa trabalhadora (SILVA, 2017, p. 63).

3. A CONSTITUIÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA E SEUS DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS

No século XVIII a assistência à saúde era feita pela filantropia e a caridade da igreja católica que prestava serviço aos mais pobres, cuidando da sua saúde nas Santas Casas de Misericórdia. No século XIX, algumas ações eram realizadas na saúde pública como a vigilância profissional e algumas campanhas limitadas. Nos últimos anos do século surgem reivindicações do setor saúde em decorrência das transformações econômicas e políticas, bem como das reivindicações dos operários.

No Brasil, essa necessidade só ganha visibilidade a partir da década de 1920, quando foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS) em 1923, pela conhecida Lei Elói Chaves, e esta não era voltada para o atendimento de todos os trabalhadores, era apenas para os ferroviários, estivadores e marítimos, quem financiavam eram os empregados e empregadores. Vale ressaltar aqui, que as CAPS não eram por categorias, mas por empresas. A princípio os benefícios eram proporcionais às contribuições, caracterizando uma iniciativa contributiva, onde só teria direito os trabalhadores formais com carteira assinada.

Na década de 1930 com a chegada da industrialização no país, conduzida pelo presidente Getúlio Vargas, o país avançou na divisão do trabalho na indústria cafeeira. Associado a este processo houve uma crescente industrialização no país e a aceleração da urbanização. À procura de trabalho os trabalhadores migraram do campo para cidade, sem condições mínimas de higiene, saúde e habitação, o que transformou as cidades em grandes favelas. Em 1937, foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS) que também aumentou consideravelmente as categorias beneficiadas até 1945 (BRAVO, 2006). São esses institutos que unificaram o recolhimento da previdência por categoria, diferentemente das CAPS, que eram por empresa.

Entre os anos de 1945 à 1964, especialmente no governo de Juscelino Kubitschek (1956-1961), com o lema de progredir econômica e socialmente “50 anos

em 5”, houve um considerável crescimento e melhorias nas condições sanitárias, mas não se conseguiu mudar algumas “mazelas” graves como: doenças infecciosas, mortalidade infantil e mortalidade geral.

Na década de 1960 a política de saúde é formulada por um caráter nacional organizada em dois setores: saúde pública, onde eram formuladas as condições básicas sanitárias para a população urbana e rural; e o setor de medicina previdenciária, que só aliou-se à saúde pública a partir de 1966. Neste mesmo período aumentou o atendimento privado organizado com interesses capitalistas (BRAVO, 2006).

Em 1964 foi instaurada a ditadura militar e foi notório o crescimento do setor privado. Afinal de contas, o golpe teria sido financiado pelo capital internacional, que trouxe a modificação tecnológica. Na previdência ocorreram mudanças significativas com a junção dos CAPS e IAPS. Em 1966, outras categorias foram inseridas na previdência, quase todos os trabalhadores urbanos e, em 1973, os trabalhadores rurais também foram incluídos (BRAVO, 2006).

De 1974 a 1979 a ditadura mostra sinais de decadência do regime militar, com objetivos de conseguir novos instrumentos que dessem efetividade no enfrentamento da “questão social” a fim de alcançar as reivindicações e a pressão popular. A política de saúde retomou o seu “caráter público” e o “privado como complementar”, mas ainda vinculado com a previdência social, com financiamento limitado, com ações curativas limitadas e contradições no Sistema Nacional de Saúde (BRAVO, 2006).

O Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro (MRSB), foi formulado com os princípios da saúde, como um direito de todos e dever do Estado, universal, igualitário, com ações que seguem as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridades para atividades preventivas; sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade (SILVA, 2010).

O MRSB constitui-se no processo de muitas lutas da sociedade brasileira pela democratização do país, e expressou a indignação da população frente às desigualdades. Este movimento significou para os brasileiros um novo horizonte e

perspectiva de cuidado. Todos teriam acesso à saúde pública de qualidade e universal, dando a todos a mesma oportunidade de usufruir de uma melhor qualidade de vida.

Paralelo a isso, o Brasil vivia uma grande efervescência dos movimentos sociais que davam destaque à crise. O aprofundamento da crise política, econômica e social e a legitimidade da ditadura militar que apresentava os sinais de esgotamento fizeram com que se espalhassem movimentos pela redemocratização, pela constituinte e pelas eleições diretas para presidente da república (PAIM, 2007).

O MRSB lutava por mudanças significativas para o modelo de sociedade, o que vai na contramão do projeto de mundialização neoliberal com sua agenda de restrição de direitos, de focalização das políticas sociais, preconizadas pelas agências internacionais como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BM), colocando como única saída para a crise das décadas de 1970/1980 (BRAVO; MATOS, 2009).

Um fato muito marcante foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília, com participação de aproximadamente 4500 pessoas, representantes da sociedade civil, representantes do governo e também das prestadoras de serviços de saúde, que buscavam discutir os temas: “saúde como direito de cidadania, reformulação do Sistema de Saúde e o financiamento Setorial”, pressupostos estes que culminaram com a Constituição Federal de 1988, que passou a adotar a seguridade social composta pela saúde como um direito universal e não contributivo; a previdência assegurada a partir da contribuição prévia e a assistência social assegurada a todos que dela necessitar (SILVA, 2017).

Behring; Boschetti (2011) asseveram que tal medida significou um importante avanço da política social no Brasil. Segundo Paim (2009), o relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde inspirou o capítulo II da Constituição Federal, que trata da saúde, que em seu artigo 196, tem a saúde como “um direito de todos e um dever do Estado”, com políticas que garantam o acesso e financiamento, visando a redução de riscos de doenças, de agravos e o acesso universal e igualitário às ações de serviços para sua proteção, promoção e recuperação (CF/1988).

Com a pressão popular e acordos políticos muitas reivindicações do MRSB foram incorporados na CF/1988, o que segundo Mota (2009), são políticas de proteção

social, resultado da luta da classe trabalhadora que historicamente sente a necessidade de respostas e de reconhecimento por parte do Estado.

Todavia com a incorporação das principais reivindicações do MRSB na CF/1988 o que originou o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS), as Leis 8.080/90 e 8.142/90 que instrumentaliza o funcionamento do sistema de saúde, organiza os serviços e o controle social.

De acordo CF/1988, o SUS deve se organizar a partir de três diretrizes que são essenciais a sua proposta: a descentralização, que visa adequar o SUS de acordo com a realidade de cada região, devido às condições econômicas e de desenvolvimento que são muito diversas no país; a integralidade que envolve o processo de promoção, proteção e recuperação da saúde; e o controle social que é a participação da comunidade na identificação dos seus problemas já que estão na “ponta do sistema”, fiscalização, avaliação e encaminhamento das ações de serviços de saúde (PAIM, 2009).

Conforme a Lei 8.080/90 em seu artigo 2º da CF/1988 que trata “a saúde como direito de todos e um dever do Estado”, ou seja, a saúde como um direito fundamental ao ser humano, Bravo (2006) assevera que a CF trouxe avanços consideráveis que buscam corrigir injustiças sociais históricas acumuladas desde a colonização onde a classe dominante sempre se apropriou do que é público em benefício próprio.

Assim, segundo o texto da LOS, o SUS deve seguir os seguintes princípios: universalidade de acesso para todos os níveis de assistência, integralidade de assistências para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; respeito à autonomia das pessoas na defesa da sua integridade física e moral; igualdade da assistência à saúde, sem que ocorra nenhum tipo de preconceito ou privilégio; direito à informação sobre sua saúde; divulgação das informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e da utilização pelos usuários; utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades; participação da comunidade; descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo; integração de níveis de executivo das ações de saúde; meio ambiente e saneamento básico; conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da união, dos estados, do distrito federal e dos municípios na prestação dos serviços de assistência à saúde da

população; capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistências; e organização de serviços públicos de modo a evitar a duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 2006, apud, OLIVEIRA, 2017).

Logo após a homologação da CF/ 1988 a população brasileira já sentiu dificuldades para a sua efetivação, a descentralização do SUS, por exemplo, teve várias adequações na legislação em todas as esferas de governo, ocorrendo de acordo com os projetos macroeconômicos o qual está sempre em mudança e transformação (PAIM, 2011). Nesse processo de descentralização, o controle social que está prescrito na Lei 8.142/90 da CF/1988 dividido em dois momentos nas três esferas: municipal, estadual, e federal, com participação paritária de 50% de usuários e 50% distribuídos em outros seguimentos do setor saúde.

As conferências são organizadas a cada quatro anos por todas as instituições ligadas ao segmento saúde. Nesses espaços são debatidas propostas, planos e ações para o melhor funcionamento do SUS e da política de saúde como um todo. Mas, como ressalta Bravo (2009), tais mecanismos foram criados em um ambiente de perdas de direitos e de mundialização do capital, o que explica a sua pouca efetivação dentro das decisões tomadas pelo Estado. A novidade desses espaços da sociedade organizada por diversos segmentos e o aproveitamento desses espaços no exercício político de opiniões divergentes e contraditórios, tem como foco a democracia e a participação popular na construção da democracia de massas.

Bravo e Matos (2004), demonstram os momentos de rupturas com o projeto democrático da saúde que se inicia logo após a CF/1988 no início dos anos 1990. Este rompimento se dá na presidência de Fernando Collor de Melo (1990-1992) com redução de gastos nas áreas sociais e na não implantação do SUS, por meio de emendas constitucionais, e posteriormente pelo seu vice Itamar Franco. Suas iniciativas foram marcadas pela descentralização e financiamento das ações do SUS, mas também pela supremacia na área econômica sob o social (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

O que propõe a contrarreforma do Estado no caso do SUS é a sua divisão em dois planos: o hospitalar e o básico, responsabilizando e desrespeitando o princípio da integralidade que trata da prevenção e atenção curativa, dando prioridade para atenção

ambulatorial e atendimento médico. Dessa forma, deixa de lado as ações de promoção e proteção à saúde que é o objetivo da atenção básica e que contribui para a universalização do direito à saúde. Trata-se o usuário como um ser individual sem levar em conta sua totalidade no ambiente ao seu redor que enfatiza sua condição de saúde na ausência de doença o que é um enorme retrocesso que nega o conceito ampliado de saúde que se encontra no artigo 196/1990 CF (BRAVO, 2003).

Focalizar, descentralizar e precarizar o setor de saúde e, conseqüentemente, o SUS é torná-lo fraco do ponto de vista econômico e inviável para que o Estado financie. Assim, fica fácil para o mercado vender planos de saúde acessível aos trabalhadores com baixa renda e deixar a saúde pública aos que se encontra em pobreza extrema (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

No governo Lula (2003-2011) os brasileiros esperavam que a conjuntura política e econômica iria mudar, porque pela primeira vez na história do país foi eleito um cidadão da classe trabalhadora, que entendia que a população brasileira não mais suportava os desmandos da classe dominante; mas não foi o que aconteceu! O presidente Lula por um bom tempo conseguiu “agradar a dois senhores” que de acordo com Bravo (2004 e 2006), em alguns momentos o governo procurou fortalecer o Projeto de Reforma Sanitária com ampliação das ações e em outros o Projeto Privatista, com ações de continuidade da política de saúde de governos anteriores, destaca-se na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e na falta de vontade política de viabilizar a concepção de seguridade social. Como exemplo de focalização podemos citar o Programa de Saúde da Família, quando o governo aumentou consideravelmente o número de equipes, mas não alterou em nada a reorganização da atenção básica (BRAVO, 2004-2006).

Assim, com medidas de contrarreforma o presidente Lula fecha o seu mandato e para sua sucessora indica a então Ministra da Casa Civil, Dilma Rousseff, que ganha às eleições de 2010. Dilma por sua vez dá continuidade ao plano de governo de Lula e conseqüentemente a agenda Neoliberal de contrarreformas. Na saúde, uma medida que merece destaque foi o fato do ministro da saúde ocupar o cargo de Presidente do Conselho Nacional de Saúde, fato que não acontecia desde 2006, o que para os especialistas críticos é um retrocesso já que coloca em dúvida a autonomia do mesmo.

A presidência do conselho deveria ser ocupada pelo representante dos usuários ou de trabalhadores do setor, a exemplo de 2006 (BRAVO; MENEZES, 2011). No último dia do mandato do governo Lula em 31/12/2010 foi apresentada a Medida Provisória nº 520, que autorizava o poder executivo a criar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), isto é, uma empresa pública de direito privado, ligada ao Ministério da Educação para promover as ações de saúde nos Hospitais Universitários em todo país. No início não teve aceitação por parte dos estudantes e da sociedade, sendo deixada para um outro momento. No entanto, em junho de 2011 a presidente Dilma coloca como Projeto de Lei nº 1.749/2011, mantendo a proposta inicial, quase que na sua totalidade, tendo como prerrogativas, contratações de funcionários em regime da CLT ou até por contratos temporários, o que escancara a invasão do setor privado, dominando o público (BRAVO, MENEZES, 2011).

Outra medida que atinge as políticas sociais no Brasil é a Desvinculação das Receitas da União (DRU), que foi lançada ainda no governo de FHC que autoriza a retirada de 20% de toda arrecadação da receita da união para pagamento da dívida externa, receita essa que sustenta a seguridade social e que no governo Dilma aumentou o percentual para 30% e foi estendida até 2023 (DAVI; SANTOS; RODRIGUES, 2017). Tais medidas deram abertura para a capitalização e planos de previdência privada, colocando assim a previdência também na lei do mercado.

Em 2013, o governo Dilma é colocado em xeque. Uma grande movimentação, com grandes manifestações, devido à redução do valor da passagem de ônibus, que se originou em São Paulo e no Rio de Janeiro, se estende por todo país com apoio dos movimentos sociais de direita e da mídia. Desse modo, é arquitetado um golpe em 2016, que culminou com o *impeachment* da presidente Dilma (BRAVO; MENEZES; ANDREAZZI, 2017).

Em 2016, assume seu vice Michel Temer do PMDB, que posteriormente passa a se denominar MDB, retomando com toda força as orientações neoliberais. Desse modo, temos um contexto de aceleração dos processos de contrarreformas e de continuidade no processo de privatizações na saúde, agravando significativamente com a promulgação da EC 95/2016 (BRASIL, 2016a), que trata do congelamento dos gastos

de políticas sociais como: saúde, educação, habitação, meio ambiente entre outros por 20 anos.

Os rebatimentos serão sem precedentes, segundo nota técnica do Instituto de Pesquisa Aplicada IPEA, deixarão de ser investidos no SUS cerca de 654 bilhões de reais neste período de 20 anos. Os pesquisadores do IPEA chamam atenção para a estimativa do crescimento. Desse modo, haverá um crescimento de 12,1% para 21,5% de idosos que demandarão mais para o SUS, uma vez que a população idosa adocece mais e necessita dos serviços de saúde. Vale a pena ressaltar que a EC não foi discutida com a sociedade civil, restringindo esse debate a uma consulta pública rápida, em curto espaço de tempo (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2017).

Há também mudanças significativas na Política de Atenção Básica (PNAB), que deixa a saúde da família como estratégia prioritária, mas com arranjos assistenciais que não contemplam equipes multiprofissionais com a presença de Agentes Comunitários de Saúde (ACS's), colocando em evidência a proposta de “planos de saúde acessíveis”, ferindo profundamente um dos princípios norteadores do SUS, que é a universalização do acesso e serviços do SUS. Outra ação do governo que é vista como um retrocesso é a portaria n. 3.588/2017 (Brasil, 2017), que trata de alterações na política de saúde mental, sem que a sociedade ou o controle social tivesse nenhum debate ou discussão anterior à aprovação da medida, que prevê internações psiquiátricas em hospitais gerais (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2017).

Outras medidas foram examinadas por Michel Temer, mas não tiveram tempo para serem aprovadas, como a reforma da previdência, que nos primeiros dez meses do governo de Jair Bolsonaro foi aprovada pelo Congresso Nacional. Dentre as principais mudanças se destacam: a idade mínima para aposentadoria e o aumento do tempo de contribuição, fator previdenciário proporcional aos anos de contribuição, são propostas, que piora ainda mais o envelhecimento da mulher tendo em vista que tais medidas não levam em consideração a dupla ou tripla jornada a qual as mulheres brasileiras estão submetidas, acrescentando ao preconceito racial e social no caso de mulheres negras e pobres, fruto da política ultraconservadora que se instaurou em nosso país (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2017).

Vive-se em um contexto de perdas e retrocessos dos direitos sociais. Bravo (2013), reafirma as ações encaminhadas, no sentido de mercantilização da política de saúde, bem como todas as dificuldades de efetivação do SUS e as propostas de retirar os direitos sociais, em geral e do direito à saúde, em específico, resultam de forma dialética no segmento de novos mecanismos de luta, como o Fórum em Defesa da Saúde e à Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde:

[...] a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde foi criada em 2010. Integra diversas organizações, movimentos sociais e militantes da área saúde, desde a sua criação vem se empenhando em um esforço coletivo para articular a luta em defesa do SUS de caráter público, 100% estatal e de qualidade contra os retrocessos de privatizações com que o sistema de saúde brasileiro vem passando a favor de melhorias das precárias condições salariais e de trabalhos em que se encontra os diversos profissionais de Saúde. (BRAVO, 2011, p.19)

Muitas são as bandeiras levantadas que defendem a saúde pública e de qualidade. São reivindicações legítimas e que estão na pauta do dia que a população brasileira deve ter acesso para defender o SUS como o direito universal e de responsabilidade do Estado.

“O SUS é nosso, ninguém tira da gente, direitos garantidos não se compra e não se vende” (FNCPS). Esses são alguns elementos para o debate e a discussão da política de saúde, nos espaços com participação do controle social, nas discussões e posição contra-hegemônica ao capital. São espaços que precisam ser ocupados para o seu fortalecimento na luta contra o Estado mínimo e para que se assegure o que está prescrito na CF/88 que nos garante a saúde como direito.

Todas essas reflexões se fazem necessárias para apreender os rebatimentos da contrarreforma nas políticas sociais, em especial da política de saúde. No atual contexto, tem se fortalecido a mercantilização da Saúde, beneficiando o grande capital, que ganha espaço, tornando a saúde um grande negócio, bem como diminui cada vez mais o financiamento público no setor.

4. AS MUDANÇAS NO MUNDO DO TRABALHO NA SAÚDE: INFLEXÕES DA CONTRARREFORMA ESTATAL

A contrarreforma do Estado tem como centralidade as prerrogativas de descentralização, privatizações e flexibilização das relações de trabalho que, de acordo com Behring (2008), são medidas de destruição das políticas sociais e dos direitos sociais que são fruto da luta dos trabalhadores por melhores condições de vida e trabalho. Essas medidas têm fortes implicações em todos os setores e no setor de saúde, especialmente, política a qual estamos discutindo neste trabalho. Os anos de 1990 marcaram inúmeras perdas de direitos sociais e nos anos 2000 essas perdas aumentaram significativamente com o avanço do setor privado prestando serviços que antes eram só oferecidos pela rede pública de saúde.

Ao longo da história, os serviços de saúde “obtiveram influências diversas tendo como principais contribuições para a realidade atual à política direcionada aos interesses do mercado” (BEHRING, 2008, p. 197). Para Behring, a cada dia o mercado avança na prestação de serviços no âmbito do SUS. Assim, a saúde pública fica restrita à população em situação de extrema pobreza que, por diversos motivos, fragiliza o atendimento e a prestação de serviços de saúde, deixando como resultado, uma população cada vez mais doente.

Nos últimos anos, houve mudanças significativas nas orientações políticas, nas diretrizes, na gestão e na atenção empregadas pelo SUS, incluindo as suas formas de financiamento. Desse modo, surge a necessidade de reorganização e planejamento do sistema de atenção à saúde que são as “reformas”. Com isso, temos sérias alterações

para os trabalhadores e usuários da saúde pública, ferindo as prerrogativas da CF/88, ao afirmar que a saúde é um “dever do Estado e direito de todos”.

Com essas deliberações e mudanças no mundo do trabalho, para os profissionais da saúde acrescenta-se a perda da qualidade dos serviços, pouca qualificação dos profissionais, estruturas físicas deficientes que não são adequadas à demanda, escassos recursos humanos, causando insatisfação e insegurança nos profissionais e usuários, conforme divulgação do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2011).

Infelizmente, em um país como o Brasil, onde existe uma profunda desigualdade socioeconômica, é uma tarefa difícil desenvolver o acesso a bens e serviços de saúde com qualidade. O Estado disponibiliza um serviço deficiente, com desvalorização dos funcionários que têm salários baixos, não oferecendo condições de trabalho nem de capacitação e qualificação.

Os trabalhadores do SUS convivem hoje com a precarização do trabalho, em que os concursos públicos para as diversas áreas são pouquíssimos e os funcionários estatutários são substituídos por terceirizados que, muitas vezes, não são qualificados e não tem treinamento adequado para desenvolver determinada função em um ambiente complexo, como são os que tratam da saúde humana.

Esta realidade tem causado grande rotatividade de profissionais trabalhadores da saúde, que cada vez mais estão sem garantias de permanência nas instituições, sem planos de cargos e carreiras e ausência de previdência social. Em sua quase totalidade acabam sendo submetidos ao chamado “subemprego”, tendo como desfecho a precarização econômica e a regressão de direitos já conquistados.

Tais aspectos afetam diretamente na prestação dos serviços, no cuidado e, principalmente, no sucateamento do SUS, que não manterá um sistema de informações atualizado, colocando em questão a veracidade das informações. Tudo isso decorrente da contrarreforma da saúde, desresponsabilização do Estado e o subfinanciamento das ações de saúde.

Assim, os projetos em disputa na política de saúde são antagônicos e, como diz Bravo (2006), contrariamente ao previsto no projeto de reforma sanitária, o projeto privatista da saúde vem adquirindo espaço e, ao invés de construir direitos públicos, a

saúde torna-se mercadoria estratégica para a economia do país, constituindo-se “a menina dos olhos de ouro do capital no setor saúde” (BRAVO, 2006).

Com a proposição e aprovação da proposta de Emenda Constitucional 241/55 de 2016 que ficou conhecida como a Emenda Constitucional (EC) 95 que congela os gastos, como saúde e educação, órgãos federais ligados ao governo estimam que a perda financeira chegará em torno de 600 milhões no orçamento da Saúde(BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2017). Tendência que acarretará uma destruição completa na universalização do SUS.

Articulado a isso teremos a super destruição de todo um sistema, aumentando as privatizações e a flexibilização das relações de trabalho, o que contribuirá para a implementação de planos populares de saúde, precarizando ainda mais o sistema público, como também o trabalho dos profissionais do sistema. Desse modo, se põe a responsabilização de sua condição de saúde no sujeito, com a desculpa de que é uma necessidade de contribuição de todos para a superação da crise, de acordo com Mota e Amaral (1998).

Esse processo é acompanhado da participação cada vez maior de entidades privadas na prestação de serviços na rede pública do SUS, com ações focalizadas, precarizadas e distanciadas da lógica de equidade e integralidade, princípios norteadores do SUS, respondendo apenas as demandas imediatas sem continuidade e acompanhamento sistemático do usuário.

O momento presente é de agravamento geral das condições de trabalho para todas as profissões que englobam a saúde como um todo. Verificamos a intensificação da precarização do trabalho que vai desde o vínculo empregatício, às condições de salário e condições de trabalho, que não dispõe de cobertura no âmbito dos direitos sociais.

Temos na contemporaneidade grandes desafios: a reorganização dos trabalhadores de saúde e a defesa incansável do SUS público, estatal e de qualidade. Tal tarefa é papel de toda a sociedade, ou seja, defender o SUS para que não seja privatizado. É preciso que montemos uma força-tarefa na defesa do SUS completamente estatal e, o Serviço Social tem uma característica relevante nesse processo.

5. O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE PÚBLICA NO CONTEXTO DA PRECARIZAÇÃO

A crise do capital, nos anos de 1970, e a implementação do neoliberalismo, no Brasil, nos anos de 1990 contribuíram para a redução das políticas sociais, especialmente nos países que compõem a periferia do capitalismo, ou seja, de economia dependente.

No contexto mundial o capital se reorganiza para o enfrentamento da crise. A partir da imposição de um ajuste fiscal duradouro, com o objetivo de favorecer o capital financeiro, através de altas taxas de juros e conseqüentemente a manutenção das taxas de lucros elevadas. Essas medidas são orientadas e respaldadas, pelas agências multilaterais, tais como: o Banco Mundial (BM), o Fundo Monetário Internacional (FMI) e a Organização Mundial do Comércio (OMC). Esses organismos defendem as privatizações dos serviços públicos, flexibilização da força de trabalho e a desregulamentação dos direitos trabalhistas.

Para Iamamoto (2008), as transformações no mundo do trabalho e as profundas alterações na esfera estatal, impõem a redução de financiamento das políticas sociais, diminuindo o “tamanho” do Estado. A condição de “Estado Mínimo” para o social e máximo para o capital, desresponsabiliza o Estado de cumprir com suas funções essenciais, para atender as leis do mercado.

Na particularidade brasileira, as políticas sociais são implementadas de forma ainda mais focalizada. Essa focalização faz parte da formação sócio- histórica marcada

por uma tradição autoritária e excludente, pelas relações de favor e dependência, conforme ressalta Chauí (2007).

É pertinente afirmar que tais mudanças são regressivas, em todas as esferas da vida social, já que servem para acentuar as desigualdades, sociais e a destruição dos direitos conquistados pelas organizações dos movimentos sociais ao longo dos anos de 1980, na ocasião da transição democrática. Identificamos que se intensificam a criminalização da pobreza e a acentuação da violência, deixando para trás um caráter civilizatório, como indicadas por Marx, nas suas análises sobre o capitalismo do século XIX.

A participação do Serviço Social nas ações voltadas à saúde, vinculam-se à gênese da profissão, nos anos de 1930 e perpassa por todas as fases do capital “tardio”, constituindo um caráter interventivo determinado pelas condicionalidades das necessidades expressas pelo capital, mediado pelas instituições públicas e privadas Estado burguês, que responda as expressões da “questão social” (GUERRA, 2001).

A partir da teoria social de Marx, Iamamoto assegura:

(,,,) não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade exigindo seu reconhecimento como classe, por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais, além da caridade e da repressão(...) (IAMAMOTO, 2007, p.77).

O que significa dizer que para Marx, a “questão social” está ligada diretamente com a “lei geral da acumulação capitalista” e sua gênese é explicada pelo processo de acumulação ou reprodução ampliada do capital, que se deu depois da Revolução Industrial do século XVIII, e a inserção das máquinas e da tecnologia para diminuir o tempo necessário para produzir a mercadoria, fazendo assim que o trabalhador produz mais em menos tempo, originando a extração de mais-valia ou excedente. Desse modo exclui diversos trabalhadores do processo de produção, criando um

“exército industrial de reserva”, não coloca outra alternativa aos trabalhadores a não ser a venda de sua força de trabalho por salários baixos em um tempo muito maior que o necessário para a reprodução da sua força de trabalho como também a reprodução das relações sociais (SANTOS, 2012, p. 27).

Segundo Marx, comparando o processo de produzir valor como o de produzir mais valia, veremos que o segundo só se difere do primeiro ou se prolongar além de um

certo ponto. O processo de produzir valor simplesmente dura até o ponto, em que o valor da força de trabalho pago pelo capital é substituído por um equivalente. O processo de produzir valor torna-se processo de produzir mais valia, o valor excedente (MARX, 2001).

Como a venda da força de trabalho por si só não supre todas as necessidades do trabalhador, é que o trabalhador se reconhece como explorado, e na condição de superexploração pelo capital é que dá origem a luta de classe e conseqüentemente surgem as expressões da questão social, como segundo Marx, o trabalhador se reconhece de “classe em si, em classe para si” o que para autora, no Brasil dadas as características de um desenvolvimento tardio e apenas esporadicamente democrático observa-se que a flexibilidade é crescente principalmente a partir dos anos de regime militar (MARX, 2001, p. 267).

É importante ressaltar que, o Serviço Social enquanto profissão se institucionaliza no momento em que, no modo de produção capitalista em seu estágio monopolista, o Estado define iniciativas de intervenção públicas no trato das manifestações da questão social. (IAMAMOTO, 2008).

Apesar desse contexto representar uma retração do poderio da Igreja Católica no que se refere à difusão da ideologia dominante, foi através dela, que funcionavam as Santas Casas de Misericórdia, primeiro espaço sócio ocupacional de atuação do Serviço Social na saúde (IAMAMOTO, 2008).

Na década de 1940, foram ampliados os cursos de Serviço Social no Rio de Janeiro e em São Paulo, nos quais a sua principal característica, era ser um curso composto exclusivamente por mulheres, para cuidar da pobreza que a industrialização pesada trouxe/provocou ao país. Era necessário adequar os indivíduos para o trabalho e para isso o assistente social seria um profissional qualificado é essencial para esta tarefa (IAMAMOTO, 2008).

Nesse mesmo período foi criada a primeira grande instituição nacional de assistência social, a Legião Brasileira de Assistência Social (LBA). Sua implantação proporcionou, principalmente, a expansão e o aumento quantitativo do volume de assistência e do uso do trabalho do Serviço Social para organização e distribuição dessa assistência da forma mais rentável política e materialmente, não implicando, de imediato, mudança de sua qualidade.

Em 1942 foi criado o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI), o surgimento do Serviço Social da indústria faz parte da evolução da posição do

empresariado relativamente à “questão social”, que se aprofunda no pós-guerra (IAMAMOTO, 2008).

Na década de 1950 é que temos a expansão do trabalho dos Assistentes Sociais nos Institutos e Caixas de Aposentadorias e Pensões (IAPS, CAPS), nesse sentido, é que as instituições previdenciárias desde cedo sentem a necessidade de um tipo de funcionário especializado para o atendimento direto com o usuário denominado “informante-habilitador” [...] Funcionários que deveriam, estar preparados para, a partir do atendimento, tornar mais acessível e rápida a tramitação burocrática dos processos de conversão de benefícios (IAMAMOTO, 2008).

O serviço social sempre foi parte integrante de todo esse processo já que o maior número de profissionais inseridos nos espaços sócio- ocupacionais que empregam os assistentes sociais até a CF/88 é a saúde, isso porque depois da CF há um equilíbrio entre a saúde e assistência social, como maior empregador dos assistentes sociais, ocupando a saúde o terceiro lugar tendo um percentual de 16,67% de empregados (IAMAMOTO, 2008).

Segundo os parâmetros de atuação do Serviço Social na saúde, os assistentes sociais atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional. Tendo relevância significativa vinculada à perspectiva crítica e em consonância com o projeto ético-político da profissão em uma visão de totalidade (CFESS, 2010).

A saúde é um campo privilegiado de atuação do Serviço Social que com a direção social adotada pela profissão nas últimas décadas e a atuação conjunta com outros profissionais e movimentos sociais que compartilham dos mesmos princípios vêm contribuindo para o fortalecimento dos trabalhadores enquanto sujeitos históricos (CFESS, 2010).

Nesse contexto, de contrarreforma do Estado, as implicações para o trabalho dos assistentes sociais se constituem como desafios em todos os espaços sócio-ocupacionais que empregam esses profissionais. No âmbito da política de saúde as “orientações” dos organismos internacionais visam a mercantilização, a privatização e a

universalização excludente, o que demonstra um total desmonte do SUS, enfatizando o setor privado na oferta de bens e serviços de saúde.

As evidências das referidas recomendações estão expressas nos espaços físicos precários dos hospitais na falta de leitos e medicamentos e de equipamentos necessários para o exercício profissional e das atividades em saúde. Assistimos a falência do setor público de saúde, com funcionamento precário, predominando ora a ociosidade pelas péssimas condições de trabalho, ora por um atendimento massivo com pouca resolutividade, não atendendo as demandas da população (SERPA, 2012).

Em consequência, recai sobre os trabalhadores os efeitos negativos dessas “recomendações” que assumem uma intensa desregulamentação do trabalho na saúde, que revela um processo de flexibilização e intensificação da precarização do trabalho na saúde pública.

O Serviço Social, como outras atividades profissionais, inscrita na divisão social e técnica do trabalho, não se encontra imune às determinações do capital. A precarização das relações de trabalho dos assistentes sociais consiste no fato de que “[...] o exercício profissional dos assistentes sociais [...] têm na flexibilização uma forma de precarização do trabalho no segmento da classe trabalhadora como também de profissional assalariado que atua nos serviços, nas políticas e nos direitos sociais” (GUERRA, 2010).

A autora mencionada também ressalta diferentes dimensões que afetam o exercício profissional tais como:

[...] a desregulamentação do trabalho, mudança na legislação trabalhista, subcontratação, diferentes formas contratuais e de vínculos que se tornam cada vez mais precários e instáveis, terceirização, emprego temporário, informalidade, jornadas de trabalhos flexíveis, multifuncionalidade ou polivalência, desespecialização, precariedade dos espaços laborais e dos salários, frágil organização profissional, organização em cooperativas de trabalho e outras formas de assalariamento, disfarçado contratos totalmente precarizado, entre outras. E ainda inclui atividades “extras” como também realização de atividades levadas para o ambiente domiciliar, com rotinas e viagens exaustivas (GUERRA, 2010, p. 719).

A tendência que visualizamos, uma vez precarizados os serviços e o trabalho profissional, é o rompimento dos princípios básicos que regem a saúde como: a universalização excludente, que traz de volta práticas de assistencialismo e, a

filantropia, com enfoque na atenção básica, com baixos custos, racionalizando acesso aos serviços com pouca qualidade.

A precarização do trabalho com suas formas flexíveis de contratação e/ou sem direitos trabalhistas direcionam os profissionais a terem mais de um vínculo, sujeitando-os a prolongadas jornadas de trabalho, exaustivos plantões, etc.

O que se evidencia nesse processo de contrarreforma marcada pela precarização:

[...] refere-se ao fato de que esses processos de degradação das condições de trabalho e de vida dos assistentes sociais têm desencadeado intensivos desgaste físico, mental e conseqüentemente o aparecimento de doenças profissionais face a urgência em dar resposta imediatas e sob pressão à qual está submetido os assistentes sociais (GUERRA, 2010, p. 719).

Assim, muitas vezes os profissionais são submetidos a dar respostas imediatas sem uma análise de totalidade, deixando de lado as possíveis mediações que estão relacionadas à dialética do cotidiano a qual os sujeitos estão inseridos, fazendo com que o profissional não coloque em prática o seu conhecimento da ética e política que deveria existir na prática profissional.

Emerge desse processo práticas profissionais imediatistas, fragmentadas, sem colocar para o usuário o seu protagonismo frente aos serviços públicos. Verificamos assim, apenas a realização de um acolhimento social e de humanização, sem fazer as devidas avaliações das condições de vida e de trabalho ao qual este sujeito está inserido, não compreendendo os determinantes sociais, econômicos, culturais que interferem no seu processo saúde-doença, caracterizando o “Serviço Social Clínico” (SERPA, 2017).

Dessa forma, podemos afirmar que o profissional de Serviço Social fica diante da condição de exercer uma autonomia relativa, pois, não é permitido ao profissional a atuação previamente pensada/planejada, o que coloca em questão as respostas dadas à população. Na medida em que se aloca o SUS em precárias condições também se determina o campo de atuação dos profissionais que trabalham nesse campo. Assim, verifica-se uma tensão entre o projeto profissional, que afirma o assistente social como um ser prático-social, dotado de liberdade e teleologia, capaz de realizar projeções e buscar implementá-las na vida social; e a condição de trabalhador assalariado, cujas

ações são submetidas ao poder dos empregadores e determinadas por condições externas aos indivíduos singulares, os quais são socialmente forjados e subordinar-se, ainda que coletivamente passam rebelar-se.

Em outros termos repõe-se, nas particulares condições do trabalho do assistente social profissional, o clássico dilema entre causalidade e teleologia, entre momentos de estrutura e momentos de ação, exigindo articular, na análise, histórica estrutura e ação do sujeito (IAMAMOTO, 2010).

Iamamoto (2009), ressalta a importância de que, na atual conjuntura, o assistente social seja um profissional atento e que esteja se atualizando para não cometer equívocos que estejam na posição contrária ao estabelecido em seu Código de Ética, como também a lei que regulamenta a profissão. Só assim, o profissional terá argumentos para se contrapor a atribuições que não são suas.

Nesse sentido, afirma-se que o processo de precarização do trabalho profissional na particularidade do espaço sócio-ocupacional da saúde revela dois movimentos: ao precarizar

os serviços de saúde também precarizar o trabalho dos profissionais (SERPA, 2017, p. 303), dentre eles os assistentes sociais.

Portanto, para compreender e enfrentar a lógica de superexploração do trabalhador da saúde são necessárias ações coletivas de organização dos trabalhadores para afrontar a ofensiva neoliberal. O Serviço Social tem um papel fundamental na articulação das ações de resistência como também na contribuição à garantia de direito da classe trabalhadora.

Contudo, um dos primeiros desafios para o Serviço Social é defesa e manutenção do referencial teórico-metodológico crítico, isto é, ancorado a teoria social de Marx, que nos possibilita a compreensão da realidade, da sociedade capitalista, em seu processo dialético, da relação entre capital x trabalho. Arcabouço teórico para a negação da mercantilização da vida social, em especial da saúde e pela luta de qualquer forma de exploração.

Outro desafio é a manutenção da formação de novos quadros críticos no conjunto das entidades políticas organizativas em defesa dos profissionais e da Saúde, como também a luta contra a conhecida EC 95/2016 que congelou os gastos da política

social em questão. Este ataque impede o avanço de políticas básicas como saúde e educação, espaços de luta e de atuação profissional. Unindo-se a isso, também temos a atual Medida Provisória nº 6/2019, que propõe a reforma da previdência social brasileira, o que representa um enorme retrocesso para a classe trabalhadora.

Por último, entendemos que precisamos combater as ações imediatas, meramente técnicas, impostas ao exercício profissional do assistente social pelas instituições as quais estamos inseridos. Portanto, para além da atual crise capitalista e a sua relação com o mercado de trabalho temos que ser força de resistência nas ações coletivas em contraposição às ofensivas neoliberais.

Outros rebatimentos que merecem destaque no processo de contrarreforma são os novos modelos de gestão privatizantes como é o exemplo da EBSEH, que em 15 de Dezembro de 2011, foi sancionada a Lei nº. 12.550, que cria a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares a EBSEH, direcionado aos Hospitais Universitários Federais. Constitui uma via de privatização do maior Sistema Hospitalar Público Brasileiro (CORREIA; SANTOS, 2015). O que materializa a lógica privada de gestão é que os serviços sejam prestados pelos critérios econômicos, porque embora pública, uma empresa é regida pela finalidade do cumprimento de metas e do lucro.

Correia e Santos (2015), pontuam também que a EBSEH, comprometem a formação e a qualificação profissional da saúde pública e a produção de conhecimento da área, porque desvincula os Hospitais Universitários das Instituições de Ensino Superior.

Outro aspecto presente na EBSEH é a transferência de áreas lucrativas para o capital e ao mesmo tempo contribuem para redução gradativa dos direitos dos trabalhadores (CARDOSO, 2014).

É evidente a mudança significativa na forma de Contratação, que passa do Regime Jurídico Único (RJU) ao contrato previsto na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Essa mudança trará muitas implicações, nas quais se destacam a perda da estabilidade dos trabalhadores com a possibilidade de existência de contratos temporários. Este fator que afetará negativamente a prestação dos serviços de saúde e facilitará o avanço da privatização (SILVA; BEZERRA, 2017).

Outro novo modelo de gestão que também merece igual destaque são as Organizações Sociais (OSs) de caráter privado criadas para gerir os serviços do Estado Sancionada em 15 de Maio de 1998 pela Lei nº9.637 na gestão de FHC as OSs, são modelos privatizantes de gestão, implementadas como entidades sem fins lucrativos aptas a prestarem serviços através de contratos com administração pública, realizando atividade em várias áreas, e na saúde assume a gestão de Unidades Hospitalares.

Segundo Correia (2015), as unidades de saúde que já fizeram a implementação das OSs no âmbito do Estado e Municípios, tem apresentado irregularidades e vêm sendo investigadas por suspeita de desvios de recursos públicos pelo Tribunal de Contas da União (TCU), Tribunal de Contas do Estado (TCE), e pelo Ministério Público Estadual e Federal.

Apesar das investigações e denúncia de irregularidade dos recursos públicos o número de OSs tem aumentado no país, 17 (dezesete) estados brasileiros já aderiram esse modelo de gestão (SOUZA, 2017).

Existe um processo de lutas contra a privatização do SUS e como forma de resistência a todo processo foi criado em 2010 a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS). A qual tem o objetivo de lutar contra a privatização e mercantilização da gestão e prestação de serviços de saúde no Brasil (SOUZA, 2017). Suas bandeiras de luta são ligadas ao MRSB, formulado na década de 1980, que por sua vez defende uma política de saúde de qualidade e 100% estatal como está previsto na CF/88 tendo à “saúde como direito de todos e dever do Estado”. As suas ações estão desde a formação dos profissionais da área de saúde, meios de comunicação como também em atos públicos, que envolve toda sociedade civil, como agentes coletivos no controle democrático e o controle social que estão inseridos numa perspectiva contra-hegemonica da classe dominante (FNCPS, 2012).

Em âmbito local existe o Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande- PB, criado em 01 de Outubro de 2012, como uma das formas de resistência na defesa da garantia da saúde, em 2016 o Fórum passou a ser denominado Fórum Paraibano em Defesa do SUS e Contra a Privatização da Saúde, que defende as mesmas bandeiras de luta que são: contrária a qualquer forma de privatização da saúde inclusive da gestão e prestação de serviços de saúde no Brasil. A participação dos intelectuais

coletivos que compõe o Fórum é fundamental para o direcionamento político, elaboração de proposta, promoção do debate e mobilização, bem como contribuir para análise de conjuntura e formulação de bandeiras de luta (SOUZA, 2017).

Muitos desses exemplos citados são sentidos por toda população brasileira, no nosso cotidiano no trabalho com ACS do Município de Campina Grande, podemos observar inúmeras situações dos rebatimentos contrarreforma, no estágio obrigatório esses rebatimentos também são recorrentes, são muitos casos de desrespeito a universalização, usuários desprovidos de qualquer informação, unidades de saúde sem nenhuma estrutura de atendimento, como também profissionais com contratos precários sem qualquer garantia de direitos, são apenas alguns rebatimentos das contrarreformas nocivas a sociedade e o quanto a universalização excludente está presente na vida e na relação de trabalho dos profissionais de saúde.

A medida que é descaracterizada a atenção básica, mais difícil fica para o usuário, resolver seu problema na relação do processo saúde/doença na média e alta complexidade porquê o acesso será cada vez menor, não restando outra alternativa que não seja a compra por procedimentos de saúde ofertados pelo mercado, enquanto quem não tem condições de pagar acaba morrendo nas filas, esperando pela autorização por meio do Estado, para realização de procedimentos tido como simples mais que não conseguem ter acesso.

Não temos outra alternativa, que não seja a luta, precisamos ocupar todos os espaços do controle social existentes com o intuito de fortalecer a luta que é de toda sociedade.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao assumir o poder em 2016, Michel Temer afirmou que uma grande reforma de Estado era preciso. O anúncio sinalizava para o mercado que o Brasil estava se preparando para assumir de vez a agenda neoliberal. O Brasil tinha esta agenda, mesmo nos governos “neodesenvolvimentistas” de Lula e Dilma Rousseff. No entanto, tal agenda deveria ser ampliada, reduzindo assim, o tamanho do Estado e, conseqüentemente as políticas sociais.

A partir desta agenda neoliberal, o Governo Temer conseguiu aprovar a Emenda Constitucional nº 95, congelando por 20 anos os gastos públicos, dentre eles, o da saúde; a Lei 13.467/2017 (reforma trabalhista), flexibilizando a Consolidação das Leis Trabalhista; a Lei 13. 429/2017, que possibilitou a terceirização dos serviços fins e abriu caminho para a eleição de Jair Messias Bolsonaro, que trazia em seu discurso a radicalização da agenda neoliberal.

A vitória de Bolsonaro trouxe para a pauta política e econômica a narrativa da redução drástica do tamanho do Estado. Esta redução passaria necessariamente pela privatização de estatais e setores estratégicos, como petróleo e energia, e promover as reformas estruturantes, como a da previdência e da administração pública. Todas essas medidas acertaram em cheio as políticas sociais desenvolvidas outrora pelos Governos petistas. Nessa conjuntura, a saúde tem sido colocada em pauta, discutindo a eficiência do SUS e se este pode ser desconstruído em nome do mercado.

A saúde colocada na Constituição Federal de 1988 como universal, já tinha sido desconstruída após a promulgação da Carta Magna. O seu caráter de dever do Estado é limitado com a capacidade deste em atender as demandas da população ao atendimento à saúde. Todavia, os ataques recentes as políticas sociais têm buscado justificativas para reduzir o SUS a um sistema focalizado e direcionado. A desconstrução das políticas públicas de saúde não tem encontrado resistência suficiente para barrar as investidas do Governo Bolsonaro.

A experiência que adquirimos no estágio obrigatório também como trabalhadora da área, faz com que nos coloquemos na contribuição da reflexão e a disposição da luta coletiva para enfrentamento contra qualquer tipo de mercantilização dos serviços prestados pelo SUS.

Neste contexto, em consonância com o Projeto Ético- Político do Serviço Social, os assistentes sociais tendem à resistência no processo de contrarreforma na política de saúde, ao reivindicar e cobrar ações para que o sistema de saúde continue com o seu caráter universal. A função educativa do Serviço Social é dar subsídios à população a fim de reflexão, que o desmonte do SUS é extremamente prejudicial para toda a sociedade.

Com este estudo, pretendemos contribuir com a reflexão sobre os desafios do assistente social em uma conjuntura de desmonte das políticas sociais, sobretudo, da saúde, ao realizar uma análise da contrarreforma do Estado e suas inflexões nas políticas sociais, especialmente, na saúde. A relevância deste estudo está em seu caráter de reflexão para que a sociedade tenha subsídios, a fim de analisar atual conjuntura. Uma vez que o processo de desmonte das políticas sociais é avassalador e acomete a população mais pobre.

7. REFERÊNCIAS

ANDRADE, Gerciane da R. S. **CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE: AS IMPLICAÇÕES DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DA SAÚDE A CATEGORIA MÉDICA DA PARAIBA**, contrarreforma, intelectuais e serviço social: as inflexões na política de saúde. Alessandra Ximenes da Silva, Monica Barros da Nóbrega, Thaisa Simplício Carneiro Matias (organizadoras). Campina Grande: EDUEPB, 2017, 444p.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, Col. Biblioteca Básica de Serviço Social, 2006. v. 2.

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

BIANCARELLI, André M. **A era Lula e a sua questão econômica principal de crescimento, mercado interno e distribuição de renda**; Revista do Instituto de Estudos Brasileiros, nº 58. São Paulo, junho 2014. Acesso em: 08.10.19

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.482, de 4 de agosto de 2016**. Institui Grupo de Trabalho para discutir projeto de Plano de Saúde Acessível. Brasília (DF), 2016b. Disponível: www.ministeriodasaude.gov.com.br

BRAVO, M. I. S. ANDREAZZI, M. F S MENEZES, et al (Orgs). **Retrocessos no legislativo e impactos para a saúde no Brasil. A mercantilização da saúde em debate:** as Organizações Sociais no Rio de Janeiro. Rio Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015. p.21-24.

BRAVO, M. T; MATOS, M. C. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para debate. In: MOTA, A. E. et al (Org.). **Serviço Social e Saúde.** Formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, Cortez Ed., 2006. p. 197-217.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al (Org.) **Serviço social e saúde** formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006. p.88-IIIO.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. S. et al (Org.). **Saúde e serviço social.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

BRAVO, M. I. **Serviço Social e Reforma Sanitária:** Lutas Sociais e Práticas Profissionais. São Paulo / Rio de Janeiro: Cortez/UFRJ, 1996.

CASTELO, Rodrigo. **O estado de direito: auge e crise da supremacia burguesa na era neoliberal.** São Paulo: Expressão Popular, 2013.

CORREIA, Maria Valéria Costa. EBSEH: Lutas e Resistências à lógica mercantil nas Universidades. **A Saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização.** In: BRAVO, Maria Inês Souza Bravo; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (Orgs). Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014. p.46-52.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. Hospitais universitários federais e novos modelos de gestão: faces da contrarreforma do Estado no Brasil. **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade.** In: BRAVO, Maria Inês Souza Bravo; MENEZES Juliana Souza Bravo de (Orgs). Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDINA – **Anexo III - Resolução FCM n.1.974/11;** (Públicado D.O.U. 19 de Agosto de 2011, seção I, p.241- 244).

CARDOSO, R.O. O Processo de Contrarreforma do Estado Brasileiro e a Empresa Brasileira e Serviços Hospitalares: A Privatização Mascarada dos Hospitais Universitários. **A saúde nos Governos do PT e as Lutas Sociais Contra a**

Privatização. In: BRAVO, M.I.S.; MENEZES, J. S. Bravo de. (Orgs). Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014.

CHAUÍ, Marilena. Cultura e Democracia e Crítica, **Revista Latina Americana de Ciências Sociais.** Edt. Clacso, (Jun. 2008).

CEFESS – **Parametros para Atuação de Assistente Social na Política de Saúde - Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais,** Brasília, 2010. P.17 - 70

DAVI, J. et al. **As configurações do trabalho do assistente social no Sistema Único de Assistência Social - SUAS** nos municípios de Campina Grande e João Pessoa- PB. Relatório Final (PIBIC) CNPQ. Campina Grande: UEPB, 2012

SEMINÁRIO DA FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. **Relatório... Maceió, out. 2017.** <Disponível em: <http://www.contraprivatizacao.com.br/2018/01/relatorio-do-vii-seminario-da-frente.html>>. Acesso em: 20 fev.2018.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE **O ilegítimo governo Temer e os ataques ao Sistema Único de Saúde.** nota da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde julho, 2016.

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

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e Formação Profissional.** 19 Ed. São Paulo: Cortez, 2010.

_____. **Serviço Social em Tempo Capital Fetiche.** Capital financeiro, trabalho, e questão social. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social.** Ensaios críticos. São Paulo: Cortez, 1992.

MARX, Karl. **O capital.** Livro I. 18. Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001. v. 1 e 2.

MENEZES, J. S. B. As lutas pela saúde e os desafios da frente nacional contra a privatização da saúde na atualidade. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Orgs). **A Saúde nos Governos dos partidos dos trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização.** Rio de Janeiro: UERJ: Rede Sirius, 2014. p.75-81.

MOTA, A.E. **Espaços Ocupacionais e Dimensões Políticas da Prática do Assistente social**; Revista Serviço Social e Sociedade n.120, São Paulo, out/dez.2014, p. 694-705.

NETTO, José Paulo. **Crise do capital e consequências societárias**. In: Revista Serviço Social e Sociedade, n 112 São Paulo: Cortez, 2012, p.413-429

_____. **Capitalismo monopolista e serviço social**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

PAIM, J. S. **Modelos de atenção à saúde no Brasil**. In: GIOVANELLA Ligia et al. (Org.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Assistência Social. Brasília: CFESS, 2009 a (Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais.).

PIALARISSE, Renata. **Precarização do trabalho**. In: Revista Administração e Saúde. Vol. 17. N 66. Jan-Mar 2017. Disponível em: <http://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/11> acesso 22/03/2019.

Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRE). Caderno do MARE, n.01, Brasília de 1995.

Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1987.

RELATÓRIO FINAL DO PIBIC 2015/2016. **Contrarreforma, intelectuais e serviço social: as inflexões da política de saúde em Campina Grande/PB**. Campina Grande/PB. 2016. p.1-36.

SANTOS, Joseane Soares, **“Questão Social” particularidades no Brasil/ Joseane Soares-Santos**.- São Paulo: Cortez, 2012. – (coleção biblioteca básica de serviço social; v. 6).

SERPA, M. A. et al. **As condições de assalariamento do Assistente Social na Política de Saúde - SUS nos municípios de Campina Grande e João Pessoa- PB**. Relatório Final (PIBIC) CNPQ. Campina Grande: UEPB, 2012.

_____. **O Trabalho em Saúde: Os Desafios que Tecem a Desregulamentação do Trabalho nos Serviços Públicos**. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) jan/2009.

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

SILVA, Maria Geremias; BEZERRA, Maria clara. O Processo de Implantação dos Modelos Privatizantes de Gestão: a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, **contrarreforma, intelectuais e serviço social: as inflexões na política de saúde.** Alessandra Ximenes da Silva, Monica Barros da Nóbrega, Thaisa Simplício Carneiro Matias (organizadoras). Campina Grande: EDUEPB, 2017, 444p.