



Eixo: Política Social e Serviço Social.

Sub-eixo: Seguridade social no Brasil.

A SAÚDE PÚBLICA NA ESFERA NEOLIBERAL E AS IMPLICAÇÕES PARA O ASSISTENTE SOCIAL

JOANA POLYCARPO TORRES¹
LUCIENE RODRIGUES DA SILVA GARCIA²
JÉCYKA MAGALHÃES FERREIRA³

Resumo: O neoliberalismo entra em cena no Brasil na década de 1990, precisamente no governo de FHC. Encontra espaço no governo de Lula e tem continuidade nas condutas político-econômicas de Dilma e Temer. A adoção dos preceitos neoliberais resultou em diversas transformações no âmbito político, econômico e social, impactando nas políticas públicas, em especial a saúde, e, conseqüentemente, no trabalho do assistente social. O presente artigo propõe o debate das repercussões para a atuação do assistente social em um cenário de confronto entre projetos de saúde antagônicos, situando os novos modelos de gestão da saúde pública marcadas por ações desses governos.

Palavras-chave: Neoliberalismo; Saúde; Modelos de Gestão; Serviço Social.

Abstract: Neoliberalism came to the fore in Brazil in the 1990s, precisely in the government of FHC. It finds space in the government of Lula and has continuity in the political-economic conducts of Dilma and Temer. The adoption of neoliberal precepts has resulted in a number of transformations in the political, economic and social spheres, impacting on public policies, especially health, and consequently on the work of the social worker. The present article proposes the debate of the repercussions for the social worker's performance in a scenario of confrontation between antagonistic health projects, placing the new public health management models marked by the actions of these governments.

Keywords: Neoliberalism; Health; Management Models; Socialworker.

1. INTRODUÇÃO

Desde o seu surgimento, o Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) vem sendo alvo de privilégio de interesses e projeções capitalistas. Essa evidência pode ser constatada através da implementação de projetos de cunho neoliberal pelos governos presidenciais dos anos de 1990 e 2000, os quais

¹ Estudante de Pós-Graduação. Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: <joanapolycarpo@hotmail.com>

² Estudante de Pós-Graduação. Fundação Oswaldo Cruz.

³ Profissional De Serviço Social. Prefeitura de Itatiaia.

buscaram estabelecer parcerias com a iniciativa privada, a fim de fortalecer seus pressupostos, beneficiando-a.

A expressão mais notória dessa parceria foi vista no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC – 1995 a 2002) com a criação do Programa Nacional de Publicização, que qualificou as Organizações Sociais (OSs) e instituiu as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), ambas com forte presença na área pública de saúde. Prosseguindo à estruturação da política neoliberal, o governo de Luiz Inácio Lula da Silva (2003 a 2011) criou as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP), que permanecem atuantes no SUS.

A gestão de Dilma Rousseff (2011 a 2016) também ficou reconhecida por firmar suas bases de apoio à iniciativa privada em detrimento da pública. Na esfera da saúde, uma das medidas que concretizou a parceria público-privada desse governo foi a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), que passou a gerir diversos hospitais universitários do país, integrando o sistema saúde-ensino no SUS.

Em relação ao atual governo presidencial, o de Michel Temer, a seguridade social, com foco na saúde pública, tem sido o setor mais impactado pelas disposições neoliberais, com redução de investimentos, reformas e propostas de ressignificação do SUS que favorecem a área privada.

Para compreender esse processo instaurado de neoliberalismo no Brasil, através das parcerias público-privadas no contexto do SUS, e as repercussões para a classe trabalhadora e para o Serviço Social, enquanto profissão partícipe da dinâmica social e técnica do trabalho, optou-se por realizar pesquisa de cunho qualitativo, de caráter exploratório, com levantamento bibliográfico e documental, que buscou mapear textos, artigos e trabalhos científicos voltados à discussão sobre os diferentes modelos de gestão da saúde nos governos FHC, Lula, Dilma e Temer.

Constatou-se que as medidas de viés neoliberal estiveram fortemente presentes tanto nos governos de direita, o de FHC e Temer, como nos reconhecidos governos de esquerda, o de Lula e Dilma, e que as implicações desse "novo" projeto de gestão do SUS, financiado pelo Estado, contribuem para a desconstrução de direitos sociais.

Assim, as estratégias neoliberais de recuo das políticas sociais apresentam consequências desfavoráveis à atuação dos assistentes sociais junto às expressões da “questão social”, implicando o redimensionamento das suas funções, a redução de empregabilidade de profissionais no SUS, a flexibilização dos contratos empregatícios, a precarização das condições de trabalho, o que pode atenuar as lutas e mobilizações em defesa de uma saúde pública, gratuita e de qualidade.

2. NEOLIBERALISMO E SUA INSERÇÃO NO CENÁRIO BRASILEIRO

O neoliberalismo teve sua origem e desenvolvimento com base em diversos episódios da economia global relacionados ao modo de produção capitalista. Segundo Anderson (1995, p.10), sua gênese se deu logo após a II Guerra Mundial, especialmente na região da Europa e da América do Norte, onde o capitalismo maduro já reinava, sendo este um fenômeno de reação política e teórica contra o Estado intervencionista e de bem-estar social vigente na Europa.

A consagração da doutrina neoliberal exige a implementação de diferentes medidas políticas e econômicas, como a austeridade fiscal⁴, a desregulamentação do mercado financeiro e do mercado de trabalho (terceirizações, contratos trabalhistas precários, redução de salários e outros), a flexibilização de direitos sociais e a transferência da gestão de serviços públicos (educação, previdência social e saúde) para a iniciativa privada, repercutindo negativamente na classe trabalhadora. Com relação a esta última, vale salientar, que todas as ações neoliberais contribuem, diretamente e indiretamente, para a desmobilização, fragmentação e supressão de direitos dos trabalhadores, uma vez que, para a manutenção e avanço de seus

⁴A exemplo do Brasil, na austeridade fiscal há o comprometimento da maior parte do orçamento público com o pagamento dos juros da dívida externa, aprofundando ainda mais o seu endividamento e prejudicando outros setores essenciais do Estado, que deveriam receber mais investimentos.

projetos, a burguesia cria estratégias para a individualização e intensa exploração do trabalhador. O objetivo é claro, enfraquecer a consciência de classe, de modo que a classe trabalhadora esteja na posição de “classe dominada”.

Os neoliberais adotam diversos argumentos para firmar seus pressupostos, como a afirmação de que o déficit estatal é prejudicial a economia, pois enxuga a poupança nacional e diminui as taxas de investimento. Somado a isso, apresentam aversão à intervenção estatal na regulação das relações de trabalho, alegando que tal conduta impede o crescimento econômico e a criação de empregos. Afirmam que são contrários à proteção social oferecida pelo Estado a sua população, através de políticas de redistribuição de renda, pois esta ação aumenta o poder de consumo e fragiliza a poupança da população, o que é um agravamento para o desenvolvimento econômico (NAVARRO, 2003 apud BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 113).

Desse modo, compreende-se que as bases de sustentação da política neoliberal, voltadas para a acumulação de capital, se relacionam ao livre-mercado, à defesa de um Estado-mínimo, a não-intervenção do Estado na regulação das relações de trabalho, nas relações econômicas e o combate ao Estado de bem-estar social ou o Estado desenvolvimentista. Este último pode ser aplicado ao Estado brasileiro, que não vivenciou a política do Welfare State, e sim a política do desenvolvimentismo.

No Brasil, a política neoliberal se apresenta no final dos anos de 1980, mais especificamente no governo de José Sarney. Contudo, é na década de 1990 que um novo padrão de acumulação e reestruturação produtiva entra em cena e se consolida, sendo denominado por Behring (2008) de “contrarreforma”⁵ do Estado do brasileiro.

A “contrarreforma” do Estado Brasileiro tornou-se um projeto de sociedade a partir do governo Collor (1990-1992) e, de forma mais intensa e

⁵O termo “contrarreforma”, adotado por Behring, deve-se à crítica que a autora faz à “reforma” do Estado implementada no governo FHC nos anos 1990. Segundo ela, o que houve não foi uma “reforma”, como dizem os que a defendem, mas sim “Uma contrarreforma que se compôs de um conjunto de mudanças estruturais regressivas sobre os trabalhadores e a massa da população brasileira, que foram também antinacionais e antidemocráticas.” (BEHRING, 2008, p.281).

adversa, no governo FHC, tendo sua continuidade garantida nas demais gestões presidenciais (Lula, Dilma e Temer).

No tangente à saúde pública, o SUS, um direito conquistado historicamente através de lutas, resistências e enfrentamentos pela classe trabalhadora, foi impactado pelas ações de governos neoliberais que criaram parcerias com o setor privado a fim de redirecionar a sua gestão, como a criação dos denominados novos modelos de gestão.

3. OS NOVOS MODELOS DE GESTÃO DA SAÚDE NOS GOVERNOS FHC, LULA, DILMA E TEMER

De fato, o governo FHC consolidou a política neoliberal com a transferência de diversos setores públicos para o domínio privado, o que repercutiu em imperiosas consequências para a classe trabalhadora, que experienciou a fragilização e perda de direitos sociais estabelecidos na Constituição de 1988.

No que tange à saúde pública, uma das grandes bandeiras da comitiva FHC foi a criação do Programa Nacional de Publicização que qualificou as Organizações Sociais (OSs). A medida provisória nº 1.591, de 09/10/1997, posteriormente transformada na Lei n. de 9.637 de 15/05/1998, qualifica as OSs como sendo “pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde”. Além disso, sua autonomia gerencial ocorre a partir da transferência para instituições fora da administração pública, ou seja, seriam entidades “parceiras” do Estado que conduziriam o equipamento público. Essa gestão de serviços pelas OSs diz respeito a diversos setores públicos, mas é no âmbito da saúde que sua atuação se torna mais expressiva.

Behring (2008), guiada pelos estudos de Barreto (1999), aborda de forma crítica como as OSs refletem uma forma de privatização, uma vez que a lei que as regulamenta abre caminho para a inserção de recursos originados do setor privado. Dessa forma, os serviços sociais que as OSs assumiriam, dentre eles

a saúde, nada mais seria do que uma privatização. Isso se justifica pelo fato de que:

Na medida em que os recursos advindos do setor privado são injetados nessas entidades, abre-se uma brecha para a ingerência dos interesses privados sobre a prestação dos serviços. Essa possibilidade é inclusive agravada pela perspectiva de redução gradual dos recursos estatais, na proporção em que aumenta a participação do capital privado nas organizações (BARRETO, 1999, p.133 apud BEHRING, 2008, p.256).

De acordo com Behring (2008, p.257-258), existem diversos pontos negativos das organizações sociais para a saúde pública brasileira, visto a presença de “um risco de segmentação dos usuários do sistema de saúde, já que as instituições podem celebrar convênios com os planos privados, criando dificuldades para a implementação dos princípios constitucionais da universalidade, da integridade e da equidade”, além de poder criar uma segunda via de entrada nos hospitais públicos.

Somado a isso, as OSs transformam a lógica do SUS, que é público, em uma racionalidade da iniciativa privada, tendo em vista o amparo de sua legislação para a contratação de profissionais sem concurso público, o que flexibiliza as relações de trabalho, uma vez que não existem vínculos formais de contratação; para a compra de serviços sem que haja obrigatoriedade de licitação, apenas por um contrato de gestão; e pela ausência de obrigatoriedade de prestação de contas aos órgãos de controle internos e externos da administração pública.

Em momento posterior à criação das OSs, FHC instituiu as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), que são reguladas pela Lei Federal n.º 9.790, de 23 de março de 1999. Esta Lei considera que são organizações da sociedade civil a pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos. Além disso, a referida normativa instituiu o termo de parceria, que é “qualquer modalidade de parceria prevista nesta Lei, que envolva ou não transferências voluntárias de recursos financeiros, entre administração pública e organizações da sociedade civil para ações de interesse recíproco em regime de mútua cooperação” (art. 1º), assim como o

contrato de gestão firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como Organização Social.

As controvérsias apresentadas pelas OSCIPs e OSs são diversas, posto que esses tipos de gestão para o SUS se apresentam como mecanismos para a terceirização e privatização de serviços do setor saúde, suscitando, por exemplo:

A transferência de “poupança pública” ao setor privado lucrativo; o repasse de patrimônio, bens, serviços, servidores e dotação orçamentária públicos a empresas de Direito Privado; desregulamentação do Sistema Público de compra de bens e serviços (Lei 8.666/Lei das Licitações); (...) com as OSs e as OSCIP, vislumbram-se a implementação da terceirização de serviços públicos como regra e o fim do Concurso Público, forma democrática de acesso aos Cargos Públicos; desprofissionalização dos Serviços, dos Servidores Públicos e desorganização do processo de trabalho em saúde; flexibilização dos contratos de trabalho; desmonte da Gestão Única do SUS; (...). (REZENDE, 2008, p.32).

O que se pretende mostrar é que assim como as OSs, as OSCIPs também traduzem o contexto de ausência do governo de suas responsabilidades com a área de direitos sociais, especialmente a saúde, criando estratégias de transferi-la para a iniciativa privada. Ambas ocupam um mesmo terreno na dinâmica da economia capitalista – privilegiar os proprietários do capital, o que evidencia as ameaças desencadeadas pelos governos brasileiros à saúde pública. O SUS, como a maior expressão do direito de todos à saúde, conquistado através da intensa luta do Movimento de Reforma Sanitária, e garantido na Constituição de 1988, acabou se tornando fonte de lucratividade de capitalistas.

E foi assim que o governo FHC, adotando o neoliberalismo, como política governamental predominante, construiu um preocupante legado para a classe trabalhadora, com destaque para o SUS, que se fragilizou diante das investidas de privatização e terceirização de seus serviços. No entanto, a continuidade da adoção dos preceitos neoliberais na saúde pública brasileira foi claramente vista no governo posterior, o de Lula.

A eleição de Lula significou um marco político para a sociedade brasileira, uma vez que “a consagração eleitoral foi resultado da reação da população brasileira contra o projeto neoliberal implantado nos anos 90. Isto é,

pela primeira vez venceu o projeto que não representa, em sua origem, os interesses hegemônicos das classes dominantes” (BRAVO; MENEZES, 2008).

Contudo, a realidade histórica de sua gestão governamental revelou episódios bem diferentes, pois o que era para ser uma ruptura com o neoliberalismo do governo anterior, tornou-se o seu progresso. Lula revelou-se um propagador dos ideais neoliberais, porquanto não criou resistências em programar ações sinônimas as do governo precedente, o de FHC.

Bravo (2006) revela que a direção assumida por Lula, precisamente em seu primeiro mandato, traduziu-se na polarização dos dois projetos que se confrontam na política de saúde, na qual procurava fortalecer em algumas proposições o primeiro projeto, o democrático, mas também, e principalmente, mantinha ações focalizadoras e desfinanciadoras que evidenciavam o seu direcionamento político-econômico ao segundo projeto, o privatista. Como exemplo, destaca-se a criação das Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP), outra forma de gestão da saúde pública.

As FEDP foram instituídas no governo Lula com a criação do Projeto de Lei Complementar n. 92/2007, mas as justificativas que desencadearam a criação do referido projeto já se encontravam na crise dos hospitais do município do Rio de Janeiro, que eclodiu em 2005. Este projeto das FEDP foi criado para explorar vários segmentos que não fossem exclusivos do Estado, tais como: saúde, educação, cultura, previdência, assistência social, dentre outras. Contudo, é na esfera da saúde que sua presença é mais intensa.

Sua inserção no ordenamento jurídico brasileiro se fez ainda na época da ditadura militar, tendo sua normatização alterada no decorrer dos anos. Atualmente, as FEDP são normatizadas pelo Projeto de Lei Complementar n. 92/2007, criado no segundo mandato de Lula e apresentado pelo Ministério do Planejamento e Ministério da Saúde, em 13 de julho de 2007, ao Congresso Nacional como sendo um novo modelo de atenção à saúde e de gestão do SUS, que define suas áreas de atuação.

Granemann e outros estudiosos (BRAVO; CORREIA; MENEZES; TEIXEIRA), compreendem as FEDP como sendo um projeto de reforma do Estado brasileiro na esfera das políticas sociais, que se revelam como formas atualizadas das parcerias público-privadas. Apesar de seus formuladores

negarem a existência de qualquer semelhança entre as fundações e as demais formas de privatização do Estado já implementadas no Brasil, a autora afirma que a argumentação não ultrapassa a justificativa jurídica:

O essencial é que as reduções do Estado para o trabalho em nome da eficácia e da eficiência do serviço ao público, pela mesma medida, significam o aumento do Estado para o capital e é por isto que as denominamos privatização (GRANEMANN, 2008, p.37).

Correia (2011,p.2) corrobora com esse mesmo pensamento, ao mencionar que as FEDP compõem “a agenda do Banco Mundial para os países por ele subsidiados para a viabilização do ajuste estrutural, no sentido de diminuir a área de atuação do Estado e de ampliar a esfera de atuação do setor privado”, inclui-se a isso os serviços coletivos, como a saúde.

Outrossim, o referido projeto tem como eixo a flexibilização da gestão pública, que atingirá e resultará na flexibilização e, conseqüentemente, “na precarização do trabalho; na relação promíscua entre o setor público e o privado, com o favorecimento desse último; e na retração ou mesmo anulação do controle social”, entre outros impactos para os assistentes sociais e demais trabalhadores da saúde (CORREIA, 2011, p.2).

O sentido atribuído ao projeto das Fundações Estatais está endossado ao Programa de Aceleração do Crescimento da Saúde, também conhecido como “PAC Saúde” e “Programa Mais Saúde”, adotado no segundo mandato do governo Lula, precisamente no ano de 2007, e que propõe um novo modelo de gestão no qual:

O setor saúde consolida-se como um campo gerador de empregos, renda e de divisas, através do esforço de indução do Governo e engajamento da iniciativa privada. [...]. Não basta acrescentar mais recursos para a prestação de serviços sem uma mudança nos processos de gestão das redes e unidades assistenciais. Mais Saúde inova ao propor novos modelos de gestão como as fundações estatais de direito privado(PAC Saúde – Mais Saúde – Direito de Todos / Portal do Ministério da Saúde).

Campos e Cardoso (2013, p.226) salientam que nas FEDP o controle social seria promovido “sob os marcos do controle corporativo”, ou seja, perante os moldes da grande empresa, e não como deveria ser, a partir dos

princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde e como prevê a Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990.

No que tange à EBSEH, empresa pública de direito privado, sua criação se deu através da Lei 12.550/2011 sancionada pela presidente Dilma Rousseff, posterior ao Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF). O governo federal alega que a adoção desse modelo visa resolver os problemas de precarização que tem acompanhado a trajetória do SUS desde a sua criação e que atravessam toda a rede de atenção à saúde.

A principal demanda para a criação da EBSEH foi a necessidade de “regularizar” a situação dos muitos funcionários terceirizados que atuam nos hospitais universitários em resposta ao Tribunal de Contas da União que, em 2006, determinou que os contratos deveriam ser estabelecidos no Regime Jurídico Único (RJU). Todavia, a EBSEH apresenta como forma de contratação a CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), através de seleção por concurso público.

Somado a isso, a EBSEH assume o gerenciamento de verba financeira e a totalidade da instituição. Ou seja, o governo desvincula o hospital universitário da autarquia da universidade e delega-o a uma empresa alheia às instituições acadêmicas públicas. Podem-se inferir diversos efeitos no ensino, pesquisa e extensão universitária, assim como na esfera trabalhista, e principalmente, precarização no horizonte de assistência à saúde. Outro potencial efeito seria a diminuição da autonomia universitária ocasionada após a contratação da empresa.

O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), ao manifestar-se sobre a EBSEH, aponta que este modelo atinge o controle social e limita a participação popular, posto que o Conselho de Administração desta empresa define que "o representante dos empregados não participará das discussões e deliberações sobre assuntos que envolvam relações sindicais, remuneração, benefícios e vantagens, inclusive assistenciais ou de previdência complementar (...)", conforme consta no artigo 6º do Regimento Interno da EBSEH (2016). O CFESS revela, ainda, que apenas o superintendente do hospital será eleito pelos docentes do quadro permanente da universidade contratante.

Após afastamento de Dilma Rousseff em decorrência do processo de impeachment pelo senado federal, Michel Temer assume a presidência da república em 31 de agosto de 2016, de forma definitiva. Por meio de um governo caracterizado como reformista, Temer alavanca medidas econômicas e de controle de gastos públicos como estratégias para salvar o país da crise. Podemos destacar como exemplo de continuidade dos preceitos neoliberais a emenda constitucional nº 95 de 15 de dezembro de 2016 que institui um novo regime fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, que vigorará por vinte exercícios financeiros (20 anos).

Em nome da retomada do crescimento econômico, conforme explícito na carta aberta da Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO, tal emenda vem agravando a recessão, a inflação e ampliando o desemprego e a concentração da renda, além de ameaçar políticas sociais erigidas com grandes dificuldades nas últimas décadas. Tal emenda representa o congelamento de gastos públicos fundamentais como educação e saúde, prejudicando a qualidade dos serviços prestados à população, além de gastos com programas sociais. Claramente, tais medidas afetam diretamente a população mais pobre que depende do sistema público, apresentando-se como um projeto focado no interesse da classe dominante, do capital internacional, de bancos e do rentismo.

Outras medidas adotadas por Temer já contribuem para o desmonte do SUS, revelando a natureza neoliberal de sua gestão, a exemplo da nomeação de um ministro da saúde que em seus discursos expõe os objetivos de ampliação das parcerias público-privadas, inclusive com o capital estrangeiro, e a criação de “planos populares” de saúde, que beneficiariam empresas privadas.

Diante do exposto, é perceptível que os novos modelos de gestão fazem parte das estratégias para manutenção da função de Estado mínimo para a esfera social, porém máximo em suas ações em favor do capital (NETTO, 1993). Neste sentido,

Observa-se que, com a tendência de redução do Estado, tem-se a diminuição do espaço profissional do assistente social mediante os processos de diminuição das despesas estatais na órbita da esfera

social, acarretando a racionalização dos gastos sociais com as políticas sociais, com implicações nos postos de trabalho para o assistente social na esfera pública, com a diminuição de demandas, sucateamento do aparato organizacional e institucional, a precarização das condições de trabalho, principalmente em face do perigo da terceirização (ALENCAR, 2009, p.458).

As OSs, OSCIPS, FEDP e EBSERH retratam a estratégia de transferência do que é público para a iniciativa privada, confirmando as ações de cunho neoliberal dos governos supracitados. Tal atitude vem repercutindo comedidamente na esfera dos direitos sociais e, portanto, na garantia da saúde pública como dever do Estado e direitos de todos, conforme preconiza a Lei 8.080 de 1990 e a Constituição Federal de 1988.

4. OS IMPACTOS DOS NOVOS MODELOS DE GESTÃO PARA O ASSISTENTE SOCIAL

A saúde, sendo esfera da vida dos indivíduos, pode ser considerada uma das primeiras possibilidades de alcance dos direitos de cidadania. Isso se remete ao fato de a política de saúde estar voltada para a reprodução dos indivíduos e das coletividades. O Serviço Social ao se aproximar dos princípios defendidos pela reforma sanitária, por meio de seu Projeto Ético-Político, considera a política de saúde como uma política social, admitindo com isso que a saúde é um dos direitos inerentes à condição de cidadania, na medida em que apresenta determinações sociais dela decorrentes.

O Serviço Social insere sua atuação profissional em um cenário de constante confronto entre um projeto de reforma sanitária em defesa do SUS, gratuito e universal, e um projeto privatista. Essa complexidade exige que o assistente social direcione a sua prática à garantia de direitos universais a todos os indivíduos, mas, especificamente voltado ao campo da saúde, a ação profissional se direciona a articulação do Projeto Ético-Político aos princípios e diretrizes do SUS, o que significa uma atuação inserida na complexidade da disputa entre dois projetos antagônicos de saúde, vivenciando as contradições sociais deste campo enquanto classe trabalhadora.

A década de 1990, conforme já visto nas seções anteriores, é marcada pela consolidação do projeto político-econômico neoliberal e, portanto, a consolidação do modelo médico-assistencial privatista de saúde articulado ao mercado e cuja finalidade baseia-se na contenção de gastos com racionalidade da oferta e descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A Reforma Constitucional nesta década significou o desmonte da seguridade social conquistada em 1988, havendo modificações na previdência social e, assim sendo, na regulamentação das relações de trabalho (BRAVO, 2001).

Esse desmonte simboliza um retrocesso para a sociedade e, ainda, para os assistentes sociais enquanto categoria profissional. Isto porque se entende que as políticas de seguridade social são resultantes de disputas políticas no âmbito da ordem estrutural capitalista e, sendo assim, “parte de uma agenda estratégica da luta democrática e popular no Brasil, visando à construção de uma sociedade justa e igualitária” (CFESS, 2000 apud CFESS, 2010), enquadrando-se nos princípios do Projeto Ético-Político da profissão.

Estas perspectivas se apresentam como antagônicas ao projeto hegemônico de profissão do Serviço Social e ao projeto de Reforma Sanitária. Bravo e Matos (2004) discorrem sobre o processo de trabalho do Serviço Social comparando os dois projetos de saúde antagônicos:

O projeto privatista requisitou, e vem requisitando, ao assistente social, entre outras demandas: seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Entretanto, o *projeto da reforma sanitária* vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo a participação cidadã (p.36, grifos nossos).

Conforme Bravo (2001), o contexto social de afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil é responsável pela restrição dos direitos sociais e trabalhistas; pelo advento do desemprego estrutural; pela demasiada precarização do trabalho; desmonte da previdência pública; sucateamento da

saúde e educação. A mercantilização e a “refilantropização” da saúde são estratégias do Estado que visam à redução de custos.

A Seguridade Social Brasileira, instituída pela Constituição de 1988, compreende “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à Saúde (Universal), à Previdência Social (Mediante contribuição) e a Assistência Social (A quem dela necessitar)”. Boschetti (2009) aponta o modelo de Seguridade Social brasileiro como sendo predominantemente restritivo e focalizado. Conforme ressalta:

Em um contexto de agudas desigualdades sociais, pobreza estrutural e fortes relações informais de trabalho, esse modelo, que fica entre o seguro e a assistência, deixa sem acesso aos direitos da seguridade social uma parcela enorme da população (p.1).

A intervenção profissional do assistente social, de modo geral, porém enfatizando-se o trabalho em saúde, se dará em meio a contradições, múltiplas alterações e variedades de demandas para o profissional que visa um trabalho voltado para a luta democrática da classe trabalhadora e da sociedade como um todo. O maior desafio para o Serviço Social, com os novos modelos de gestão da saúde, permanece na busca pela implementação do projeto de reforma sanitária, significando com isso, a defesa do projeto hegemônico de profissão. Sendo assim, conclui-se que:

[...] não existem fórmulas prontas na construção de um projeto democrático e a sua defesa não deve ser exclusiva apenas de uma categoria profissional. Por outro lado, não se pode ficar acuado frente aos obstáculos que se apresentam na atualidade e nem desconsiderar que há um conjunto de atividades e alternativas a serem desenvolvidas pelos profissionais de Serviço Social. Mais do que nunca, os assistentes sociais estão desafiados a encarar a defesa da democracia, das políticas públicas e consubstanciar um trabalho – no cotidiano e na articulação com outros sujeitos que partilhem destes princípios – que questione as perspectivas neoliberais para a saúde e para as políticas sociais, já que este macula direitos e conquistas da população defendidos pelo projeto ético-político profissional (CFESS, 2010. p. 31).

Para isto, se faz necessário que a categoria analise a realidade social, como parte da conjuntura neoliberal, num viés de recusa do desmantelamento das políticas sociais e da desresponsabilização do Estado com relação a essas políticas. Em

consonância ao projeto ético-político da profissão, algumas resoluções do CFESS orientam e normatizam o exercício profissional de assistentes sociais, norteando o caminho para uma atuação de qualidade e comprometimento com a classe trabalhadora.

O avanço do neoliberalismo e a implementação dos novos modelos de gestão na saúde repercutem diretamente no trabalho do assistente social, por meio da fragilidade do vínculo trabalhista, que gera profissionais competitivos (entre celetistas e servidores públicos, do Regime Jurídico Único) dentro de uma mesma categoria, dificultando sua organização política, assim como suas perspectivas de qualificação e estabilidade profissional.

Salienta-se que a constante rotatividade de profissionais também produz dificuldades na implementação de planos de trabalho, provocando prejuízos aos serviços oferecidos aos usuários. Aos trabalhadores celetistas, bem como aos que possuem vínculos precarizados, a autonomia profissional pode ser afetada, já que a fragilidade do vínculo pode causar insegurança no enfrentamento às questões demandadas pela instituição, que podem ou não condizerem com o fazer profissional do assistente social.

Diante do exposto, o que importa ressaltar é a aproximação do Projeto Ético-Político do Serviço Social e o de reforma sanitária, ambos os projetos tem a sua construção no processo de redemocratização do país e a sua consolidação na década de 1980. As demandas democráticas advindas da população, a mobilização e organização dos trabalhadores urbanos e rurais colocam no conjunto da política brasileira a exigência de transformações políticas e sociais e a necessidade de articulação dos projetos profissionais aos projetos societários que são propostos para o conjunto da sociedade.

5. CONCLUSÃO

A partir do exposto, verifica-se que os novos modelos de gestão da saúde, criados nos governos de FHC, LULA, DILMA e TEMER, fazem parte da política

de beneficiamento à iniciativa privada que tais presidentes adotaram, seguindo fielmente aos preceitos neoliberais.

Tais iniciativas atingem negativamente a classe trabalhadora, visto que seus direitos sociais se tornam vulneráveis diante de diversas possibilidades de mudanças que a adoção dos referidos modelos de gestão propõe, a exemplo da flexibilização das relações de trabalho e das barreiras acerca do controle social, entregue como mercadoria aos interesses do capital.

Neste contexto, o assistente social é requisitado, na área da saúde assim como em todos os espaços sócio-ocupacionais, a atuar em uma perspectiva totalizante entendendo os determinantes históricos, sociais, econômicos e culturais que afirmam as desigualdades sociais e envolvem a questão social. Apesar disso, o atual contexto político, econômico e social tem trazido desafios ao cotidiano profissional a partir da adoção, por parte do governo neoliberal, de medidas que intensificam a exploração da força de trabalho enquanto mercadoria, representando perdas significativas de direitos, surgimento de novas formas desregulamentadas de contratação e jornada de trabalho.

Neste sentido, foi possível mensurar as repercussões diretas ao trabalho do assistente social na política de saúde, especialmente nos espaços onde foram implementados os novos modelos de gestão. As reflexões ao longo do estudo demonstraram o quanto os novos modelos de gestão podem comprometer as políticas que compõem a Seguridade Social, bem como provocar dificuldades à intersetorialidade, uma vez que alguns dos modelos de gestão apresentados neste trabalho não se restringem à esfera da saúde, o que pode impactar no exercício profissional do assistente social.

Estes elementos tornam o processo de trabalho em saúde mais complexo, além das questões refletidas ao longo do estudo. Certamente, o impacto desse processo na atuação do assistente social em todas as políticas, enfatizando-se a política de saúde, é observado no cotidiano profissional.

Todas as questões discutidas no decorrer do estudo são agravadas pelo contexto político e econômico decorrente da estrutura macrossocial e, portanto, possuem direta relação com o trabalho desempenhado pelo assistente social em todos os espaços sócio-ocupacionais. Diante disso, torna-se cada vez mais

necessário que esta classe lute e resista para que o direito à saúde pública, gratuita e de qualidade não venha a ser totalmente do capital. Pois, conforme os fatos mencionados neste trabalho, a tendência que se segue é esta – a de mercantilizar a saúde pública, precarizar a mão de obra com a terceirização dos recursos humanos, desvios de verbas, entre outras repercussões.

Para tanto, apontamos como fundamental estratégia de defesa de uma política pública de saúde que priorize universalidade no acesso da população bem como os demais princípios e diretrizes do SUS, a ocupação dos espaços visando discussão e diálogo na perspectiva da construção coletiva, a exemplo da participação nos Conselhos e Fóruns de Saúde, Encontros e seminários (regionais e nacionais), bem como nos espaços de discussão entre as demais políticas intersetoriais. Assim como o incentivo a experiência da população na participação e controle social na área da saúde potencializando a criação de elementos que possibilitem identificar os pontos de retrocesso, os progressos e as mudanças necessárias para a efetivação, com qualidade, desta política.

Essas ações tornam os espaços de debate em saúde privilegiados para troca de experiências, construção de saberes, levantamento de demandas, propostas e lutas a serem enfrentadas, pois são nestes espaços que estão postas as possibilidades de intervenção e mudança no direcionamento político da sociedade.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, M. O trabalho do assistente social nas organizações privadas não lucrativas. In: SERVIÇO Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS, 2009.

ANDERSON, P. 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, p. 9-23.

BEHRING, E. **Brasil em contra-reforma. Desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2008, cap. 4 e 5, p. 171- 280.

BEHRING, E. R; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011. (Biblioteca básica de Serviço Social, v.2).

BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade Social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. IN: SERVIÇO Social: direitos sociais e competências profissionais –

Brasília: CFESS/ABEPSS. (Publicação: Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. V. 1) Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério do Planejamento. Ministério da Saúde. **Fundação Estatal: metas, gestão profissional e direitos preservados – informações sobre o projeto de lei complementar enviado ao Congresso Nacional pelo governo federal.** Brasília, DF: Ministério do Planejamento; Ministério da Saúde, 2007.

_____. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Regimento Interno da EBSERH.** 3ª revisão, 2016.

_____. **LEI Nº 9.790, DE 23 DE MARÇO DE 1999.** Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público. Brasília, 1999.

_____. **LEI Nº 9.637, DE 15 DE MAIO DE 1998.** Programa Nacional de Publicização. Brasília, 1998.

BRAVO. M. I. S. A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica. In: CAPACITAÇÃO para Conselheiros de Saúde - textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

_____. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.** São Paulo: OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2006.

_____; MATOS, M. C. de. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. IN: SAÚDE e Serviço. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

_____; MENEZES, J. S. B; Política de saúde no Rio de Janeiro: algumas reflexões a partir dos anos 1980. In: POLÍTICA de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde. Rio de Janeiro: Rede Sirius / Adufrj - SSind, 2008.

BRESSER PEREIRA, L. C. **A reforma do aparelho de Estado e a Constituição brasileira.** Brasília: MARE/ENAP, 1995.

CAMPOS, G. W. de S.; CARDOSO, F. M. Reformas Neoliberais, Reforma Sanitária Brasileira e Fundações Estatais de Direito Privado: análise de documento da Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF) – Bahia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 219-232, abr./jun. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** Brasília: CFESS, 2010. (Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais, n. 2).

CORREIA, M. V. C. **Porque ser contra aos novos modelos de gestão do SUS?**In:Saúde na atualidade: por um sistema de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ; Rede Sirius, 2011. 76p.

GRANEMANN, S. Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital. **Revista SindSaúde**, Curitiba/PR, p. 35-50, 2008.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e serviço social**. São Paulo: Cortez, 1993.

REZENDE, C. A. P. **O Modelo de Gestão do SUS e as ameaças do projeto neoliberal**. In: Bravo, M. I. de S. et. al. (Orgs.). Política de Saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde – Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2008. p 26-42.