



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL - PPGSS**

BRUNA VALESKA BARROS SILVA

**A CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE EM CAMPINA
GRANDE-PB: implicações do Programa Saúde de Verdade**

CAMPINA GRANDE-PB

2024

BRUNA VALESKA BARROS SILVA

**A CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE EM CAMPINA GRANDE-
PB: implicações do Programa Saúde de Verdade**

Trabalho de Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Área de concentração: Serviço Social, Estado, Trabalho e Políticas Sociais.

Orientadora: Profa. Dra. Alessandra Ximenes da Silva.

CAMPINA GRANDE-PB

2024

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.

S586c Silva, Bruna Valeska Barros.
A contrarreforma na política de saúde em Campina Grande-
PB: implicações do Programa Saúde de Verdade. [manuscrito]
/ Bruna Valeska Barros Silva. - 2024.
123 p.

Digitado.
Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade
Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas,
2024.
"Orientação : Profa. Dra. Alessandra Ximenes da Silva,
Departamento de Serviço Social - CCSA. "
1. Contrarreforma do estado. 2. Política de saúde. 3.
Programa Saúde de Verdade. 4. Serviço social. I. Título
21. ed. CDD 362.1

BRUNA VALESKA BARROS SILVA

**A CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE EM CAMPINA GRANDE-
PB: implicações do Programa Saúde de Verdade**

Trabalho de Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

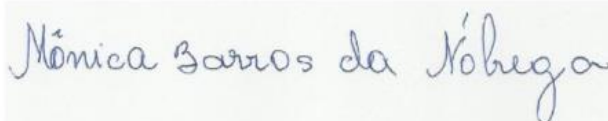
Área de concentração: Serviço Social, Estado, Trabalho e Políticas Sociais.

Aprovada em: 27/06/2024.

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
gov.br ALESSANDRA XIMENES DA SILVA
Data: 23/07/2024 19:53:15-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Alessandra Ximenes da Silva
(Orientador) Universidade Estadual da Paraíba
(UEPB)



Profa. Dra. Monica Barros da Nóbrega
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Documento assinado digitalmente
gov.br MARIA DALVA HORACIO DA COSTA
Data: 22/07/2024 23:40:23-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Maria Dalva Horácio da Costa
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
(UFRN)

A Deus, pela graça de viver, a minha Mãe Lindijane exemplo de força e coragem, e a família e amigos, pelas palavras de incentivos, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

A meu Deus, Pai de infinita bondade, pela nova oportunidade de crescimento moral e intelectual, mesmo diante dos desafios da vida.

A minha família: minha mãe Lindijane Nóbrega e meu pai Edinaldo Pereira, pela força e incentivos diários, a minha irmã Vanessa Barros pelas palavras de apoio, aos meus sobrinhos Maria Alice e Pedro Barros por serem luz na minha vida.

Agradeço a minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Alessandra Ximenes da Silva, a quem devo reconhecimento e gratidão por me orientar desde a graduação, pela paciência, e por ter acreditado nesse projeto.

Ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social, a todos os funcionários, pela atenção e disponibilidade. Assim como a UEPB, instituição que desde 2016 venho trilhando o percurso neste espaço, que a qual tem proporcionado experiências valiosas na vida profissional e pessoal.

Aos professores do mestrado, pelo conhecimento compartilhado, que foi de grande valia para o meu desenvolvimento acadêmico, desde a graduação.

Aos colegas de classe, por compartilharem as angústias e as alegrias, pelos instigantes debates decorrentes dos inúmeros trabalhos e pela ajuda mútua, em especial a Rosa Maria, Iara Maysa e Gabrielly Almeida.

Aos colegas Assistentes Sociais que lutam cotidianamente pela justiça social, em especial Liliane Lima, Thaina, Genilza Camelo, Adja Pereira, Clara Ezequiel, Alexia, Euzélia, e as psicólogas Aline Albuquerque e Izabel Melo, por tanto apoio na caminhada.

Agradeço, os amigos que sempre incentivaram na caminhada, em especial Thayna Souto, e Alessandra Guimarães, por estarem sempre dispostas a me acolher.

Agradeço imensamente ao Serviço de Psicologia da Unidade Acadêmica de Psicologia, SEP- UFCG, por todo acompanhamento psicológico prestado, durante o percurso neste mestrado, em especial a psicóloga Rayane Alves, por meio do processo terapêutico foi possível sair de um relacionamento abusivo e concluir o processo de mestrado.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001”

Na contramão do mar de individualismo e insensibilidade ante aos dilemas da coletividade, os assistentes sociais preservaram sua capacidade de indignação diante das desigualdades e injustiças sociais, mantendo viva a esperança em tempos mais humanos. (Iamamoto, 2014).

RESUMO

A presente dissertação analisa as implicações do Programa Saúde de Verdade, enquanto uma das expressões da contrarreforma na política de saúde, para os usuários por meio da visão dos Assistentes Sociais inseridos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Campina Grande, Paraíba. A aproximação com a temática ocorreu durante o processo de formação em Serviço Social a partir da participação no Núcleo de Pesquisa em Política de Saúde e Serviço Social (NUPEPSS) vinculado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), através de duas cotas do Programa de Iniciação Científica (PIBIC) UEPB/CNPq 2018/2019, e 2019/2020 sobre o processo de contrarreforma na política de saúde. Permitindo observar as contrarreformas em curso e suas implicações no trabalho dos/as assistentes sociais, além disso, nos possibilitou uma maior aproximação com a política de saúde, e com as implicações causadas pela contrarreforma do Estado no Brasil, que responde as necessidades do capitalismo contemporâneo e vem se caracterizando como ofensiva ao conjunto dos direitos e políticas sociais desde a década de 1990 com a chegada do Neoliberalismo no País. Para fins de prosseguimento, a pesquisa foi desenvolvida a partir do ano de 2021 a 2024, e assim desenvolveu-se a revisão bibliográfica das principais categorias do estudo, a saber: Crise do Capital, Estado, Conarreforma, Política de Saúde e Serviço Social. Assim como foi realizado a pesquisa documental, nos documentos, tais como: o relatório final da comissão de avaliação do programa e ata da reunião do Conselho Municipal de Saúde de Campina Grande/PB, que tratou sobre o tema. Sendo assim, analisa-se nos documentos as fragilidades e a burocratização excessiva dos serviços, apontadas pelos profissionais participantes do Conselho Municipal de Saúde (CMS-CG), ressaltando a necessidade da finalização do Programa Saúde de Verdade. A análise do objeto permitiu identificar retrocessos que se aprofundam na política de saúde durante o período de implementação do Programa Saúde de Verdade no Município de Campina Grande, diante da contrarreforma implementada para favorecer os interesses do capital, tornando-se necessário analisar as implicações causadas na política de saúde.

Palavras- Chave: Política de Saúde; Contrarreforma do Estado; Programa Saúde de Verdade. Serviço Social.

ABSTRACT

This dissertation analyzes the implications of the Health of Truth Program, as one of the expressions of the counter-reform in health policy, for users through the vision of Social Workers inserted in the Family Health Strategy (ESF) of Campina Grande, Paraíba. The approach to the theme occurred during the training process in Social Work through participation in the Center for Research in Health Policy and Social Service (NUPEPSS) linked to the Department of Social Service at the State University of Paraíba (UEPB), through two quotas of the Scientific Initiation Program (PIBIC) UEPB/CNPq 2018/2019, and 2019/2020 on the counter-reform process in health policy. Allowing us to observe the ongoing counter-reforms and their implications for the work of social workers, in addition, it allowed us to get closer to health policy, and with the implications caused by the counter-reform of the State in Brazil, which responds to the needs of contemporary capitalism and has been characterized as offensive to the set of rights and social policies since the 1990s with the arrival of Neoliberalism in the country. For continuation purposes, the research was developed from the year 2021 to 2024, and thus the bibliographical review of the main categories of the study, namely: Capital Crisis, State, Counter-Reformation, Health Policy and Social Service. Just as the documentary research was carried out, in documents such as: the final report of the program evaluation committee and minutes of the meeting of the Municipal Health Council of Campina Grande/PB, which dealt with the topic. Therefore, the documents analyze the weaknesses and excessive bureaucratization of services, highlighted by professionals participating in the Municipal Health Council (CMS-CG), highlighting the need to finalize the Real Health Program. The analysis of the object allowed us to identify setbacks that deepened in health policy during the period of implementation of the True Health Program in the Municipality of Campina Grande, in view of the counter-reform implemented to favor the interests of capital, making it necessary to analyze the implications caused in health policy.

Keywords: Health Policy; State Counter-Reformation; Truth Health Program. Social service.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS- Atenção Primária de Saúde
APEPSS- Associação Brasileira de Ensino Pesquisa e Extensão
BPC- Benefício de Prestação Continuada
CAPES- Caixas de Aposentadorias e Pensão
CAPs- Centros de Apoio Psicossocial
CF- Constituição Federal
CFESS- Conselho Federal de Serviço Social
CRESS- Conselho Regional de Serviço Social
CSLL- Contribuição Social sobre o Lucro Líquido
CLT- Consolidação das Leis do Trabalho
CMS- CG- Conselho Municipal de Saúde de Campina Grande
DRU- Desvinculação das Receitas da União
EBSERH- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC- Emenda Constitucional
ESF- Estratégia de Saúde da Família
ENESSO- Executiva Nacional dos Estudantes de Serviço Social
FEDPs- Fundações Estatais de Direito Privado
EPI- Equipamento de Proteção Individual
FHC- Fernando Henrique Cardoso
IGMF- Imposto Geral sobre a Movimentação Financeira
IDHM- Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MPS- Medidas Provisórias
MARE- Ministério da Administração e Reforma do Estado
NOB-Norma Operacional Básica
NUPEPSS- Núcleo de Pesquisa em Política de Saúde
OMS- Organização Mundial da Saúde
OSCIPS- Organizações da Sociedade Civil de Interesse Privado
OSs- Organizações Sociais

PNAD- Política Nacional de Atenção Básica
PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIB- Produto Interno Bruto
PDRE- Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
PIBIC-Programa de Bolsas de Iniciação Científica
PSDB- Partido da Social-Democracia Brasileira
PMDB- Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PEC- Proposta de Emenda Constitucional
PPP- Parcerias Público Privadas
PL- Projeto de Lei
PSF- Programa Saúde da Família
PEC-SUS- Prontuário Eletrônico do Cidadão
PT- Partido dos Trabalhadores
RAS- Rede de Atenção à Saúde
RSB- Reforma Sanitária Brasileira
SUS- Sistema Único de Saúde
UEPB- Universidade Estadual da Paraíba
UFCG- Universidade Federal de Campina Grande
UBS- Unidade Básicas de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Principais mudanças com a inserção do Programa Saúde de Verdade

Quadro 2- Fragilidades do sistema operacional

Quadro 3- Retrocessos ao Serviço Social

Quadro 4- Mudanças nas requisições profissionais dos profissionais das UBS

Quadro 5- Formas de resistência do Serviço Social

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
2.Crise do Capital, Estado e Ultraneoliberalismo: reconfiguração da política social.....	22
2.1 A função do Estado no Capitalismo.....	35
2.2 Estado e expropriações contemporâneas na Política de Saúde.....	40
3. A contrarreforma do Estado na Política de Saúde e Serviço Social.....	45
3.1 A Conarreforma sob a ofensiva do ultraneoliberalismo.....	51
3.2 A Conarreforma na Política de Saúde e o Serviço Social.....	66
4. A contrarreforma na Política de Saúde em Campina Grande: implicações do Programa Saúde de Verdade.....	72
4.1 Programa Saúde Verdade enquanto expressão na Política de Saúde.....	74
4.2 Serviço Social na Estratégia de Saúde da Família (ESF).....	78
4.3 Expressões da Conarreforma na Saúde de Campina Grande.....	86
CONSIDERAÇÕES APROXIMATIVAS.....	100
REFERÊNCIAS.....	106
ANEXO A.....	113
ANEXO B.....	116
APÊNDICE.....	119

1- INTRODUÇÃO

A dissertação atual não só cumpre os requisitos para a conclusão do Mestrado em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), mas também demonstra nosso compromisso e contribuição contínua com a produção do conhecimento nos estudos sobre a política de saúde. Destacamos inicialmente o protagonismo, do município de Campina Grande no processo de implementação da Estratégia Saúde da Família. Sendo um dos poucos municípios a integrar assistentes sociais em sua equipe mínima, observamos os desafios enfrentados pela política de saúde, especialmente na Estratégia de Saúde da Família (ESF), tendo como objeto o Programa Saúde de Verdade, por meio da visão dos assistentes sociais inseridos na ESF.

A inserção no Mestrado em Serviço Social turma de 2022 teve como objetivo a ampliação dos conhecimentos na pesquisa no que se refere a contrarreforma na política de saúde, dando continuidade processo vivenciado na graduação em Serviço Social (2016-2020). Assim, o nosso interesse pelo objeto de estudo ocorreu a partir da participação no Núcleo de Pesquisa em Política de Saúde e Serviço Social (NUPEPSS) vinculado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), através de duas cotas do Programa de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) UEPB/CNPq 2018/2019, e 2019/2020 sobre o processo de contrarreforma na política de saúde.

Assim como, a nossa participação tanto como monitora na disciplina de Política Social quanto no Fórum Paraibano em Defesa do SUS e contra a Privatização-Seccional de Campina Grande-PB. Outras experiências relevantes também me conduziram ao interesse pela pesquisa, como a participação em eventos da categoria; inserção no Centro Acadêmico de Serviço Social; como também da participação na Coordenação Regional da Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social (ENESSO).

A presente dissertação, teve como objetivo analisar as implicações do Programa Saúde de Verdade, enquanto uma das expressões da contrarreforma na política de saúde, para os usuários pela perspectiva dos Assistentes Sociais

inseridos na ESF de Campina Grande, Paraíba. Na contemporaneidade se torna de extrema importância para os pesquisadores, profissionais e sociedade, as informações concernentes sobre o referido programa, e o quanto tem implicações no cotidiano profissional dos Assistentes Sociais, como também em relação ao direito dos usuários aos serviços do Sistema Único de Saúde do município de Campina Grande. Desse modo, teve como objetivos específicos: apreender os limites e desafios do Programa Saúde de Verdade para viabilizar o direito à saúde; identificar as implicações para o Serviço Social com a implantação do programa; e desvelar as dificuldades do programa para o direito dos usuários do Sistema Único de Saúde. O estudo teve como fundamentação teórico-metodológica a razão dialética crítica, visto que permite o estudo das categorias do método em Marx, que são: a totalidade, a mediação e a contradição. Assim como o projeto de Pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética, com aprovação sob o número: 4572323.1.0000.5187.

A análise no Município de Campina Grande se justifica, uma vez que, várias iniciativas vêm sendo tomadas pelo governo Municipal a exemplo do Programa Saúde de Verdade, no sentido de dar encaminhamentos ao processo de contrarreforma na política de saúde, sendo assim o Prefeito Bruno Cunha Lima, filiado ao Partido da Social-Democracia Brasileira (PSDB), seguiu com as orientações e medidas de restrição de direitos, do governo de Jair Messias Bolsonaro. O período do estudo se concentra nos anos de 2021 a 2023, pois é neste período que temos o início do governo municipal presidido pelo referido Prefeito.

Para fins de prosseguimento, desenvolveu-se a revisão bibliográfica das principais categorias do estudo, a saber: Crise do Capital, Estado, Contrarreforma, Política de Saúde e Serviço Social. Assim como foi realizado a pesquisa documental, nos documentos, tais como: o relatório final da comissão de avaliação do programa e ata da reunião do Conselho Municipal de Saúde de Campina Grande/PB, que tratou sobre o tema. Sendo assim, analisa-se nos documentos as fragilidades e a burocratização excessiva dos serviços, apontadas pelos profissionais participantes do Conselho Municipal de Saúde (CMS-CG), ressaltando a necessidade da finalização do Programa Saúde de Verdade.

Para analisar as implicações do programa para os usuários pela perspectiva dos Assistentes Sociais foram utilizadas as entrevistas semiestruturadas (ver apêndice A) realizadas presencialmente com treze (13) assistentes sociais inseridas na ESF, estes profissionais estão inseridos em três ou quatro equipes.

A escolha pelos profissionais de Serviço Social na atenção primária de saúde justifica-se uma vez que, os profissionais fazem atendimento direto aos usuários, através de ações socioassistenciais, socioeducativas e de articulação. Para tanto, tem viabilizado direitos, realizado orientações e encaminhamentos, sendo esses profissionais que ouvem as reivindicações e muitas vezes tentam resolver problemas do Programa Saúde de Verdade, tais como: o acesso, o uso às tecnologias e as restrições nos atendimentos aos usuários. Também foram realizadas análises nos sites de noticiários locais, como também no site e no Instagram da Prefeitura Municipal de Campina Grande (PMCG). Nas redes sociais foram identificados por alguns usuários críticas ao Programa Saúde de Verdade, sobre o atendimento no programa.

Ao Levar em consideração a relação entre as expressões particulares/singulares – dadas em âmbito local, e os aspectos gerais/universais vivenciados na totalidade, o processo de investigação propicia o conhecimento teórico e alcança a essência dos fenômenos, considerando suas determinações socioeconômicas, as relações de produção e a reprodução social, captando sua estrutura e dinâmica a partir de sucessivas aproximações. A partir de então, será possível reproduzir a realidade no plano do pensamento, isto é, reproduzir no plano das ideias a essência do objeto investigado.

A busca de conhecimentos nessa trajetória é imprescindível o compromisso crítico, em direção a transformação da história, é necessário deleitar-se na perspectiva teórico-metodológica, sendo assim apreender de forma aprofundada os diferentes padrões do conhecimento. Segundo Tonet (2013, p.13) nos orienta:

A problemática do conhecimento se resume, em seus termos mais essenciais, a relação entre o sujeito e o objeto. Simplificando ainda podemos dizer que, nessa relação, o peso maior (prioridade) pode

estar do lado do sujeito ou do objeto. No primeiro caso teremos um ponto de vista gnosiológico. No segundo caso, um ponto ontológico.

Dessa forma, o conhecimento se ancora na concepção gnosiológica, e em que o objeto definido tem como eixo estruturante o sujeito, apresentando como ponto central o sujeito, e a concepção ontológica relaciona-se a centralidade no objeto. Há uma diferenciação entre as duas perspectivas, a ontologia permite a percepção do objeto em sua totalidade, e na perspectiva gnosiológico não há a captura da totalidade, sendo superficial em relação a apreensão do objeto. Conforme Menezes,

O Método em Marx nos obriga a entender a realidade, objeto da crítica, em suas múltiplas determinações históricas, jamais se encontrou um “passo a passo” de como fazer uma investigação que se reivindica científica sobre a realidade, ou na linguagem de hoje, um “tutorial”: não há um tutorial que nos ensine como fazer uma pesquisa sobre a realidade do nosso tempo (Menezes, 2022, p. 124).

Isto posto, através do método em Marx é ‘possível analisar a realidade, por conseguinte a década de 1990, após a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), medidas têm sido adotadas que comprometem seus princípios. Existe uma contradição entre o arcabouço legal da política de saúde brasileira e sua aplicação na prática, minando os princípios do SUS. A contrarreforma do Estado busca desregulamentar ou até mesmo anular direitos conquistados, afetando especialmente as políticas sociais, incluindo a de saúde.

Nesse contexto, a expropriação de direitos se intensifica, especialmente em países economicamente dependentes como o Brasil. Os governos de Michel Temer (2016-2018) e Bolsonaro (2019-2022) representam uma oportunidade para aprofundar o neoliberalismo no país, com ações articuladas para minar os direitos dos trabalhadores e usuários. Isso tudo subsidiado pelo desmantelamento e retraimento do Estado, também impulsionado por medidas como a Emenda Constitucional Nº 95/2016, que traz implicações às políticas sociais. A emenda congela os gastos sociais por 20 anos, tendo consequências para o financiamento da saúde e os direitos trabalhistas mais flexíveis e precarizados

O contexto da pandemia do Coronavírus (COVID-19) acarretou implicações à organização da vida em sociedade de forma geral, com

desdobramentos sociais, políticos, econômicos e de saúde, em escala global. Apesar de ter sido um fenômeno Mundial, o cenário pandêmico foi heterogêneo e tem diferentes contextos nos diferentes países e regiões, pois a capacidade de proteção e as respostas dos Estados e das sociedades ao enfrentamento da Covid-19 não ocorreu de forma linear.

No caso do Brasil, aliada a pandemia, enfrentou-se um cenário de grave instabilidade política e a ausência de respostas unificadas e favoráveis a vida por parte do poder Público, sobretudo do (des)governo federal. O governo municipal de Campina Grande-Paraíba seguiu as orientações do governo federal e uma dessas iniciativas foi o lançamento do Programa Saúde de Verdade em Setembro do ano de 2021, dificultando o acesso dos usuários aos serviços do SUS, num contexto tão adverso e complexo, como também dificultando o exercício profissional dos Assistentes Sociais, ferindo alguns princípios do código de ética profissional, como os princípios do SUS e direitos do usuário do SUS, além, de impactar negativamente nos indicadores do Previne Brasil.¹

O programa foi implantado em Campina Grande sob o argumento de modernizar a gestão, dar eficiência operacional, melhorar prestação de serviços e integrar os diferentes pontos de contato do paciente na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

No Brasil, o processo de contrarreforma tem sido orientado para o mercado, como resposta à crise capitalista, com o ajuste fiscal permanente, as iniciativas de privatizações e focalização, que restringem os direitos sociais da população. Além de difundir, a ideia de que a “reforma do Estado” é necessária,

¹ Segundo o site do Ministério da Saúde, o programa Previne Brasil foi instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. O novo modelo de financiamento altera algumas formas de repasse das transferências para os municípios, que passam a ser distribuídas com base em três critérios: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas.

A proposta tem como princípio a estruturação de um modelo de financiamento focado em aumentar o acesso das pessoas aos serviços da Atenção Primária e o vínculo entre população e equipe, com base em mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem. O Previne Brasil equilibra valores financeiros per capita referentes à população efetivamente cadastrada nas equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Primária (eAP), com o grau de desempenho assistencial das equipes somado a incentivos específicos, como ampliação do horário de atendimento (Programa Saúde na Hora), equipes de saúde bucal, informatização (Informatiza APS), equipes de Consultório na Rua, equipes que estão como campo de prática para formação de residentes na APS, entre outros tantos programas.

sob a orientação do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRE), elaborado por Luiz Carlos Bresser Pereira, cujo objetivo era a Parceria Público Privado (PPP), transferindo a responsabilidade do Estado para a publicização dos serviços, através das Organizações Sociais (OSs), e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs).

Como expressão do processo de contrarreforma, temos o Programa Saúde de Verdade em Campina Grande (contrato N°16901/2021/SMS/PMCG), criado com ausência de debate com a sociedade, assim como não houve discussão juntamente com o Conselho Municipal de Saúde (CMS-CG), envolvendo a Prefeitura Municipal de Campina Grande como contratante dos serviços da empresa LAMPPIT SOLUTIONS TECNOLOGIA LTDA. Tendo como implementação do Programa Saúde de Verdade, o dia dezessete (17) do mês de setembro de 2021, com prazo de vigência de 12 meses, prorrogável por igual período.

Os objetivos postos no contrato ressaltam a “modernização tecnológica, a manutenção e suporte ao sistema administrativo para operacionalizar os serviços de saúde”. Assim como também ressaltam a falta de exigência de garantia de execução para a contratação.

Considerando os aspectos da contratação do Programa Saúde de Verdade, evidencia-se o desrespeito aos princípios do SUS, utilizando o discurso falacioso de melhorias. Um aspecto importante a ser ressaltado é a utilização das tecnologias e as limitações postas para os usuários e profissionais.

A relevância do estudo se dá pelos processos explicitados anteriormente, e pelo demasiado discurso de melhorias do acesso aos serviços prestados. O Programa Saúde Verdade restringe o acesso por meio da burocracia e usa a tecnologia para alcançar esse fim, desrespeitando os princípios do SUS, arduamente conquistados.

Desse modo, como problematização da pesquisa analisamos como o processo de contrarreforma na Política de Saúde no Município de Campina Grande vem se conformando através do “Programa Saúde de Verdade”? Quais são as principais implicações para o Serviço Social e usuários do Sistema Único de Saúde na perspectiva de viabilizar o direito à saúde?

Diante do contexto supramencionado acima, o nosso objeto de estudo torna-se relevante na contemporaneidade, contribuindo para a apreensão crítica

sobre a contrarreforma na Política de Saúde, identificando as implicações do Programa Saúde de Verdade por meio da visão dos assistentes sociais, que são estes profissionais que lidam diretamente com o atendimento direto ao usuário, além disso, contribui para o adensamento das lutas outrora iniciadas na implantação de tal programa, além do mais, valem ressaltar as implicações desse programa no trabalho do Assistente Social dentro desses espaços sócios-institucionais, como também as implicações no acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Após a investigação e análise dos dados coletados, organizamos e apresentamos nosso estudo em quatro capítulos, seguidas das considerações aproximativas.

O Capítulo I abrange esta introdução, onde delineamos nosso objetivo principal de pesquisa, discutimos o objeto de estudo e fornecemos uma visão geral dos fundamentos teóricos e metodológicos adotados.

O Capítulo II explora as categorias e conceitos que se aproximam do objeto de estudo deste trabalho, abordando a crise estrutural do capital e o processo de contrarreforma do Estado sob a ofensiva neoliberal, com impactos nas políticas sociais. A análise se concentra na realidade brasileira, destacando a expropriação de direitos em uma economia dependente, incluindo o contexto da saúde.

O Capítulo III aborda de forma direta e objetiva categorias do nosso objeto, portanto, traz a discussão da contrarreforma na política de Saúde no Brasil em seu contexto histórico, e atual. Além disso, destacamos o recrudescimento do ultraneoliberalismo.

O Capítulo IV expõe a pesquisa realizada e analisa como o processo de contrarreforma do Estado brasileiro neste governo ultraneoliberal e neofascista do ex-presidente Jair Bolsonaro, que tem provocado mudanças na APS e na ESF, na particularidade do Município de Campina Grande, por meio do Programa Saúde de Verdade.

As Considerações finais apontam a implicações do Programa Saúde de Verdade, o que revela a tendência cada vez mais condensada do processo de contrarreforma na política de saúde.

O presente estudo se revela relevante, especialmente neste momento, ao proporcionar reflexões e análises aprofundadas sobre as mudanças no processo de contrarreforma do Estado brasileiro em meio à crise capitalista. Destaca-se também o impacto dessas mudanças na política de Atenção Primária à Saúde.

2. Crise do Capital, Estado e Ultraneoliberalismo: a reconfiguração da política social

As crises na sociedade capitalista são inerentes à condição de existência do capitalismo. Por meio delas o capitalismo se recicla, organiza suas estratégias na produção e reprodução social, se torna cada vez mais forte e flexibiliza as relações de produção e conseqüentemente aumenta a exploração da força de trabalho.

A crise contemporânea atinge todas as dimensões da vida, destrói as forças produtivas, transforma as relações de produção, e submete o trabalho às mais bárbaras formas de exploração do capital, com destruição da natureza e das conquistas civilizatórias, movidas pela busca permanente de superlucros e superacumulação.

As respostas governamentais às crises são diferenciadas, mas a natureza da crise é caracterizada pela crise de superprodução, determinada pelo processo incessante de busca de superlucros e superacumulação. Dessa forma, gera cada vez mais a precarização do trabalho, a flexibilização da produção, a terceirização dos vínculos empregatícios, causa sérias conseqüências nas políticas sociais, e na esfera do trabalho, e o Estado passa a ser o regulador da economia, não provê os mínimos sociais para a sociedade capitalista, transversalmente as políticas sociais, resultando em um Estado forte para o capital e mínimo para o social.

Assim, as crises são funcionais ao MPC: constituem os mecanismos mediante os quais o MPC restaura, sempre em níveis mais complexos instáveis, as condições necessárias à sua continuidade. Por isso mesmo, as crises-- por mais brutais que sejam os seus efeitos e por mais graves que sejam as suas conseqüências—não tem o dom de conduzir o MPC ao colapso ou a faculdade de destruí- lo; deixadas à sua lógica, das crises capitalistas só resulta o próprio capitalismo (Netto, et al., 2011, p.172,173).

São as profundas mudanças sociais ocorridas desde a década de 1970 que redesenham em grande parte a imagem do capitalismo contemporâneo – claramente, o capitalismo mundializado, assumindo novas características e

processos inéditos. Essas transformações estão relacionadas com as mudanças ocorridas no chamado mundo do trabalho que produziram a falsa tese do fim da sociedade operária e do desaparecimento do proletariado como classe, e essas mudanças são certamente relacionadas à revolução tecnológica em curso no elo produtivo.

No Brasil, desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 e de todas as conquistas no campo dos direitos sociais, os governos têm realizado uma série de ataques com base na ofensiva neoliberal, no contexto de uma crise estrutural do capital que trouxe grandes desafios para garantir as políticas sociais, incluindo as políticas de Saúde, Assistência Social e Previdência Social. E assim Harvey (2008, p. 174), define o neoliberalismo,

O neoliberalismo é em primeiro lugar uma teoria das práticas político-econômicas que propõe que o bem-estar humano pode ser melhor promovido liberando-se as liberdades e capacidades empreendedoras individuais no âmbito de uma estrutura institucional caracterizada por sólidos direitos a propriedade privada, livres mercados e livre comércio. papel do Estado é criar e preservar uma estrutura institucional apropriada a essas práticas; o Estado tem de garantir, por exemplo, a qualidade e a integridade do dinheiro. Deve também estabelecer as estruturas e funções militares, de defesa, da polícia e legais requeridas para garantir direitos de propriedade individuais e para assegurar, se necessário pela força, o funcionamento apropriado dos mercados. Além disso, se não existirem mercados (em áreas como a terra, a água, a instrução, o cuidado de saúde, a segurança social ou a poluição ambiental), estes devem ser criados, se necessário pela ação do Estado. Mas o Estado não deve aventurar-se para além dessas tarefas. As intervenções do Estado nos mercados (uma vez criados) devem ser mantidas num nível mínimo, porque, de acordo com a teoria, o Estado possivelmente não possui informações suficientes para entender devidamente os sinais do mercado (preços) e porque poderosos grupos de interesse vão inevitavelmente distorcer e viciar as intervenções do Estado (particularmente nas democracias) em seu próprio benefício.

Sendo assim, desde os anos 90, em nome da crise capitalista disseminada, na realidade brasileira, tem sido realizado um processo de contrarreforma, que possui particularidades em diferentes governos, no neoliberalismo, no primeiro momento, Fernando Collor e Fernando Henrique Cardoso-(FHC), no social-liberalismo como variante do neoliberalismo (Lula da Silva e Dilma Rousseff) e no terceiro, expresso pelo ultraneoliberalismo ²(Michel

² Segundo Behring (2023, p.18) Esses segmentos, mesmo beneficiados por inúmeras políticas nos treze anos de governos petistas, não enxergavam no governo Dilma Rousseff a capacidade de conduzir suas demandas no ritmo e intensidade desejados, dentre elas: a intensificação da exploração da força de trabalho; a exploração capitalista dos recursos naturais

Temer e Jair Messias Bolsonaro). (Bravo, Correia. 2020), definem o ultraneoliberalismo como uma fase do Neoliberalismo.

Entendemos por ultraneoliberalismo essa mais recente forma do neoliberalismo, que não se resume ao Brasil, pois pode ser observada em vários países no mundo. A maioria dos autores do campo crítico, adotando ou não esse termo, concordam que o neoliberalismo sofre uma inflexão que aprofunda seus pressupostos, como consequência da crise financeira de 2008. Apesar de a crise ser centralmente das atividades do setor privado financeiro, e fazer parte de um momento estrutural de crise do capital que se arrasta por décadas, ela foi apresentada, mais uma vez, como uma crise do Estado, que de fato, absorveu os prejuízos do capital por meio de fundo público, com a justificativa de que bancos e instituições financeiras eram “grandes demais para quebrar” o que afetaria o conjunto da sociedade (Bravo, et al., 2020, p.126).

Desse modo, a natureza da crise, do ponto de vista da organização da economia e das relações sociais, caracteriza-se como uma crise de superprodução, determinada pelo processo incessante de busca de superlucros e superacumulação. A crise é cíclica um fator inerente ao modo de produção capitalista, segundo Carcanholo (2010, p.1).

Estas características próprias do fenômeno (crise cíclica) é que fazem da teoria de Marx uma das mais sólidas para o seu entendimento, assim como, para os nossos propósitos aqui, obriga-nos a recuar um pouco no tempo. Esta crise atual só pode ser entendida a partir das características da fase anterior de relativo o crescimento do capitalismo que, por sua vez, se relaciona com as formas como ele conseguiu se “recuperar” de sua última grande crise estrutural.

Os mecanismos utilizados pela burguesia frente a crise capitalista incidem sobre a economia, a política a cultura e no âmbito social, em caráter universal, pois abrange todas as esferas da vida social, assumindo o caráter de uma crise estrutural que afeta a totalidade de um complexo social em todas as suas relações com suas partes constitutivas.

Desse modo, a crise estrutural do capital aprofunda em todos os domínios da vida social, econômica e cultural, escancarando o crescimento do

brasileiros, a exemplo do pré-sal, aquíferos e mineração (com o foco na Amazônia); um ajuste fiscal ainda mais profundo para que o fundo público possa funcionar como pressuposto geral da reprodução do capital, donde decorreu a abrangente contrarreforma da previdência em 2019, em mais um profundo ataque aos direitos dos trabalhadores. Com o golpe de 2016 se instaura o que chamamos de ultraneoliberalismo: o Novo Regime Fiscal –EC 95 e 93 (2016); a contrarreforma trabalhista de 2017; a entrega do pré-sal; a contrarreforma da previdência.

desemprego por toda parte numa escala assustadora, e a miséria humana a ele associada, visto que, o capitalismo é um sistema destrutivo, mas é importante compreender que a crise estrutural do capital não se resume a uma crise financeira, mas repercute fortemente no potencial de autodestruição da humanidade, tanto através de elevação das expressões da questão social, e por meio da destruição financeira. O mais importante sobre a crise estrutural do capital é mostrar que a crise não é apenas o impacto real de uma determinada condição econômica, mas uma crise crônica, cumulativa e permanente das limitações e destrutividade de um determinado capital.

Por essa razão, a crise das relações de produção capitalistas se apresenta como a crise de um sistema de relações entre homens, dentro e entre as unidades de produção (empresas), que corresponde cada vez menos à base técnica do trabalho, quer em sua forma presente, quer em sua forma potencial. Podemos definir essa crise como uma crise não só das condições capitalistas de apropriação, valorização e acumulação, mas também da produção de mercadorias, da divisão capitalista do trabalho, da estrutura capitalista da empresa, do Estado Nacional burguês e da subordinação do trabalho ao capital como um todo. Todas essas múltiplas crises são apenas facetas diferentes de única realidade, de uma totalidade socioeconômica: o modo de produção capitalista (Mandel, 1923, p.399).

É evidente a centralidade do mercado no atendimento as necessidades materiais e sociais da população, afastando-se da garantia dos direitos e transformando os bens e serviços públicos em mercadorias lucrativas, isso se revela a subordinação dos estados aos interesses do capital, no governo Bolsonaro temos expressões emblemáticas do ultraneoliberalismo essa direção se demonstra em mecanismos de contrarreforma do Estado e de mercantilização das políticas públicas, cresce assim a expansão dos serviços assistenciais voluntários por iniciativa de instituições religiosas, nas mais diversas modalidades

Dessa forma, a crise toma rumo com medidas que se desenvolvem no cenário de exploração do trabalho, superpopulação relativa,³ e do Exército industrial de reserva, constituídos de mulheres e homens desempregados, com

³ Segundo Marx (2015, p. 875), exemplifica o conceito da superpopulação relativa: É compreensível a insensatez da sabedoria econômica, que prega aos trabalhadores que ajustem seu número às necessidades de valorização do capital. O mecanismo da produção e acumulação capitalistas ajusta constantemente esse número a essas necessidades de valorização. A primeira palavra desse ajuste é a criação de uma superpopulação relativa, ou exército industrial de reserva; a última palavra, a miséria de camadas cada vez maiores do exército ativo de trabalhadores e o peso morto do pauperismo.

trabalhos informais que afeta diretamente a capacidade política organizativa dos trabalhadores.

Sendo assim, as expressões são manifestadas de diversas formas, com medidas de corte de gastos públicos, atingindo diretamente a educação e a pesquisa, gerando cada vez mais a precarização do trabalho, a flexibilização da produção, a terceirização dos vínculos empregatícios, causando sérias consequências nas políticas sociais, e na esfera do trabalho. Segundo Netto, 2012, p. 189)

Diante disso, aponta-se a existência das taxas crônicas de desemprego, que evidenciam o aprofundamento dessa crise estrutural, e tem significado um importante mecanismo do capital, utilizado para aumentar as formas de exploração do trabalho, na busca por retomar suas taxas de lucro, por meio da flexibilização. Ou seja, a acumulação do capital e seus processos de concentração e centralização têm gerado um número significativo de trabalhadores supérfluos, que pressionam o trabalho formal, favorecendo os processos de precarização; tornando-se funcional ao capitalismo, na sua busca desenfreada por retomar suas taxas de lucro.

A relação contraditória entre capital e trabalho é constituinte do modo de produção capitalista, em tempos de crise a classe trabalhadora é o principal alvo das repressões para o enfrentamento das crises. Nesse sentido, a crise que se mantém atualizada e rotativa desde a década de 1970, de forma a diminuir ou retirar completamente as conquistas advindas das lutas e pressões sociais dos trabalhadores que são encaradas com obstáculos ao pleno desenvolvimento da lucratividade capitalista.

No contexto de crise, a ampla taxa de desemprego em países como o Brasil, surge outras formas de superexploração como desempenhar mais de um emprego, jornadas de mais de 44 horas semanais, contratos de trabalho flexível e intermitente, maior número de trabalhadores autônomos e sem direitos trabalhistas, trabalho infantil, condições de trabalhos precárias e várias outras formas de expropriação do trabalhador brasileiro que vem sendo expandida no período de crise.

Nessa compressão a desregulamentação do Estado se faz presente sobre os rebatimentos da crise do capital para classe trabalhadora, a diminuição e a precarização das políticas sociais fazem com que as condições de reprodução e sobrevivência dos trabalhadores se tornem ainda mais aviltantes.

Dessa forma, o neoliberalismo nas últimas quatro décadas seguiu a lógica do capital, sendo extremamente expressiva na ampliação da exploração do trabalho, assim como na desenfreada expropriação da classe trabalhadora, trazendo em si reais consequências para as condições de vida da classe trabalhadora. Mota (2018) ressalta,

A redução da qualidade e do tempo real da vida do trabalhador pela intensidade e extensividade das jornadas de trabalho, pela penosidade e multifuncionalidade, adoecimento no trabalho, além do trabalho em domicílio e da mobilidade urbana determinam o sitiamento de qualquer projeto de vida do trabalhador e de sua família (ético-político, pessoal, social), empobrecendo suas objetivações e ideários, dada a centralidade da luta pela sobrevivência, o medo do desemprego, o desalento, a insegurança, as incertezas e os riscos do trabalho. Igualmente fraturam a organização e a solidariedade coletiva das classes trabalhadoras, determinadas pelo esgarçamento da vivência coletiva do trabalho, pela concorrência entre trabalhadores etc. (Mota, 2018, p. 183).

Desse modo, seguindo a lógica da ofensiva neoliberal, que possui ao longo do tempo diferentes momentos no Brasil. Behring (2018), resume esses três momentos do neoliberalismo.

Debates sobre a necessidade de um ajuste fiscal no Brasil têm sido frequentes desde a debacle da ditadura, aprofundada pela crise da dívida entre 1980 e 1982, que levou muitos países latino-americanos para os braços do FMI. Fiori e Tavares (1993) mostram que houve cerca de 14 planos econômicos de ajuste, tendo em vista controlar o processo inflacionário e estabilizar a economia até 1994, quando se tem a elaboração do Plano Real pela equipe econômica de Fernando Henrique Cardoso (FHC). Ali se iniciava a primeira fase consistente do neoliberalismo no Brasil, pois FHC foi eleito para a Presidência, alçado pelo sucesso do Plano Real, e em 1995 sua equipe, tendo à frente Luiz Carlos Bresser Pereira, fórmula aquele que pode ser considerado um documento orientador de período e talvez o mais forte elemento de continuidade pós constitucional: o Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE, 1995). [...] O desgaste de FHC pelas medidas adotadas e a reorientação do Real a partir do acordo com o FMI de 1998, num contexto em que as forças vivas da redemocratização sob a liderança do PT/CUT e de movimentos sociais como o MST faziam uma oposição consistente e se colocavam como alternativa política real, levaram Lula à Presidência do país nas eleições de 2002, abrindo um período de treze anos de gestão petista no Estado brasileiro. Contudo, sob o tacão da Carta ao Povo Brasileiro, seus projetos de mudança ficaram submetidos à estabilidade macroeconômica do Real e do FMI. Esta nova correlação e articulação de forças enseja o segundo período do neoliberalismo no Brasil, com características específicas e alguns deslocamentos importantes com relação aos governos do PSDB, sem, contudo, rupturas mais profundas, donde analisamos não ser pertinente a caracterização de governos neodesenvolvimentistas, como veremos adiante, seja na política econômica, seja na social. Os acontecimentos a partir de maio de 2016 deslançados com a posse

de Michel Temer, cujo projeto está expresso num documento de seu partido, o PMDB, intitulado Uma Ponte para o Futuro, lançado em outubro de 2015, o que já apontava as articulações para o Golpe, e no qual se nota claramente a presença das linhas mestras do PDRE de 1995, abre esse terceiro momento de nítido aprofundamento do neoliberalismo no Brasil, de um novo regime fiscal ultraliberal, no qual nos encontramos (Behring, 2018, p.3).

Sendo assim, diante da segunda fase do neoliberalismo houve a expansão de políticas sociais com o aumento do salário-mínimo, a expansão do crédito ao consumo, a ampliação do Bolsa Família, trazendo melhores condições materiais de vida a classe pauperizada. Para Castelo, 2013, esse momento é denominado como Social-liberalismo⁴ como uma variante do neoliberalismo.

(Castelo 2013) exemplifica que o social-liberalismo surgiu nos centros imperialistas em meados dos anos 1990, sendo uma resposta à crise conjuntural vivenciada pelos países dependentes (México, Tigres Asiáticos, Rússia, Brasil, Argentina). Esse viés social liberal tem suas falhas e que são evidenciadas na crise capitalista, repercutindo na má distribuição e à destruição ambiental, sendo assim, o Estado é convocado a atuar frente a essa regulação estatal.

O Estado social-liberal é, portanto, convocado a ter uma atuação ativa nas expressões mais explosivas da "questão social", tais como a pobreza, a degradação ambiental, doenças contagiosas, violência etc., programa mínimo que ficou consagrado internacionalmente nas Metas do Milênio. Este ajuste complementar pode ser chamado de social-liberalismo, que muda certos aspectos do neoliberalismo para preservar a sua essência, a saber, a retomada dos lucros dos grandes monopólios capitalistas via o novo imperialismo, a financeirização da economia, a reestruturação produtiva e precarização do mundo do trabalho, o aumento das taxas de exploração da força de trabalho, a reconfiguração das intervenções do Estado ampliado na economia e na "questão social", o apassivamento e cooptação da classe trabalhadora e, em determinados casos, a decapitação das suas lideranças mais combativa (Castelo, 2013, p.122).

⁴ Na segunda variante ideológica do neoliberalismo – chamada social-liberalismo –, promove-se um sincretismo entre o mercado e o Estado, imaginariamente capaz de instaurar a justiça social. Ou seja, as desigualdades socioeconômicas deixaram de ser uma solução para questões específicas do capitalismo e passaram a ser um dilema social a ser tratado pela burguesia e seus intelectuais. Assim, as classes dominantes promoveram uma ofensiva na direção das bandeiras ideológicas da esquerda, tradicionalmente vinculadas às lutas igualitaristas. O que antes era um ideal progressista passou a ter significados políticos e culturais conservadores (Castelo, 2013, p. 131).

O Governo de Dilma Rousseff seguiu-se nesta mesma propositura do social-liberalismo, mas a partir de junho de 2013, manifestações em grande escala foram desencadeadas, as políticas anticíclicas já não conseguiam conter o impacto da crise de 2008 na economia brasileira. Centrando-se em 2014, a oposição de direita soube explorar a ruptura com as Jornadas de Junho, utilizando os escândalos de corrupção descobertos pela Operação Lava Jato para fomentar um movimento ante Partido dos Trabalhadores (PT) tenaz com a ajuda dos grandes meios de comunicação social.

Nesse interim, diante dos ataques da direita, Dilma Rousseff tentou reconquistar o apoio do grande capital intensificando o ajuste fiscal e, sob a direção do ministro da Fazenda Joaquim Levy, adotou cortes nos gastos sociais, nas pensões, medidas de contenção de gastos sociais, assim como contrarreformas na saúde e previdência, e privatizações. A onda de indignação popular em 2013 que lançou dúvidas sobre a capacidade do Partido Trabalhista. Além disso, o impacto da crise internacional do capital levou a mudanças na agenda econômica do governo, fortalecendo o neoliberalismo e enfraquecendo ainda mais a base social/eleitoral do Partido dos Trabalhadores.

A onda conservadora do ultraneoliberalismo pode ser identificada a partir de 2013 com as manifestações cujas pautas são reveladoras da insatisfação popular, seu ápice foi o golpe de 2016. O governo de Dilma não conseguiu destruir o regime democrático liberal e demonstrou a força desse regime na atual configuração blindada no país. A democracia cada vez mais imune às pressões populares se mostrou capaz de substituir peças políticas incômodas quando necessário para o capital sem ter que alterar a si mesmo arduamente construída inspirada nos modelos europeu e norte-americano. Segundo Demier (2018),

A despeito de suas motivações, o fato é que a ocorrência das mobilizações populares significou uma ruptura brusca com o *ramerrão* da vida política nacional. A volta da política às ruas e às praças, quebrando o monopólio político palaciano, sintonizou o Brasil com uma nova conjuntura mundial que, marcada por cotidianas (embora não agudas) lutas contraordem capitalista *contrareformista*, tornou-se visivelmente diferente da ressignificação social que caracterizou boa parte do período 1991-2008. Uma nova situação política foi aberta no Brasil em junho de 2013 e, no atual momento, tanto a radicalização das lutas sociais (com destaque para as ocupações estudantis), em um polo, quanto o avanço do conservadorismo de extrema-direita, em outro (bem mais forte), podem ser vistos como elementos que guardam profundas conexões com o inverno daquele ano.

A burguesia tradicional nunca aceitou o resultado Eleitoral do segundo turno de 2014, criando um clima de instabilidade política que inviabilizava a reversão da crise e da lucratividade, colocando a política acima da economia.

Embora o PT tenha sido muito útil à classe dominante, garantindo enormes margens de lucro e suprimindo as lutas sociais, a instabilidade política surgiu com a revolta de 2013, a investigação da Operação Lava Jato e as manifestações conservadoras da direita. O ano de 2015 minou a frágil confiança do capital na capacidade do governo trabalhista de permanecer no comando do governo federal. O golpe de 2016 foi uma alternativa encontrada pela classe dominante para conter os efeitos da crise econômica e da instabilidade política e adaptar o país às exigências da acumulação capitalista global. Segundo Demier (2020),

A intensificação vertiginosa da crise econômica e a necessidade do capital de implementar as contrarreformas, isto é, a retirada de direitos e a austeridade fiscal, numa velocidade e profundidade sem precedentes fizeram com que a classe dominante não pudesse aceitar o resultado eleitoral do final do ano de 2014 e começasse a preparar o golpe (Demier, 2020, p. 92).

Posteriormente, com o governo golpista de Temer, que segue com propostas de contrarreformas, na previdenciária destacamos a PEC 287/2016 submetida ao Congresso em dezembro de 2016, que não se deteve em alguns trabalhadores ativos, mas estendeu-se a toda força de trabalho inativa, a proposta foi aprovada no ano de 2019, tornando-se Emenda Constitucional (EC) nº 103 em 12/11/2019. Entre as principais medidas, a EC prevê a elevação da idade mínima de aposentadoria para 65 anos (para homens e mulheres em todos os setores); ampliação do período mínimo de contribuição para 25 anos; redução dos valores previdenciários de 100% para 50% e proibição de acumulação de benefícios de aposentadoria e benefícios por morte. O governo suspendeu as propostas sobre a proposta em 2018 em meio à diminuição do apoio parlamentar, às manifestações em Brasília e à aproximação das eleições.

Desse modo, as medidas tomadas pelo governo Temer traduziram-se numa tentativa de compensar o declínio das taxas de lucro através do aumento da exploração laboral, da redução dos salários e do aumento da superexploração relativa. Segundo Borges e Matos (2020),

Algumas características são peculiares ao momento atual do capitalismo em sua crise estrutural de longa duração, como o aumento do poder do capital sobre o trabalho, a reestruturação produtiva com expulsão de força de trabalho, com conseqüente aumento do desemprego e da exploração; do ponto de vista dos interesses do capital, as medidas de contenção da crise têm sido por redução e congelamento de salários, demissões, privatizações, elevação de impostos, flexibilização das regulações do mercado de trabalho, cortes de gastos sociais, aumento da idade para aposentadoria, reformas tributária, trabalhista, ou seja, tendências regressivas. Em síntese, o governo atual só está realizando uma agenda programada e em consonância com os interesses do capital financeiro (Borges, et al., 2020, p. 72).

Assim, o governo golpista de Temer, prevaleceu no Brasil a partir de 2019 com uma espécie de documento norteador do ultraneoliberalismo, por meio do documento “Uma Ponte para o Futuro”, que foi apresentado pela Fundação Ulysses Guimarães, comprometendo-se com o mercado por meio de medidas de ampliação do ajuste fiscal e de desfinanciamento das políticas sociais, através da EC-95. O novo regime fiscal e as contrarreformas lançaram as bases para a austeridade fiscal massiva e os ataques aos direitos e à política social que se seguiram.

Num ambiente ultraneoliberal, os obstáculos que o capital encontra no seu processo de valorização pressionam as economias dependentes para aumentarem a taxa de mais-valia, e o papel do Estado social torna-se cada vez mais centrado na manutenção de um grande conjunto de trabalhadores disponíveis para vender sua força de trabalho. A mão de obra é contratada a todo custo e promove um mecanismo de superexploração da mão de obra. Para este fim, o Estado agiu para manter condições mínimas para a substituição real do trabalho fora através de programas de transferência de renda de assistência para expandir o espaço da mercantilização das políticas sociais e a valorização da superacumulação do capital. Desta forma, assegura a transferência máxima de retornos e valor do capital que rende juros para os centros imperialistas. De Castro (2020), exemplifica esse fenômeno,

Os bens de consumo, estes sim, estão disponíveis aos pobres, que através de transferência de renda, podem “escolher” o que comprar no mercado com seu mínimo social. A pobreza é combatida, desta forma, no âmbito do mercado e não no campo social, reduzido às políticas sociais caras. Trata-se de uma estratégia do capital em fortalecer o mercado e pacificar a pobreza, que se sente privilegiada com certo grau de autonomia para “vencer por si só”. Uma nova cultura cívica

finca uma sociabilidade centrada no individualismo e na competição, já que as oportunidades estão dadas, cabendo aos indivíduos aproveitá-las (De Castro, 2020, p.150).

Seguindo a mesma linha dos governos golpistas anteriores de desvalorização do trabalho, Bolsonaro cumpriu uma de suas promessas de campanha: os contratos de trabalho “verdes e amarelos”, ao editar as medidas provisórias (MPs) 905/2019. Sob o argumento de encorajar os jovens trabalhadores com idades compreendidas entre os 18 e os 29 anos a aceitarem o seu primeiro emprego, os deputados criaram um contrato de trabalho precário que exacerbou os horários de trabalho; flexibilizaram os mecanismos de monitorização, registro de sanção de violações; enfraqueceram as medidas de saúde e segurança; reduziram o papel dos sindicatos e da negociação coletiva, beneficiando empresários de diversos setores por meio de isenções gerais.

Assim, com o percurso desencadeado pela pandemia mundial da Covid-19, em 2020, no lastro da crise estrutural do capital, verifica-se a homogeneidade das várias crises: econômica, sanitária, ideológica e política. A pandemia mundial não foi de forma alguma uma "gripezinha", mas expôs as contradições do capitalismo em múltiplas dimensões e revelou a intensificação das expressões da questão social.

Diante desses fatos, as condições de trabalho e as relações mudaram significativamente. Assim, os discursos que exaltam o autoemprego, o empreendedorismo e a multifuncionalidade adquirem funcionalidade e redefinem a divisão social e tecnológica do trabalho. O novo processo histórico transita entre o jogo de velhas e novas tendências na reprodução e valorização do capital e integra, em seu todo concreto, o complexo econômico, social, político e cultural em real movimento.

Os deputados limitaram a proporção de jovens empregados desta forma a 20% da força de trabalho de cada empresa e estabeleceram uma duração máxima do contrato de 24 meses. Este é o aprofundamento da contrarreforma trabalhista do governo Temer. A MP entrou em vigor em novembro de 2019, recebeu quase 2.000 emendas no Congresso, foi revogada em abril de 2020 e reinstaurada em maio de 2021 após a aprovação do Projeto de Lei (PL) 5.228/2019 pelo Senado. O governo deu continuidade ao seu pacote de medidas ultraneoliberais, submetendo ao Congresso em novembro de 2019 o Plano

Brasil, um conjunto de três propostas de alterações à Constituição que visam a “responsabilidade fiscal”. PEC Emergencial (PEC 186/2019) visa estabelecer medidas permanentes e emergenciais para controle de gastos públicos.

Os governos de Michel Temer e Bolsonaro, evidenciaram a contrarreforma e o ajuste fiscal, demonstrando que foi uma máquina de contrarreformas, com retiradas de direitos, desrespeitando a Constituição Federal, como configuração desse contexto, temos a EC-95, mais conhecida como PEC da morte, que demarcou o Estado com gastos de saúde e educação congelados, salários baixos, idade mínima de aposentadoria aumentada, o pensamento crítico censurado, tudo sendo privatizado. A democracia no capitalismo brasileiro se mostra como a democracia mutilada, miserável falsificada, uma democracia só para os ricos, para uma minoria.

Em suma, têm-se nesse processo as expressões das exigências do capital nesse quadro histórico, trazendo sérias consequências como à destruição do trabalho protegido e da organização política dos trabalhadores, através das formas mais acirradas de exploração do trabalho, usurpação direto dos salários e do fundo público, para transformar dinheiro em capital, expansão da superpopulação relativo transformando desempregados empreendedores individuais, transformação dos trabalhadores e suas famílias em sujeitos individuais e consumidores de pobre serviços rentáveis do capital. Desse modo assistimos o movimento de passivação das classes subalternas através das classes dominantes exigindo novas formas de obtenção de consenso através de práticas coercitivas, temos de um embutido ódio de classe para neutralizar a onda ultraneoliberal e conservadora.

O desencadeamento da crise no sistema do capital fictício afeta tanto as economias centrais quanto as periféricas, que anteriormente se beneficiaram das contradições internas da economia global capitalista devido ao mercado externo favorável. As economias dependentes estão estreitamente ligadas à dinâmica de acumulação das economias centrais, tanto em períodos de crescimento favorável quanto em períodos de recessão ou crise. Segundo, (Teixeira e Neves 2018),

A acumulação capitalista e a exploração do trabalho nas economias dos países periféricos, e sua condição de dependência, devem ser

explicadas, a partir de uma perspectiva do método de Marx, numa dimensão de totalidade. Ou seja, compreender que o capitalismo é um sistema econômico cujas relações de produção, circulação e distribuição da riqueza se verificam numa escala mundial. Assim, as relações capitalistas dos países periféricos e dependentes são processos sociais e históricos determinados, ou seja, são expressões das contradições que se desenvolvem em uma dada sociedade em períodos históricos particulares. A acumulação do capital no Brasil de capitalismo dependente exprime certas contradições que lhe são essenciais na reprodução das relações de produção: de um lado, a dinâmica da exploração do trabalho se exacerba cada vez mais mesmo com o desenvolvimento e ampliação de "modernas" indústrias e relações de trabalho capitalistas, de outro lado, o antagonismo entre capital e trabalho, que se expressa sobremaneira na relação contraditória central entre socialização da produção e apropriação privada da riqueza produzida, se materializa numa enorme desigualdade social e de renda, com impactos diretos na reprodução da força de trabalho (Teixeira, et al., 2018, p. 135 a 136).

Os impactos surgem e os custos para esses países resultam em dividendos que, antes de pagar os credores, ressaltam que a crise do capital é global, mas que ela se manifesta de maneira diferente, com consequências e características distintas, dependendo das relações sociais estabelecidas em cada região.

Os direitos e as políticas sociais são alvo direto diante da crise, não porque sua existência seja uma ameaça ao capitalismo, mas porque sua extinção ou redução contribui para ampliar os processos de mercantilização. De acordo com (Mota 2018),

Na atual fase de subsunção formal e real do trabalho ao capital, a potenciação da exploração do trabalho responde aos imperativos do aumento da produtividade do trabalho através de processos combinados de produção da mais-valia absoluta e relativa, sob generalizada precarização das condições e relações de trabalho. Embora a avidez pelo trabalho excedente seja inerente à acumulação capitalista, a criação de novos espaços de valorização do valor amplia a exploração do trabalhador para além da intensificação do trabalho e da redução do trabalho vivo, imprimindo uma dimensão social inaudita à precarização que se espraia para toda a sociedade, com a generalizada perda de direitos sociais, do trabalho e de proteção social. É nessa dimensão que se dá a relação orgânica entre os processos de exploração do trabalho e da acumulação por espoliação na vasta miríade de novos negócios, sejam eles resultantes de privatizações e capitalizações de serviços, bens e ativos públicos; sejam pela criação de novas mercadorias. No caso da supressão e/ou mercantilização de serviços sociais necessários à reprodução e à proteção social dos trabalhadores, é possível identificar nesse movimento uma espécie de *remercantilização e desvalorização da força de trabalho* como expressão da superexploração dessa força de trabalho e precarização social dos que vivem do trabalho (Mota, 2018, p. 174).

Assim, a corrosão dos direitos objetiva reduzir a parcela do fundo público utilizada em sua realização e transferi-la para o capital por meio do pagamento dos juros e amortizações da dívida pública, mercantilizar bens e serviços públicos para ampliar acumulação capitalista, e reduzir diversas formas de proteção para disponibilizar a força de trabalho para o capital, ou seja, as políticas sociais, de modo geral, participam diretamente na reprodução ampliada do capital por diversas formas.

2.1 A função do Estado no capitalismo

A passagem da sociedade agrária-escravista para o Estado capitalista no Brasil ocorreu durante o último quarto do século XIX. No entanto, foi somente após os eventos da década de 1930 que um aparato moderno se estabeleceu, juntamente com as particularidades da revolução burguesa que impulsionou o projeto de industrialização nacional. Considerando os aspectos brasileiros, Munteal(2009) exemplifica.

Caio Prado Júnior integrou um movimento de revisão da história do Brasil nos anos 1930, que revolucionou a maneira de compreender a evolução política e social do nosso país. Contribuiu para uma renovação teórica que enxergava como horizonte de sentido da economia brasileira um destino periférico e dependente, que afinal definiu a própria história do Brasil contemporâneo. Até a década de 1930, a tese de que o Brasil era um país sem povo vigorava. A partir desse momento e com as contribuições decisivas de Sérgio Buarque de Holanda, Gilberto Freyre e do próprio Caio Prado, houve uma mudança nesse panorama, trazendo novos paradigmas, como cultura, tradição, modernização, patriarcalismo e revolução, que foram sendo assim incorporados ao vocabulário corrente dos círculos intelectuais e universitários brasileiros. A revolução brasileira aparece como uma das estratégias para superação do atraso e a ruptura com o passado oligárquico vem através da ideia de modernização (Munteal, 2009, p.320).

Assim como a experiência europeia, em que havia um passado feudal, a formação do Estado capitalista no Brasil seguiu o caminho do liberalismo tradicional, com a centralização na arrecadação de impostos e defesa territorial.

No entanto, ao comparar-se com os países desenvolvidos, a trajetória do perfil do Estado no capitalismo brasileiro é marcada por singularidades. Como uma nação periférica, de desenvolvimento social tardio e uma sociedade agrária

duradoura, a industrialização no Brasil foi tardia e se limitou a pouco mais de meio século de existência. De Castro (2020), faz apontamentos sobre esse processo.

O capitalismo periférico e tardio brasileiro de inserção subordinada e dependente ao capitalismo de países desenvolvidos, formatou, no seu processo de desenvolvimento, relações de trabalho com reduzida dimensão de regulação e regularidade, considerando o excedente da força de trabalho, que, de forma estrutural, se manteve à margem de relações formais de trabalho. A informalidade é, portanto, um traço peculiar das economias subdesenvolvidas, que sempre tiveram no excedente da força de trabalho, a referência para a organização e o funcionamento de mercados de trabalho. (De Castro, 2020, p.153).

E assim, o sistema capitalista do século XVIII foi acompanhado por uma organização social orientada para o lucro e por diversas mudanças, contribuindo para mudanças nas relações sociais entre as classes sociais. O Estado sendo uma instituição que tem direta ou indiretamente as funções de gestão sócio-histórica e distribuição de benefícios e serviços, as suas atividades como detentor do poder podem contribuir para a classe trabalhadora ou classe burguesa e, por vezes, atender às demandas sociais, e assim mantendo a acumulação capitalista.

Assim, o funcionamento do Estado é importante ao desenvolvimento do sistema capitalista e das suas contradições, reforçando as relações sociais de exploração do trabalho, ao eliminar ou descartar direitos adquiridos através da luta social, aumentando o desemprego, a flexibilização, e a terceirização, entre outras consequências, fatos estes que põem os trabalhadores em desvantagem ao violentar seus direitos, dada essa tensão entre capital e trabalho, sendo assim é o Estado que regula as relações sociais.

O Estado surge anterior ao sistema capitalista, mas engendra as disputas pelo controle de classe. Tornando-se assim um mecanismo de dominação sobre a apropriação privada. Na concepção marxista, o Estado é o regulador da dinâmica da sociedade burguesa, perpassada de contradições ao longo da história da luta de classes, ou seja, na perspectiva ontológica, o Estado é um meio de dominação do trabalho pelo capital.

Com o desenvolvimento e a expansão do capitalismo, da luta de classes e dos processos de urbanização, surgiu a necessidade do poder político para organizar a produção e controlar a vida em sociedade. Neste contexto, o nascimento do aparelho estatal surge do propósito de proporcionar uma nova

organização social. Nesse sentido, destaca-se a importante função que desempenha como instrumento de organização política dos indivíduos em seu território, abrangendo toda a vida social ao implementar formas de regulação e pactuação com o mercado. Porém, o Estado é um importante mecanismo de controle que a atual sociedade burguesa utiliza para superar a crise do capital, através da superexploração do trabalho.

Ao garantir as condições de manutenção da superexploração, o Estado dependente assegura determinações em que o capital dependente, para se reproduzir, se apropria de parte do fundo de consumo e de vida dos trabalhadores para transferir ao fundo de acumulação do capital (Mauriel, 2018, p. 254).

Desse modo, o aparelho do Estado estrutura a vida social. Responsável por administrar, e organizar a sociedade, tem o objetivo de manter o consenso entre classes sociais contrapostos. A coerção às vezes é usada como tática diante de realidades conflitantes. (Sierra, Cardoso e Zacarias, 2020) trás apontamentos sobre esse processo do Estado na realização desse poder coercitivo.

Contrários a estas vertentes, os marxistas denunciam as formas de vigilância e de controle social exercidas contra a classe trabalhadora pelo movimento progressivo de concentração e centralização do capital e do conseqüente aumento da desigualdade de classe. O Estado, como representante dos interesses da classe burguesa, concentra seu poder de coerção sobre a classe trabalhadora, realizando a articulação entre as necessidades de acumulação de capital com a capacidade do Estado de se ajustar e de fazer com que a classe trabalhadora se adapte as novas condições, seja por meio da implementação de políticas sociais, seja pela ação dos seus aparatos repressivos (Sierra, et. al., 2020, p. 55).

O aparelho de Estado atua, portanto, o poder político é utilizado para responder aos interesses da classe dominante, que detém o poder econômico, criando assim as condições para a sua expansão através da subordinação da classe dominada que só tem a sua força de trabalho para vender. Nesse sentido, o capital se apropria do papel estratégico do Estado atendendo as demandas sociais e trabalhistas de acordo com suas próprias necessidades, mantendo a classe dominada pelos interesses da classe dominante e exacerbando as contradições do sistema.

O Estado através da acumulação do capital, utiliza mecanismos para acumulação da riqueza, crescendo exacerbadamente a pauperização da classe

trabalhadora. E assim, o Estado passa a ser o regulador da economia, não provendo os mínimos sociais para a sociedade capitalista, transversalmente as políticas sociais, resultando em um Estado forte para o capital e mínimo para o social, diminuindo os investimentos na política social pública.

Em consequência as táticas de exploração se desenvolveram, mas são os trabalhadores e a sociedade como um todo que acabam, pagando pela crise do capital, explicitando que são visíveis as demissões, aumento de horas trabalhadas e, em suma, precarização das relações de trabalho. É uma forma de evitar novas quedas nas margens de lucro, convocando toda a sociedade a se solidarizar com o capital. Segundo Mészáros (2002),

A novidade histórica da crise de hoje torna-se manifesta em quatro aspectos principais: (1) Seu caráter é universal, em lugar de restrito a uma esfera particular (por exemplo, financeira ou comercial, ou afetando este ou aquele ramo particular de produção, aplicando-se a este e não àquele tipo de trabalho, com sua gama específica de habilidades e graus de produtividade etc.); (2) Seu alcance é verdadeiramente global (no sentido mais literal e ameaçador do termo), em lugar de limitado a um conjunto particular de países (como foram todas as principais crises no passado); (3) Sua escala de tempo é extensa, contínua, se preferir, permanente, em lugar de limitada e cíclica, como foram todas as crises anteriores do capital; (4) Em contraste com as erupções e os colapsos mais espetaculares e dramáticos do passado, seu modo de se desdobrar poderia ser chamado de rastejante, desde que acrescentemos a ressalva de que nem sequer as convulsões mais veementes ou violentas poderiam ser excluídas no que se refere ao futuro: a saber, quando a complexa maquinaria agora ativamente empenhada na ‘administração da crise’ e no “deslocamento” mais ou menos temporário das crescentes contradições perder sua energia (Mészáros, 2002, p. 795-796).

Desse modo, o Estado é direcionado a disponibilizar parte significativa do fundo público para a reprodução ampliada do capital isso é um componente estrutural do processo de acumulação capitalista, expressando a grande contradição entre o desenvolvimento das forças produtivas e as relações sociais de produção no capitalismo maduro. Para tanto, Mandel (1982) classifica as três principais funções do Estado, e suas principais características:

1) criar as condições gerais de produção que não podem ser asseguradas pelas atividades privadas dos membros da classe dominante; 2) reprimir qualquer ameaça das classes dominadas ou de frações particulares das classes dominantes ao modo de produção corrente através do exército, da polícia, do sistema judiciário e penitenciário; 3) integrar as classes dominadas, garantir que a ideologia da sociedade continue sendo a da classe dominante e, em consequência, que as classes exploradas aceitem sua própria

exploração sem o exercício direto da repressão contra elas (porque acreditam que isso é inevitável, ou que é "dos males, o menor", ou a "vontade suprema", ou porque nem percebem a exploração a qual estão submetidos) (Mandel, 1982, p. 385).

Com o objetivo de seguir os interesses do capital, surge assim o neoliberalismo, impactando nas principais funções do Estado, nessa relação as contraditórias são evidenciadas em se tratando do capital-trabalho. Nesse contexto evidenciam-se as expressões da questão social, para intervir, o Estado atua por meio das políticas sociais, usando a coerção e o consenso, como mecanismo de legitimação e poder.

Desse modo, o Estado atua no sentido de garantir as condições gerais de produção, usando a força do trabalho excedente como função de primeira ordem, o que coloca no centro a política social que funda as funções de coerção e consenso, e assim surge uma dinâmica contraditória. Segundo Boschetti (2018),

A política social não é de um lado de fora da reprodução ampliada do capital, limitando-a, humanizando-a ou qualquer outro verbo nesse sentido, em que pese seu caráter contraditório, e de produto de lutas sociais. Ela se expandiu na forma do Estado Social em suas diversas abrangências e formas históricas, num ambiente de extração de superlucros - ou seja, de expansão da exploração, em especial na sua forma intensiva, relacionada à terceira revolução tecnológica e à automação-, de imperialismo, de guerra fria e disputa de projetos com a então URSS e o Bloco Socialista, e de produção em massa para um consumo de massa. A política social surge como mediação e condição material desse processo, e não como uma suposta retração da exploração, ainda que demandada pelos trabalhadores, o que combinado a outros elementos gerou melhorias nas condições de vida dos mesmos (Boschetti, 2018, p. 196).

Nesse ínterim, o Estado realiza processos de privatizações para incrementação dos processos de supercapitalização, cresce também o Estado penal do Estado, ou seja, o crescimento das funções de coesão.

As políticas sociais são pensadas como mecanismo de compensação e ao mesmo tempo evolução dos direitos sociais, nesse bojo, intensifica-se a exploração do trabalho o que implica em processos de pauperização da classe trabalhadora, engendrada nas contradições do modo de produção capitalista, perpassada pelo neoliberalismo, crescendo as dimensões de políticas sociais focalizadas e seletivas, perpassadas também pelos processos destrutivos de privatizações.

Sobre a política social, além do problema das prioridades de

financiamento já apontadas nos dados anteriores, observamos uma lógica que a presidiu, que foi na contramão da universalização social-democrata: tratou-se de focalização com forte seletividade e de baixo custo, e que tornou abrangente, em função do tamanho da desigualdade social do Brasil. Além do mais, permaneceram em curso processos tipicamente neoliberais na saúde, a exemplo da EBSEH e das Organizações Sociais; na educação, com a expansão privada do ensino superior e médio, apesar de alguma expansão do setor público que estava congelada nos períodos anteriores; e na previdência social, com estímulo a previdência privada fechada - especialmente entre servidores públicos - e aberta (Boschetti, et al., 2018, p. 60).

Com base no exposto, pode-se concluir que o Estado neoliberal atua contra os trabalhadores porque está sob o controle político do capital e, portanto, subordinado a ele. O seu funcionamento nos tempos modernos inclui modelos penais como fenômeno político de disciplina e supressão da luta de classes, além de reformas realizadas para retirar direitos mínimos dos trabalhadores.

2.2 Estado e expropriações contemporâneas na Política de Saúde

Conforme tratado historicamente por Marx, a expropriação dos trabalhadores das condições necessárias à sua subsistência, transformando-os em trabalhadores assalariados e submetidos ao processo de pauperização. No capitalismo do século XXI, com a dominância do capital financeiro, é possível identificar que os processos que configuraram aquilo que Marx tratou por “métodos pretéritos” de acumulação primitiva, atuantes como “parteiros” na gênese do modo de produção capitalista e aceleraram o processo de separação entre produtores e os meios de produção, adquiriram importante função na reprodução do capital. Isso não significa afirmar a existência de uma nova acumulação primitiva, ou tampouco, a continuidade dos processos que precipitaram a emergência do capitalismo. Para compreender a vigência dos processos de expropriação na dinâmica do capitalismo do século XXI, é necessário tecer algumas mediações, para que seja possível, apreender de que maneira esses métodos tendem a ser atualizados e qual a função desempenhada, para além dos fenômenos descritos por Marx.

O conceito de expropriação foi utilizado pela primeira vez por Marx para descrever o processo de acumulação capitalista, no início da organização econômica. A expropriação de direitos faz parte desses mecanismos e processos violentos do capital, tanto em países de capitalismo central quanto

periféricos. É importante destacar, com base em autores marxistas, que a relação exploração-expropriação é parte da dinâmica histórica do capitalismo e pode ser observada continuamente, entendendo que a expropriação é a transformação dos meios de vida em capital (Fontes, 2018). Na busca de preservar a dinâmica da acumulação, como resposta do capitalismo à sua crise, Carcanholo (2010) aponta para dois elementos que afetam diretamente a classe trabalhadora. O primeiro trata da expansão da dívida pública e o segundo é o aumento da exploração da força de trabalho para a geração de mais-valia.

Desse modo, os processos de expropriação na contemporaneidade têm o Estado como principal meio de valorização do capital, tendo em vista a reprodução social, e assim as políticas públicas são voltadas para as demandas do capital e delimitação da cidadania, centram-se no consumo exacerbado e na mercantilização dos direitos sociais, como saúde e previdência social. Boschetti (2018), explica esses processos de retirada de direitos.

Os processos privatizantes, diretos e indiretos, da previdência e saúde públicas, somados a supressão dos direitos do trabalho, se submetem ao imperativo da acumulação e, ao expropriar direitos conquistados, suprimem da classe trabalhadora a possibilidade de acessar parte da riqueza socialmente produzida apropriada pelo Estado sob forma de fundo público, constituído por impostos e tributos para financiar os serviços públicos. A supressão ou restrição de direitos existentes reduz a participação social do Estado Social na reprodução ampliada da força de trabalho e, em novo contexto e condições históricas, deixa os trabalhadores "livres como pássaros", o que os impele a se submeter a não importa que tipo de trabalho ou atividade para assegurar sua subsistência e de sua família, ou seja, os lança ao jugo das relações de mercado sem nenhum tipo de proteção (Boschetti, 2018, p. 161).

Assim, a categoria de expropriação é incorporada para demonstrar os processos de redução e retirada de direitos sociais que atuam na proteção da força de trabalho. Porém, a utilização desta categoria, inserida no debate atual, tem demonstrado discordâncias teóricas sobre sua compreensão e utilização. A chamada acumulação capitalista, que na contemporaneidade assume um caráter diferente em relação a valorização do capital.

Tal como no passado, o poder do Estado é com frequência usado para impor esses processos mesmo contrariando a vontade popular. A regressão dos estatutos regulatórios destinados a proteger o trabalho e o ambiente da degradação tem envolvido a perda de direitos. A

devolução de direitos comuns de propriedade obtidos graças a anos de dura luta de Classes (o direito a uma aposentadoria paga pelo Estado, ao bem-estar social, a um sistema nacional de cuidados médicos) ao domínio privado tem sido uma das mais flagrantes políticas de espoliação implantadas em nome da ortodoxia neoliberal (Harvey, 2004, p. 123).

O que podemos observar é uma espécie de que tudo vale para manter a hegemonia do sistema capitalista e garantir o processo de acúmulo e valorização do capital, mesmo que isso seja, ao mesmo tempo, a base para questioná-lo e denunciar seus limites.

A contrarreforma na saúde pública brasileira afeta principalmente o financiamento de recursos públicos, nos últimos 30 anos, o financiamento da saúde tem sido um dos temas mais discutidos, e no cenário de crise do capitalismo moderno, surge de um processo de tensão de longo prazo, resultando em políticas econômicas restritivas/neoliberais.

Seguindo esta abordagem, identificamos os retrocessos no financiamento da seguridade social. Perda sistemática de recursos de mecanismo da Desvinculação de Receitas da União (DRU) e atualizações regulares ao ano. E assim o capital vai procurar métodos de intervenção estatal, que aliás vem adotando, como por exemplo na manutenção do subfinanciamento do SUS, levando a que se registre que a classe trabalhadora não tenha capacidade de fazê-la por ela mesma.

Nessa perspectiva, entendemos ser fundamental enfatizar o crescimento da resistência dos trabalhadores, particularmente no enfrentamento de formas alternativas do financiamento da saúde universal. As possibilidades de valorização dos direitos universais à saúde, por meio da prioridade ao financiamento do SUS podem ser alcançadas por outros percursos, diferentes de se apoiarem em tributos que incidem sobre a lógica produtiva. É na esfera financeira que eles devem ser mais pensados. Para tanto, na busca pela valorização da construção da universalidade são sugeridas as seguintes propostas: 1) a ampliação da alíquota da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) (fonte de financiamento para a saúde) para instituições financeiras (atual 9%) para 18%, conforme Projeto de Lei já existente no Congresso Nacional; 2) o aprofundamento dos mecanismos de tributação para a esfera financeira, mediante a criação de um Imposto Geral sobre a Movimentação Financeira (IGMF) e a tributação das remessas de lucros e

dividendos realizadas pelas empresas multinacionais, atualmente isentas na legislação, destinadas ao Orçamento da Seguridade Social (saúde, previdência e assistência social); 3) o estabelecimento da Contribuição sobre Grandes Fortunas com destinação para a Seguridade Social (projetos já existentes na Câmara Federal); 4) rejeição da permanência da (CSLL), como forma de não prejudicar a “saúde” financeira do Orçamento da Seguridade Social; 5) buscar o entendimento sobre o fim das isenções de Imposto de Renda das Pessoas Físicas com despesas médicas e do Imposto de Renda.

No capitalismo moderno, é evidente o fortalecimento do setor privado na área da saúde, impulsionado pelo desejo incessante de acumulação de capital e pela socialização dos custos e riscos do sistema capitalista. Esse processo ocorre por meio de mecanismos de apoio estatal, porém, como consequência, há menos recursos disponíveis para o Sistema Único de Saúde (SUS), o que agrava ainda mais seu já crônico subfinanciamento. Recentemente, essa falta de investimento financeiro tem se intensificado, resultando em seu desfinanciamento.

Na conjuntura atual do país, em que ocorre uma forte ofensiva conservadora contra as políticas sociais, especialmente o SUS, considerado a maior política social já implementada no Brasil, mesmo com todos as contrarreformas não solucionados em suas três décadas de existência, é correto ressaltar que os entraves persistem porque nenhum governo ou partido político priorizou o financiamento e a implementação do SUS de acordo com as prerogativas legais.

Contudo, os problemas do SUS também persistem devido à atuação de atores internacionais, como o Banco Mundial, que constantemente desqualificam o sistema de saúde brasileiro e afirmam a eficiência e eficácia do setor privado. Esses atores são, na verdade, agentes do capital que buscam expandir os mercados consumidores, convertendo a saúde em mercadoria. Nesse sentido, é necessário propor uma ruptura com a lógica do cálculo econômico como critério para a análise das políticas sociais.

A contrarreforma do Estado, segundo Behring (2011), se caracteriza pelo caráter regressivo sobre os direitos e conquistas sociais da classe trabalhadora. A partir de 2016, o processo de contrarreforma na política de saúde se agrava a partir do Governo Temer, verificou-se o acelerado desmonte do

Estado Brasileiro. Segundo Bravo, Pelaez, Menezes (2019), intensificou as contrarreformas advindas do governo anterior, como a medida da Reforma Previdenciária apresentada ao Congresso Nacional, em fevereiro de 2019. Podemos citar as três características básicas do atual governo são: extremo liberalismo econômico; temor das mobilizações e desprezo pela participação da maioria, ou seja, pela democracia. Dessa maneira, seguem-se as disputas de projetos neoliberais, e como consequência há a diminuição dos direitos da classe trabalhadora e o mercado em todos os aspectos da vida social.

A contrarreforma do governo Temer é embasada em alguns documentos como “Uma Ponte para o Futuro”, publicado em outubro de 2015. E assim tem se a continuidade na privatização da saúde, e como medidas adotadas podemos elencar: a PEC 95/2016 que congela os recursos orçamentários para as políticas sociais por 20 anos; como também as propostas de retrocessos na política de saúde mental e de mudanças na Política Nacional de Atenção Básica – PNAB; a criação dos chamados planos de saúde acessíveis; e assídua participação da saúde no setor privado através do Instituto Coalizão Saúde. Isto posto é expresso a continuidade das contrarreformas no governo do ilegítimo Michel Temer. No atual governo de Bolsonaro, vê-se o prosseguimento das contrarreformas.

Mas não podemos deixar de registrar os ataques do governo brasileiro às mais elementares liberdades democráticas e à Constituição de 1988, neste período da pandemia, bem como a militarização do Estado e o armamento de Milícias de extrema direita no país, acompanhados de uma resposta institucional débil.[...] há uma correspondência entre este Estado interdito e asfixiado para o social e o público, engendrado pelo ultraneoliberalismo e a restrição das liberdades democráticas preconizada pelo neofascismo, para os quais devemos estar atentos e fortes (Behring, et al., 2020, p. 119).

Observa-se que discutir o processo de contrarreforma na política de saúde engendrada na perspectiva totalitária, considerando a configuração histórica das contradições assumidas pela contradição capital/trabalho em que as contrarreformas se inserem nesse contexto regressivo.

3. A contrarreforma do Estado na Política de Saúde e Serviço Social

A crise estrutural do capital mundial teve início na década de 1970, mas, dialeticamente falando, a resposta a esta crise é determinada pelas suas especificidades e características, uma série de estratégias do capital e medidas são tomadas para lidar com a crise, sendo caracterizada pela dominância do capital financeiro que rende juros, e pelo excedente do capital, por meio do processo de combinação de inovação tecnológica e reestruturação produtiva. Meszáros (2002, p.916), ressalta que

[...] é a crise estrutural profunda do sistema do capital global que exige e impõe cortes em uma escala sempre crescente [...] o sistema do capital estrutural não consegue mais produzir os recursos necessários para manter a própria existência, muito menos para expandir, de acordo com necessidade crescente, o Estado de bem-estar social, que há muito tempo chegou a constituir sua finalidade justificadora.

A estrutura organizacional se combina com as antigas práticas predatórias de acumulação primitiva e está sendo ajustada. E assim, foi realizado o processo de contrarreforma, com caráter regressivo em relação aos direitos sociais já conquistados, incluindo o direito à saúde, sendo assim, baseia-se na racionalidade dominante do capitalismo contemporâneo. O aspecto específico desta relação é que quase todos os recursos são transferidos através de transações bancárias, reconhece-se que o investimento em serviços de saúde tem uma área importante para aumentar a rentabilidade do capital.

A partir da década de 1990, iniciou-se o processo de contrarreforma do Estado brasileiro, seu primeiro impacto é no recém-criado SUS. Desde então, projetos privados eram dominantes na Política de Saúde.

A racionalidade burguesa incorpora o conteúdo da ideologia neoliberal, ou seja, o pragmatismo, o consumismo e o imediatismo, têm sido historicamente as características. Além disso, em diferentes espaços sociais e em todas as políticas sociais, esta racionalidade reúne elementos, estratégias e mecanismos específicos para atender às necessidades do capital. David Harvey (2008, p. 52) aponta que, a ofensiva neoliberal necessitava,

(...) da sustentação de uma estratégia prática que enfatizasse a liberdade de escolha do consumidor, não só quanto a produtos

particulares, mas também quanto a estilos de vida, formas de expressão e uma ampla gama de práticas culturais. A neoliberalização precisava política e economicamente, da construção de uma cultura populista neoliberal fundada no mercado que promovesse o consumismo diferenciado e o libertarianismo individual. No tocante a isto, ela se mostrou mais que compatível com o impulso cultural chamado “pós-modernismo”, que havia muito espreitava no ninho, mas agora podia surgir, emplumado, como dominante tanto cultural quanto intelectual.

Desse modo, a ofensiva neoliberal proporcionou as mudanças provocadas pela acumulação flexível, provocando danos para a classe trabalhadora que têm mudanças nos contratos de trabalho (contratação de trabalhadores temporários, terceirizados, entre outros) e aumento da produtividade e instabilidade do emprego.

A precarização do trabalho, considerando sua existência desde os primórdios da sociedade, na contemporaneidade assume novas configurações e manifestações, especialmente a partir de 1990, quando houve o impacto da contrarreforma no Estado na sociedade, com a Implementação de políticas neoliberais. Soares ressalta de forma assertiva sobre a contrarreforma.

A filantropia substitui o direito social. Os pobres substituem os cidadãos. A ajuda individual substitui a solidariedade coletiva. O emergencial e o provisório substituem o permanente. As microssituações substituem as políticas públicas. O local substitui o regional e o nacional. É o reinado do minimalismo do social para enfrentar a globalização da economia. Globalização só para o grande capital. Do trabalho e da pobreza cada um cuide do seu como puder. De preferência, um Estado forte para sustentar o sistema financeiro e falido para cuidar do social (Soares, 2003, p. 12).

O governo de Collor assumiu a liderança no lançamento de ajustamentos estruturais; ou seja, a Contrarreforma. Seu curto mandato marcou o início da implantação do SUS, em um momento em que os movimentos sociais têm sofrido inúmeros ataques.

Sendo assim, durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, a reestruturação e contrarreforma do país ocorreram de forma mais ofensiva e estruturada, com a criação do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) chefiado por Bresser Pereira. Os projetos de reforma do aparelho do Estado foram aprovados quase na sua totalidade, tornando a saúde um domínio não exclusivo do Estado e, portanto, capaz de prestar serviços por organizações sociais.

As estratégias de contrarreforma na seguridade social são as seguintes: tornar pública a existência do déficit previdenciário e a necessidade de uma contrarreforma ampla e clara desta política como base; refilantropizar a assistência social através do estabelecimento de programas de solidariedade comunitária; Instabilidade, a expansão restritiva, fragmentada e desigual do sistema sem anunciar a sua contrarreforma ou qualquer tipo de mudança substantiva. No Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRE), evidencia a propositura inicial,

Neste sentido, são inadiáveis: (1) o ajustamento fiscal duradouro; (2) reformas econômicas orientadas para o mercado, que, acompanhadas de uma política industrial e tecnológica, garantam a concorrência interna e criem as condições para o enfrentamento da competição internacional; (3) a reforma da previdência social; (4) a inovação dos instrumentos de política social, proporcionando maior abrangência e promovendo melhor qualidade para os serviços sociais; e (5) a reforma do aparelho do Estado, com vistas a aumentar sua “governança”, ou seja, sua capacidade de implementar de forma eficiente políticas públicas (PDRE, 1998, p. 11).

E assim, começam os ajustes neoliberais, com a implementação do SUS, de acordo com o seu marco legal original, para grande parte dos movimentos sanitários do país, se tornou uma abordagem estratégica do espaço político para atender aos interesses da classe trabalhadora e de suas organizações em torno de projetos corporativos alternativos, mas nesse interim começam a serem concebidas as políticas sociais no âmbito das “possibilidades”, isto é, face aos ajustamentos neoliberais.

A ESF é uma manifestação relevante desse processo, pois embora seu escopo tenha se ampliado e tenha alcançado alguns resultados positivos em termos de indicadores de saúde que abrangem a população, atualmente concentra a maior parte dos recursos disponíveis em um único fundo, que é financiado pelas Prefeituras Municipais.

Além disso, embora a ESF seja prioridade de política pública de saúde, ela não atende à universalidade de suas necessidades e possui um programa básico e instável centrado em pequenas equipes (médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem) especializados, não reúne condições para efetivamente promover a saúde.

Sob a gestão de FHC, a ESF expandiu-se significativamente, o que teve um impacto positivo nos indicadores de saúde. Mas esta expansão mesmo muito concentrada não foi replicada nas mesmas proporções noutros níveis de cuidados, em grande parte devido ao financiamento limitado da política. Portanto, a expansão remanescente de alguns serviços e o aumento da cobertura da ESF e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) reproduzem instabilidade, foco e grandes necessidades não atendidas. Quanto mais instável o SUS, mais cresceu o mercado de serviços privados, e não por acaso, e na década de 1990 esse mercado expandiu significativamente; em 2000, foi criada a Agência Nacional de Medicina Complementar (ANS) para regular os serviços de medicina complementar, controlar e inspecionar.

Além da ANS, a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) também foi criada, em 1995. Na verdade, essas mudanças se configuraram na política de saúde brasileira sem alterar seu arcabouço legal original, de modo que o SUS materializado tornou-se cada vez mais distante do SUS legalmente instituído. Não há dúvida de que a contradição entre o SUS histórico e o SUS concreto foi cimentada durante os dois governos FHC, apesar da resistência de alguns setores do movimento sanitário.

A eleição de Lula da Silva levantou algumas expectativas sobre os rumos do Estado brasileiro: pela primeira vez, um representante sindical popular de um partido nominalmente pertencente aos trabalhadores foi eleito presidente do país; assim, a estrutura de um país historicamente autoritário espera-se que mude drasticamente e se afaste dos interesses dos trabalhadores. Em termos de política de saúde, mais precisamente, o que se esperava era a retomada dos projetos de reforma sanitária e de implementação do SUS.

As políticas, programas e ações do Departamento de Saúde ecoam os conflitos desses projetos. E nos primeiros anos do governo Lula houve maior abertura para a implementação de reformas sanitárias, que gradativamente deram lugar a propostas hegemônicas do SUS e de projetos privados.

Interesses políticos e econômicos estão por trás de tal redirecionamento. Como foi dito, o caráter conjuntural do País, mais especificamente da governança, interfere diretamente no formato das políticas. A conjuntura brasileira, neste momento, não favorece a população. Não obstante, esse movimento não é recente, de modo que Paim (2009) já havia enfatizado que os governos do período pós-constituente (Itamar Franco, Fernando Henrique Cardoso e Luiz Ignácio

Lula da Silva) não fizeram avançar o processo da Reforma Sanitária. Concordando com o autor, percebe-se que tal estagnação também foi mantida em governos posteriores, como nos mandatos de Dilma e no assumido por Temer, e tem perspectiva de continuidade e ainda mais retrocesso no governo de Jair Bolsonaro, dadas as declarações que tendem a exaltar o setor privado e a descontinuidade do financiamento contida na Emenda à Constituição (EC) 95 (Farias, 2019. p. 55).

Estas reformas impactam diretamente a função pública de diversas maneiras e os assistentes sociais são diretamente afetados pelas disposições do projeto neoliberal. No contexto da política social de saúde, esta situação também se reflete no exercício profissional desta categoria se constituindo num dos maiores desafios na contemporaneidade. Dessa forma, um dos objetivos do Serviço Social na área da saúde é compreender e revelar as determinações sociais que afetam o processo saúde-doença, consideradas expressões da "questão social". Isso exige que a profissão busque estratégias político-institucionais para enfrentá-la e facilitar o acesso aos serviços, garantindo que sejam de qualidade (BRAVO, 2004).

É importante destacar que o Serviço Social surge como profissão na sociedade capitalista em seu estágio monopolista. Neste contexto, é requisitado pelas estruturas complexas do Estado e do grande capital para promover o controle e a reprodução ideológica e material das classes subalternas.

Nos últimos 30 anos, é indiscutível que a profissão tem passado por importantes avanços em nível nacional, com a ampliação e atualização de suas dimensões ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa, além do aprimoramento de sua produção científica, o fortalecimento de entidades científicas e de representação política. No entanto, segundo Iamamoto, em suas obras recentes (2008, 2009), observa que essa análise não trouxe todas as implicações teóricas e políticas mais profundas relacionadas ao reconhecimento do assistente social como um trabalhador assalariado em instituições públicas e privadas. Portanto, o assistente social, enquanto trabalhador assalariado ingressa no mercado de trabalho (condição essencial para poder exercer sua profissão como trabalhador).

Os empregadores estabelecem as demandas sociais às quais o assistente social deve atender; delimitam o escopo do trabalho; interferem nas condições em que os atendimentos ocorrem, bem como em seus efeitos na reprodução das relações sociais. Além disso, eles impõem requisitos trabalhistas

e ocupacionais aos seus funcionários especializados e mediam as relações com o trabalho coletivo articulado por eles.

Portanto, as implicações são profundas, afetando a autonomia relativa do assistente social que, por meio desse processo, não tem a viabilidade concreta de definir as prioridades ou a maneira como deseja realizar o trabalho socialmente necessário. Surge, assim, uma tensão entre o projeto ético-político profissional e a alienação do trabalho, "uma tensão entre o trabalho controlado e subordinado ao poder do empregador, as demandas dos sujeitos de direitos e a reativa autonomia do profissional para moldar o seu trabalho" (Iamamoto, 2009 p. 354).

Dessa maneira, ao refletir sobre as mudanças e redefinições atuais no mundo do trabalho, os profissionais de saúde, e por consequência, os assistentes sociais também são frequentemente alvo dessas transformações. Isso ocorre devido ao agravamento da precarização do trabalho na área da saúde, caracterizada por medidas reais de desregulamentação e desvalorização do trabalho humano. Além disso, a utilização de novas tecnologias e diferentes formas flexíveis de contratação também contribuem para esse cenário no setor público.

Nesse sentido, esse movimento de intensificação da desproteção social, desrespeito aos direitos constitucionais, a flexibilização e a precarização do trabalho, afetam diretamente os assistentes sociais que atuam no campo da saúde pública. Como trabalhadores assalariados, eles não conseguem escapar da degradação do trabalho.

Nesse contexto, intervém o assistente social, que, como empregado, está sujeito as mesmas leis de mercado impostas pelo atual padrão de acumulação da mesma forma que os demais trabalhadores, sofrendo os mesmos efeitos impostos pelo processo de precariedade, no contexto das transmutações e redefinições do trabalho, sentindo os gradientes de novas configurações e demandas expressas nos mais diversos espaços socioprofissionais, especialmente na saúde pública, onde o trabalho privado e a comercialização da saúde ganham a cada dia mais força.

O Serviço Social, enquanto campo funcional, integrado na divisão social e técnica do trabalho, desenvolveu-se nas últimas décadas nas suas dimensões ético-política, teórico-metodológica e técnico-operacional protegidas pela

legislação profissional e pelos projetos profissionais, que está vinculado a um projeto ético político da profissão.

O Serviço Social se gesta e se desenvolve como profissão reconhecida na divisão social do trabalho, tendo por pano de fundo o desenvolvimento capitalista industrial e a expansão urbana, processos esses aqui apreendidos sob o ângulo das novas classes sociais emergentes – a constituição e expansão do proletariado e da burguesia industrial – e das modificações verificadas na composição dos grupos e frações de classes que compartilham o poder de Estado em conjunturas específicas. É nesse contexto, em que se afirmar a hegemonia do capital industrial e financeiro, que emerge sob novas formas a chamada “questão social”, a qual se torna a base de justificação desse tipo de profissional especializado (Iamamoto, 1982, p.77).

Porém, na vivência cotidiana de sua prática profissional, considerada pela atual situação que o país atravessa, de desconstrução e perda de direitos socialmente garantidos devido às reformulações em curso no Estado, esses profissionais são arrastados para um processo contraditório: por um lado, há a categoria do compromisso com a garantia dos direitos dos sujeitos, com vistas ao fortalecimento do protagonismo político, mas, por outro lado, há a consternação desses profissionais diante da contínua exposição ao desamparo na face à falta de meios e recursos capazes de implementar verdadeiramente esta garantia de direitos.

3.1 A Contrarreforma na Política de Saúde sob a ofensiva do ultraneoliberalismo

Foi no contexto de redemocratização, através da Constituição Federal de 1988, que o Sistema Único de Saúde (SUS), foi implementado, simbolizando uma conquista histórica das lutas sociais, mais especificamente, do Movimento da Reforma Sanitária, que colocava a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Regulamentado nas Leis 8.080/90 e 8.142/90, o SUS inaugura um novo conceito de saúde, não sendo somente a ausência de doenças, mas considerando a determinação social do processo saúde/doença pautada nos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade. No entanto, desde sua implantação, o SUS é palco de disputas entre o projeto público (defendido pelo Movimento da Reforma Sanitária) e o projeto privatista. Esse processo ocorreu com várias contradições, ao tempo que na década de 1990, a ofensiva

neoliberal é introduzida no Brasil, no entanto ocorreu a regulamentação das políticas de seguridade social, previdência social, saúde e assistência social. Segundo Bravo (2006),

A saúde, nessa década, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia. Dos personagens que entraram em cena nesta conjuntura, destaca-se: os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contrapropostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas, a temática, e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil (Bravo, 2006, p.8).

A contrarreforma do Estado, segundo Behring (2011), se caracteriza pelo caráter regressivo sobre os direitos e conquistas sociais da classe trabalhadora. Nesse processo, a política de saúde sofre um constante processo de desestruturação, precarização e subfinanciamento/desfinanciamento por parte do Estado, o que faz parte do projeto neoliberal para a manutenção da acumulação capitalista, principalmente em períodos considerados de crise do capital. A contrarreforma na saúde pelo Estado se consolidou já no governo FHC ao se considerar o PDRE, que fundamentava suas propostas de reestruturação do Estado frente às políticas sociais, pelo argumento da falta de competência do mesmo para gestar as políticas (Brasil, 2021). O PDRE apresentou um conjunto de proposições que originou as condições para a reconstrução da administração pública em bases modernas e racionais. Com base no conceito de gerenciamento e eficiência, com o objetivo de controlar resultados, foi introduzido o conceito de administração de gerenciamento. Portanto, seria necessário reorganizar a estrutura da administração pública, com foco na qualidade e produtividade dos serviços públicos.

Na proposição principal, defendia a flexibilidade da estabilidade do funcionalismo, visando o ajuste financeiro e as reformas econômicas voltadas

para o mercado. Conforme Behring (2008), o plano é justificado logo na sua introdução: o Estado brasileiro afastou-se de suas funções precípua para atuar na esfera produtiva. De outro ângulo, se o Estado e o mercado são as instituições que operam na coordenação dos sistemas econômicos, quando se apresentam problemas em uma delas, configura-se como uma situação de crise. É ressaltado que a reforma do Estado deve ser entendida dentro do contexto da redefinição da função do Estado, que deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via da produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento (Brasil, 1995).

O documento Uma Ponte para o Futuro de autoria da Fundação Ulysses Guimarães, vinculada ao PMDB (Partido do Movimento Democrático Brasileiro), é perceptível a adesão ao endurecimento do neoliberalismo. Seguem com propostas de ampliação explícitas de favorecimento ao mercado financeiro, pois primeiramente desconhecem o ajuste fiscal como promotor da recessão, elegendo o déficit como vilão, assim como coloca em discussão que o Estado atua com excessos de direitos, especialmente os sociais e trabalhistas. É explícito a destruição dos direitos sociais, atacando fortemente a capacidade de atuação do Estado, e com forte entrega do mercado internacional, sustentando as privatizações.

Desse modo, defende o fim da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), uma proposta que permite que o acordado prevaleça sobre o legislado, configurando retirada de direitos dos trabalhadores. Os elementos de contrarreforma são explícitos no documento.

Portanto, é fundamental: a) construir uma trajetória de equilíbrio fiscal duradouro, com superávit operacional e a redução progressiva do endividamento público; b) estabelecer um limite para as despesas de custeio inferior ao crescimento do PIB, através de lei, após serem eliminadas as vinculações e as indexações que engessam o orçamento; c) alcançar, em no máximo 3 anos, a estabilidade da relação Dívida/PIB e uma taxa de inflação no centro da meta de 4,5%, que juntos propiciarão juros básicos reais em linha com uma média internacional de países relevantes – desenvolvidos e emergentes – e taxa de câmbio real que reflita nossas condições relativas de competitividade; (PMDB, 2015, p.18).

Dessa forma temos o aprofundamento do ajuste fiscal permanente, conhecido como Novo Regime Fiscal, que visa sinalizar ao mercado um

ambiente favorável aos negócios, permitindo a exploração de mão de obra precarizada. O objetivo do ajuste fiscal é possibilitar o saque ao fundo público, visto como um suporte essencial para os interesses do grande capital, especialmente os detentores de títulos da dívida pública, em momentos de crise. E assim, esse processo se entrelaça com o saque do patrimônio público, marcado pela retomada das privatizações, com ênfase nos interesses imperialistas sobre os recursos naturais do país, como a água, o petróleo e a Amazônia. Essa abordagem evidencia a tendência de submeter os recursos e a soberania nacional aos interesses de grandes corporações e potências estrangeiras. (Behring, Cislighi, Souza, 2020). A continuidade da ampliação das privatizações é evidenciada em tais objetivos expostos abaixo.

....d) executar uma política de desenvolvimento centrada na iniciativa privada, por meio de transferências de ativos que se fizerem necessárias, concessões amplas em todas as áreas de logística e infraestrutura, parcerias para complementar a oferta de serviços públicos e retorno a regime anterior de concessões na área de petróleo, dando-se a Petrobras o direito de preferência; e) realizar a inserção plena da economia brasileira no comércio internacional, com maior abertura comercial e busca de acordos regionais de comércio em todas as áreas econômicas relevantes – Estados Unidos, União Europeia e Ásia – com ou sem a companhia do Mercosul, embora preferencialmente com eles. Apoio real para que o nosso setor produtivo se integre às cadeias globais de valor, auxiliando no aumento da produtividade e alinhando nossas normas aos novos padrões normativos que estão se formando no comércio internacional (PMDB, 2015, p.18)

O documento “Uma Ponte para o futuro” evidência a continuidade das privatizações, seguindo na mesma lógica do PDRE. A privatização de empresas estatais e serviços públicos tem sido uma estratégia adotada por muitos governos ao redor do mundo, desencadeando potenciais impactos sociais e econômicos dessas medidas.

O discurso falacioso é que a transferência de empresas estatais para o setor privado pode resultar em “uma gestão mais eficiente e em uma melhor alocação de recursos”. Mas o que demonstra é que as privatizações levantam preocupações sobre a possibilidade de aumento de preços e redução da qualidade dos serviços, especialmente em setores essenciais, como energia, água e transporte. Transformando esses serviços inacessíveis para as camadas mais vulneráveis da sociedade, além de perderem sua função social. Além de que resulta na concentração de poder econômico nas mãos de poucas

empresas. Resultando em impactos sociais e a necessidade de garantir o acesso universal a serviços de qualidade.

Essa lógica da contrarreforma da saúde se expressa por meio dos modelos privatizantes de gestão voltados para as políticas sociais como as Organizações Sociais (OSs), as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Privado (OSCIPs), as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), intensificado a privatização dos serviços de saúde. Correia (2011), aponta o significado das privatizações, assim como tais interesses.

Isto significa transferência da gestão das atividades das políticas públicas para o setor privado mediante repasse de recursos, de instalações públicas e de pessoal. A isto se denomina privatização do público, ou seja, apropriação por um grupo privado (denominado “não estatal”) do que é público: Qual seria o interesse de um grupo privado em assumir a gestão de um serviço social público que não seja o interesse econômico? [...] (Correia, 2011, p.45).

Ademais, o compromisso com a diminuição dos gastos sociais é também um objetivo exposto no documento “Uma Ponte para o Futuro”. Uma redução abrupta e inadequada dos gastos sociais que resulta no aumento das expressões da questão social, é notória o interesse do capital financeiro, seguindo as preconizações do neoliberalismo, o que resulta em uma sociedade mais fragmentada, onde a desigualdade de oportunidades se aprofunda e a coesão social enfraquece.

... f) promover legislação para garantir o melhor nível possível de governança corporativa às empresas estatais e às agências reguladoras, com regras estritas para o recrutamento de seus dirigentes e para a sua responsabilização perante a sociedade e as instituições; g) reformar amplamente o processo de elaboração e execução do orçamento público, tornando o gasto mais transparente, responsável e eficiente; 19 h) estabelecer uma agenda de transparência e de avaliação de políticas públicas, que permita a identificação dos beneficiários, e a análise dos impactos dos programas (PMDB, 2015, p.18).

Prosseguindo, é evidente a continuidade das contrarreformas, que visam a redução do papel do Estado na economia e na sociedade. Incluindo, privatizações, redução de direitos trabalhistas, cortes em programas sociais, entre outras medidas que tendem a favorecer uma maior participação do setor privado na oferta de serviços e na regulação econômica.

Em suma, o discurso referenciado pela classe dominante é que a contrarreformas são necessárias para promover a eficiência, a competitividade e o crescimento econômico. Além disso, pontuam o discurso falacioso de que a redução dos gastos públicos pode ajudar a conter o déficit fiscal e a dívida pública, promovendo assim a estabilidade macroeconômica. A redução do papel do Estado resulta na precarização do trabalho, ao aumento da desigualdade social. Além disso, as contrarreformas aprofundem as disparidades regionais e exacerbem as assimetrias sociais, enfraquecendo o tecido social e minando a coesão nacional.

O Brasil gasta muito com políticas públicas com resultados piores do que a maioria dos países relevantes; i) na área trabalhista, permitir que as convenções coletivas prevaleçam sobre as normas legais, salvo quanto aos direitos básicos; j) na área tributária, realizar um vasto esforço de simplificação, reduzindo o número de impostos e unificando a legislação do ICMS, com a transferência da cobrança para o Estado de destino; desoneração das exportações e dos investimentos; reduzir as exceções para que grupos parecidos paguem impostos parecidos; k) promover a racionalização dos procedimentos burocráticos e assegurar ampla segurança jurídica para a criação de empresas e para a realização de investimentos, com ênfase nos licenciamentos ambientais que podem ser efetivos sem ser necessariamente complexos e demorados; l) dar alta prioridade à pesquisa e o desenvolvimento tecnológico que são a base da inovação (PMDB, 2015, p.19).

Entende-se por aparelho do Estado a administração pública em sentido amplo, ou seja, a estrutura organizacional do Estado, em seus três poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário) e três níveis (União, Estados-membros e Municípios). No que diz respeito aos governos de Lula, dentre as ações que inflexionaram a saúde, se destaca, por exemplo, a prorrogação da Desvinculação das Receitas da União -DRU (Borline,2010).

No governo do Partido dos Trabalhadores as políticas sociais implementadas mostraram-se voltadas à ideologia do social-liberalismo, que se caracteriza por ser uma variante do neoliberalismo, que fortalece a lógica do capitalismo. Sendo assim, o governo petista seguiu o modelo fortalecedor do capital, combinando crescimento econômico com justiça social, por meio de políticas sociais compensatórias, focalizadas e seletivas.

Assim, uma nova etapa da contrarreforma na política de saúde ocorre

no governo Lula que, além de dar continuidade à política econômica conservadora e ao subfinanciamento da Seguridade Social implementa uma série de mudanças que o seu antecessor não conseguiu[...] No que se refere à política de saúde, o governo Lula expressa as suas ações, o tensionamento dessa política através da institucionalização de pactos, planos de desenvolvimento e da elaboração de um projeto amplo de privatização das políticas sociais configurado na forma de *fundações estatais de direito privado*, que se apresentam como continuidade da reforma sanitária (Soares, 2012, p. 91).

Portanto na política de saúde, o governo Lula, seguiu com a lógica privatista, dando continuidade à implementação do SUS possível. Visto que, flexibilizou os princípios do SUS, priorizou a terceirização dos trabalhadores da Saúde. O governo de Dilma Rousseff prosseguiu com as orientações da gestão, dando continuidade ao processo de implementação dos novos modelos de gestão. Nesse governo foi criada a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), por meio da Lei 12.550/2011.

O ano de 2016 foi marcado pelo processo de impeachment da presidente Dilma Rousseff, que consistiu num golpe, jurídico, parlamentar com grande apoio da mídia. Desse modo, assume a presidência o ilegítimo Michel Temer, iniciando a fase do ultraneoliberalismo, visto que as contrarreformas foram aceleradas e temos a continuidade do processo de privatização na saúde, através do congelamento dos recursos orçamentários. Portanto, temos uma aceleração nas privatizações da Saúde, por meio de ações drásticas, o governo Temer continuou com o aprofundamento e aceleração do desmonte das políticas sociais. Mota (2019, p.137)) reflete sobre o ultraneoliberalismo,

Nesse enfrentamento, a programática burguesa responde pela principal prática capitalista: a financeirização da economia via apropriação do fundo público pelo capital rentista e banca internacional por meio da expropriação de direitos e pilhagem dos meios de vida dos trabalhadores (bens, serviços, salários, e rendas), mercantilizando-os e financeirizando-os. Esse movimento, cuja centralidade é do mercado, inclusive do mercado de capitais, revela que o atendimento das necessidades materiais e sociais da população brasileira afasta-se cada vez mais da guarda dos direitos e aproxima-se da transformação dos bens e serviços públicos em mercadorias lucrativas.

Apesar dos governos petistas de Lula e Dilma darem continuidade à contrarreforma do Estado sobre a saúde, na medida em que não romperam com os princípios neoliberais, esse movimento acontecia de maneira não explícita, através de um redirecionamento dos princípios do SUS possível (Soares, 2018,

p. 25), defendendo de maneira fragmentada o projeto da Reforma Sanitária, da abertura para os novos modelos de gestão e das parcerias com o privado.

A democracia cada vez mais imune as pressões populares se mostraram capaz de substituir peças políticas incômodas quando necessário para o capital sem ter que alterar a si mesmo arditosamente construída inspirada nos modelos europeu e norte-americano. Segundo Demier (2017, p.67),

A despeito de suas motivações, o fato é que a ocorrência das mobilizações populares significou uma ruptura brusca com o ramerrão da vida política nacional. A volta da política às ruas e as praças, quebrando o monopólio político palaciano, sintonizou o Brasil com uma nova conjuntura mundial que, marcada por cotidianos (embora não agudas) lutas contraordem capitalista *contrarreformista*, tornou-se visivelmente diferente da ressignificação social que caracterizou boa parte do período 1991-2008. Uma nova situação política foi aberta no Brasil em junho de 2013 e, no atual momento, tanto a radicalização das lutas sociais (com destaque para as ocupações estudantis), em um polo, quanto o avanço do conservadorismo de extrema-direita, em outro (bem mais forte), podem ser vistos como elementos que guardam profundas conexões com o inverno daquele ano.

O Partido dos Trabalhadores (PT), teve incipiente capacidade de dirigir e controlar os jovens dos setores precarizados da classe trabalhadora, que eventualmente poderiam vir a se levantar contra as austeridades. A burguesia tradicional nunca aceitou o resultado Eleitoral do segundo turno de 2014, criando um clima de instabilidade política que inviabilizava a reversão da crise e da lucratividade, colocando a política acima da economia. Demier (2018, p.96.) afirma que,

Gradativamente, ao longo de 2015 e 2016, o Partido dos Trabalhadores, aos olhos do conjunto das frações da burguesia brasileira, passou a ser visto- não obstante todos os seus vis esforços em provar o contrário- como um partido incapaz de implementar as contrarreformas e o ajuste fiscal *no grau, no ritmo e na intensidade exigidos pela crise econômica nos quadros de um capitalismo periférico e dependente*.

As políticas sociais implementadas pelo governo do PT mostraram-se voltadas à ideologia do social-liberalismo, que se caracteriza por ser uma variante do neoliberalismo, que fortalece a lógica do capitalismo. Sendo assim, o governo petista seguiu o modelo fortalecedor do capital, combinando crescimento econômico com justiça social, por meio de políticas sociais

compensatórias, focalizadas e seletivas.

Portanto na política de saúde, os governos, desde 1990, vêm efetuando processo de contrarreformas, no governo FHC, foram criadas as OSs, o governo Lula, seguiu com a lógica privatista, dando continuidade à implementação do SUS possível (Soares, 2018). Visto que, flexibilizou os princípios do SUS, priorizou a terceirização dos trabalhadores da Saúde, não revogou a lei que criou as OSs. O governo de Dilma Rousseff prosseguiu com as orientações da gestão, dando continuidade ao processo de implementação dos novos modelos de gestão. Nesse governo foi criada a EBSERH, através da Lei 12.550/2011. Esse contexto, no entanto, passa por uma enorme transformação a partir de 2016, com o governo Temer (Soares, 2018).

O governo de Michel Temer, no período de 31 de agosto de 2016 a 01 de janeiro de 2019, aprofundou o processo da contrarreforma do Estado sobre as políticas sociais. Portanto, se viabiliza um processo de ampliação do ajuste fiscal permanente, uma aceleração do processo de contrarreforma, sendo a principal a EC-95 e a proposição dos planos acessíveis de saúde. Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018), asseveram as principais proposições do governo Temer que tiveram fortes rebatimentos sobre a política de saúde, se destacam: a aprovação da Emenda Constitucional-95 (o congelamento do teto dos gastos primários por 20 anos), a proposição dos Planos Populares de Saúde para ser regulamentada; a proposição de alteração na lei que regulamenta os planos de saúde no Brasil, a alteração na Política Nacional de Atenção Básica em Saúde e as alterações na Política de Saúde Mental, mais especificamente na Rede de Atenção Psicossocial.

Essa fase dá início ao ultraneoliberalismo, que traz os ditames neoliberais de forma mais explícita e com mais consequências para a classe trabalhadora, na medida em que torna as contrarreformas mais recorrentes e severas, colocando o argumento de crise para requisitar as ações do Estado, favorecendo o capital em detrimento dos direitos sociais, implicando no aprofundamento do ajuste fiscal permanente, por meio do desfinanciamento, ampliação da focalização das políticas sociais e um forte apelo ao neoconservadorismo. Behring (2023) discute a caracterização da fase do ultraneoliberalismo, na dinâmica brasileira vivenciada,

Tenho utilizado a caracterização de **ultraneoliberalismo** para falar de nossa dinâmica **interna** mais recente, pós-golpe de 2016. Ela é inteiramente coadunada ao ambiente mundial do neoliberalismo (ou ultraliberalismo como apontam alguns autores), mas mediada pelas nossas particularidades. O neoliberalismo aporta no Brasil de forma definitiva após a aprovação da Constituição de 1988, bombardeada e retalhada desde então. Após o outsider Collor tomar as primeiras medidas neoliberais e ser afastado por impeachment da Presidência da República, tivemos o Plano Real (1994) e o PDRE/MARE de 1995, verdadeiros marcos da ofensiva neoliberal e monetarista no Brasil, e da contrarreforma do Estado (Behring, 2023. p.17).

Nesse contexto, o governo de Temer se colocou como um verdadeiro representante dos interesses do capital, explicitando claramente os elementos de desestruturação, precarização e mercantilização do SUS, na medida em que firmava um compromisso com corporações econômicas privadas da saúde (Soares, 2018) e dava início, demarcadamente, a fase ultraneoliberal do Estado brasileiro.

A proposição dos chamados planos de saúde acessíveis; propostas de retrocessos na política de saúde mental e de mudanças na Política Nacional de Atenção Básica– PNAD; articulação efetiva com o setor privado através da Coalização Saúde. Em síntese, o Governo Temer repete na saúde a sua tática para o conjunto da gestão, que consiste no aprofundamento das contrarreformas e na aceleração do desmonte das políticas públicas e universais (BRAVO, et al., 2019, p.3).

A partir do ano de 2019, temos um governo neofacista de ultradireita, conservador, presidido por Jair Messias Bolsonaro, que segue com sérios ataques na política de saúde. No contexto atual da pandemia da COVID-19, vivenciada no mundo, o presidente desde o início da pandemia se posicionou contra o distanciamento social preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), se posicionando claramente a favor da política de morte sem o respeito à vida da população Brasileira, e também contrário as pesquisas científicas com medidas de adoção de medicamentos sem comprovação de eficácia no combate a Covid-19.

No governo Bolsonaro, a seguridade social, foi atingida e os direitos sociais restritos ou extintos, afetando a classe trabalhadora, tendo como direção o ultraneoliberalismo. A prioridade foi a garantia do processo de acumulação ampliada do capital e o favorecimento do projeto ideológico de ultradireita. Esse projeto, desconsidera os princípios sob os quais o SUS se organiza, especialmente a integralidade, a universalidade e a hierarquização, na medida em que desestrutura a organização do atendimento por níveis de atenção e

desconsidera a atenção básica como porta de entrada. Mota (2019, p.137), explica esse processo,

Mediadora da ofensiva capitalista em busca da valorização do valor, essa cultura, saturada de ideologias reacionárias, conservadoras e proto facistas, tem no governo Bolsonaro expressões emblemáticas, sob a direção do *ultranoliberalismo*. Essa direção se referencia em ajustes e medidas de austeridades ou de *austericídio*, através das contrarreformas do Estado, com destaques para a apropriação privada do fundo público e a mercantilização de políticas, bens e serviços como ocorre explicitamente, nesta altura dos acontecimentos, com a Previdência Social e implicitamente com a saúde, através do desmonte do Sistema Único de Saúde (SUS), entre outros setores - sem falar na pilhagem de recursos para o pagamento dos juros da dívida pública.

Sendo assim, o governo Bolsonaro continuou com medidas de privatização da saúde, a atenção primária foi atacada, com a emissão do Decreto Presidencial N. 10.530 de 26 de Outubro de 2020, explicitando a modernização das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF). Desse modo, foi criado o Programa Saúde Verdade em Campina Grande/PB, o sistema foi implantado sob o argumento de modernizar a gestão, dar eficiência operacional, melhorar a prestação de serviços e integrar os diferentes pontos de contato do paciente na Rede de Atenção à Saúde (RAS), mas não melhorou a oferta de serviços. O sistema operacional dificultou o processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), e reduziu o acesso dos usuários ao SUS, desrespeitando o sigilo das informações de saúde do paciente.

Desse modo, a política de saúde na atenção básica foi atacada na forma de aniquilamento dos princípios do SUS, seguindo as medidas evidenciadas na EC-95, que congela os gastos públicos por 20 anos, essas medidas estão imbricadas à acumulação do capital.

O governo de Jair Bolsonaro, em seus primeiros cinco meses de atuação, já demonstrava dar continuidade às medidas de contrarreforma do Estado. Conforme indica o documento “Analisando 100 dias da Saúde no Governo Bolsonaro”, do Núcleo de Acompanhamento de Políticas Públicas do PT, de abril de 2019. O Ministro da Saúde Henrique Mandetta afirmou que “o orçamento da saúde é muito grande e que otimizará os recursos, “melhorando” a gestão do Ministério da Saúde”, o que demonstra a reafirmação das medidas de desfinanciamento do SUS.

O governo Bolsonaro (2019-2022) expressou ainda mais vigorosamente o avanço neoconservador sob a regressão dos direitos da classe trabalhadora, uma de suas primeiras medidas foi à extinção do Ministério do Trabalho, o que facilitou o descumprimento das legislações trabalhistas por parte dos empresários, por meio da Portaria 604/2019, foi autorizado para que os profissionais trabalhassem aos domingos e feriados, sem direito a adicional de remuneração.

Desse modo, no governo Bolsonaro, nos deparamos com um dos momentos mais difíceis para a saúde pública no Brasil, que se agrava com o advir da pandemia do novo Coronavírus. Em meio ao rápido crescimento dos casos de contaminação pelo Coronavírus, o presidente, em suas atitudes e discursos, prenunciava como se daria o comando das ações diante da pandemia, contrariando as recomendações de saúde ao banalizar a sua gravidade e proporção.

A pandemia foi tratada pelo presidente como uma “gripezinha” (Sanar Saúde, 2020). O presidente Bolsonaro não hesitou em explicitar o seu negacionismo à gravidade da pandemia, sendo um dos poucos líderes mundiais a ter essa postura diante do enfrentamento ao novo vírus e todas as suas consequências, minimizando a importância de tomar medidas acerca do isolamento social, em detrimento da continuidade das atividades econômicas, além disso, direcionou o combate à Covid-19 a práticas curativas/medicamentosas – leia-se, à defesa do uso da cloroquina e hidroxicloroquina, que não tinham eficácia comprovada cientificamente. Dentre os resultados desta condução, tivemos o colapso de hospitais em vários estados, decorrente da alta taxa de contaminação, advinda de medidas restritivas e ineficazes no começo da pandemia.

O discurso da extrema direita é pela manutenção das atividades econômicas para que as pessoas possam sobreviver, retirando a responsabilidade do Estado em prover políticas públicas que garantam o cumprimento do isolamento social e, assim, salvar vidas. Assim, é num contexto de desproteção social, com a falta de condições dos serviços de saúde, devido ao desfinanciamento e ao negacionismo da ciência, que há o avanço da contaminação do Coronavírus com a ausência do Governo Federal no planejamento e na tomada de decisões para enfrentar a Covid-19 e preservar a

vida dos trabalhadores.

O cenário de caos que se coloca para os brasileiros vem desde o início da pandemia, pela falta de insumos para que o SUS dê conta de atender a população – EPIs, leitos públicos, contratação de recursos humanos, material de testagem em massa, dentre outros - e se estende para as constantes medidas de flexibilização das medidas de isolamento, defesa da retomada das atividades econômicas, precariedade no provimento do auxílio e da aquisição de vacinas.

Com o advento da pandemia, temos uma crise sanitária, social e econômica que se agrava. Um dos elementos que também contribui são os efeitos da Emenda Constitucional 95, que congela os gastos para as políticas sociais, afetando o funcionamento do SUS, como também, o desfinanciamento do mesmo em detrimento do repasse de recursos para o setor privado, mesmo durante a pandemia. Soares, Correia e Santos (2020, p. 121) apontam

“em 23 de abril, o governo Bolsonaro liberou R\$1,216 trilhão para o sistema financeiro, sob o argumento de combater os impactos negativos da pandemia, visando manter a continuidade das suas operações. Tal cifra representa 16,7% do Produto Interno Bruto (PIB) (Agência Estado, 2020).

Enquanto isso, dos recursos destinados ao Ministério da Saúde para o enfrentamento da Covid-19, apenas 30% haviam sido efetivamente gastos até o final de julho de 2020. A falta de uma “política nacional de contenção e a fragmentação das iniciativas” (CALIL, 2020, p. 34), em saúde, para o enfrentamento à Covid-19 foram decisivas para o prolongamento e agravamento constante da doença no país. Calil (2020) ressalta que, no início da pandemia, em março, o estudo do Imperial College of London demonstrou os quantitativos de mortes e contaminações esperados para o Brasil, caso fossem seguidas medidas mais flexíveis ou mais restritas em relação ao isolamento social, e como sabemos, as medidas de isolamento adotadas pelo governo Federal foram flexíveis e insuficientes.

Além disso, os discursos do presidente foram outro fator, que provocaram na população a ideia de subestimação dos efeitos da doença. Em suas falas, explicitava-se desde a negação ao potencial que a pandemia poderia adquirir no país, até o desdém pelo número de mortos que se atingiu num contexto de gravidade da Covid-19. Em 28 de Abril de 2020, Bolsonaro, comenta sobre o

número de mortes de 5.083 pessoas e de acordo com notícia veiculada no G1 (2020) afirmou: “e daí? Lamento. Quer que eu faça o quê?”. Essas e outras declarações e ações polêmicas corroboraram para as reflexões que estamos fazendo acerca da postura do presidente no enfrentamento à pandemia. Esta conjuntura afetou toda a organização da sociedade, trazendo para o cenário da classe trabalhadora: mortes, desemprego em massa, aumento dos índices de pobreza e fome, superlotação dos serviços de saúde, dentre outros. Ou seja, nesse processo, o assistente social é desafiado a atuar nesse contexto adverso com novas reformulações das demandas dos usuários, tendo que lidar, ao mesmo tempo, com a contaminação do vírus.

Portanto, temos um Estado com gastos sociais congelados, salários baixos, idade mínima de aposentadoria aumentada, o pensamento crítico censurado e a ampliação da privatização. A democracia no capitalismo brasileiro se mostra como a democracia mutilada, miserável falsificada, uma democracia só para os ricos, para uma minoria. Segundo Demier (2020, p.97),

Assim, do ponto de vista histórico, a burguesia brasileira parece só se realizar efetivamente sob Bolsonaro. O seu governo é o produto da união entre uma burguesia golpista com medo das urnas e um neofascista com excelentes chances nelas. O Bolsonaro de hoje é, portanto, o filho daquele romance, o qual, entre tapas e beijos, segue. Bolsonaro é, assim, o Pai e, ao mesmo tempo, o filho, só que o filho, neste caso, veio para trazer a verdade e propagar a palavra da Mãe, nada virgem. Uma burguesia medrosa, apaixonada por um líder neofascista, deu à luz a este governo de traços bonapartistas que, para protegê-la, intenta subverter o seu próprio regime, em nome do Pai. Mas o espírito de um é, também, o espírito de todos, embora os três, neofascismo, burguesia e governo, ainda são sejam um só.

E assim, nesse processo se evidencia as expressões das exigências do capital nesse quadro histórico, trazendo sérias consequências como à destruição do trabalho protegido e da organização política dos trabalhadores, através das formas mais acirradas de exploração do trabalho, usurpação do direito dos salários e do fundo público, para transformar dinheiro em capital, expansão da superpopulação relativa, transformando desempregados em empreendedores individuais, transformação dos trabalhadores e suas famílias em sujeitos individuais e consumidores de pobres serviços rentáveis do capital.

Desse modo, assistimos o movimento de passivação das classes subalternas através das classes dominantes, exigindo novas formas de obtenção de consenso através de práticas coercitivas, temos um embutido ódio de classe para neutralizar a onda ultraneoliberal e conservadora.

É importante refletir sobre o enfrentamento à pandemia da Covid-19 sob o governo Jair Messias Bolsonaro, e assim podemos analisar como as medidas adotadas ao longo dos anos e no contexto do governo Bolsonaro, contribuíram para o aprofundamento das contrarreformas.

É necessário entender que a ofensiva ultraneoliberal serve aos interesses do capital financeiro, através de diversos aparatos, impulsionando de maneira severa uma extinção ou retrocesso dos direitos da classe trabalhadora, tendo em vista que as políticas sociais sempre atendem – dialeticamente – a demandas do trabalho e interesses do capital e que, em momentos de crise do capital e de crise da organização do trabalho, os interesses do capital são privilegiados.

Os assistentes sociais passam a requerer novas formas de interação com a classe trabalhadora, de forma a respeitar o distanciamento social e ao mesmo tempo, dar conta de atender seu acesso aos direitos, o que vem a dificultar o atendimento aos usuários mais vulneráveis e sem acesso às novas ferramentas de tecnologia (Loiola, Cavalcante, 2021). No âmbito da prática profissional, como sabemos, o assistente social é chamado a atender tanto as demandas institucionais, quanto as demandas da classe trabalhadora.

Por muitas vezes, há o atrito destas requisições, é preciso levar em consideração as condições objetivas e subjetivas do profissional em exercer a sua relativa autonomia, como também a correlação de forças em curso, para que se possa traçar estratégias de atuação e de defesa dos preceitos do código de ética da profissão.

Em suma, observa-se que discutir o processo de contrarreforma na política de saúde engendrada na perspectiva totalitária, considerando a configuração histórica das contradições assumidas pela contradição capital/trabalho em que as contrarreformas se inserem nesse contexto regressivo.

Diante de muitos retrocessos em forma de resistência foi criada em 2010, a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, (FNCPS), que possui em

sua composição: entidades e movimentos sociais, fóruns de saúde, centrais sindicais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários. O objetivo é lutar contra toda forma de privatização, se opondo contra a toda forma de saúde como fonte de lucros e de mercantilização da política de Saúde no Brasil, e a favor dos princípios e diretrizes do SUS verdadeiramente Universal, direito esse conquistado arduamente por meio de lutas, dentre os movimentos podemos destacar o movimento de Reforma Sanitária Brasileira (RSB) nos anos de 1980.

3.2 A Contrarreforma na Política de Saúde e o Serviço Social

A base importante para o processo de contrarreforma e para todo o movimento de recapitalização é o estabelecimento de novas formas de controle do trabalho.

Desse modo, o Serviço Social surgiu como profissão assistencial e tem vivido a sua trajetória histórica ao responder, intervir e planejar nas expressões da questão social, nas mais diversas políticas sociais, atuando fundamentalmente na gestão de recursos e serviços sociais, no planejamento, assessoria e consultoria ou na implementação de políticas sociais. Porém, ao longo de sua trajetória incorpora outros espaços, responsabilidades e competências socioprofissionais. Principalmente a partir da década de 1980, com a quebra das intenções de perspectiva hegemônica, até a década de 1990, com a consolidação de projetos profissionais fundamentais. Tais responsabilidades e habilidades extrapolam o âmbito da assistência em si, como evidencia a Lei de Regulamentação das Profissões de Serviço Social N. 8.662/1993.

O assistente social foi reconhecido como profissional da saúde, através da Resolução Nº 218, de 06 de março de 1997, assim como posteriormente a publicação da Resolução do CFESS Nº 383, de 29 de março de 1999.

Art. 2º - O assistente social atua no âmbito das políticas sociais e, nesta medida, não é um profissional exclusivamente da área da saúde, podendo estar inserido em outras áreas, dependendo do local onde atua e da natureza de suas funções.

Desse modo, destacamos que os Assistentes Sociais, inseridos na Estratégia de Saúde da Família, que estão no nível da atenção primária da

saúde, têm grande importância na materialização e mediação para viabilizar o SUS, dando respostas qualificadas as necessidades e reivindicações postas pelos usuários. Sendo assim, destacamos o atendimento direto aos usuários, a partir dos Parâmetros de Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2010),

O atendimento direto aos usuários se dá nos diversos espaços de atuação profissional na saúde, desde a atenção básica até os serviços que se organizam a partir de ações de média e alta complexidade, e ganham materialidade na estrutura da rede de serviços brasileira a partir das unidades de Estratégia de Saúde da Família, dos postos e centros de saúde, policlínicas, institutos, maternidades, Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), hospitais gerais, de emergência e especializados, incluindo os universitários, independente da instância a qual é vinculada seja federal, estadual, ou municipal (CFESS, 2010, p. 41).

Em suma, o Serviço Social inserido na Estratégia de Saúde da Família no Município de Campina Grande, contribui para a viabilização do direito à saúde, sendo de extrema relevância para o atendimento direto aos usuários, uma vez que, é um articulador das demandas advindas dos usuários. Desse modo, se faz necessário a discussão do Programa Saúde de Verdade e as implicações para os usuários a partir da análise do Serviço Social.

O assistente social é desafiado a atuar num contexto adverso com novas reformulações das demandas dos usuários, tendo que lidar, ao mesmo tempo, com os perigos do vírus. Os assistentes sociais passam a requerer novas formas de interação com a classe trabalhadora, de forma a respeitar o distanciamento social e ao mesmo tempo, dar conta de viabilizar os direitos, o que vem a dificultar o atendimento aos usuários mais vulneráveis e sem acesso às novas ferramentas de tecnologia (Loiola, Cavalcante, 2021). No âmbito da prática profissional, como sabemos, o assistente social é chamado a atender tanto as demandas institucionais, quanto as demandas da classe trabalhadora. Por muitas vezes, há o atrito destas requisições, é preciso levar em consideração as condições objetivas e subjetivas do profissional em exercer a sua relativa autonomia, como também a correlação de forças em curso, para que se possa traçar estratégias de atuação e de defesa dos preceitos do Código de Ética da Profissão.

Essas competências, inseridas nos movimentos históricos da profissão, têm legitimidade dentro do projeto de reforma da saúde, que exige dos

profissionais de saúde fundamentação em métodos teóricos críticos que revelem realidades para além dos fenômenos e compreendam processos de saúde e doença. Em suas múltiplas tomadas de decisão, é capaz de articular e mobilizar os diferentes setores envolvidos na política de saúde, bem como de gestão, planejamento, assessoria aos movimentos sociais e à própria gestão, investigando, e sistematizando. De acordo com Bravo (2006),

O trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social. É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas as necessidades apresentadas pelos usuários (Bravo, 2006, p. 17).

Nesta relação de aproximação, os assistentes sociais poderão ser convidados a participar do processo de integração e sistematização da informação em saúde, seja articulando as partes envolvidas, seja aconselhando no planejamento e planificação das ações pactuadas.

Portanto, os profissionais devem utilizar a racionalidade dialética como base para interpretar criticamente a realidade e realizar uma análise direta que rompa a aparência dos fenômenos reais, para não se tornarem meras réplicas da racionalidade institucional hegemônica, como um simples técnico de saúde pública. De acordo com a racionalidade hegemônica na política de saúde, a prioridade dos serviços sociais no SUS é a assistência direta aos usuários, e principalmente atender e responder às necessidades assistenciais/emergenciais, visto que este espaço constitui o “gargalo” do sistema. Os Paramêtros para Atuação de Assistente Social na Política de Saúde(2010), exemplifica sobre o atendimento direto aos usuários,

As ações que predominam no atendimento direto são as ações socioassistenciais, as ações de articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas. Essas ações não ocorrem de forma isolada, mas integram o processo coletivo do trabalho em saúde, sendo complementares e indissociáveis. Cabe ressaltar, entretanto, que para a realização das ações explicitadas é fundamental a investigação, considerada transversal ao trabalho profissional; o planejamento; a mobilização e a participação social dos usuários para a garantia do direito à saúde, bem como a assessoria para a melhoria da qualidade dos serviços prestados e a supervisão direta aos estudantes de Serviço Social (CFESS, 2010, p. 42).

A legitimidade da profissão de Serviço Social nesta área específica da saúde sugere que ela responda às exigências colocadas pela racionalidade política hegemônica. Nesse sentido, suas práticas sociais relacionam-se direta ou indiretamente com essas necessidades.

Os interesses privados existem no eixo da saúde e exigem a redefinição da estrutura pública nacional e de novos instrumentos de gestão e organização das políticas sociais, embora se manifeste na continuidade e aprofundamento das reformas sanitárias, é alcançado principalmente de forma instável, fragmentada e focada nas situações mais urgentes das pessoas mais pauperizadas.

A influência desta racionalidade na prática profissional dos assistentes sociais torna-a muitas vezes um espaço para uma prática pragmática e manipuladora sem reflexão. A capacidade de reflexão é extremamente limitada, os recursos são limitados e os procedimentos de trabalho são repletos de burocracia, com profissionais divididos em “casos emergenciais” e preenchendo códigos em fichas e registros de atendimento. Guerra assevera:

É neste quadro que o pragmatismo, como representação ideal da imediaticidade do mundo burguês, encontra o solo mais adequado para influenciar a profissão dos pontos de vista prático e profissional, teórico e ideopolítico. Porque considera que o significado das coisas, dos processos e das práticas sociais, reside neles próprios e rebate sobremaneira nas intervenções sociais e profissionais, afetando não apenas as profissões dos assistentes sociais, mas os sujeitos sociais do mundo burguês e as profissões interventivas como um todo (Guerra, 2013, p. 40).

A prática profissional que poderia ter a possibilidade de estar direcionada a projetos profissionais críticos, no entanto, o que ocorre na situação de emergência cotidiana é que tais procedimentos em si são fechados porque os profissionais geralmente não os utilizam para sistematização e reflexão, mas apenas para ilustrar a produção no sistema.

Dialeticamente falando, porém, os profissionais podem e devem utilizar estrategicamente espaços de atendimento/necessidades e ações emergenciais. Isto só pode ser alcançado através da reflexão crítica sobre a realidade da intervenção, a realidade dos usuários, utilizando e instrumentalizando as categorias da racionalidade dialética, defendendo os princípios racionais politicamente emancipatórios do projeto de Reforma

Sanitária, incentivando valores e os princípios do Projeto Ético-político.

Ao compreender as limitações da atuação profissional dos assistentes sociais, o seu estatuto de classe trabalhadora e a racionalidade hegemónica na política de saúde, os profissionais podem intervir e planejar melhor, as demandas e os interesses dos usuários.

É importante investir tempo na reflexão, no estudo da realidade, na sistematização da prática e no planejamento de ações, incluindo situações emergenciais de forma a conferir-lhe um estatuto de carácter metodológico que tenha em conta as contradições da realidade. E o potencial que contém, ainda que reduzido, uma dimensão socioeducativa e política, ao desenvolver e promover a atividade socioeducativa e política de indivíduos e grupos, na qual participam usuários e profissionais.

Neste contexto regressivo, sob o ataque do neoliberalismo, as políticas sociais torna-se uma política social sem direitos sociais. Neste contexto, os assistentes sociais cumprem as suas responsabilidades profissionais ao intervir e planejar respostas profissionais. Por outro lado, por meio das entidades representativas, a categoria tem o pertencimento à classe trabalhadora e a sua ligação a esse projeto social tem sido o rumo social da categoria ao longo dos últimos trinta anos, materializado em espaços coletivos, tendo como marco histórico o 3º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais - CBAS (1979), ao mesmo tempo que restaura e dirige órgãos representativos.

Desse modo, as decisões tomadas no atual momento de crise do capital agravam as condições e as relações de trabalho dos assistentes sociais, tanto no que diz respeito ao seu impacto nas respectivas políticas em que intervêm, como nas suas condições objetivas como trabalhadores.

No contexto de uma reação negativa aos direitos trabalhistas, a redução da jornada de trabalho para trinta horas semanais em 2010, sem redução salarial, foi uma conquista para os assistentes sociais, uma vez que trabalham ao lado de outros trabalhadores na sua vida profissional diária. Vivenciam um processo de trabalho intenso e instável. No âmbito da política de saúde, as práticas profissionais dos assistentes sociais têm sofrido alterações significativas devido ao processo de privatização levado a cabo por empresas como OSs, Fundações, EBSERH e outras expressões, tornando mais precárias as suas relações laborais, enterrando cada vez mais o projeto de Reforma

Sanitária.

Para exigir a implementação de um Sistema Único de Saúde - SUS, baseado nos princípios da Reforma Sanitária e enfrentar a sua desintegração, foi formada a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. Exemplo de representatividade e militância, enquanto trabalhadores(as) do campo da saúde, este espaço mobilizou a participação dos assistentes sociais do país, construindo solidariedade política e atuação estratégica, especialmente no campo dos encontros de saúde.

O rápido desenvolvimento do conservadorismo tende a gerar demandas “antigas e novas” que visam ameaçar as conquistas expressas nos códigos de direito profissionais e nos códigos de ética profissionais, especialmente no que diz respeito às competências e responsabilidades, porque impõe um processo de desprofissionalização. Netto(1996), exemplifica sobre tais transformações,

[...] no quadro das transformações societárias típicas do capitalismo tardio, das demandas do mercado de trabalho e da cultura profissional, coloca-se a necessidade de se elaborar respostas mais qualificadas (do ponto de vista operativo) e mais legitimadas (do ponto de vista sociopolítico) para as questões que caem no seu âmbito de intervenção institucional (Netto, 1996, p. 124).

Diante desse cenário, a única saída viável deve ser por meio do espaço da luta coletiva, cujo objetivo principal carece destruir todas as formas de exploração e opressão. A necessidade atual é a solidariedade política da classe trabalhadora baseada na análise crítica e na autocrítica. Como trabalhadores, os assistentes sociais participaram e aliaram-se as lutas sociais mais amplas, expressando “escolhas de projetos profissionais relacionadas com o processo”.

4. A contrarreforma na Política de Saúde em Campina Grande: implicações do Programa Saúde de Verdade

A política de saúde, é uma área de disputas do capital, historicamente, desde a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) na década de 1920 o Governo de Getúlio Vargas que foram incorporadas ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC) sob a denominação de Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) e organizadas segundo categorias profissionais, até a promulgação da Constituição de 1988 que institui o SUS e subseqüentemente, alcançando o acesso universal à saúde, o acesso dos trabalhadores à política de saúde tem sido fragmentada e concentrado em certos segmentos da classe trabalhadora. Até então, a estrutura da política de saúde baseava-se na racionalidade instrumental burguesa, baseada em regras formais abstratas que fragmentavam as expressões da questão social e seus meios de intervenção por meio da política social, incorporando o conteúdo e o capital da burocracia weberiana.

A visão do movimento de Reforma Sanitária é quebrar a racionalidade instrumental do cuidado, do tratamento, da lógica hospitalocêntrica, centradas no indivíduo. No entanto, uma vez que a aliança de estados deu os primeiros passos para a implementação da política de saúde de acordo com a Constituição Federal (1988), que versa sobre a saúde como direitos de todos e dever do Estado, realizada por meio de políticas sociais. Nesse percurso iniciou-se um processo de contrarreforma no Brasil que teve início, na década de 1990, posteriormente no ano de 2008, houve uma crise que acarretou o aprofundamento do processo de contrarreforma, baseada em ideias neoliberais, e assim à área da saúde tornou-se área de investimento para o capital.

Todavia, na fase atual da contrarreforma, evidencia-se a continuidade da instrumentalização do Estado brasileiro em favor dos interesses do grande capital no setor da saúde. De modo que não há qualquer sinalização – nem mesmo aparente - por parte do governo Lula, de atender minimamente as demandas e reivindicações movimento sanitário.

No Município de Campina Grande, o Fórum de Campina Grande foi criado em 2012, está vinculado ao Fórum Paraibano em Defesa do SUS, articulado a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde como forma de resistência à contrarreforma da política de saúde. Portanto, a política de saúde está sob constante ataque do neoliberalismo, visto que é o segundo maior orçamento depois da política de previdência social. Com as novas tendências de desenvolvimento, a política de saúde está a enfraquecer e a tornar-se uma política focalizada e seletiva, desrespeitando os princípios do SUS (Sistema Único de Saúde), desvinculado da perspectiva da política de saúde universal.

Estas medidas somam-se a tendências já presentes nas contrarreformas na política de saúde, com ênfase em ações emergenciais, desestabilização, mercantilização, privatização, tecnologização, restrições à expansão, restrições à promoção da saúde, marginalização de espaços de controle social, criando o que chamamos de instabilidade excessiva na política de saúde, com vista a aumentar o subfinanciamento para níveis não observados desde a aprovação da EC 95/2016. O Brasil de fato (2023) é enfático ao afirmar que,

O teto de gastos, criado em 2016 pelo governo de Michel Temer (MDB), tirou bilhões em investimentos do Sistema Único de Saúde (SUS) e, mesmo depois de ser revogado, ainda traz prejuízos. Os impactos da Emenda Constitucional (EC) 95, que instituiu o teto, podem representar, inclusive, ameaças futuras ao SUS. De acordo com um estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), a EC foi responsável por ampliar o desfinanciamento da saúde pública no Brasil. A pesquisa apresenta uma análise dos gastos com o setor entre 2013 e 2020 e mostra que o período em que vigorou o teto causou um declínio considerável nos investimentos. Entre 2018 e 2020, as perdas foram superiores a R\$ 64,8 bilhões, mesmo com os recursos emergenciais aplicados em resposta à pandemia da covid-19. Excluindo-se os investimentos destinados à emergência sanitária, o prejuízo fica acima de R\$ 70 bilhões.

Desse modo, essas implicações da EC-95 alastram em consequências aos municípios, e na particularidade do Município de Campina Grande no transcorrer dos anos de 2021 a 2023, temos a visível expressão da contrarreforma na política de saúde com a criação do “Programa Saúde de Verdade” que no próximo item iremos nos debruçar nessa discussão.

4.1 Programa Saúde Verdade enquanto expressão na Política de Saúde

Campina Grande localizada no estado da Paraíba, é uma cidade com uma rica história, cultura vibrante e economia diversificada. De acordo com o último Censo realizado no ano de 2022, por meio do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), nesse ano, Campina Grande/PB possuía uma população de 419.379 habitantes distribuídos por uma área territorial total de 591,658 km, com densidade demográfica 708,82 habitantes por quilômetro quadrado (IBGE, 2022).

Em relação ao salário médio mensal dos trabalhadores formais, a renda se constituía em média de 2 salários-mínimos, com taxa de ocupação Pessoal ocupado de 124.799 pessoas, totalizando em 30,16 % de pessoas ocupadas no Município, o que demonstra uma taxa de desemprego alarmante, com média de 70% de desemprego.

Campina Grande, é um município que se destaca por sua rica cultura, economia diversificada e tradições singulares. Conhecida como a "Rainha da Borborema", essa cidade encanta tanto seus habitantes quanto os visitantes que a conhecem.

Um dos pontos fortes de Campina Grande é sua fervilhante atividade cultural. A cidade é famosa por sediar o "Maior São João do Mundo", uma festa que atrai milhares de pessoas de todas as partes do país para celebrar as tradições juninas com muita música, dança, comidas típicas e quadrilhas. Além disso, Campina Grande possui uma cena artística vibrante, com teatros, museus e eventos culturais ao longo do ano.

Do ponto de vista econômico, o município se destaca pela sua diversificação. Além da agricultura, com destaque para o cultivo de cana-de-açúcar e algodão, Campina Grande é um polo industrial importante, especialmente nas áreas de tecnologia, com destaque para a produção de softwares e hardware. A presença de universidades e centros de pesquisa contribui para o desenvolvimento tecnológico e educacional da região.

Os indicadores sociais de uma região desempenham um papel crucial na compreensão e análise das condições sociais e econômicas dessa localidade.

Conforme a visão de Jannuzzi (2014), é essencial utilizar esses indicadores como base para a formulação e implementação de políticas sociais públicas voltadas para o enfrentamento às expressões das desigualdades regionais. Ao explorar e interpretar esses dados, os gestores públicos e outros sujeitos políticos podem identificar as necessidades prioritárias e direcionar recursos para onde são mais necessários.

No que se refere a educação em Campina Grande a Taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade [2010] é de 97,6, constituindo o (Produto Interno Bruto) PIB per capita (2021) em 25.066,11 R\$, assim como o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) (2010) em 0,720.

Ademais, em relação a política de saúde foram extraídos alguns dados por meio do IBGE, em maio de 2024. O município apresenta uma taxa de mortalidade infantil em média na cidade de 13,35 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 10,5 para cada 1.000 habitantes. Os Estabelecimentos de Saúde SUS, possui em média um número de 377 (sendo Federal- 146, estadual -170, e Municipal-61), e privado se constitui o maior número de estabelecimentos 976 estabelecimentos. E dispõe de oitenta e sete (87) Unidade Básicas de Saúde.

A municipalização em Campina Grande/PB teve início com a Portaria GM nº 2.553/1998. Em 2009, essa condição foi reiterada com a adesão ao Pacto pela Saúde (Portaria nº 2.122/GM, de 10 de setembro), que incluiu a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão. Esse acordo considera diversos aspectos legais, incluindo o acesso a recursos específicos, além de estabelecer as responsabilidades de cada esfera de governo. Esse movimento representa um passo importante rumo à descentralização das ações e serviços de saúde, requerendo a expressão clara das vontades políticas tanto do gestor estadual quanto dos gestores municipais de saúde.

No município de Campina Grande/PB, são desenvolvidas diversas atividades abrangendo a Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, além dos serviços de Média e Alta Complexidades, tanto ambulatoriais quanto hospitalares, incluindo atendimentos de urgência e emergência. A Programação Anual em Saúde e o Relatório Anual de Gestão são

ferramentas de gestão essenciais que permitem a avaliação das diretrizes, objetivos, metas, indicadores e ações que foram pactuadas, planejadas e executadas durante o ano vigente.

Os objetivos postos do Programa Saúde de Verdade, ressaltam a “modernização tecnológica, a manutenção e suporte ao sistema administrativo para operacionalizar os serviços de saúde”. Assim como também ressalta a falta de exigência de garantia de execução para a contratação.

Considerando os aspectos da contratação do Programa Saúde de Verdade, evidencia-se o não cumprimento aos princípios do SUS, como a universalidade de acesso; integralidade; igualdade da assistência; direito a informação; e participação da comunidade. Utilizando o discurso falacioso de melhorias. Um aspecto importante a ser ressaltado é a utilização das tecnologias e as limitações postas para os usuários e profissionais.

A relevância do estudo se dá pelos processos explicitados anteriormente, e pelo demasiado discurso de melhorias do acesso aos serviços prestados. O Programa Saúde de Verdade restringe o acesso por meio da burocracia e usa a tecnologia para alcançar esse fim, desrespeitando os princípios do SUS.

Desse modo, houve mudanças e desafios para a saúde pública no Município de Campina Grande, com permanência das reclamações advindas de profissionais e usuários que chegaram até os profissionais, assim como houveram reclamações via rede social, após implantação do “programa saúde de verdade” na APS, dessa maneira surge a necessidade da reflexão de todos os rebatimentos, tendo em vista que o programa fere alguns princípios do SUS e direitos do usuário do SUS, além, de impactar negativamente nos indicadores do Previne Brasil, que também evidencia-se os retrocessos, tendo em vista o novo modelo de financiamento com ausência de valorização e estímulo profissional.

Segundo o Ministério da Saúde (2023) o Município de Campina Grande obteve o pior índice do Programa Previne Brasil, em relação aos outros municípios do Estado da Paraíba, ocupando última posição.

Tabela I- Índice do terceiro quadrimestre de 2023 da Paraíba

Posição	Município	População	Previne - Q3
1	Bananeiras	23 107	9.98
2	Alagoa Grande	26 081	9.62
3	Itabaiana	23 187	9.29
4	Conde	27 605	9.23
5	Alagoa Nova	21 009	9.12
6	Princesa Isabel	21 148	9.06
7	Queimadas	47 658	9.02
8	Itaporanga	24 960	8.97
9	Esperança	31 231	8.88
10	Monteiro	32 277	8.81
11	Areia	22 634	8.50
12	Pombal	32 473	8.49
13	Catolé do Rocha	30 661	8.49
14	Lagoa Seca	27 730	8.48
15	Mari	21 251	8.46
16	Solânea	26 777	8.39
17	Cabedelo	66 519	8.28
18	Guarabira	57 484	8.13
19	Alhandra	21 632	8.02
20	Cajazeiras	63 239	7.78
21	Pedras de Fogo	29 662	7.62
22	Rio Tinto	24 581	7.54
23	Patos	103 165	7.40
24	Sousa	67 259	7.31
25	São Bento	32 235	7.07
26	Caaporá	21 290	6.96
27	Mamanguape	44 599	6.34
28	João Pessoa	833 932	6.11
29	Santa Rita	149 910	5.82
30	Bayeux	82 742	5.69
31	Sapé	51 306	5.59
32	Campina Grande	419 379	5.28

Fonte: Ministério da Saúde, 2023.

Considerando também a negação de acesso do usuário do SUS as suas necessidades de saúde na APS, como também a falta de comunicação em relação ao controle social do município, ou seja, o programa não passou por meio de deliberação em plenária do CMS-CG.

Além de que é expressa a terceirização de serviços por meio da empresa contratada, sendo isenta a Secretária Municipal de Saúde de responder por quaisquer compromissos assumidos pela Contratada com terceiros, ainda que vinculados à execução, bem como por quaisquer danos causados a terceiros em decorrência do contratado e de seus trabalhadores.

Em suma, na realidade de Campina Grande, o crescente domínio do mercado de serviços privados tem resultado na precarização do SUS, afastando-o da sua estrutura legalmente instituída. Esse cenário distorce os princípios políticos emancipatórios que deveriam orientar sua atuação, em detrimento de um movimento de modernização e suposta melhoria do SUS.

4.2 Serviço Social na Estratégia de Saúde da Família (ESF)

Em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) foi lançado no Brasil como uma estratégia para transformar o modelo assistencial de saúde, alinhando-o aos princípios do SUS. Entre aproximadamente 1998 e 2002, o PSF inicialmente consistia em políticas focalizadas, mas gradualmente evoluiu para se tornar a ESF, reformulando o modelo de saúde do SUS.

Desde 2006, a ESF tem sido implementada em diversas regiões do Brasil, tornando-se um pilar fundamental da saúde pública. Com o objetivo de reestruturar a prestação de cuidados de saúde com foco na atenção primária, a ESF propõe uma abordagem centrada na família e na comunidade, através de uma equipe básica multidisciplinar.

Os assistentes sociais historicamente têm defendido a ampliação das equipes da ESF para incluir diversas profissões, incluindo o Serviço Social. Embora não façam parte oficialmente da equipe, assistentes sociais têm sido incorporados ou têm começado a oferecer serviços às equipes da estratégia em várias localidades do país.

A Norma Operacional Básica (NOB) de 1996 desempenhou um papel significativo no processo de descentralização e municipalização no Brasil, sendo crucial para a expansão do programa. Neste documento, a "atenção básica à saúde" foi estabelecida como o primeiro nível de atenção, principalmente por meio do PSF, com o objetivo de implementar os princípios e diretrizes do SUS.

Além disso, em 1998, foi publicado o Manual da Atenção Básica, ampliando a responsabilidade dos estados e municípios, com estes últimos assumindo o papel de organização da APS. Outro marco importante para a crescente relevância da APS no país foi a publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006, que enfatizou o papel da Estratégia Saúde da Família.

A implementação do Sistema Único de Saúde traz consigo a necessidade de mudanças no modelo de cuidados de saúde vigente, que se concentrava no paciente doente, no ambiente hospitalar, na intervenção médica e na procura espontânea, sem levar em consideração as bases epidemiológicas e as diversas realidades locais. Com a abordagem baseada na saúde coletiva, no bem-estar

do indivíduo, na saúde como qualidade de vida e na integração dos níveis de atenção à saúde, o foco é direcionado para dados epidemiológicos e para a participação da comunidade, alinhando-se aos objetivos do SUS. O território, como palco de interações sociais, passa a desempenhar um papel crucial na compreensão dos processos de saúde\doença.

Ao reconhecer a saúde como resultante das condições de vida, a obtenção de dados sobre condições econômicas, políticas, sociais e culturais passa a fazer parte do conjunto dos procedimentos necessários a identificação e análise dos fatores que intervêm no processo saúde/doença (Da Costa, 2000, p. 319).

Portanto, fornecer serviços de saúde ou promover a saúde na comunidade requer uma abordagem interativa e consciente do território como um ponto de referência fundamental para a vida das pessoas atendidas.

A partir do reconhecimento dos elementos que influenciam o processo saúde e doença, das necessidades de saúde da população, o Serviço Social tem desenvolvido e continua a criar possibilidades de atuação multidisciplinar, especialmente nas áreas de promoção da saúde, educação em saúde e prevenção de doenças. O acesso da população ao SUS enfrenta diversos obstáculos, que vão desde a falta de atenção básica até a escassez de serviços especializados, levando muitas vezes à prática da automedicação, incertezas quanto à eficácia dos tratamentos, desconfiança na competência dos profissionais de saúde, problemas com transporte, divulgação negativa na mídia sobre o atendimento na rede pública e privada, influência da indústria farmacêutica que incentiva a população a procurar primeiramente o farmacêutico ao invés do médico, e a situação da gestão da saúde nos municípios.

Assim, a saúde engloba uma diversidade de elementos culturais, políticos e econômicos relacionados aos seus serviços destinados à população. Segundo a Lei N° 8.080/90:

Art. 3° Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

É essencial compreender as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os elementos que influenciam na determinação social do processo de saúde e doença. É fundamental promover o acesso dos usuários aos serviços de saúde oferecidos pela instituição e pela rede de atendimento, viabilizando direitos sociais. Além disso, é necessário fomentar o trabalho em equipe e a interdisciplinaridade na atenção à saúde, assim como estimular a integração entre diversos setores, com o intuito de fortalecer as políticas de Seguridade Social. E dessa forma, no entendimento de Silva e Mendes (2013), a interdisciplinaridade:

[...]tem o potencial de contribuir para a superação de uma visão/ação compartimentada, fragmentaria e individual em saúde. Essa construção pressupõe que cada uma das categorias profissionais ofereça sua contribuição, preservando a integridade de seus métodos e conceitos. Preserva-se, portanto, a autonomia das áreas do saber envolvidas ao mesmo tempo que se pressupõe a socialização de conhecimentos com o objetivo de (re)construção das ações das equipes de saúde (Silva, et al., 2013, p. 59).

A interdisciplinaridade no trabalho do assistente social é fundamental para uma prática profissional eficaz e abrangente. Ao lidar com questões sociais complexas e multifacetadas, como a desigualdade, violência e exclusão social. E assim a interdisciplinaridade permite ao assistente social ampliar sua visão sobre a questão social, enriquecendo seu entendimento por meio da troca de conhecimentos com profissionais de outras áreas, como psicologia, sociologia, direito, saúde e educação. Essa integração de perspectivas contribui para uma análise mais completa e contextualizada, facilitando a identificação de intervenções mais adequadas ao contexto social. Sendo assim, a contribuição do Assistente Social na saúde se diferencia pelo contexto de que:

O assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde (CFESS, 2010, p.46).

Em suma, a interdisciplinaridade no trabalho do assistente social contribui para a formação de profissionais mais preparados e capacitados para atuar de forma ética, crítica e reflexiva diante dos desafios da atuação.

O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) delimitou por meio dos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (2009) quatro grandes eixos de atuação, sendo estes: o atendimento direto aos usuários; a mobilização, participação e controle social; a investigação, planejamento e gestão; a assessoria, qualificação e formação profissional.

Da mesma forma, espera-se que o assistente social realize ações de integração com a equipe de saúde, ao refletir e elucidar quais são as atribuições e competências do profissional de Serviço Social. Muitas vezes, outros profissionais têm dificuldade em compreender as competências da profissão, devido à dinâmica de trabalho acelerada nas unidades de saúde, resultante de uma alta demanda por atendimento. Em um cenário de conquistas e desafios, o assistente social atua na área da Saúde, mesmo diante dos consideráveis avanços conquistados com a implementação do SUS, os desafios persistem. Em consonância com Bravo (2006),

Uma outra questão é a tentativa de obscurecer a função social da profissão na divisão social e técnica do trabalho, pois o problema não está no domínio de teorias que abordam o campo psi ou sobre doenças, mas sim quando este profissional se distancia, no cotidiano de seu trabalho profissional, do objetivo da profissão, que na área da saúde passa pela compreensão dos aspectos sociais, econômicos, culturais que interferem no processo saúde doença e a busca de estratégias para o enfrentamento destas questões. O exercício profissional do assistente social não se reduz a ação exclusiva sobre as questões subjetivas vividas pelo usuário e nem pela defesa de uma suposta particularidade entre o trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais nas diferentes especialidades da medicina. Esta última perspectiva, fragmenta a ação do assistente social na saúde e reforça a concepção de especialização nas diversas patologias médicas, situação que tem sido colocada pelas demais profissões de saúde como necessária de superação. As novas diretrizes das diversas profissões têm ressaltado a importância de formar trabalhadores de saúde para o Sistema Único de Saúde com visão generalista e não fragmentada (Bravo, 2006, p.17).

Quando as demandas são direcionadas ao Serviço Social através do SUS, seja na atenção básica ou em níveis superiores, elas não surgem de forma isolada, mas sim acompanhadas de outras necessidades sociais. Essas necessidades são oriundas de uma perspectiva ampla, que abarca áreas como educação (busca por vagas em creches), Assistência Social (programas como Bolsa Família, Benefício de Prestação Continuada - BPC, assistência alimentar, vale-transporte), mercado de trabalho (desemprego), habitação (falta de

moradia) e direitos previdenciários (principalmente no setor informal). Com a implementação do SUS, o Serviço Social na área da saúde passou a ter atuação em diversos contextos sócio-ocupacionais dessa área, sendo necessário estabelecer uma rede de apoio que não se restrinja aos serviços oferecidos pela profissão, mas que englobe também outras esferas de atuação.

E assim, o Serviço Social inserido na política de saúde, que foi reconhecido como profissional da saúde, por meio da Resolução Nº 218, de 06 de março de 1997 publicada pelo Conselho Nacional de Saúde, e posteriormente com a publicação da Resolução do CFESS Nº 383, de 29 de março de 1999, que trata, em seu Art. 2º:

Art. 2º - O assistente social atua no âmbito das políticas sociais e, nesta medida, não é um profissional exclusivamente da área da saúde, podendo estar inserido em outras áreas, dependendo do local onde atua e da natureza de suas funções.

É importante ressaltar que esse período marca a consolidação do Projeto Ético-político do Serviço Social, o qual encontra um terreno propício durante o processo de redemocratização do país. Este projeto destaca-se por sua dimensão política ao priorizar os interesses da classe trabalhadora. Fundamenta-se na oposição e na denúncia ao conservadorismo profissional, tendo como cerne o reconhecimento da liberdade como valor central. Suas bases estão presentes no Código de Ética de 1993, na Lei que Regulamenta a Profissão (Lei nº8.662/90) e nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS de 1996. Além disso, existe uma clara conexão entre o Projeto Ético-político do Serviço Social e o Projeto da Reforma Sanitária, especialmente em seus fundamentos teóricos e princípios.

No contexto dos anos 1990, o Serviço Social na área da saúde se encontra sob tensão devido a dois projetos distintos em conflito, os quais demandam abordagens diferentes por parte do Serviço Social, Bravo (2006) exemplifica sobre esses dois projetos:

O Projeto de Reforma Sanitária, explicitado no item 2 desse texto, tem como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde (SUS) e foi fruto de lutas e mobilização dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular. Sua preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e,

por conseguinte, pela saúde. O projeto saúde articulado ao mercado ou a reatualização do modelo médico assistencial privatista, está pautado na Política de Ajuste que tem como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta; descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado (Bravo, 2006, p.15).

É fundamental destacar que tanto o Projeto Ético-político do Serviço Social quanto o Projeto de Reforma Sanitária continuam em processo de construção até os dias atuais, enfrentando consideráveis desafios devido aos rumos neoliberais da sociedade e a emergência de uma nova reação conservadora. Nesse contexto, avançar na luta pela efetivação de uma saúde pública de qualidade requer resgatar o caráter político e ideológico do Projeto de Reforma Sanitária.

É incontestável o potencial presente nas características do Movimento Sanitário, pois ele possui uma capacidade transformadora que vai além do campo da saúde e aponta para mudanças sociais mais amplas. Assim, o Movimento de Reforma Sanitária não se resume à criação do SUS, mas, assim como o Projeto Ético-político, que tem como princípios fundamentais, entre outros, o reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais - busca estabelecer uma nova ordem societária, uma sociedade sem classes e sem interesses antagônicos.

E assim o Serviço Social atua diante a correlação de forças, inserido na política de saúde, sofre severos retrocessos, incidindo sobre a trajetória profissional e também cotidianamente nas atribuições e competências que são permeados no âmbito do trabalho profissional, segundo a Lei de Regulamentação da Profissão de Serviço Social 8.662/1993, são atribuições privativas do assistente social:

I - coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social;

II - planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social;

III - assessoria e consultoria e órgãos da Administração Pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social;

IV - realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social;

V - assumir, no magistério de Serviço Social tanto a nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular;

VI - treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social;

VII - dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação;

VIII - dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social;

IX - elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos ou outras formas de seleção para Assistentes Sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social;

X - coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social;

XI - fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regionais;

XII - dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas;

XIII - ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional.

A atuação do Serviço Social na política de saúde deve estar articulada aos princípios do Projeto Ético-político assim como alinhado a perspectiva do Projeto de Reforma Sanitária, e assim se materializa em meio as competências elencadas acima, como também nos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde(2010), que norteia a atuação por meio do atendimento direto aos usuários; ações socioassistenciais; ações de articulação com a equipe de saúde; ações socioeducativas; mobilização, participação e controle social; investigação, Planejamento e Gestão; assessoria, qualificação e formação profissional.

Desse modo, destacamos que os Assistentes Sociais, inseridos na Estratégia de Saúde da Família, têm grande importância na materialização e mediação para viabilizar o SUS, dando respostas qualificadas as necessidades e reivindicações postas pelos usuários. Sendo assim destacamos o

atendimento direto aos usuários, segundo os Parâmetros de Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2010).

O atendimento direto aos usuários se dá nos diversos espaços de atuação profissional na saúde, desde a atenção básica até os serviços que se organizam a partir de ações de média e alta complexidade, e ganham materialidade na estrutura da rede de serviços brasileira a partir das unidades de Estratégia de Saúde da Família, dos postos e centros de saúde, policlínicas, institutos, maternidades, Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), hospitais gerais, de emergência e especializados, incluindo os universitários, independente da instância a qual é vinculada seja federal, estadual, ou municipal (CFESS, 2010, pág. 41).

Sendo assim, o Serviço Social desempenha um papel fundamental na ESF, um dos principais pilares do SUS no Brasil. Esta abordagem busca promover uma atenção integral à saúde, priorizando ações preventivas, o acompanhamento de famílias e a promoção da qualidade de vida.

No contexto da ESF, o assistente social atua como um elo crucial entre as equipes de saúde e a comunidade. Suas responsabilidades vão desde a identificação das necessidades sociais das famílias atendidas até a articulação de políticas sociais públicas que possam melhorar suas condições de vida. Isso inclui questões como acesso a benefícios sociais, moradia digna, alimentação adequada, entre outras.

Além disso, o assistente social na ESF tem um papel importante na promoção da saúde mental das famílias, fornecendo apoio social, orientação e encaminhamento para serviços especializados quando necessário. Ele também atua na prevenção de situações de violência doméstica, abuso infantil, negligência e outras formas de violação de direitos.

Outra função crucial é a de mobilizar a comunidade e fortalecer o controle social sobre as políticas de saúde, incentivando a participação ativa dos cidadãos na gestão do SUS e na defesa de seus direitos.

Em geral, essas atividades realizadas pelo assistente social têm funcionado como estratégia para amenizar as consequências mais graves da demanda reprimida, tanto para a instituição quanto para o usuário. Cumpre um papel fundamental como instrumento viabilizador de condições objetivas para a realização do processo de trabalho em saúde e, principalmente, para tornar possível o acesso dos segmentos excluídos do próprio serviço existente, constituindo-se numa espécie de elo invisível (Da Costa, 2000, p. 35).

Portanto, o Serviço Social na ESF não se limita apenas à resolução de problemas individuais, mas busca promover mudanças estruturais que contribuam para a construção de uma sociedade mais justa, equitativa e saudável.

Em suma, o Serviço Social inserido na ESF no Município de Campina Grande, contribui para a viabilização do direito à saúde, sendo de extrema relevância para o atendimento direto aos usuários, articulador das demandas advindas dos usuários. Desse modo, se faz necessário a discussão do Programa Saúde de Verdade e as implicações para os usuários a partir da ótica do Serviço Social.

4.3 Expressões da Contrarreforma na Política de Saúde em Campina Grande/PB

No Brasil, temos observado processos de contrarreforma, caracterizados pela redução ou supressão de direitos. Esses processos, como mencionado anteriormente, são encaminhados por meio da função do Estado, nesse processo. Destaca-se a função de garantir as condições objetivas de reprodução ampliada do capital.

Para compreender as tendências dos intelectuais coletivos ⁵durante o processo de contrarreforma da política de saúde em Campina Grande, é crucial entender as agendas e defesas de interesses desses intelectuais. Essa compreensão se desenrola no contexto político, ou seja, na formulação das políticas.

Em conformidade com a Lei Nº 9.637/98, que estabelece as bases para as Organizações Sociais, aprovada durante o mandato do presidente Fernando

⁵ Segundo Casimiro (2018, p. 43) É importante ressaltar que, apesar do estudo organizar e separar esses aparelhos a partir de sua atuação, sendo alguns caracterizados como de ação doutrinária e outros como sendo mais pragmáticos, e ainda de ação estrutural, por dentro do Estado, isso não significa, contudo, que essas organizações não desenvolvam, em certa medida, um pouco de cada uma dessas estratégias. Muitos desses intelectuais coletivos[...] em um determinado grau, atuam em diferentes direções, ou seja, desenvolvem estratégias tanto doutrinárias, como pragmáticas ou estruturais, no interior da estrutura estatal. Entretanto, alguns priorizam e se caracterizam mais pelas ações de doutrinação, enquanto outros são reconhecidamente mais ligados às formas de atuação mais estruturais com um projeto de poder bem definido. Essa separação, portanto, possui limitações e tem um caráter mais analítico, no sentido de ressaltar certos aspectos no conjunto das formas de organização dessas instituições.

Henrique Cardoso, em Campina Grande, as primeiras medidas de privatização são delineadas pela Lei Nº 5.277, datada de 19 de abril de 2013. Esta lei institui o Programa de Gestão Pactuada e aborda a qualificação de Organizações Sociais. Segundo Silva e Matias (2018, p.13):

Outra expressão do processo de privatização da saúde em curso no município é a adesão da UFCG à EBSEH. A primeira iniciativa foi no ano de 2012, na gestão do Reitor Thompson Fernandes Mariz, que no dia 29 de outubro do referido ano colocou para apreciação e deliberação do Conselho Universitário (CONSUNI) da UFCG, que se posicionou contrário à adesão à EBSEH. Isso apenas foi possível devido à grande mobilização do Fórum em Defesa do SUS e da comunidade universitária, principalmente os trabalhadores da saúde que organizaram e mobilizaram para impedir a aprovação. As estratégias de luta foram exitosas e o processo de adesão foi barrado. O Fórum de Saúde de Campina Grande, com essa ofensiva, passa a ser referência a nível nacional no que diz respeito à luta contra a adesão à EBSEH.

O aumento contínuo do investimento do fundo público nos setores privados, por meio de modelos privatizantes de gestão na saúde, é uma resposta do Estado às crises do capital, resultando no redirecionamento dos recursos públicos para preservar o capital em detrimento do trabalho.

O processo atual de privatização na saúde, através de formas não clássicas tem acarretado danos significativos. Estes incluem a contratação de força de trabalho em saúde com vínculos precários, a falta de garantia de acesso efetivo aos serviços de saúde para os usuários, resultando em uma quebra dos princípios de universalidade e integralidade, além da introdução da lógica gerencial na gestão dos serviços de saúde.

Na realidade contemporânea do Município de Campina Grande no período de 2021 a 2023, se expressou através do Programa Saúde de Verdade.

Nesse contexto, é perceptível a disputa pelo fundo público na Política de Saúde, Salvador (2010), ressalta essa relação do fundo público no Brasil, como um mecanismo de acumulação do capital, sendo regressivo em relação para onde destina os recursos. No Brasil temos o fundo público financiado pelos trabalhadores e apropriados pelos ricos, sendo necessário esse debate para compreensão da sua disputa.

Sendo, o fundo público, portanto, cada vez mais relevante para compreender a disputa dos recursos estatais em uma economia, sobretudo, em momentos de crise do capital. A disputa por recursos

públicos, no âmbito do orçamento estatal, ocupa posição relevante no contexto de financeirização do capitalismo e do conjunto de contrarreformas do Estado, realizadas sob auspício das políticas neoliberais (Salvador, 2020, p.2-3).

E assim em Campina Grande, temos a disputa do fundo público, por meio da terceirização de serviços, que é governada pelo prefeito Bruno Cunha Lima, filiado ao PSDB, que segue as orientações e medidas de restrição de direitos, do governo Jair Messias Bolsonaro (2019-2022).

A pesquisa foi realizada por meio da revisão bibliográfica das principais categorias do estudo, a saber: Crise do Capital, Estado, Contrarreforma e Política de Saúde. Assim como foram feitas as entrevistas semiestruturadas (ver apêndice A) realizadas presencialmente com treze (13) assistentes sociais inseridas na ESF, cada uma dessas profissionais está inserida em três ou quatro equipes. A escolha pelos profissionais de Serviço Social na atenção primária de saúde justifica-se uma vez que, os profissionais fazem atendimento direto aos usuários, através de ações socioassistenciais, socioeducativas e de articulação. Para tanto, foi analisado que o Serviço Social tem viabilizado direitos, realizando orientações e encaminhamentos, sendo esses profissionais que ouvem as reivindicações e muitas vezes tentam resolver problemas do Programa Saúde de Verdade, tais como: o acesso, o uso às tecnologias e as restrições nos atendimentos aos usuários.

Dessa forma, nas entrevistas foram levantadas várias discussões, enfatizando a dificuldade do acesso dos usuários ao serviço, como também as implicações na prática profissional de todos os trabalhadores inseridos nessa dinâmica.

A contrarreforma na política de saúde no município de Campina Grande tem sido um tema de grande discussão e preocupação entre a população e os profissionais, pois representa um retrocesso, uma inflexão nas conquistas e nos direitos já estabelecidos, sendo assim a pesquisa desencadeou análises desse processo por meio dos assistentes sociais que atuam na ESF do Município de Campina Grande.

Esse processo apresenta reflexões sobre os aspectos da privatização, terceirização de serviços de saúde e adoção de modelos de gestão que priorizam

o lucro em detrimento do bem-estar da população, nesse processo trazemos resultados dessas análises através das assistentes sociais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

As mudanças introduzidas pelo Programa Saúde de Verdade têm despertado uma série de discussões e reflexões sobre o sistema de saúde no Município de Campina Grande. Uma das transformações mais significativas está no aumento dos gastos excessivos com o cartão que substituía o do SUS.

Outro ponto de debate é o tempo estipulado de atendimento, fragilizando o acolhimento e escuta dos usuários. Podendo comprometer a eficiência do serviço prestado à população.

As cobranças excessivas relacionadas à carga horária geraram impactos e discussões, por meio de reuniões com alguns profissionais de saúde preocupados com possíveis impactos em suas condições de trabalho.

A decisão de alterar o organograma original, reduziu a autonomia dos profissionais, foi uma medida que enfraqueceu a capacidade de decisão e atuação dos profissionais. Assim como a negação do processo de vacinação, foram amplamente criticadas por desconsiderar o direito a vacinação, comprometendo a insegurança e eficácia do processo de imunização. Segundo a Lei N° 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, pontua o caráter obrigatório da oferta de vacinação.

Art 3º Cabe ao Ministério da Saúde a elaboração do Programa Nacional de Imunizações, que definirá as vacinações, inclusive as de caráter obrigatório.

Parágrafo único. As vacinações obrigatórias serão praticadas de modo sistemático e gratuito pelos órgãos e entidades públicas, bem como pelas entidades privadas, subvencionadas pelos Governos Federal, Estaduais e Municipais, em todo o território nacional.

Diante de tantos retrocessos, também ocorreu a ausência do reconhecimento e respeito ao direito ao nome social, desrespeitando a promoção da inclusão e respeito à diversidade.

Em suma, as mudanças promovidas pelo Programa Saúde de Verdade geraram debates e reflexões importantes sobre a política de saúde no Município

de Campina Grande, destacando a necessidade de resistência a esse processo de contrarreforma na política de saúde, tendo vários elementos de inflexão apresentados no quadro abaixo.

QUADRO 1 -PRINCIPAIS MUDANÇAS COM A INSERÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE VERDADE
1. Gastos excessivos com cartão que substituía o cartão do Sistema Único de Saúde (SUS);
2. Tempo estipulado de atendimento, fragilizando o acolhimento e escuta dos usuários;
3. Cobranças excessivas com carga horária;
4. Organograma alterado, perdendo a autonomia dos profissionais;
5. Negação de vacinação, devido a burocratização excessiva;
6. Desrespeito ao direito ao nome social.

Fonte: Elaboração da própria autora com base nas entrevistas semiestruturadas (2024).

Ademais, o sistema operacional apresenta diversas fragilidades que impactam significativamente sua eficácia e usabilidade. Uma das principais questões era a lentidão e complexidade do sistema operacional, tornando a navegação e o acesso às funcionalidades uma tarefa árdua para os usuários. Esta falta de fluidez gerou frustração e desmotivação entre os usuários, mas o discurso falacioso era que o Programa Saúde de Verdade iria facilitar marcações de consultas, exames e o acesso. Assim relatam também, os usuários a insatisfação na rede social Instagram:

Usuário I

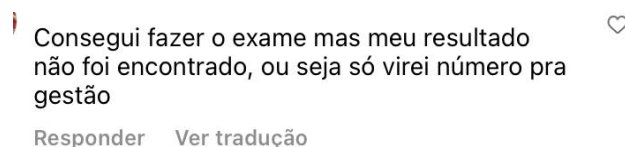
Até o cartão uma demora pra chegar. Faz praticamente 1 ano ou mais que fiz e nada. Saúde da mentira realmente. Quando você liga pra marcar algo, falam que vão retornar e quando não demoram, nem há o retorno, é uma humilhação.



Além disso, a perda de dados dos usuários, devido a falha no sistema, foi uma falha grave que compromete a integridade das informações. Sem um mecanismo adequado de visualização de prontuários, os profissionais de saúde

enfrentaram as dificuldades na obtenção de dados cruciais para o atendimento aos usuários, assim como relatam na rede social:

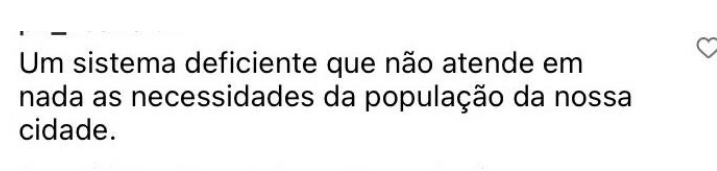
Usuário II



Fonte: Instagram (2023).

A dificuldade de conexão com a internet, o que limitava severamente a utilidade do sistema em um mundo cada vez mais conectado, ou seja, incapacidade de acessar dados online representou um obstáculo significativo para a prestação de serviços de saúde adequados, assim relata a usuária.

Usuária III



Fonte: Instagram (2023).

Por conseguinte, a ausência de um processo de migração de dados dos usuários para o PEC-SUS (Prontuário Eletrônico do Cidadão), do governo federal foi um desafio que se tornou uma lacuna. A falta de integração com esse sistema centralizado dificulta a adoção de um modelo mais eficaz, permanecendo o modelo biomédico. A migração de dados é essencial para garantir a continuidade do cuidado e a interoperabilidade entre diferentes sistemas de saúde, permitindo uma visão mais totalitária e integrada dos usuários. Desse modo, foi desrespeitado o princípio da integralidade como versa na Lei 8.080/90,

Art. 7º II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos,

individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

Em suma, as fragilidades do sistema operacional representam não apenas obstáculos técnicos, mas também desafios significativos para a qualidade e eficiência dos serviços de saúde. Abaixo será elencado resumida as quatro fragilidades apontadas pelas assistentes sociais entrevistadas nas UBS.

QUADRO 2- FRAGILIDADES DO SISTEMA OPERACIONAL
1.Sistema Lento e de difícil compreensão/acesso;
2.Perda de dados dos usuários, sem visualização de prontuário;
2. Dificuldades de conexão com a internet;
3. Ausência de migração de dados dos usuários para o PEC SUS do governo Federal, visando um modelo biomédico.

Fonte: Elaboração da própria autora com base nas entrevistas semiestruturadas (2024).

Além das fragilidades apontadas, temos os retrocessos ao Serviço Social que foi objeto de críticas e preocupações por parte de diversos setores, como o Conselho Municipal de Saúde do Município de Campina Grande (CMS-CG), assim como em reuniões de equipe. Uma das principais questões levantadas é a dificuldade de acesso dos usuários, uma vez que o sistema passou a exigir o uso de smartphones com acesso à internet, excluindo assim uma parcela significativa da população que não possui esse tipo de tecnologia. Isso levantou preocupações sérias sobre a ampliação das desigualdades no acesso aos serviços de saúde indo contra aos princípios de universalidade e equidade que deveriam nortear o sistema.

A sobrecarga de demandas ao Serviço Social foi uma fonte de preocupação constante. Com a redução de recursos e o aumento das necessidades da população, os profissionais de Serviço Social, muitas vezes estavam sobrecarregados e incapazes de atender adequadamente todas as

demandas que lhes eram apresentadas. Raichelis (2011) aponta, que houve um crescimento do trabalho precário:

Essa dinâmica de precarização atinge também o trabalho profissional do assistente social, afetado pela insegurança do emprego, precárias formas de contratação, intensificação do trabalho, baixos salários, pressão pelo aumento da produtividade e de resultados imediatos, ausência de horizontes profissionais de mais longo prazo, falta de perspectivas de progressão e ascensão na carreira, ausência de políticas de qualificação e capacitação profissional, entre outros (RAICHELIS, 2011, 758-759).

O desrespeito ao sigilo profissional também foi um desafio enfrentado. A quebra do sigilo compromete a confiança entre os usuários e os profissionais de Serviço Social, além de colocar em risco a segurança e o bem-estar dos próprios usuários. Outra questão crítica é a fragilização do sistema, que tem levado à perda e ao sumiço de dados dos usuários. Isso não apenas compromete a continuidade e eficácia do atendimento, mas também representa uma violação da privacidade e dos direitos dos usuários. O CFESS (2020), dispõe uma nota sobre o sigilo.

1.Os espaços sócio ocupacionais onde atuam os/as assistentes sociais devem garantir condições adequadas para que o sigilo profissional possa ser garantido aos/as usuários/as; [...] 6. O sigilo profissional é a regra. Sua quebra é exceção, devendo ser adotada somente quando puder contribuir ou evitar que aconteça uma situação grave, nociva e perigosa para a integridade física e psíquica do/a usuário/a ou de terceiros. Nessas ocasiões o/a profissional deve restringir-se a prestar as informações necessárias para a solução da situação; 7. No caso de trabalhos de natureza multi ou interdisciplinares o/a assistente social deverá compartilhar com outros/as profissionais, somente as informações que forem relevantes para a prestação do serviço aos/as usuários/as, resguardando o caráter sigiloso dos documentos/ comunicações e se assegurando de que o sigilo também seja preservado pelas outras pessoas que, em decorrência do trabalho em equipe, venham a ter acesso aos mesmos; 8. Esse cuidado deve ser redobrado, quando essa socialização de informações for realizada por meios eletrônicos ou pela internet, tais como prontuários eletrônicos ou sistemas de cadastramento de dados para acesso a benefícios sociais, dentre outros (CFESS, 2020, p.1-2).

O acesso não igualitário do sistema operacional, também foi excludente, uma vez que determinados grupos populacionais, como minorias étnicas, pessoas com deficiência e pessoas em situação de vulnerabilidade

socioeconômica, enfrentam maiores barreiras para acessar os serviços de que necessitam. Isso reflete e reforça as desigualdades estruturais presentes na sociedade. Pois ao desconsiderar as desigualdades sociais, aumenta as demandas de usuários excluídos, decorrentes das expressões da referida desigualdade social.

[...]o sofrimento, a dor e o desalento diante da exposição continuada à impotência frente à ausência de meios e recursos que possam efetivamente remover as causas estruturais que provocam a pobreza e a desigualdade social (Raichelles, 2011:435).

Analisando o contexto supracitado, o mesmo aponta retrocessos ao Serviço Social, acarretando dificuldades a viabilização de direitos das pessoas, o que resultou na finalização do Programa Saúde de Verdade no dia 05 de agosto de 2023, após várias reivindicações.

QUADRO 3 - RETROCESSOS AO SERVIÇO SOCIAL

1. Acesso não igualitário, pois tinham que possuir smartphones com acesso à internet, e muitos não tinham;
2. Demandas excessivas ao Serviço Social;
3. Sistema fragilizado, eliminando dados dos usuários;
4. Desrespeito ao sigilo profissional.

Fonte: Elaboração da própria autora com base nas entrevistas semiestruturadas (2024).

As mudanças nas requisições profissionais dos profissionais das UBS, refletem uma série de desafios. Uma das principais questões enfrentadas é a dificuldade na execução das ações de promoção e proteção devido à superlotação de atendimentos. Esta sobrecarga comprometia a capacidade dos profissionais de dedicarem tempo e recursos adequados à prevenção de doenças e promoção da saúde. Tendo como base a Constituição Federal de 1988, em seu art. 196:

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Dessa forma, ressaltamos a importância do assistente social no âmbito da determinação social da saúde, pois são esses profissionais que buscam ocupar o espaço na democratização de informações, esclarecendo sobre tais determinantes de saúde dos trabalhadores, permitindo assim que os usuários sejam protagonistas e sintam-se respeitados e apoiados. É nesses espaços que são evidenciadas as histórias dos sujeitos sociais, que tem em sua vida as dimensões universais e particulares das expressões da questão social (Vasconcelos, 2009).

Nesse cenário da particularidade do Município de Campina Grande, os assistentes sociais, viabilizaram o agendamento de atendimentos, como meio de viabilizar o acesso ao direito à saúde dos usuários, e buscar democratizar a informação, diante da importância ressaltada nos determinantes sociais de saúde. Essa abordagem buscava otimizar o fluxo de usuários e garantir um atendimento mais eficiente, além do que antes os atendimentos eram feitos nas UBS e com o Programa Saúde de Verdade, ocorriam mutirões de atendimentos que aglomeravam pessoas em um mesmo local, em tempos de pandemia da Covid-19, com total descaso a proteção dos usuários. Como relata a Assistente Social I:

Assistente Social I

As novas requisições foram solicitadas pelos usuários com relação ao acesso aos serviços de saúde, pois muitos não conseguiram marcar seus atendimentos.

Assistente Social II

Surgiu novas demandas, como agendar consultas como meio de garantir o acesso ao direito a saúde.

Além disso, houve uma revisão do Programa Saúde de Verdade (PSV), inicialmente, pois era centrado apenas no atendimento médico, e foi revisado para incluir o Serviço Social. Anteriormente, o Serviço Social era invisível para o PSV, o que limitava sua atuação e impacto na comunidade. Essa inclusão representa um reconhecimento da importância da abordagem multidisciplinar na promoção da saúde e no atendimento integral aos usuários.

Assistente Social III

De início fomos invisíveis. Após pressão da categoria fomos incluídos nas capacitações. Pois a empresa só tinha visão para atendimento

médico. Tivemos uma demanda maior de viabilização de direitos negados.

Assistente Social IV

Houve certa desvalorização do Serviço Social, enquanto parte integrante da equipe. Percebi que o programa era mais direcionado para o atendimento médico.

No entanto, essa mudança traz consigo desafios de planejamento multiprofissional, eficaz entre diferentes áreas de especialização para garantir a integração e eficiência dos serviços prestados. A agenda dos profissionais era desrespeitada e autonomia profissional limitada, impedindo uma distribuição equitativa e justa das responsabilidades e recursos disponíveis. Iamamoto (2015), ao incorporar novas reflexões à sua abordagem sobre a autonomia relativa, faz uma análise da integração dos profissionais nos processos de trabalho, destacando a importância da mediação objetiva para sua prática diária. A autora ressalta que,

[...] ainda que dispondo de relativa autonomia na efetivação de seu trabalho, o assistente social depende, na organização da atividade, do Estado, da empresa, entidades não governamentais que viabilizam aos usuários o acesso a seus serviços, fornecem meios e recursos para sua realização, estabelecem prioridades a serem cumpridas, interferem na definição de papéis e funções que compõem o cotidiano de trabalho institucional. Ora, se assim é, a *instituição não é um condicionante a mais do trabalho do assistente social*. Ela organiza o processo de trabalho do qual ele participa (Iamamoto, 2009, p. 63).

Em suma, é essencial buscar soluções que promovam uma abordagem mais integrada, que considere a autonomia relativa de cada profissional envolvido, visando sempre à melhoria contínua da qualidade e acessibilidade dos serviços de saúde.

QUADRO 4 - MUDANÇAS NAS REQUISIOES PROFISSIONAIS DOS PROFISSIONAIS DAS UBS

- 1. Dificuldades na execução das ações de promoção e proteção, devido a superlotação de atendimentos;**
- 2. Agendamento de atendimentos como meio de viabilizar o acesso ao direito à saúde;**

3. PSV não incluía o Serviço Social, priorizava o atendimento médico;

4. Desafios do planejamento multiprofissional;

5. Agenda dos profissionais realizada pelo PSV, desconsiderando a autonomia profissional.

Fonte: Elaboração da própria autora com base nas entrevistas semiestruturadas (2024).

Logo, as novas requisições profissionais estão imbricadas nesse movimento, mudanças essas entrelaçadas no campo social, político e econômico, que impactam diretamente o trabalho dos assistentes sociais. Matos (2015, p.690), ressalta esse movimento:

Cabe lembrar que esse movimento é contraditório: ao mesmo tempo que pode descaracterizar nossas atribuições privativas, pode também apresentar novas e importantes demandas para a profissão. Essa contradição sublinha a importância de não perdermos de vista a função social da profissão, para oferecer respostas qualificadas e posicionadas a esse contexto, mas também sem “engessarmos” o trabalho, por não conseguirmos captar o movimento tendencial das demandas a ele colocadas.

Nesse contexto é importante ressaltar as formas de resistência no Serviço Social, que demonstram a busca por melhores condições de trabalho e a defesa dos direitos e interesses dos profissionais. Uma das estratégias adotadas com a criação do Programa Saúde de Verdade, foi a criação de comissões para discutir o Programa, visando avaliar e propor a sua finalização sendo concretizada em setembro de 2023.

Além disso, as reuniões dos profissionais junto ao (CMS-CG) foi uma estratégia importante para expressar preocupações e demandas, buscando influenciar as decisões e diretrizes relacionadas à prestação de serviços de saúde a comunidade.

A participação na Conferência Municipal de Saúde do Município de Campina Grande foi outra maneira de fortalecer as reivindicações dos profissionais e pressionar por mudanças. Como a resistência à adesão ao teleatendimento refletiu preocupações com a qualidade e eficácia do serviço prestado, bem como questões relacionadas à privacidade e acessibilidade dos usuários. As reivindicações de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) por

meio de paralisações destacaram a importância da segurança e saúde dos profissionais, especialmente em tempos de pandemia, onde a proteção adequada era fundamental para evitar a propagação de doenças.

Assistente Social III

Na época da Covid-19 faltou EPI, teve resistência dos profissionais para trabalhar sem EPI. Foi necessário inclusive a nossa categoria se apropriar de entender as normas sobre EPI, e o que seria uma EPI de qualidade, segura. Normas da ABNT para cobrar da gestão. Além da luta do Serviço Social para garantir o acesso a EPI para todos os trabalhadores da equipe.

Em síntese, as demandas por capacitações e a solicitação de notebooks evidenciaram a busca por melhores recursos e oportunidades de desenvolvimento profissional, visando aprimorar a qualidade e eficiência dos serviços prestados pelo Serviço Social na área da saúde. Essas formas de resistência refletem a luta contínua dos assistentes sociais em busca de condições de trabalho mais justas e adequadas, bem como a promoção de um serviço de saúde mais eficaz e acessível para a comunidade. Veloso (2011), ressalta esse processo de apropriação do serviço social as tecnologias.

Do ponto de vista profissional, a TI pode potencializar os processos de trabalho em que os assistentes sociais estão inseridos, adicionando novas possibilidades para a condução do trabalho. Ressalta-se que ela não cria tais possibilidades, apenas as potencializa, em articulação com os diversos aspectos e condições que compõem o perfil e o trabalho profissionais. [...] Sua importância reside na possibilidade de imprimir uma mudança qualitativa ao trabalho profissional, a partir de seu uso como um dos recursos capazes de propiciar a ampliação das habilidades, competências e atribuições profissionais. Trata-se, portanto, de um potencial estratégico voltado não para os interesses dos segmentos dominantes da sociedade, mas para a consecução do projeto profissional, que confere prioridade à satisfação dos interesses dos usuários e segmentos populares e trabalhadores. [...] É nesta perspectiva que a TI pode ser apropriada pelo Serviço Social: como um recurso a serviço da concretização dos valores e princípios fundamentais do projeto profissional, e não como algo dissociado deles. [...] A tecnologia é pensada, então, como um dos meios de se alcançar uma finalidade bem explícita, uma das mediações que se coloca à disposição do projeto elaborado e conduzido pela categoria profissional, e sua importância reside exatamente na possibilidade de constituir-se como um dos recursos que podem ser utilizados para o aprofundamento e a consolidação desse projeto profissional (Veloso, 2011, p.79).

QUADRO 5 - FORMAS DE RESISTÊNCIA DO SERVIÇO SOCIAL

1. Criação de comissão para discussão do Programa Saúde de Verdade;
2. Reuniões dos profissionais junto ao Conselho Municipal de Saúde;
3. Conferência Municipal de Saúde do Município de Campina Grande;
4. Resistência a adesão ao teleatendimento;
5. Reivindicações de EPIs através de paralisações;
6. Reivindicações para realização de capacitações e requerimentos de notebooks.

Fonte: Elaboração da própria autora com base nas entrevistas semiestruturadas (2024).

Diante do contexto mencionado, é fundamental que a sociedade civil esteja atenta e mobilizada para resistir a essas medidas e exigir políticas de saúde que garantam o acesso universal e gratuito aos serviços, promovam a qualidade de vida e protejam os direitos dos usuários. O diálogo entre gestores, profissionais da saúde e a comunidade é essencial para construir um sistema de saúde justo e democrático em Campina Grande. Tendo em vista que, a contrarreforma na política de saúde está associada com o objetivo de enfraquecer o SUS, desviando recursos públicos para o setor privado e minando os princípios de universalidade, equidade e integralidade que norteiam o sistema.

Em suma, o Programa Saúde de Verdade evidenciou, ainda mais a falta de evidência em relação aos objetivos e às ações concretas do programa, além de que foi implementado de forma a beneficiar um grupo privado, ou seja, foi realizado, repasse do recurso do fundo público.

CONSIDERAÇÕES APROXIMATIVAS

A construção desta dissertação foi permeada pela busca de analisar o objeto da pesquisa- Contrarreforma na Política de Saúde em Campina Grande-Paraíba: implicações do Programa Saúde de Verdade. Nesse sentido analisamos os desafios com a implementação do programa. Assim como formas de resistência dos profissionais.

Nesse contexto, tornou-se essencial abordar o significado da contrarreforma na proposta econômica do capitalismo, como uma via para consolidar a lógica neoliberal do Estado. A contrarreforma desempenhou um papel significativo nas mudanças da função do Estado como executor de políticas públicas - especialmente as de cunho social -, redefinindo sua função para supervisionar o cumprimento das leis e garantir a ordem social que sustenta a economia de mercado. Para os propósitos desta dissertação, a discussão sobre a contrarreforma assume uma posição central, uma vez que esse processo gera impactos consideráveis nas estruturas institucionais e, conseqüentemente, no trabalho do assistente social.

Assim, a contrarreforma do Estado foi apresentada como uma estratégia para modificar a execução das políticas sociais, beneficiando os proprietários do capital e o próprio Estado, que deixou de ser o executor, porém não viabilizou as condições necessárias para a implementação efetiva das políticas sociais. Historicamente, a contrarreforma do Estado tem sido uma característica de todos os governos brasileiros desde a década de 1990, com os governos mais alinhados a propostas políticas de direita - e particularmente de extrema direita - implementando programas que favorecem essa agenda.

Durante o processo de contrarreforma, a Política de Saúde brasileira foi consolidada desde a década de 1990. Paralelamente à redemocratização política do país, a Política de Saúde emergiu como uma bandeira de luta para garantir a democratização com base nos ideais do Movimento Sanitarista. Esse período representou um momento singular na história brasileira, marcado por lutas e aspirações, e esperança em busca de uma sociedade justa e igualitária

para todos, fundamentada nos ideais da Reforma Sanitária. Esta reforma visava uma abordagem mais abrangente da saúde, indo além da mera ausência de doença, para contemplar uma visão holística do sujeito social, baseada no conceito de bem-estar biopsicossocial e espiritual. A partir dessa perspectiva, a discussão transcende a mera organização de um sistema de saúde, direcionando-se para uma concepção mais ampla de sociedade.

Assim, é crucial mantermos em mente que a implementação da Política de Saúde brasileira ocorreu em meio à contrarreforma do Estado nas políticas sociais, tanto nos governos orientados pelo neoliberalismo quanto naqueles que optaram pela conciliação para evitar conflitos significativos com os detentores do capital. A história nos revela que os retrocessos no acesso às políticas sociais observados no Brasil desde 2016 - como a aprovação da PEC nº 95/2016, conhecida como PEC do teto de gastos - foram influenciados pelo contexto preparado nos governos anteriores.

A chegada da pandemia intensificou ainda mais os efeitos do capital pandêmico no cenário nacional, acentuando a devastação neoliberal que se seguiu ao golpe de 2016. E assim, temos testemunhado um significativo desmantelamento das políticas sociais, que ocorre a uma velocidade alarmante. Esse processo afeta especialmente a política de saúde, com a inserção de instituições privadas sem fins lucrativos cujas práticas de atendimento se assemelham muito às instituições que existiam antes da Constituição Federal e da construção sócio-histórica do Brasil, marcada por práticas conservadoras. Isso evidencia o quanto não avançou em relação à Seguridade Social brasileira e como o financiamento das políticas sociais permanece desfinanciado.

O processo de contrarreforma do Estado e sua expressão na APS e, em particular, à ESF, possuem implicações negativas na efetivação do direito à saúde no país. Isso vai de encontro aos princípios estabelecidos no texto constitucional, que fundamentam o SUS na universalidade e integralidade.

O Brasil tem enfrentado uma direção contrária ao que está legalmente estabelecido, utilizando dispositivos legais como decretos, leis, medidas provisórias e resoluções para promover uma agenda neoliberal, inclusive sua fase mais agressiva, o ultraneoliberalismo.

O governo Bolsonaro, seguindo a linha da gestão anterior, liderada por

Temer, intensificou e acrescentou medidas que fortalecem essa agenda, justificadas muitas vezes pela crise fiscal enfrentada pelo país, agravada pela crise estrutural do capitalismo após 2008. Essa justificativa tem sido usada para diminuir os gastos públicos com políticas sociais e expropriar direitos.

Outro aspecto importante a salientar é que tanto o mundo quanto o Brasil enfrentaram uma das maiores crises sanitárias da história devido à pandemia de Covid-19. Esta crise nos forçou a refletir sobre os impactos na vida das pessoas, evidenciando e agravando as desigualdades de gênero, raça e classe social. Além disso, ela colocou em xeque o papel do SUS, que enfrentou grandes desafios para fornecer respostas eficazes, ao mesmo tempo em que se destacou como um elemento crucial na luta para salvar vidas. Nesse sentido, é fundamental reiterar a importância de cada vida perdida durante o combate à Covid-19, pois todas as vidas são igualmente valiosas.

O enfrentamento da COVID-19 emergiu como o maior desafio do sistema de saúde brasileiro em décadas, evidenciando as profundas desigualdades do país, o baixo investimento no SUS e a constante disputa entre os projetos de privatização e aqueles orientados pela Reforma Sanitária. As tentativas de expansão da rede por meio de privatizações são recorrentes e ganham visibilidade, ainda que uma parcela da população se oponha a elas.

Os efeitos precisos do neoliberalismo nas políticas sociais destacam-se pelos processos de privatização e mercantilização, bem como pela flexibilização e precarização da força de trabalho que promovem. Em geral, o neoliberalismo é sustentado por uma estrutura ideológica neoconservadora com traços neofascistas.

A ausência de ampliação da rede de serviços públicos desenha um cenário em que o setor privado ganha privilégios. Independentemente da qualidade do atendimento prestado, o setor público se vê obrigado a recorrer a ele, não havendo uma alternativa viável. Nesse sentido, o Estado acaba por delegar ao setor privado a responsabilidade pela solução, criando serviços para que o Estado possa adquiri-los.

No contexto brasileiro, essas diretrizes ultraneoliberais encontram solo fértil para sua implementação. O neoliberalismo foi adotado como a política central do Estado a partir da década de 1990, passando por uma fase de neodesenvolvimentismo/social-liberalismo durante os anos 2000 e culminando

no ultraneoliberalismo após o Golpe de 2016. Essa agenda tem sido rigidamente seguida pela elite dominante no Estado, especialmente durante os governos Temer e Bolsonaro, que se destacam pelos seus elementos fascistas. Incluem mudanças orçamentárias em resposta aos impactos da EC- 95; alterações na estrutura e funcionamento da política social, além da flexibilização e precarização dos trabalhadores envolvidos nesse processo.

A realização deste estudo evidencia que as contrarreformas são de fato um mecanismo utilizado pelo Estado capitalista, especialmente em períodos de capital financeirizado, para promover a acumulação de capital e sustentar relações sociais que são necessárias para manter as taxas de lucro do capital privado. Dessa forma, temos evidenciado a financeirização das políticas sociais, que implica no processo pelo qual as políticas sociais passam a ser moldadas de acordo com as lógicas do mercado financeiro, priorizando o lucro sobre o bem-estar social e os direitos humanos. Essa tendência é evidenciada pela ênfase em medidas de austeridade fiscal, privatizações e cortes nos investimentos em áreas como saúde, educação e assistência social.

Neste contexto, o nosso estudo evidenciou um aumento no processo de contrarreforma, no município de Campina Grande, por meio do Programa Saúde de Verdade, os resultados da pesquisa demonstram a incredibilidade do sistema, pois dificultava o acesso dos usuários e foram vários os desafios para os profissionais, tais como: a fragilização e a precarização do trabalho. Assim como, a burocratização excessiva causa consequências, como a dificuldade do acesso em relação aos serviços, evidenciando o controle e racionamento da oferta. Em suma, o Programa Saúde de Verdade, trouxe retrocessos aos direitos sociais, em sua completude social, econômica, e política.

Portanto, o estudo aponta para uma compreensão mais ampla das contrarreformas como parte de um conjunto de estratégias que visam garantir a reprodução do sistema capitalista, em detrimento dos direitos e do acesso equitativo aos serviços públicos essenciais.

O serviço social inserido nesse processo sofre inflexões, o estudo demonstra o impacto nas requisições profissionais, assim como a invisibilidade do serviço social diante do sistema operacional do Programa Saúde de Verdade. E assim foi necessário apontar as fragilidades para que esses profissionais fossem visibilizados, tendo em vista que o sistema reforçava o

atendimento médico.

Como mecanismo de resistência na política de saúde no Município de Campina Grande, tendo o contexto citado de retrocessos nos avanços conquistados, as reuniões da CMS, assim como as Conferências, demonstraram que esses movimentos são cruciais para defender e preservar direitos conquistados ao longo do tempo, como acesso universal à saúde, políticas de prevenção, e garantia de serviços de qualidade. Além disso, têm o potencial de mobilizar a sociedade civil, aumentar a conscientização sobre questões de saúde pública e pressionar autoridades políticas a adotarem medidas que beneficiem a população em geral. Esse processo culminou com a finalização do Programa Saúde de Verdade.

Após a reversão do Programa Saúde de Verdade, é crucial que o Conselho Municipal de Saúde de Campina Grande mantenha resistente aos processos, em prol da transparência e qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população. Neste momento, reoteramos a necessidade de fortalecimento dos mecanismos de fiscalização e controle.

É imperativo que o (CMS-CG), juntamente com o Ministério Público, investigue minuciosamente a empresa responsável pela implementação do programa anterior. Esta investigação não deve se limitar apenas aos aspectos financeiros, mas também à qualidade do atendimento prestado.

É fundamental destacar a importância do papel do (CMS-CG), como um órgão independente e representativo dos interesses da população. A reversão do Programa Saúde de Verdade demonstrou a relevância de sua atuação na defesa dos direitos dos cidadãos e na promoção de políticas públicas eficazes na área da saúde.

Por fim, reforça-se a necessidade de que o (CMS-CG) mantenha uma comunicação aberta e acessível com os cidadãos, promovendo a participação ativa da comunidade nas discussões e decisões que impactam diretamente a saúde pública local. Somente através do engajamento coletivo e da colaboração entre todos os envolvidos será possível construir um sistema de saúde mais justo, transparente e eficiente para todos os habitantes do Município de Campina Grande.

Em suma, os movimentos de resistência desempenham um papel importante na promoção da equidade na saúde, lutando contra políticas que

possam agravar disparidades socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde, a atuação é essencial para salvaguardar os princípios fundamentais da saúde como um direito humano básico e garantir que as políticas de saúde atendam às necessidades e interesses da população.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição de 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República. 2024. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 02 fev. 2024.

Brasil. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 mar. 2024.

BORGES, Maria Elizabeth S.; MATOS, Maurilio Castro de. As duas faces da mesma moeda: ultraneoliberalismo e ultraneoliberalismo no Brasil da atualidade. **Políticas sociais e ultraneoliberalismo. Uberlândia: Navegando Publicações**, p. 71-87, 2020.

BOSCHETTI, Ivanete. Expropriação de direitos e reprodução da força de trabalho. **Expropriação e direitos no capitalismo. São Paulo: Cortez**, p. 131-165, 2018.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. Cortez editora, 2011.

BEHRING, Elaine Rossetti; CISLAGHI, Juliana Fiúza; SOUZA, Giselle. Ultraneoliberalismo e bolsonarismo: impactos sobre o orçamento público e a política social. **Políticas sociais e ultraneoliberalismo. Uberlândia: Navegando Publicações**, p. 103-121, 2020.

BEHRING, ELAINE ROSSETTI. Neoliberalismo, ajuste fiscal permanente e contrarreformas no Brasil da redemocratização. **Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**, v. 1, n. 1, 2018.

BEHRING, Elaine Rossetti. Ofensiva ultraneoliberal no capitalismo em crise no Brasil e no mundo. **Libertas**, v. 23, n. 1, p. 10-22, 2023.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; DE MENEZES, Juliana Souza Bravo. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: o SUS totalmente submetido ao mercado. In: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais 2019. 2019.

BRAVO, Maria Inês Souza; DE LIMA, Joseane Barbosa; CORREIA, Maria Valéria Costa. **PRIVATIZAÇÃO E MERCANTILIZAÇÃO DA SAÚDE E CRISE NO RIO DE JANEIRO: O DESMONTE REALIZADO PELAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS**. 2020.

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. Saúde, Serviço Social, movimentos sociais e conselhos. In: **Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos**. 2012. p. 341-341.

BRAVO, Maria Inês Souza et al. Política de saúde no Brasil. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**, v. 3, p. 1-24, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, p. 1-22, 2006.

CARCANHOLO, MARCELO DIAS. Crise econômica atual e seus impactos para a organização da classe trabalhadora. **Revista Aurora**, v. 3, n. 2, 2010.

CALIL, Gilberto Grassi. A negação da pandemia: reflexões sobre a estratégia bolsonarista. **Serviço Social & Sociedade**, p. 30-47, 2021.

CASIMIRO, Flávio Henrique Calheiros. A nova direita no Brasil: aparelhos de ação político-ideológica e a atualização das estratégias de dominação burguesa (1980-2014). 2016.

CASTELO, Rodrigo. O canto da sereia: socialliberalismo, novo desenvolvimentismo e supremacia burguesa no capitalismo dependente

brasileiro. **Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea**, v. 11, n. 31, 2013.

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

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social. **Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993**. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8662.htm. Acesso em: 12 dez. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Orientação Normativa 04/2020 28 de abril de 2020**. Dispõe sobre o sigilo profissional e a participação de assistente social como testemunha ou perito/a em processos que envolvam usuário/a.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Por que ser contra aos novos modelos de gestão do SUS? In: BRAVO, Maria Inês Souza e MENEZES, Juliana Souza Bravo (org.) **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, ADUFRJ, 2011. p. 40-49.

DA COSTA, Maria Dalva Horácio. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. **Revista Serviço Social & Sociedade, São Paulo, nº62, Cortez, 2000**.

DE VASCONCELOS, Ana Maria. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde¹. **Serviço social e saúde. Formação e trabalho profissional**. Ed. Cortez. Sao Paulo, 2009.

DRAGO, Leandra Maria Borlini. Há pedras no meio do caminho do SUS-os impactos do neoliberalismo na saúde do Brasil. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 9, n. 2, p. 321-333, 2010.

CASTRO, ATB de. Apontamentos sobre a classe trabalhadora brasileira nos processos de reestruturações do trabalho. **IN: BRAVO, MI S**, 2020.

DO ESTADO, Câmara da Reforma et al. **Plano diretor da reforma do aparelho do Estado**. Brasília: Câmara da Reforma do Estado, 1995.

DEMIER, F. A. Burguesia e pandemia: Notas de conjuntura sobre neofascismo e ultraneoliberalismo no Brasil de Bolsonaro. **Políticas sociais e ultraneoliberalismo**, p. 89-102, 2020.

DEMIER, Felipe. **Depois do golpe: a dialética da democracia blindada no Brasil**. Mauad X, 2018.

FARIAS, Lara Lisboa. Estado, contrarreforma e as políticas de saúde e saúde mental no Brasil. **Argumentum**, v. 11, n. 3, p. 47-66, 2019.

GUERRA, Yolanda Aparecida Demetrio. Expressões do pragmatismo no Serviço Social: reflexões preliminares. **Revista Katálysis**, v. 16, p. 39-49. 2013.

HARVEY, David. **Novo imperialismo**. Edições Loyola, 2004.

HARVEY, David. **O neoliberalismo. História e implicações**. São Paulo: Loyola, p. 172-178, 2008.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. Cortez Editora, 2015.

IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. Cortez, 1982.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.
Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pb/campina-grande.html>. Acesso em: 20 de abril de 2024.

LOIOLA, Edna Mota Loiola Mota; CAVALCANTE, Nara Cesar. Os impactos do coronavírus no trabalho do/a assistente social: desafios e impasses. **Cadernos ESP**, v. 15, n. 1, p. 110-121, 2021.

MANDEL, Ernest. **O capitalismo tardio**. In: A crise das relações de produção Capitalistas. Os economistas. Nova cultural, 1923.

MATOS, Maurílio Castro de. Considerações sobre atribuições e competências profissionais de assistentes sociais na atualidade. **Serviço Social & Sociedade**, p. 678-698, 2015.

MAURIEL, Ana Paula. Estado e expropriações no capitalismo dependente. In: BOSCHETTI, Ivanete (Org.). **Expropriação e direitos no Capitalismo**. São Paulo: 2018.

MARX, Karl. **O Capital-Livro 1: Crítica da economia política. Livro 1: O processo de produção do capital**. Boitempo Editorial, 2015.

MOTA, Ana Elizabete. Expropriações contemporâneas: hipóteses e reflexões. **Expropriação e direitos no capitalismo. São Paulo: Cortez**, p. 167-186, 2018.

MOTA, Ana Elizabete. A cultura da Crise e as Ideologias do Consenso Ultraneoliberalismo brasileiro. **En JF Cislighi y F. Demier, O Neofascismo no Poder (ano I): Análises Críticas sobre o Governo Bolsonaro**, p. 135-148, 2019.

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

MENEZES, Jean Paulo Pereira. O método em Marx: um estudo sobre o presente como síntese de múltiplas determinações. São José do Rio Preto – SP: Práxis, 2022.

MUNTEAL, Oswaldo. Ser ou não ser subdesenvolvido: a dialética da dependência e a história do Brasil. **MARTINS, Carlos Eduardo**, p. 317-332, 2009.

NETTO. **Transformações societárias e Serviço Social. Notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil**. Serviço Social e Sociedade, n. 50, p. 87-132, abr. 1996.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia política: Uma introdução crítica**. Cortez Editora.2011.

PAULO NETTO, José. Crise do capital e consequências societárias. **Serviço Social & Sociedade**, p. 413-429, 2012.

PREVINE Brasil. Ministério da Saúde. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/previne-brasil>. Acesso em: 17 de junho de 2024.

RAICHELIS, Raquel. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. **Serviço Social & Sociedade**, p. 420-437, 2011.

SIERRA, Vânia Morales; DOS SANTOS VELOSO, Renato; ZACARIAS, Ellen Cristina Pereira. Neoconservadorismo, Estado e Vigilância. **Políticas Sociais e Ultraneoliberalismo. Uberlândia: Navegando Publicações**, 2020.

SOARES, L. T. **O desastre social**. Rio de Janeiro: Ed. Record, 2003.

SOARES. Raquel Cavalcante. Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS. **Argumentum**, v. 10, n. 1, p. 24-32, 2018.

SILVA, Letícia Batista; MENDES, Alessandra Gomes. Serviço Social, Saúde e a Interdisciplinaridade: algumas questões para o debate. **SILVA, Letícia Batista; RAMOS, Adriana. Serviço Social, Saúde e Questões Contemporâneas. Campinas, SP: Papel Social**, p. 49-64, 2013.

SALVADOR, Evilasio. Fundo público e políticas sociais na crise do capitalismo. **Serviço Social & Sociedade**, p. 605-631, 2010.

SALVADOR, Evilásio. Disputa do fundo público em tempos de pandemia no Brasil. 2020.

TONET, Ivo. Método científico: uma abordagem ontológica. **São Paulo: Instituto Lukács**, v. 1, 2013.

Teto de gastos tirou R\$ 70 bilhões do SUS em três anos e ainda causa prejuízos, diz Ipea. Disponível em:

<https://www.brasildefato.com.br/2023/11/10/teto-de-gastos-tirou-r-70-bilhoes-do-sus-em-tres-anos-e-ainda-causa-prejuizos-diz-ipea>. Acesso em: 15 de abril de 2024.

TEIXEIRA, Sandra Oliveira; NEVES, Daniela. Trabalho e assistência social no capitalismo dependente: uma análise marxista das chamadas políticas “ativas de mercado de trabalho”. **BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING, Elaine; LIMA, Rita de Lourdes de (orgs.). Marxismo, política social e direitos. São Paulo: Cortez**, p. 133-163, 2018.

VELOSO, Renato. Serviço social, trabalho e tecnologia da informação. **Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea**, n. 27, p. 71-90, 2011.

XIMENES, ALESSANDRA XIMENES DA ALESSANDRA; MATIAS, THAISA SIMPLÍCIO CARNEIRO. CONTRARREFORMA E INTELLECTUAIS COLETIVOS: RESISTÊNCIA OU CONSENSO AO PROCESSO DE REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA EM CAMPINA GRANDE–PARAÍBA. **ANALIS DO XVI ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL**, v. 1, n. 1, 2018.

ANEXO A

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA - UEPB / PRPGP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE EM CAMPINA GRANDE-PARAÍBA: implicações do acesso ao Programa Saúde de Verdade na perspectiva do Serviço Social

Pesquisador: BRUNA VALESKA BARROS SILVA

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 74572323.1.0000.5187

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

Patrocinador Principal: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.525.734

Apresentação do Projeto:

PROJETO ABORDA TEMÁTICA RELEVANTE AO SINALIZAR QUE O "objeto de estudo torna-se relevante na contemporaneidade, contribuindo para a apreensão crítica sobre a contrarreforma na Política de Saúde, identificando as implicações do programa saúde verdade por meio da visão dos assistentes sociais, que são estes profissionais que lidam diretamente com o atendimento direto ao usuário, além disso contribui para o adensamento das lutas outrora iniciadas na implantação de tal programa, além do mais, vale ressaltar as implicações desse programa no trabalho do Assistente Social dentro desses espaços sócios institucionais, como também as implicações no acesso dos usuários aos serviços de saúde"

Objetivo da Pesquisa:

O PROTOCOLO DESCREVE COMO OBJETIVO "Identificar as implicações do Programa Saúde de Verdade para o Serviço Social e acesso dos usuários por meio da visão dos Assistentes Sociais inseridos nas ESF de Campina Grande-Paraíba enquanto uma das expressões da contrarreforma na política de saúde."

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA - UEPB / PRPGP



Continuação do Parecer: 6.525.734

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

OS RISCOS E BENEFÍCIOS DESCRITOS ATENDEM RECOMENDAÇÃO DA RESOLUÇÃO 466.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A PESQUISA APRESENTOU FUNDAMENTAÇÃO REFLEXIVA, COM "fundamentação teórico metodológica a razão dialética da Teoria Social Crítica", DESCRITA DE FORMA OBJETIVA E ADEQUADA PARA TRABALHO DE CAMPO.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

FR:ANEXADA

DECLARAÇÃO CONCORDÂNCIA: ANEXADA

TERMO COMPROMISSO: ANEXADO

TCLE: ANEXADO

TAI: ANEXADO.

Os termos originais podem ser solicitados a qualquer momento pelo CEP para conferência com os anexados a esta plataforma

Recomendações:

SEM RECOMENDAÇÕES PARA REGISTRO OU PENDÊNCIA

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

INEXISTEM PENDÊNCIAS E OU INADEQUAÇÕES QUE O PESQUISADOR NECESSITE ESCLARECER. RECOMENDAMOS OBSERVÂNCIA ATENTA E CRITERIOSA DURANTE EXECUÇÃO PARA GARANTIR O CUMPRIMENTO DA RESOLUÇÃO 466.

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto foi avaliado pelo colegiado, tendo recebido parecer APROVADO. O pesquisador poderá iniciar a coleta de dados e destacamos que, ao término do estudo deverá ENVIAR RELATÓRIO FINAL através de notificação (via Plataforma Brasil) da pesquisa para o CEP – UEPB.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário

Bairro: Bodocongó

CEP: 58.109-753

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)3315-3373

Fax: (83)3315-3373

E-mail: cep@setor.uepb.edu.br

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA - UEPB / PRPGP**



Continuação do Parecer: 6.525.734

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2198153.pdf	12/11/2023 22:57:24		Aceito
Outros	TAI.pdf	12/11/2023 22:56:44	BRUNA VALESKA BARROS SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	29/10/2023 13:06:24	BRUNA VALESKA BARROS SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TR.pdf	13/09/2023 19:38:41	BRUNA VALESKA BARROS SILVA	Aceito
Declaração de concordância	DC.pdf	13/09/2023 19:38:20	BRUNA VALESKA BARROS SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	25/08/2023 10:54:15	BRUNA VALESKA BARROS SILVA	Aceito
Folha de Rosto	BRUNA_folha.pdf	25/08/2023 10:46:19	BRUNA VALESKA BARROS SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 22 de Novembro de 2023

**Assinado por:
Patricia Meira Bento
(Coordenador(a))**

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br

ANEXO B

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS - CCSA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado,

O senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: A CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE EM CAMPINA GRANDE-PARAÍBA: implicações do acesso ao Programa Saúde de Verdade na perspectiva do Serviço Social, sob a responsabilidade de: Bruna Valeska Barros Silva e do orientador Alessandra Ximenes da Silva, de forma totalmente voluntária.

Antes de decidir sobre sua permissão para a participação na pesquisa, é importante que entenda a finalidade da mesma e como ela se realizará. Portanto, leia atentamente as informações que seguem.

Diante do contexto supramencionado acima, o nosso objeto de estudo torna-se relevante na contemporaneidade, contribuindo para a apreensão crítica sobre a contrarreforma na Política de Saúde, identificando as implicações do programa saúde verdade por meio da visão dos assistentes sociais, que são estes profissionais que lidam diretamente com o atendimento direto ao usuário, além disso contribui para o adensamento das lutas outrora iniciadas na implantação de tal programa, além do mais, vale ressaltar as implicações desse programa no trabalho do Assistente Social dentro desses espaços sócios-institucionais, como também as implicações no acesso dos usuários aos serviços de saúde. Tendo como objetivo geral: Identificar as implicações do Programa Saúde de Verdade para o Serviço Social e acesso dos usuários por meio da visão dos Assistentes Sociais inseridos nas ESF de Campina Grande-Paraíba enquanto uma das expressões da contrarreforma na política de saúde, assim como objetivos específicos: Apreender os limites e desafios do Programa Saúde de Verdade para viabilizar o direito à saúde; Identificar as consequências para o Serviço Social com a implantação do programa; e Desvelar as dificuldades do programa para acesso dos usuários do Sistema Único de Saúde.

Para fins de consecução da pesquisa inicialmente faremos a revisão bibliográfica das principais categorias do estudo, a saber: Crise do Capital, Estado, Contrarreforma e Política de Saúde.

Para analisar as diretrizes, as metas a serem cumpridas, os recursos para o financiamento e as ações prioritárias do Programa Saúde de Verdade, a pesquisa será documental de caráter qualitativa, pois será realizada a análise documental dos contratos, termo aditivo, termo de apostilamento, relatório final da comissão de avaliação do programa e ata da reunião do Conselho Municipal de Saúde de Campina Grande/PB, que tratou sobre o tema, como também através dos dados do ministério da saúde em relação a atenção primária à saúde (APS) no Município de Campina Grande, como também uma revisão bibliográfica das principais categorias do estudo.

Para analisar as implicações do programa para o Serviço Social e os usuários, privilegiaremos as entrevistas semiestruturadas, a serem realizadas presencialmente com treze (13) assistentes sociais inseridas na Estratégia Saúde da Família (ESF), cada uma dessas profissionais estão inseridas em três ou quatro equipes.

A escolha pelos profissionais de Serviço Social na atenção primária de saúde justifica-se uma vez que, os profissionais fazem atendimento direto aos usuários, através de ações socioassistenciais, socioeducativas e de articulação.

O presente projeto de pesquisa oferece riscos mínimos aos entrevistados. De modo que, pode gerar desconforto ao responder o roteiro de entrevista, devido a temática referir-se ao ambiente de trabalho do entrevistado. Entretanto, ressaltamos que a pesquisa não tem o objetivo de causar transtornos para o participante, pois, não será divulgado as respostas vinculadas aos nomes dos entrevistados, de modo que, utilizaremos as respostas para elaboração de dados

A pesquisa tem como benefícios trazer reflexões para os/as Assistentes Sociais inseridos na política de saúde, além de trazer elementos para o debate junto a Frente Paraibana Contra a Privatização da Saúde, além de reflexões junto ao Conselho Regional de Serviço Social (CRESS).

O voluntário poderá recusar-se a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer fase da realização da pesquisa ora proposta, não havendo qualquer penalização ou prejuízo.

O participante terá assistência e acompanhamento durante o desenvolvimento da pesquisa de acordo com Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Os dados individuais serão mantidos sob sigilo absoluto e será garantida a privacidade dos participantes, antes, durante e após a finalização do estudo. Será garantido que o participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Dessa forma, será garantido a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa além da garantia de ressarcimento e como serão cobertas as despesas tidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes; e explicitação da garantia de indenização diante de eventuais danos da pesquisa.

Os resultados da pesquisa poderão ser apresentados em congressos e publicações científicas, sem qualquer meio de identificação dos participantes, no

sentido de contribuir para ampliar o nível de conhecimento a respeito das condições estudadas. (Res. 466/2012, IV. 3. g. e. h.)

Em caso de dúvidas, você poderá obter maiores informações entrando em contato com Bruna Valeska Barros Silva (responsável da pesquisa), através dos telefones 83994152494, ou através dos e-mails: bruna1703valeska@gmail.com ou bruna.valeska@aluno.uepb.edu.br, ou do endereço: Sítio Arrasto- Zona Rural- Queimadas-PB. Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa, localizado no 2º andar, Prédio Administrativo da Reitoria da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB, Telefone (83) 3315 3373, e-mail: cep@setor.uepb.edu.br e da CONEP.

CONSENTIMENTO

Após ter sido informado sobre a finalidade da pesquisa A CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE EM CAMPINA GRANDE-PARAÍBA: implicações do acesso ao Programa Saúde de Verdade na perspectiva do Serviço Social e ter lido os esclarecimentos prestados no presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido,

eu _____ autorizo a participação no estudo, como também dou permissão para que os dados obtidos sejam utilizados para os fins estabelecidos, preservando a nossa identidade. Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador.

Campina Grande, _____ de _____ de 2023.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

NOTA: O TCLE deverá ser paginado; elaborado em duas vias; rubricadas em todas as suas páginas. As assinaturas devem ficar na mesma folha.

NOTA: Quando da submissão do Protocolo de Pesquisa, o Termo não deverá ter assinatura do Pesquisador.

APÊNDICE

42

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Tempo de vínculo na instituição

- () 6 meses e 2 anos
- () Entre 2 anos e 6 anos
- () Mais de 6 anos

Vínculo Institucional

- () Contratado por excepcional interesse público
- () Celetista
- () Efetivo
- () Outro

Quais mudanças institucionais você destaca com advento do programa saúde verdade? (Ex: Infraestrutura, Organograma, Salário, Equipe.)

Como ocorreu essas mudanças institucionais? Houve resistência por parte do Serviço Social?

Houve melhorias para o Serviço Social ou apenas retrocessos?

Houve mudanças nas requisições profissionais dos/as Assistentes Sociais a partir da implantação do Programa Saúde Verdade?

Como se dá a análise em relação ao direito à saúde com a implementação do Programa Saúde Verdade?

Quais foram as principais mudanças para o Serviço Social com a implementação do Programa Saúde Verdade?

Quais são as principais dificuldades de acesso dos usuários aos serviços ?

Como era antes o acesso dos usuários? E no momento como está?

Houve redução dos atendimentos aos usuários?

Como ocorreu o enfrentamento da Covid-19 nas ESFs a partir da implementação do Programa Saúde Verdade?

45

Houve fornecimento de EPIs suficiente para o desenvolvimento do trabalho do/as Assistentes Sociais? Houve algum processo de luta para garantir esses equipamentos?
