
SER Social

Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social
Departamento de Serviço Social
Universidade de Brasília

Brasília, v. 22, n. 46, janeiro a junho de 2020

SER Social

Brasília, v. 22, n. 46, janeiro a junho de 2020

© Copyright by *Ser Social* (versão eletrônica)

Todos os direitos editoriais são reservados para a revista *SER Social*. Nenhuma parte da revista pode ser reproduzida, estocada ou transmitida por quaisquer meios e formas existentes ou a serem criados sem prévia permissão por escrito da Comissão Editorial, ou sem constar os créditos de referência, de acordo com as leis de direitos autorais vigentes no Brasil. As opiniões e os conceitos emitidos nos trabalhos, bem como a exatidão, adequação e procedência das citações e referências, são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es), não refletindo necessariamente a posição da Comissão Editorial.

SER Social – Periódico Semestral do Programa de Pós-Graduação em Política Social, Departamento de Serviço Social, Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília.

Editora Chefe

Camila Potyara Pereira, Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília. Brasil

Comissão Editorial

Kênia Augusta Figueiredo, Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília. Brasil

Lucélia Luiz Pereira, Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília. Brasil

Reginaldo Ghiraldelli, Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília. Brasil

Conselho Editorial

Ana Elizabete Mota (UFPe/Recife-Brasil); Denise Bomtempo Birche de Carvalho (Professora Emérita UnB/Brasília-Brasil); Domenico Carrieri (Università degli Studi di Roma “La Sapienza”/ Roma/Italia); Elaine Rosseti Behring (UERJ/Rio de Janeiro-Brasil); Fernanda Rodrigues (Universidade do Porto/Porto-Portugal); Graciela di Marco (Universidad Nacional San Martín/Buenos Aires-Argentina); Ivanete Boschetti (UFRJ/Rio de Janeiro-Brasil); Ivete Simionato (UFSC/Santa Catarina-Brasil); Jorge Luis Acanda (Universidad de La Habana/Habana-Cuba); José Geraldo de Sousa Júnior (UnB/Brasília-Brasil); Luis Moreno (Instituto de Políticas y Bienes Públicos/Madrid-Espanha); Maria Carmelita Yazbeck (PUC/São Paulo-Brasil); Peter Abrahamson (University of Copenhagen/Copenhagen-Dinamarca); Vicente Faleiros (Professor Emérito UnB/ Brasília-Brasil; UCB/Brasília-Brasil); Yolanda Guerra (UFRJ/Rio de Janeiro-Brasil).

Equipe de Apoio: Daniel de Araujo Barbosa (Estagiário)

Revisão em Português: Tereza Vitale

Figura da capa: Olivia – Instagram: @oliviaria. Obra sem título

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

SER Social: Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social /
Universidade de Brasília. Departamento de Serviço Social. SER
Social. V. 22, n. 46, 1. sem./2020.

V. 1, n. 2 – 1. sem./1998. Brasília: SER Social UnB, 1998.

Semestral. Continuação de: Debate Social, v. 1, n. 1, 1995

Interrompida de 1996 a 1997.

ISSN 2178-8987 (versão eletrônica) / ISSN 1415-6946 (versão impressa)

1. Serviço Social. I. Universidade de Brasília, Departamento de Serviço
Social.

CDU: 3(05)

SER Social

Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social
Departamento de Serviço Social
Universidade de Brasília

**ESTADO, DEMOCRACIA
E SAÚDE**

EDITORIAL

7

ARTIGOS TEMÁTICOS | THEMATIC ARTICLES

Capital, Estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento

Capital, State, crisis and brazilian public health: coup and de-financing

Capital, Estado, crisis y la salud pública brasileña: golpe y desfinanciamiento

Áquilas Mendes, Leonardo Carnut

9

Intelectuais coletivos e o processo de contrarreforma na política de saúde brasileira

Collective intellectuals and the counter-reform process in the Brazilian health policy

Intelectuales colectivos y el proceso de contrarreforma en la política de sanidad brasileña

Girlan Guedes dos Santos, Alessandra Ximenes da Silva

33

Planos de Saúde, interesses no Poder Legislativo e ameaças ao direito público

Health Plans, interests in Legislative Power and threats to public law

Laila Talita da Conceição Costa, Raquel Cavalcante Soares

54

Saúde mental e intersetorialidade: reflexões a partir de demandas aos assistentes sociais

Mental health and intersectorality: reflections from demands to social workers

Salud mental e intersectorialidad: reflexiones a partir de demandas a los trabajadores sociales

Sofia Laurentino Barbosa Pereira

72

A atenção à família em um Centro de Atenção Psicossocial

The attention to family in a Psychosocial Care Center

La atención a la familia en un centro de atención psicossocial

Ana Carolina Becker Nisiide, Maria Isabel Formoso Cardoso e Silva

99

ENTREVISTA TEMÁTICA | THEMATIC INTERVIEWS

Democracia y derecho a la salud: la contribución de la epidemiología crítica

Entrevistado: Carlos Alvarez-Dardet Diaz

Entrevistadora: Andréia de Oliveira

120

ARTIGOS TEMAS LIVRES | FREE THEMATIC ARTICLES

Aporte histórico sobre os direitos trabalhistas no Brasil

Historical inputs about labour rights in Brazil

Mauri Antônio da Silva

126

Flexibilização e precarização do trabalho no desmonte da política de assistência social

Flexibilization and precarisation of work in the dismount of social assistance policy

Flexibilización y precarización del trabajo en el desmontaje de la política de asistencia social

José Whellison Brito dos Santos

153

Educação permanente e intergeracionalidade: o papel transformador dos projetos de animação

Lifelong education and intergeracional learning: the transformative role of socioanimation projects

Rosanna Barros

171

ENSAIO TEMÁTICO | THEMATIC ESSAY

A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências

Health in Temer and Bolsonaro governments: struggles and resistances

La salud en los gobiernos Temer y Bolsonaro: luchas y resistencias

Maria Inês Souza Bravo, Elaine Junger Pelaez,

Juliana Souza Bravo de Menezes

191

RESENHA | REVIEW

O trabalho das equipes multiprofissionais na Educação: 10 anos do grupo de pesquisa TEDis

The work of multiprofessional teams in Education: 10 years of the TEDis research group

Zora Yonara Torres Costa

210

TESES E DISSERTAÇÕES | TESIS AND DISSERTATION

216

CONSULTORES AD HOC

247

SER Social

ESTADO, DEMOCRACIA E SAÚDE

Brasília, v. 22, n. 46, janeiro a junho de 2020

Editorial

O conturbado momento de sucessivos golpes de Estado nos países da América Latina, promovidos com a participação de forças internacionais e por uma elite de direita ultraconservadora da região, sinaliza para um novo momento da ofensiva neoliberal, em ambiente político e ideológico antagônico aos processos de democratização e de forte ataque aos direitos e às condições de vida e trabalho de grande parte da população.

Em relação às políticas de saúde, o fortalecimento das medidas neoliberais evidencia o caráter de classe do Estado, sobretudo com o atual ajuste fiscal, que expressa o seu alinhamento e subalternidade aos interesses do mercado da doença, em detrimento dos pressupostos da universalização do direito à saúde.

No caso brasileiro, o projeto do grande capital, na saúde, vem incorporando novas dimensões, a partir de 2016, com as políticas de austeridade fiscal, expressas por diferentes medidas e normativas legais, a exemplo das Emendas Constitucionais 93 e 95, somadas às contrarreformas trabalhista e da previdência social e, mais recentemente, à Proposta de Emenda Constitucional (PEC) do Pacto Federa-

tivo (pacote chamado “Mais Brasil”), com consequências profundas para as condições de vida e saúde da população.

A revista *SER Social* comprometida com o aprofundamento do debate científico sobre estudos atuais e relevantes no âmbito da política social, sobretudo neste momento de recrudescimento dos indicadores sociais brasileiros e de ataques aos direitos humanos e sociais, apresenta a suas leitoras e a seus leitores, nesta edição, um rico e diversificado material que discute Estado, Democracia e Saúde. As contribuições reunidas nesta edição temática abordam o direito universal à saúde de forma enredada à complexificação da sociedade capitalista, ao acirramento da mercantilização da saúde, à ascensão de políticas ultraneoliberais e conservadoras, com realce para a produção científica sobre as estratégias coletivas em defesa dos direitos sociais e da universalização do direito à saúde.

Na seção de entrevista, a edição conta com a contribuição do Profº Dr. Carlos Alvarez-Dardet Diaz, Catedrático de Medicina Preventiva e Saúde Pública da Universidade de Alicante/Espanha, diretor da revista *Gaceta Sanitária*, ex-presidente da Sociedade Espanhola de Saúde Pública (Sespas) e da Sociedade Europeia de Saúde Pública, que nos brinda com a reflexão da perspectiva por ele adotada de epidemiologia política para a compreensão da determinação social do processo saúde-doença, nos levando a adentrar em temas contemporâneos que afetam a saúde das populações.

A edição contempla, também, artigos que versam sobre temáticas que se situam no campo das políticas sociais, na seção de Temas Livres.

Nosso desejo é que as contribuições e reflexões reunidas nesta edição possam impulsionar novos e qualificados estudos alinhados aos princípios fundantes da defesa de políticas de saúde de caráter público, universal, estatal e que atenda às necessidades dos trabalhadores e trabalhadoras.

Novembro de 2019.

**Profª Dra. Andréia de Oliveira e
Comissão Editorial da *SER Social***

SER Social

ESTADO, DEMOCRACIA E SAÚDE

Brasília, v. 22, n. 46, janeiro a junho de 2020

Capital, Estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento

Capital, State, crisis and brazilian public health: coup and de-financing / Capital, Estado, crisis y la salud pública brasileña: golpe y desfinanciamiento

Áquilas Mendes¹

Leonardo Carnut²

Resumo: O objetivo deste artigo é decifrar os sentidos da crise da saúde pública brasileira, por meio do seu insuficiente financiamento, explicitando a relação orgânica entre o Estado e o Capital, imbricando crises econômicas,

1 Doutor em Ciências Econômicas pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Professor Associado da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP). Professor da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). E-mail: aquilasmendes@gmail.com.

2 Cientista Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Pós-doutor em Saúde Pública (Ciências Sociais e Humanas em Saúde) pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP). Professor Adjunto da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Programa de Pós-Graduação em Ensino de Ciências da Saúde. Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (Cedess). E-mail: leonardo.carnut@gmail.com.

políticas e sociais. Ele está organizado em três partes. A primeira evidencia a crise capitalista contemporânea, apresentando as suas três tendências explicativas, com destaque para a tendência da queda da taxa de lucro, a centralidade do capital fictício nas relações econômicas e sociais e o papel do Estado, com ajustes austeros permanentes, à medida que é parte integrante das relações capitalistas de produção. A segunda, debate os movimentos da lógica do Estado capitalista na América Latina, com especial enfoque ao Estado brasileiro, apresentando o desdobramento do golpe recente de 2016. A terceira, aborda a trajetória do subfinanciamento do SUS como decorrente dos rebatimentos da crise do capitalismo, passando a se constituir em um processo de desfinanciamento.

Palavras-chave: capitalismo; Estado; financiamento da saúde; política; crítica.

Abstract: The article aims to decipher the meanings of the Brazilian public health crisis, through its inadequate financing, conceiving the organic relationship between the State and Capital, intertwining economic, political and social crises. It is organized in three parts. The first shows the contemporary capitalist crisis, presenting its three explanatory tendencies, highlighting the tendency of the fall in the rate of profit, the centrality of fictitious capital in economic and social relations and the role of the State, with permanent austerity settings, as it is an integral part of capitalist relations. The second part discusses the movements of the logic of the capitalist state in Latin America, with a special focus on the State in Brazil, presenting the unfolding of the recent coup of 2016. The third part discusses the trajectory of SUS underfunding as a result of the rebuffs of the capitalism crisis, becoming a process of lack of investment.

Keywords: capitalism; State; health financing; politics; comment.

Resumen: El objetivo de este artículo es descifrar los sentidos de la crisis de la salud pública brasileña, a través de su insuficiente financiamiento explicitando la relación orgánica entre el Estado y el Capital, imbricando sus diferentes crisis. La primera parte evidencia la crisis capitalista contemporánea, presentando sus tres tendencias explicativas, con destaque a la tendencia de la caída de la tasa de ganancia, con la centralidad del capital ficticio en las relaciones económicas y sociales y el papel del Estado, con ajustes austeros permanentes, a medida que es parte integrante de estas relaciones. La segunda discute los movimientos de la lógica del Estado capitalista en América Latina, con especial atención al Estado brasileño, presentando el desdoblamiento del golpe reciente de 2016. La tercera aborda la trayectoria del subfinanciamiento del SUS como consecuencia de los rebatimentos de la crisis del capitalismo, pasando a constituirse en un proceso de desfinanciamiento.

Palabras clave: capitalismo; Estado; financiamento de la salud; política; crítica.

Introdução

Parece não ser surpresa, no capitalismo contemporâneo, ocorrer permanentes ataques às políticas de direitos sociais, em particular à saúde pública universal no Brasil, intensificando a fragilidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de três décadas de existência desse sistema com recorrentes embates e sinais claros de redução de sua sustentabilidade financeira.

Recentemente, os brasileiros e as brasileiras foram comunicados sobre a perda de R\$ 9,7 bilhões no financiamento do SUS, acumulado nos últimos dois anos de 2018 e 2019 (SANTOS; FUNCIA, 2019), em plena vigência da Emenda Constitucional nº 95/2016 que congelou o gasto público por 20 anos. Entende-se, assim, que o já conhecido sistema de saúde subfinanciado, há três décadas (MENDES; CARNUT, 2018), desloca-se para uma nova trajetória, a de um “desfinanciamento”.

A pergunta que não deixa de ser importante fazer é: por que existe esse movimento de constante piora na garantia dos direitos sociais e do acesso universal à saúde, ao longo de tantos anos? Nosso raciocínio deve ir além de simples constatações conjunturais.

Não se trata apenas de uma crise restrita ao trágico desdobramento do golpe institucional de 2016, acompanhado de uma blindagem da democracia aos interesses dos setores populares (DEMIER, 2017). Não se trata de uma crise limitada à ofensiva conservadora do governo Bolsonaro contra os direitos sociais e democráticos (ARCARY, 2019). Trata-se de reconhecer a dimensão da crise na saúde pública como parte integrante da crise do capitalismo em suas formas sociais determinantes: a crise da forma mercadoria, no que diz respeito à acumulação e à valorização do valor; a crise da forma política estatal, sobre as crescentes “modalidades privatizantes de gestão das políticas sociais” e dos ajustes fiscais permanentes; e da crise da forma jurídica consoante com a forma política estatal, evidenciando

a crise da forma direito (PACHUKANIS, 2017; MASCARO, 2018), em particular, do direito à saúde.

É com este entendimento que o presente artigo tem como objetivo decifrar os sentidos da crise da saúde pública brasileira, por meio de seu frágil e poroso financiamento, ancorados na crise do capitalismo contemporâneo, em que se torna explícita a relação orgânica entre o Estado e o capital, imbricando crises econômicas, políticas e sociais.

O artigo está organizado em três partes. A primeira evidencia a crise capitalista contemporânea, apresentando as suas três tendências explicativas, com destaque para a tendência da queda da taxa de lucro, a centralidade do capital fictício nas relações econômicas e sociais e o papel do Estado capitalista, à medida que é parte integrante das relações capitalistas de produção. A segunda parte debate os movimentos da lógica do Estado capitalista na América Latina, com enfoque ao Estado no Brasil, apresentando o desdobramento do golpe recente de 2016 e as crises decorrentes. A terceira parte aborda a trajetória do subfinanciamento do SUS como decorrente da crise do capitalismo e da atuação do Estado capitalista, passando a se constituir num processo de desfinanciamento.

Capital e Estado na crise contemporânea

Já se passou mais de uma década em que as economias capitalistas vêm experimentando um período de “longa depressão” (ROBERTS, 2016) desde o *crash* de 2007/2008. Numa escala global, a recessão resultante do colapso do banco Lehman Brothers, em 2008, foi superada por um longo período que combina baixo investimento e reduzido crescimento da produtividade, em virtude de uma menor lucratividade dos setores produtivos e uma aceleração no campo da especulação financeira. A taxa de lucro nos Estados Unidos, particularmente no setor corporativo das empresas industriais e financeiras, reduziu-se de um pouco mais de 20%, em 1950, para menos de 7%, em 1982, passando a oscilar nessa posição, desde então, até os anos 2000. (KLIMAN, 2012).

A crise capitalista também ecoa no Brasil e não se percebe uma recuperação em relação ao período pré-crise (2014). Entre 2015-2016,

o Brasil apresentou uma contração de 7,5% em seu PIB real. Em 2017, o crescimento do PIB foi de apenas 1% e, em 2018, repetiu-se quase o mesmo comportamento de 1,5%. Dessa forma, o nível atual da economia, em média, é 5% inferior ao período anterior à crise (LACERDA, 2019). É importante acrescentar que a crise capitalista no Brasil também provocou um declínio da taxa de lucro entre 2003-2014, passando de 28% a 23%. (MARQUETI; HOFF; MIEBACH, 2017).

Ao se comentar a crise contemporânea do capitalismo, especialmente a partir dos anos 1970-1980, pode-se dizer que ela se ancora na articulação de duas principais tendências: a de queda da taxa de lucro nas economias capitalistas, com destaque para o período posterior da II Grande Guerra; e, como resposta a essa tendência, o sistema capitalista reforça a valorização financeira, com o capital fictício passando a ocupar a liderança na dinâmica do capitalismo, nesse período, apropriando-se dos fundos públicos. (CHESNAIS, 2016).

Ainda que, a partir de 1980, tenha sido possível observar uma leve recuperação da taxa de lucro, p. ex., na economia norte-americana, ela foi insuficiente para restaurar o patamar verificado nos primeiros anos do pós-II Guerra (KLIMAN, 2012). A existência da pequena recuperação da taxa de lucro, após a década de 1980, se deveu às políticas econômicas neoliberais, provocando redução dos salários dos trabalhadores e impondo condições de trabalho ainda bem mais precárias.

O entendimento da tendência da queda da taxa de lucro nas economias capitalistas exige que se recorra à explicação da contradição fundamental do modo de produção capitalista, denominada por Marx de “Lei da Queda Tendencial da Taxa de Lucro” (LQTTL) (MARX, 2017). A acumulação prolongada de capital, com introdução de progresso técnico, remete ao aumento relativo de parte do capital investida em meios de produção como máquinas e equipamentos e matéria-prima, isto é, “capital constante” ou mesmo “trabalho morto” para Marx (representado por c); e à diminuição da parte do capital investida em força de trabalho, “capital variável”, ou seja, trabalho vivo (representado por v), elevando a composição orgânica do capital. Como os lucros são provenientes do valor adicionado pela

força de trabalho, mantendo assim a taxa de exploração constante, a taxa de lucro (mensurada pela relação entre a mais-valia e o montante do capital total investido, $c + v$) tende a sofrer queda. No momento em que tal queda ocorre, constata-se uma crise de sobreacumulação e superprodução que é explicada, não pela insuficiência da demanda efetiva, mas pelo declínio do lucro. (ROBERTS, 2018).

Para Marx, a solução que o próprio sistema capitalista fornece a essa problemática decorre da própria crise, principalmente por meio de poderosas contratendências à LQTTTL e, que, em certa medida, tem no Estado o seu agente catalisador (ALCANTARA FILHO, 2018). Destacam-se, dentre elas, a “elevação do grau de exploração do trabalho”, bem como o “aumento do capital acionário”, compensando a queda na taxa de lucro com juros oferecidos pelo mercado financeiro, por empresas ou por títulos do Estado. Esta contratendência está relacionada ao aumento da esfera financeira e se expressa como um fator crucial na discussão da crise contemporânea do capitalismo.

Marx, ao se referir à crise capitalista, nos orienta que a dinâmica do capitalismo sempre se desenvolve acumulando contradições e que periodicamente levam a crises (MARX, 2013). Ao seguir Marx, Callinicos (2014) insiste na ideia de que podemos encontrar nos três volumes de *O capital* não apenas uma articulada e completa teoria da crise, mas uma concepção multidimensional das crises econômicas, que podem ser agrupadas em três categorias. A primeira refere-se a fatores que *possibilitam* a erupção de crises, resultantes da troca de mercadorias, do moderno sistema de crédito de capitais e das condições de troca [reprodução ampliada] entre os dois principais departamentos de produção [bens de produção e bens de consumo]. A segunda categoria reúne fatores que “condicionam” o surgimento de desequilíbrios, decorrentes das interações entre flutuações nas taxas de salários e no tamanho do exército industrial de reserva, em conjunto com a rotação do capital fixo. A terceira categoria relaciona-se à “causalidade” das crises. Daí o tratamento de Marx em relação à lei que expressa o conflito entre as forças, as relações de produção e à forma mais fetichizada do capital, sendo a lei da tendência de queda da taxa de lucro e o ciclo de bolhas o pânico do mercado financeiro.

Para efeito de nossa análise, priorizamos a terceira categoria de Callinicos, a “causal”. Nessa perspectiva, torna-se fundamental acrescentarmos a segunda tendência da acumulação capitalista nos últimos 40 anos: o agigantamento da esfera financeira por meio do vertiginoso crescimento do capital fictício, tanto na forma de títulos públicos, de ações negociadas no mercado secundário ou como de derivativos de todos os tipos. Para se ter uma ideia, entre 1980-2014, os ativos financeiros globais aumentaram significativamente, passando de quase 12 trilhões de dólares a 294 trilhões, respectivamente. (CHESNAIS, 2016).

O fraco ritmo do crescimento do PIB mundial contrasta tanto com a intensidade da exploração do trabalho nas fábricas dos países industrializados e não industrializados, como com o montante do que é considerado dinheiro, movendo-se incessantemente pelo sistema financeiro mundial (CHESNAIS, 2016). O resultado disso é que a lógica de valorização fictícia, assegurada em última instância pelos estados, via emissão de títulos da dívida pública, vem se expandindo com crescimento substantivo do pagamento do serviço desta dívida.

Cabe reiterarmos que a interação destas duas tendências causais que explicam a crise contemporânea se articula com a forma política, ou o Estado, à medida que ela mesma é parte integrante das relações capitalistas de produção, de maneira a assegurar a forma valor do capital.

A crise e a forma política estatal, a forma jurídica e a forma direito

A análise do papel que o Estado desempenha no movimento do capital exige que se reconheça que a sua natureza é capitalista. O Estado é o garantidor da manutenção da relação de produção. Contudo, a troca mercantil e a extensão da forma mercadoria à força de trabalho levam a que essa relação de produção não apareça como tal. Desse modo, entende-se que o Estado está presente, assegurando que as regras da troca, aparentemente igualitárias, não sejam violadas. (PACHUKANIS, 2017).

Ao voltar a atenção para o Livro I de *O capital*, Marx (MARX, 2013) argumenta que dado o capital ser uma relação social, ela é atravessada por profundas contradições. Torna-se evidente a necessidade de uma instância reguladora – o Estado –, reparadora dos danos provocados por essas contradições. Trata-se “de uma instância que garanta a unidade da totalidade que é necessariamente cindida”. (ARAÚJO, 2018, p. 14).

Especificamente, na Seção I (Mercadoria e dinheiro), Marx deixa claro que o Estado está pressuposto (MARX, 2013). O entendimento aqui é que na circulação mercantil simples (M – D – M) os produtores individuais trocam mercadorias entre si, emergindo a categoria de propriedade e esta, por sua vez, não pode prescindir do Estado. Além disso, a elucidação da “pseudo” relação de igualdade entre o comprador e o vendedor mostra a natureza da relação de produção, evidenciando que o dinheiro, ao comprar força de trabalho, assume o caráter de capital. A sucessão das categorias “mercadoria / valor / dinheiro” não pode se encerrar na categoria “capital”. Isto porque se limitada à categoria “capital”, essa dedução lógica não permite apreender em sua totalidade as causas do movimento real da sociabilidade capitalista. O capital não pode ser concebido se se omite a categoria “Estado”. O Estado é deduzido, isto é, derivado da lógica do capital. (PACHUKANIS, 2017).

Iluminado por Marx, Pachukanis (2017) demonstra que o Estado desempenha seu papel de coerção para assegurar a sociabilidade capitalista. Tal coerção é “proveniente de alguma pessoa abstrata geral, como coerção realizada não no interesse do indivíduo do qual ela provém – pois cada homem na sociedade mercantil é um homem egoísta –, mas no interesse de todos os participantes do intercâmbio jurídico”. (PACHUKANIS, 2017, p. 175).

Mascaro (2013, p. 18) contribui dizendo: “[...] o Estado se revela como um aparato necessário à reprodução capitalista, assegurando a troca das mercadorias [...]”, na sua forma valor “[...] e a própria exploração da força de trabalho sob a forma assalariada”. Admite-se que “o Estado não é burguês por vontade de seus agentes, mas pela natureza material de sua forma social” (MASCARO, 2018, p. 26). Contudo, é

importante marcar que entre a forma valor e a forma política estatal não há um desdobramento lógico necessário, nem de total ligação funcional. Mascaro (2013) ainda argumenta que o político e o jurídico se estabelecem na totalidade das relações de produção, sendo entrelaçados de forma dialética.

Estas reflexões se referem à contribuição do debate da derivação dos anos 1970 que deduz (deriva) a “forma política” ou “forma estatal” das contradições da dinâmica do capital, em que a natureza desta relação atribui ao Estado sua natureza capitalista, assegurando a troca das mercadorias, na sua forma valor e a própria exploração da força de trabalho (BONNET; PIVA, 2017). Esse debate da derivação explicita como o Estado não constitui mero resultado da vontade da classe dominante, mas sim de um determinado modo de produção e das relações sociais que lhe são inerentes.

A compreensão da crise capitalista deve ser baseada nas duas formas determinantes da sociabilidade capitalista já analisadas até aqui, isto é, a forma mercadoria/forma valor e a forma política estatal, acrescentando, ainda, uma terceira: a forma jurídica (ou forma contratual) em sua conformação com a necessidade de assegurar as relações de produção. Esta última também entra em crise, colocando em cheque os direitos sociais – o direito à saúde –, isto é, reduzindo-os. Daí é que se pode referir aqui à crise da forma direito.

Antes de se abordar, particularmente, esta crise da forma direito no contexto contemporâneo, torna-se importante compreender, o que nos mostra Pachukanis (2017) a respeito do sentido da totalidade do desenvolvimento do direito na sociabilidade capitalista. Este autor argumenta que o direito privado e o direito público estão imbricados: “na área do direito público, os esforços dos juristas são em geral brutalmente frustrados pela ‘realidade’, pois, dentro da sua atividade, o ‘poder’ não tolera qualquer interferência e não reconhece a onipotência da lógica jurídica” (p. 23). Pachukanis se refere à ‘realidade’ associada às relações sociais de produção capitalista e ao ‘poder’, como o poder do capital.

Deste modo, pode-se compreender as tensões da afirmação do direito à saúde no Brasil por meio do processo de políticas públicas

no contexto contemporâneo – reduções desse direito e sua mercantilização –, fazendo com que este direito se adeque à realidade do capitalismo em crise. A manutenção do direito à saúde nesse quadro torna-se um campo para infinitas controvérsias e intensas confusões, como as que viemos assistindo no período mais recente no Brasil, privilegiando a operação do direito privado à saúde. (MENDES; CARNUT, 2018).

O Estado capitalista no Brasil: crise e golpe institucional de 2016

Após ter sido feita uma caracterização mais geral do Estado capitalista, podemos refletir de forma mais direta sobre o Estado no Brasil. Antes de tudo, sugere-se que a análise do nosso país se circunscreva à natureza do Estado nos países latino-americanos subdesenvolvidos. Neste sentido, não é possível apenas deduzir o Estado nesses países à sucessão das categorias (mercadoria/valor/dinheiro/capital) (MATHIAS; SALAMA, 1983). Considera-se fundamental entender esses países na totalidade da lógica da acumulação capitalista, isto é, seu papel na divisão internacional do trabalho em relação ao próprio processo de reprodução do capital e na base das suas formações sociais. Mathias e Salama (1983) avançam na análise para além das categorias constitutivas da sociabilidade capitalista, introduzindo a inserção dos países subdesenvolvidos na “economia mundial constituída”, aprimorando ainda mais a perspectiva derivacionista do Estado.

Um dos principais objetivos destes autores é analisar as causas da amplitude da intervenção do Estado nos países subdesenvolvidos e, por sua vez, estudar as razões da multiplicação de regimes de legitimidade restrita (ditaduras civis e militares) nestes países. Mathias e Salama (1983) separam assim a necessidade da intervenção estatal que necessita do capital para garantir sua reprodução e a materialização da intervenção pública particular a partir dos governos. Em síntese, em que pese nos países desenvolvidos a intervenção estatal ser deduzida da categoria “capital”, nos países subdesenvolvidos, a intervenção relaciona-se com a sua inserção dos países na economia mundial.

Para estes autores, a manifestação concreta do Estado ocorre sob forma de “regime político”. Tal argumento nos conduz a dizer que a necessidade de regimes mais autoritários está intimamente e diretamente determinada pelas condições de reprodução do capital em nível global. Trata-se de dizer que o regime político não é o Estado, mas sim sua forma de existência na sociedade concreta.

Nota-se no processo histórico dos países subdesenvolvidos um Estado muito mais interventor e que atua, principalmente, por meio de um regime de legitimidade restrita. De acordo com Mathias e Salama (1983), as contradições internas às relações sociais capitalistas se manifestam de forma diferente nestes países. Não houve neles o desenvolvimento destas relações sociais, à medida que não passaram por um processo histórico que consolidou uma estrutura social específica. A estrutura social é condizente com sua condição histórica de colônia, o que, no caso do Brasil, deixa marcas profundas de atraso na sua formação social, entre elas: o sentido do comércio exterior, o peso da escravatura, o desenvolvimento desigual e combinado e o caráter autocrático da dominação burguesa. (IANNI, 2004; MATTOS, 2017).

Mathias e Salama (1983) argumentam que a maior intensidade da luta de classes nestes países, diante de uma relação imperialista entre nações, necessita de regimes políticos de “legitimidade restrita” para que se garanta a manutenção da condição subordinada dentro da divisão internacional do trabalho e, conseqüentemente, uma relação de dependência.

Partindo-se desses pressupostos é que podemos esboçar uma primeira aproximação sobre o sentido geral da chamada onda progressista latino-americana, o lugar que o Estado ocupou na desmobilização da classe trabalhadora e um balanço do sentido geral do movimento histórico recente e seu legado político (PRADO, 2017), especialmente quando se aponta para o golpe institucional de 2016 e que, em nossa análise, ainda está em curso. Para nossa reflexão, a situação vivenciada no bloco latino-americano, de processos políticos golpistas sucedâneos (Honduras, Paraguai, Brasil, e porque não citar aquele que está se avizinando, Venezuela) se trata de um bem

arquitetado plano, em longo prazo, de um padrão de restituição do poder das oligarquias, em nível mundial.

Ora, é certo que a burguesia internacional nunca esteve fora, ou sequer sem o poder político-econômico nas mãos, mas é fato que o padrão de acumulação do capitalismo central com sua financeirização levou sua expansão para setores considerados anteriormente como não produtivos (saúde, educação, segurança etc.), promovendo a necessidade de readequação da estratégia ofensiva. A democracia, especialmente aquelas mais frágeis, com regimes políticos ainda em consolidação, é um importante espaço para expandir negócios e aprofundar a dependência. Neste sentido, em linha com os golpes em Honduras (2009) e no Paraguai (2012), o drama brasileiro é por muitos pensado como outro exemplo de uma renovada estratégia do imperialismo na América Latina (RIBEIRO, 2016). Por pouco a Argentina não padecia do mesmo problema, já que a eleição em 2015 do sociodireitista ianque Mauricio Macri (KATZ, 2019), parece ser outra indicação de que o giro à esquerda no Continente (se é que ele de fato ocorreu) está acabando.

Do ponto de vista analítico, há algum consenso de que Golpe de Estado, em termos conceituais, pode ser compreendido como a tomada inesperada do poder governamental pela força e sem a participação do povo, resultando de uma manobra política de ajustar a forma jurídica burguesa ao processo/padrão de acumulação necessário para manutenção do poder das classes dominantes e sua recuperação em função da queda da taxa de lucro. (CARDOSO, 2014).

Seja via processo eleitoral ou pelos “neogolpes” – aqueles que não necessariamente resultam da força física (aparato militar) ou da destituição da ordem burguesa legal (intervenção e fechamento de algum dos três poderes) e nem dependem necessariamente de apoio externo (LLANO; NOLTE; WEBER, 2012), o poder político precisava se reinventar para garantir a reprodução ampliada do capital. No Brasil, o afastamento presidencial é por nós considerado um golpe institucional (também de golpe brando, de outro tipo, ou de outro gênero). Já por sua posição de destaque, na América Latina, o Brasil tornou-se o alvo da rapinagem burguesa internacional. Para o alcance

de seus objetivos, manter o “manto de neutralidade” sobre a responsabilidade do Estado em relação à crise econômica e a sua forma jurídica, assim como tornar o devido processo legal “intocável” na argumentação sobre a validade do juízo político que se assolava os casos latino-americanos supracitados, tem sido a tônica vigente da tática de dominação dos terrenos férteis de expropriação de mais-valor.

O processo progressista vivenciado na América Latina e, especialmente no Brasil, está em consonância com o projeto de avanço burguês na região. Ora, se bem lembrarmos a “Carta ao Povo Brasileiro de 2002”, na eleição de Lula e no prosseguimento de seus governos de política econômica neoliberal, com breves nuances de social-democracia, entendemos que nunca houve um rompimento com os interesses burgueses, já que no processo de acumulação permanecia em curso uma espécie de “neodesenvolvimentismo” (SAMPAIO JR., 2012). Para Sampaio Jr. (2012), este neodesenvolvimentismo tem por finalidade última desenvolver o capital e não os direitos sociais, por mais que estes últimos sejam invocados como argumentos para manter a classe trabalhadora produtiva. Pode-se associar à ideia de um “desenvolvimentismo às avessas”, à medida que há uma ausência de transformações estruturais que caracterizariam o projeto desenvolvimentista das décadas de 1950 e 1960.

Por isso, reforçamos que esta perspectiva crítica marxista, como de Sampaio Jr., é a mais adequada para elucidar a crise em questão. Ela não parte dos indivíduos nem das querelas opinativas, mas sim das classes sociais e suas frações, seus múltiplos interesses e conflitos intra e interclasses pela riqueza social. O epicentro da crise política, e logo do golpe foi o conflito distributivo entre classes. O pesado ajuste fiscal para assegurar o capital rentista, o pagamento do serviço da dívida pública, a abertura e privatização da economia brasileira para atender ao capital internacional, além dos cortes aos direitos trabalhistas e sociais são os principais objetivos do golpe em curso. (BOITO JR., 2016).

Assim, tentando confirmar a tese de que o golpe vivenciado no Brasil é mais uma contratendência para destravar a acumulação capitalista e que conta com o Estado para remodelar a forma jurídica a

seu favor, é que se tem na democracia o seu principal alvo. Como reformatar sem desconfigurá-la? Como justificar uma ‘saturação’ do processo democrático sem eliminá-la? Uma transição democrática para outro regime político parece ser a tendência a se desenhar. Para isso, a história nos ajuda mais uma vez fornecendo-nos a evidência necessária. Demier (2017) relata que, de longa data se apresentam os interesses da burguesia internacional na democracia dos países latino-americanos. Enquanto prescreviam uma reformatação da democracia liberal para a Europa e os Estados Unidos que permitisse reduzir drasticamente os gastos públicos e abrir outros espaços de investimentos ao capital via privatizações/mercantilizações dos serviços sociais, teóricos e cientistas sociais neoconservadores, vinculados à Comissão Trilateral, como Samuel Huntington, propuseram também que, na América Latina, começasse a se efetivar, “pelo alto”, mutações nos sistemas políticos nacionais, visando à constituição de sistemas democráticos do tipo “restrito”.

Assim, os regimes democrático-liberais pós-ditaduras deveriam apresentar um baixíssimo grau de mobilização popular, privando os espaços políticos decisórios de qualquer tipo de interferência de massas. A rigor, os teóricos neoconservadores indicavam para a América Latina a edificação de um regime democrático de tipo “procedimental” – estruturado em excessivas regras e procedimentos. (SAFATLE, 2017).

Remodeladas pelo neoliberalismo das duas últimas décadas, as democracias liberais dos países de capitalismo central substituíram uma política social reformista que as caracterizavam, por outra de corte nitidamente contrarreformista (BEHRING, 2018). No Brasil, especialmente no período petista, isso se conduziu sob uma aparente situação de ampliação dos espaços de participação popular e “transparência governamental”. Porém, contraditoriamente, a decisão política dos espaços participativos ia ficando cada vez mais alijada da classe trabalhadora e de suas reais representações. As consultas públicas tornaram-se meros rituais administrativos que consideravam, principalmente, as proposições que não ameaçassem nada que fosse importante. Neste sentido, concordamos com Demier (2017, p. 87) quando aponta que “essas configurações políticas altamente

restritivas se constituem na forma “ótima” da gestão burguesa da luta de classes”. E assim, estamos.

O sentido da saúde pública no capitalismo em crise: do subfinanciamento ao desfinanciamento

A discussão acerca do financiamento do SUS tem sido um processo difícil e tenso no contexto da barbárie do tempo histórico do capitalismo contemporâneo em crise. Nos últimos 30 anos, que coincidem com a existência do SUS, observa-se que o Estado brasileiro não deixou de conceder incentivo à iniciativa privada, impondo riscos à saúde universal. Para se ter uma ideia, nas três últimas décadas, o gasto privado cresceu de forma mais intensa que o gasto público, quando comparados em relação ao PIB. Enquanto o gasto público total (União, estados e municípios) foi de 2,8% do PIB, em 1993, o privado foi de 1,4%. Posteriormente, a situação se inverteu, sendo o gasto privado superior ao público. Em 2015, o gasto privado foi de 5,2% do PIB e o gasto público foi de 3,9% do PIB. (MENDES, 2017).

Por sua vez, o período de existência do SUS tem sido acompanhado por uma trajetória de persistência de reduzidos montantes de recursos, evidenciando um subfinanciamento estrutural deste sistema (MENDES; FUNCIA, 2016). Para uma ideia geral desse subfinanciamento, se o art. 55 das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição Federal fosse aplicado, 30% dos recursos da Seguridade Social deveriam ser destinados à saúde, mas isso nunca foi feito. Em 2018, o Orçamento da Seguridade Social foi de R\$ 723,6 bilhões, sendo que se destinados 30% à saúde, considerando os gastos do governo federal, corresponderiam a R\$ 217,1 bilhões, mas a dotação foi quase a metade disso. (FUNCIA; SANTOS, 2019).

As décadas de subfinanciamento do SUS podem ser melhor compreendidas a partir do tempo histórico da crise capitalista contemporânea, que tem o Estado capitalista atuando no sentido de restringir o orçamento público, em decorrência de ajustes fiscais adotados pelos governos. Tais ajustes respondem às exigências do capital portador de juros (financeiro), e de sua forma mais perversa, do capital fictício, que buscam se apropriar do fundo público para a

sua expansão rentista. Desta forma, revela-se a sintonia entre a crise da forma mercadoria, a crise da forma política estatal e a crise da forma direito, obstaculizando a possibilidade de se assegurar a efetivação do direito à saúde, à medida que se mantém a expropriação dos recursos do Orçamento da Seguridade Social, ao longo desse tempo de 30 anos de Constituição “Cidadã”.

Trata-se de reconhecer a histórica fragilidade financeira do SUS, de forma mais ampla, por meio de insuficiência de recursos e do baixo volume de gastos com recursos públicos; de indefinição de fontes próprias para a saúde; de ausência de maior comprometimento do Estado brasileiro com alocação de recursos e com melhor distribuição de recursos no interior do Orçamento da Seguridade Social (saúde, previdência e assistência social); das elevadas transferências de recursos ao setor privado via recursos direcionados às modalidades privatizantes de gestão (OSs, Oscips, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) e Fundações Estatais Públicas de Direito Público/Privado com contratos celetistas). Todas incentivadas pela implementação da Lei de Responsabilidade Fiscal (em vigor há 19 anos) que limita o aumento do gasto com pessoal, favorecendo o incremento das despesas com serviços de terceiros.

Além disso, é importante reconhecer que o contexto do capitalismo em crise vem contribuindo para os embates na história do financiamento do SUS, desde sua criação, passando pela vinculação de recursos federais para aplicação da saúde por meio da Emenda Constitucional (EC) 29/2000, com o frágil esquema baseado no montante aplicado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB, até a Lei nº 141/2012 (regulamentação da EC 29) que não modificou essa base de cálculo (MENDES, FUNCIA, 2016). Sob essa perspectiva, nota-se que, entre 1995 a 2018, o gasto do Ministério da Saúde não foi alterado, mantendo-se 1,7% do PIB, enquanto que o gasto com juros da dívida representou, em média, 6,6% (FUNCIA; SANTOS, 2019). Percebe-se com esses dados, que a apropriação do fundo público na saúde pelo capital fictício manteve-se intensa, expropriando o direito à saúde, de forma a evidenciar sua crise.

Ainda cabe mencionar dois aspectos que vêm contribuindo para prejudicar o financiamento do SUS, ao longo da sua existência: a Desvinculação das Receitas da União (DRU) e as renúncias fiscais, no setor saúde.

A introdução da DRU, criada desde 1994, renovada a cada quatro anos e, ainda, em pleno funcionamento, é bastante conhecida por estudiosos do orçamento público. Originariamente, instituiu-se que 20% das receitas do Orçamento da Seguridade Social (OSS) fossem retiradas e destinadas ao pagamento de juros da dívida, em respeito à já histórica política do governo federal de manutenção do superávit primário, sob as exigências do capital fictício dominante na fase contemporânea do capitalismo. A partir da EC 93/2016, houve alteração na alíquota desse mecanismo, passando para 30%, em vigor até 2023. Com a elevação do percentual de desvinculação, a subtração de recursos da Seguridade passou de uma média de R\$ 63,4 bilhões, entre 2013 e 2015, para R\$ 99,4 bilhões, em 2016, e R\$ 113 bilhões, em 2017 (ANFIP, 2018). Em síntese, o significado da DRU ao longo de sua existência, correspondeu a uma perda de recursos para a Seguridade Social, entre 1995 e 2017, de R\$ 980,0 bilhões.

As renúncias fiscais, na área da saúde vêm aumentando significativamente no período recente prejudicando que o SUS possa contar com recursos públicos mais elevados. Tais renúncias são referentes ao Imposto de Renda (pessoa física-IRPF e jurídica-IRPJ) que apresenta despesas com serviços de saúde privados e também às concessões fiscais às entidades privadas sem fins lucrativos (hospitais filantrópicos), além das relativas à indústria farmacêutica. O total das renúncias fiscais concedidas à saúde privada vem crescendo de forma considerável, passando de R\$ 8,6 bilhões, em 2003; para R\$ 32,3 bilhões, em 2015. Particularmente, no tocante ao montante da renúncia do IRPF e do IRPJ, no mesmo período, passaram de R\$ 3,7 bilhões para R\$ 11,7 bilhões e de R\$ 1,2 bilhões para R\$ 4,5 bilhões, respectivamente. (OCKÉ-REIS, 2018).

Após o embate de inúmeras propostas de alteração do financiamento federal do SUS, ao longo dos anos 2000 – posteriores as determinações da Lei nº 141/2012 (variação nominal do PIB) –, defendidas

pelas entidades do Movimento da Reforma Sanitária, juntamente com o Conselho Nacional de Saúde, não foi conseguido um resultado sustentavelmente satisfatório para o sistema. Ao contrário, o subfinanciamento do SUS foi intensificado com a aprovação da EC 86/2015. Ocorre a alteração da base de cálculo de aplicação do governo federal para 13,2% da Receita Corrente Líquida (RCL), em 2016 – menor que o percentual alcançado em 2015 –, elevando-se, de forma escalonada, até alcançar 15% da RCL, em 2020. Assim, registrou-se uma perda de R\$ 9,2 bilhões para o orçamento do MS já neste ano. (MENDES; FUNCIA, 2016).

Vale registrar que o histórico desfinanciamento do SUS tem relação com as medidas implantadas no país, por meio do tripé macroeconômico ortodoxo – metas de inflação, superávit primário e câmbio flutuante –, adotadas pelo governo federal desde o de Fernando Henrique Cardoso (FHC) até o de Dilma Roussef (MENDES; CARNUT, 2018). Assiste-se à utilização de ajustes fiscais permanentes, levando à redução de recursos direcionados ao nosso sistema de proteção social.

Com o golpe institucional de 2016, que levou ao *impeachment* de Dilma, agudizou-se o processo de destruição dos direitos sociais e, na área da saúde, o esmagamento do financiamento do SUS parece ganhar um ritmo mais frequente. Intensificou-se no governo Temer a lógica da política econômica restritiva a uma potência, jamais perseguida nos últimos 30 anos. O Documento do MDB – partido que conduziu o processo do golpe de Estado –, intitulado “Uma Ponte para o Futuro”, de outubro de 2015, constitui peça-chave que vem orientando a avalanche de “perda de direitos sociais”. (FNCPS, 2017).

Nessa perspectiva, o subfinanciamento do SUS passou a ser transformado num processo de desfinanciamento, configurando um quadro de aniquilamento, “a conta-gotas” das tentativas de construção de nosso sistema universal. Trata-se, especificamente, da introdução da Emenda Constitucional (EC) 95/2016, seguindo orientação do Documento “Ponte para o Futuro”.

A EC 95 foi promulgada pelo governo Temer com o objetivo de limitar a expansão dos gastos públicos (despesas primárias) pelos próximos 20 anos, mas não o fez para as despesas financeiri-

ras, mantendo o alto patamar de pagamento dos juros da dívida por parte do governo brasileiro. Para a saúde, essa mudança da regra do piso federal significou congelar o parâmetro de aplicação mínima no valor monetário correspondente a 15% da Receita Corrente Líquida (RCL) de 2017, atualizado anualmente tão somente pela variação do IPCA/IBGE, até 2036.

Alguns estudos apresentam o declínio do financiamento do SUS. Consta-se que a EC 95 levará a perdas acumuladas de 2017 a 2036 de R\$ 162 bilhões a R\$ 400 bilhões (conforme projeção anual do PIB de 1,0% e 2,0%, respectivamente) (VIEIRA; BENEVIDES, 2019). Num cenário retrospectivo, Funcia e Ocké-Reis (2018) estimam que se as regras da EC 95 estivessem em vigor no período de 2001 a 2015, em comparação aos valores efetivamente empenhados nesse período, as perdas acumuladas seriam superiores a R\$ 100 bilhões, a preços de 2015. Em síntese, os recursos federais para o SUS seriam reduzidos de 1,7% do PIB até atingir apenas 1,1% deste, em 2015.

Na vigência da EC 95, a deterioração do gasto público com saúde é inegável. O subfinanciamento do SUS, que já vinha determinando um patamar insuficiente, passa a um processo de desfinanciamento descendo gradativamente seu valor em relação à arrecadação.

Os pisos federais de 2018 e 2019, calculados em acordo à regra dessa Emenda, representam, na realidade, uma redução de recursos para a saúde pública no Brasil. Isto porque, a base fixa é de 2017, sendo 15,0% da RCL (R\$ 727,3 bilhões) desse ano, o que corresponde a uma aplicação de ações e serviços públicos de saúde de R\$ 109,1 bilhões. A variação para os anos posteriores ocorre apenas por meio do IPCA/IBGE. Então, observa-se uma queda dos percentuais utilizados, sendo 13,95% em 2018 (R\$ 112,3 bilhões), reduzindo em R\$ 4,2 bilhões seu valor real em relação aos 15% da RCL (R\$ 116,6 bilhões). Se somarmos a perda de 2018 com a de 2019 – (estimada), com base nos parâmetros apresentados na Lei Orçamentária de 2019 –, apura-se 13,85% da RCL (R\$ 117,2 bilhões), atingindo o patamar de R\$ 9,7 bilhões que são retirados da saúde em dois anos, já que nesse ano a relação aos 15% da RCL deveria corresponder a R\$ 127,0 bilhões. (FUNCIA; SANTOS, 2019).

Assim, o SUS passa a enfrentar, ao lado de seu subfinanciamento de 30 anos, um processo crescente e contínuo de desfinanciamento, a partir de 2017, em decorrência de um ajuste fiscal que asfixia direitos fundamentais à saúde, evidenciando a intervenção da forma jurídica (regime político) do Estado, sob uma intervenção pública que busca cumprir o papel exigido pelo capital em crise. Para se ter uma ideia, o gasto público em ações e serviços públicos de saúde, em termos consolidados (União, estados, Distrito Federal e municípios), de aproximadamente R\$ 3,60 por habitante/dia em 2017, equivalente a 4,0% do PIB, é metade da média de aplicação dos países com sistemas de saúde universal (Alemanha, Canadá, Espanha, França, Reino Unido e Suécia, principalmente), 8,0%. (MENDES; FUNCIA, 2016).

Esta austera EC 95 parece ser a forte expressão do Estado capitalista brasileiro em consonância com a lógica do capitalismo contemporâneo sob a dominância do capital financeiro, especialmente porque não estabeleceu limites para os juros e outras despesas financeiras. Sem dúvida, a escolha por essa política de austeridade tem grande efeito sobre o direito à saúde, evidenciando ainda mais sua crise.

Conclusão

Nestes tempos turbulentos, somos, a cada momento, surpreendidos no Brasil com as seguintes palavras: “a situação está cada vez pior”. Entretanto, a compreensão sobre esse quadro não pode se restringir a uma problemática recente de aniquilamento dos direitos democráticos e, na saúde, um processo de desfinanciamento do nosso sistema por meio da EC 95. Vivemos, há pouco mais de 30 anos, sob uma crise do capitalismo marcada pelas tendências de queda da lucratividade e a expansão do poder do capital fictício. Nestes difíceis tempos, o Estado capitalista tem desempenhado o papel-chave para assegurar contratendências à queda da lucratividade do setor produtivo, resultando em ajustes fiscais permanentes, materializando um processo de avalanche de perda de direitos sociais, inclusive o direito à saúde.

O golpe institucional de 2016 marca um ponto de inflexão na crise capitalista em nosso país. O Estado revela claramente sua forma

de manifestar-se na relação com o capital, por meio de uma blindagem democrática que aponta para um vindouro regime de legitimidade restrita. Tal quadro político e econômico não nos permite simplesmente aceitar o cenário no qual a EC 95, seja, de fato, o fim do mundo. A transição para uma nova era pode ser possível, efetivamente, de um tempo de vários fins, com maior violência, expropriação de direitos e conservantismo. Uma rota de contraposição a isto somente encontrará sentido se reconhecermos a importância da luta pela superação do Estado capitalista e por ideias-força contrárias ao mundo capitalista, em que se possa edificar uma saúde emancipada.

Artigo submetido em 21/06/2019

Aceito para publicação em 17/10/2019

Referências

ALCÂNTARA FILHO, José Luiz. Apontamentos para uma análise da relação entre o Estado capitalista e as crises econômicas no tempo presente. ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA POLÍTICA, XXIII. Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2018. p. 1-23.

ANFIP. Associação Nacional dos Auditores-Fiscais da Receita Federal do Brasil. **Análise da Seguridade Social 2017**. Fundação Anfip de Estudos da Seguridade Social. Brasília: Anfip, 2018. 198 p. Disponível em: <https://www.anfip.org.br/wp-content/uploads/2018/12/Livros_28_11_2018_14_51_18.pdf>.

ARAÚJO, Paulo Henrique Furtado de. As categorias classes sociais e Estado no Livro Primeiro de *O capital*. ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA POLÍTICA. XXIII. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2018. p. 1-21.

ARCARY, Valério. **Primeiro mês de Bolsonaro: cinco questões cruciais**. Fevereiro de 2019. Disponível em: <<https://esquerdaonline.com.br/2019/02/01/primeiro-mes-de-bolsonaro-cinco-questoes-cruciais/>>. Acesso em: 19/02/2019.

BEHRING, Elaine Rossetti. Estado no capitalismo: notas para uma leitura crítica do Brasil recente. In: BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING, Elaine Rossetti; LIMA, Rita de Lourdes (Orgs.). **Marxismo, política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2018. Cap. 2, p. 39-72.

BOITO JÚNIOR, Armando. A crise política do neodesenvolvimentismo e a instabilidade da democracia. **Crítica Marxista**, v. 42, p. 155-162, 2016.

BONNET, Alberto; PIVA, Adrián. Prólogo. In: Bonnet, Alberto; Piva, Adrián (compiladores). **Estado y Capital: el debate alemán sobre la derivación del Estado**. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Herramienta, 2017.

CALLINICOS, A. **Deciphering capital: Marx's capital and its destiny**. London: Bookmarks, 2014.

CARDOSO, Renata de Oliveira. O processo de contrarreforma do Estado brasileiro e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: a privatização mascarada dos Hospitais Universitários. In: BRAVO, Maria Inês de Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo. **A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014. p. 32-45.

CHESNAIS, François. **Finance capital today**. London: Historical Materialism Series, 2016.

DEMIER, Felipe. Da ditadura bonapartista à democracia blindada. In: MATTOS, Marcelo Badaró (Org.). **Estado e formas de dominação no Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Consequência, 2017. p. 67-101.

FNCPS. Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. **O ilegítimo governo Temer e os ataques ao Sistema Único de Saúde**. Nota da FNCPS. Rio de Janeiro: FNCPS, 2016. Disponível em: <<https://goo.gl/JkSfj6>>. Acesso em: 12/08/2017.

FUNCIA Francisco, SANTOS, Lenir. Do subfinanciamento ao desfinanciamento da saúde: descendo as escadas. **Domingueira da Saúde**, nº 04/2019. Disponível em: <<http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-04-janeiro-2019>>. Acesso em: 19/02/2019.

FUNCIA, Francisco; OCKÉ-REIS Carlos. Efeitos da política de austeridade fiscal sobre o gasto público federal em saúde. In: ROSSI, Pedro; DWECK, Esther; OLIVEIRA, Ana Luíza Mattos de. **Economia para poucos**. São Paulo: Autonomia Literária, 2018.

IANNI, Octávio. **A ideia do Brasil moderno**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

KATZ, Claudio. **Belicismo, globalismo y autoritarismo (II)**. 2017. Disponível em: <<https://katz.lahaine.org/b2-img/BELICISMOGLOBALISMOYAUTORITARISMOII.pdf>>. Acesso em: 10/03/2019.

KLIMAN, Andrew. **The failure of capitalist production**. London: Pluto, 2012.

LACERDA, Antônio Corrêa de. **Se país não baixar juros e subir renda, PIB seguirá medíocre**. Economia UOL, 2019. Disponível em: <<https://economia.uol.com.br/noticias/redacao/2019/02/28/pib-crescimento-previsoes-2019-analistas.htm>>. Acesso em: 28/02/2019.

LLANO, Mariana; NOLTE, Detlef; WEBER, Cordula Tibi. Paraguai: golpe ou voto de desconfiança? **Conjuntura Austral**, v. 3, n. 14, 2012.

MARQUETTI, Adalmir Antonio; HOFF, Cecília Rutkoski; MIEBACH, Alessandro Donadio. Lucratividade e distribuição: a origem econômica da crise política brasileira. ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA POLÍTICA, XXII. Campinas: Unicamp, 2017.

MARX, Karl. **O capital: contribuição à crítica da economia política**. Livro I. São Paulo: Boitempo, 2013.

MARX, Karl. **O capital**: crítica da economia política. Livro III. São Paulo: Boitempo, 2017.

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

MASCARO, Alysson Leandro. **Estado e forma política**. São Paulo: Boitempo, 2013.

MATHIAS, Gilberto; SALAMA, Pierre. **O Estado superdesenvolvido**: ensaios sobre a intervenção estatal e sobre as formas de dominação no capitalismo contemporâneo. São Paulo: Brasiliense, 1983.

MATTOS, Marcelo Badaró. Estado e formas de dominação no Brasil contemporâneo. In: MATTOS, Marcelo Badaró (Org.) **Estado e formas de dominação no Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Consequência, 2017.

MENDES, Áquilas; FUNCIA, Francisco. O SUS e seu financiamento. In: MARQUES, R. M. et al. **Sistema de saúde no Brasil**: organização e financiamento. Brasília: Abres/MS/OPAS, 2016, v. 1, p. 139-168.

MENDES, Áquilas. **A saúde no capitalismo financeirizado em crise**: o financiamento do SUS em disputa. Futuro do Brasil Ideias para Ação. Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz. 2017. Disponível em: <www.cee.fiocruz.br/?q=node/611>. Acesso em: 27/01/2018.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. **Saúde e Sociedade**, v. 27, p. 1105-1119, 2018.

OCKÉ-REIS, Carlo Otávio. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2035-2042. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05992018>>. Acesso em: 19/12/2018.

PACHUKANIS, Evguiéni. **A teoria geral do direito e o marxismo e ensaios escolhidos** (1921-1929). São Paulo: Sundermann, 2017.

PRADO, Fernando Correia. Além do PT – A crise da esquerda brasileira em perspectiva latino-americana. **Lutas Sociais**, v. 21 n. 39, p. 150-153, 2017.

RIBEIRO, Gustavo Lins. Gramsci, Turner e Geertz – O fim da hegemonia do PT e o golpe. **Revista de Antropologia da UFSCar**, v. 8, n. 2, p. 11-20, 2016.

ROBERTS, Michael. **The long depression**: how it happened, why it happened, and what happens next. Chicago: Haymarket, 2016.

ROBERTS, Michael. **Marx 200**: a review of Marx's economics 200 years after his birth. London: Lulu.com, 2018.

SAFATLE, Vladimir. **Só mais um esforço**. São Paulo: Três Estrelas, 2017.

SAMPAIO JÚNIOR, Plínio de Arruda. Desenvolvimentismo e neodesenvolvimentismo: tragédia e farsa. **Serviço Social & Sociedade**, n. 112, 2012.

SANTOS, Lenir; FUNCIA, Francisco. A inconstitucionalidade da EC 95 nos pisos da saúde à luz da matemática. **Revista Domingueira da Saúde**, nº 03/2019. Disponível em: <<http://idisa.org.br/ Domingueira/ Domingueira-n-03-janeiro-2019>>. Acesso em: 19/02/2019.

VIERA, F. S.; BENEVIDES; R. P. S. Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. **Nota Técnica Ipea nº 28**. Rio de Janeiro: Ipea, set./2016. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160920_nt_28_disoc.pdf>. Acesso em: 19/02/2019.

SER Social

ESTADO, DEMOCRACIA E SAÚDE

Brasília, v. 22, n. 46, janeiro a junho de 2020

Intelectuais coletivos e o processo de contrarreforma na política de saúde brasileira

**Collective intellectuals and the counter-reform process
in the Brazilian health policy / Intelectuales colectivos y el
proceso de contrarreforma en la política de sanidad brasileña**

Girlan Guedes dos Santos¹

Alessandra Ximenes da Silva²

Resumo: Este artigo analisa as influências do Banco Mundial e da Organização Mundial da Saúde, como intelectuais coletivos e instrumentos do capital imperialista, em países de economia dependentes. Tal processo desencadeia na contrarreforma da política de saúde brasileira, que impõe mudanças significativas ao Sistema Único de Saúde, através da abertura do

1 Assistente Social, mestrando do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (PPGSS-UEPB). E-mail: girlan-sax@outlook.com.

2 Assistente Social, mestre e doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Professora do Departamento e da Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). E-mail: alesximenes@uol.com.br.

mercado e da privatização dos serviços públicos via publicização. Desse modo, tece críticas aos relatórios produzidos por esses intelectuais no período do governo de cunho neoliberal ortodoxo de Michel Temer. A partir de um referencial crítico-dialético, utilizam-se revisão bibliográfica e pesquisa documental. Assim, aponta como esses intelectuais integram um projeto orquestrado de dominação na garantia dos interesses do capital em escala mundial, com ênfase na política de saúde brasileira. O processo de publicização visa aprofundar o apoio a um sistema de saúde na lógica do lucro e do mercado, garantindo, com tais orientações, a hegemonia do capital financeiro.

Palavras-chave: intelectuais coletivos; contrarreforma na saúde; privatização.

Abstract: This article analyzes the influences of the World Bank and the World Health Organization as collective intellectuals and instruments of imperialist capital in dependent economy countries. This process triggers the counter-reform of the Brazilian health policy, which imposes significant changes to the Unified Health System, through the opening of the market and the privatization of public services through publicity. In this way, one criticizes the reports produced by these intellectuals during the period of the Orthodox neoliberal government of Michel Temer. From a critical-dialectical referential, bibliographical review and documentary research are used. Thus, it points out how these intellectuals integrate an orchestrated project of domination in guaranteeing the interests of capital worldwide, with emphasis on the Brazilian health policy. The publicity process aims to deepen support for a health system using the profit and the market logic, thus strengthening the hegemony of financial capital with these guidelines.

Keywords: collective intellectuals; health counter-reform; privatization.

Resumen: Este artículo analiza la influencia del Banco Mundial y de la Organización Mundial de la Salud como intelectuales colectivos e instrumentos del capital imperialista en países de economía dependiente. Este proceso desata la contrarreforma de la política de sanidad brasileña, lo que impone cambios significativos al Sistema Único de Sanidad (SUS) través de la apertura del mercado y de la privatización de los servicios públicos por “publicación”. De tal modo, se critica a los informes producidos por estos intelectuales en el curso del gobierno de carácter neoliberal ortodoxo de Michel Temer. Partiendo de un referencial crítico-dialético, se utiliza revisión bibliográfica e investigación documental. Luego, se demuestra como esos intelectuales integran un proyecto organizado de dominación y por la garantía de los intereses del capital a nivel mundial, con énfasis en la política sanitaria brasileña. El proceso de “publicación” está pensado para

dar soporte a un sistema de sanidad en la lógica del beneficio y del mercado, fortaleciendo, en tal intención, la hegemonía del capital financiero.

Palabras clave: intelectuales colectivos; contrarreforma en la sanidad; privatización.

Introdução

A produção deste artigo instiga-se pelos desafios que vivemos no cenário contemporâneo brasileiro, mediados pela instauração do golpe de 2016, que significou o aprofundamento da retração de direitos em todos os âmbitos das políticas sociais ao comando do governo de cunho neoliberal ortodoxo de Michel Temer, especialmente em relação à instauração de práticas e ideologias conservadoras que permeiam todo tecido das relações sociais sob o comando do sistema capitalista, para garantir os seus interesses de classe e reafirmar a condição de dependência dos países periféricos.

Partindo dessa análise, este artigo analisa as influências do Banco Mundial (BM) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) como intelectuais coletivos, instrumento dos países imperialistas na dominação dos países de economias de capitalismo dependente, a exemplo do Brasil. Destarte, é primordial desvelar como tais influências aceleram o contexto de contrarreforma na política de saúde brasileira, por meio de um resgate ontológico analítico dos documentos formulados por esses intelectuais, demarcando o período do governo de cunho neoliberal ortodoxo de Michel Temer.

Parte-se das categorias da universalidade para analisar o processo de dominação desses intelectuais coletivos em escala mundial, porém fazendo um recorte através das categorias da particularidade e singularidade para entender sua influência na realidade contemporânea brasileira como um país de capitalismo dependente; processo este, mediado por um percurso histórico analítico dos documentos formulados por esses intelectuais já antes da Constituição de 1988.

Assim, Behring (2008, p. 44) assevera que esse movimento se compõe de mudanças estruturais regressivas nas políticas de seguridade social, “afetando bruscamente o Sistema Único de Saúde (SUS), através da abertura do mercado e da privatização dos serviços públi-

cos de saúde, com vistas à mera obtenção de lucro para o mercado”. Um dos elementos constitutivos desse processo é o incentivo à “publicização” que visa transferir parte da gestão de serviços e atividades, não exclusivas do Estado, para o setor público não estatal, assegurando o caráter público à entidade de direito privado. Os documentos, advindos do BM e OMS colocam-se contra o sistema da política de saúde brasileira, desde antes da garantia do SUS, na Constituição de 1988. Estas contradições apresentam inflexões mais fortes, a partir do processo de contrarreforma do Estado na década de 1990, continuam nos governos do Partido dos Trabalhadores (PT) e se acirraram durante o curto governo de Michel Temer.

Tais relatórios, embora sejam documentos elaborados em um envoltório técnico e científico, têm direções que apresentam em seu cerne político e indutivo a busca por consolidar o projeto de interesse do capital mundial. Tentam disseminar um modelo de saúde no Brasil privatista e totalmente mercadológico, ameaçando o SUS, tratando a saúde como mercadoria e fonte de lucro. Neste trabalho, discutem-se os novos relatórios apresentados pelo BM e pela OMS: “Um ajuste justo: análise da eficiência e da equidade do gasto público no Brasil”, publicado em novembro de 2017, que se sustenta no sucateamento dos serviços públicos de saúde, a fim de defender os investimentos no setor privado; “Proposta de reformas do Sistema Único de Saúde brasileiro”, lançado em 2018, que segue a mesma direção de desmantelamento do SUS; e o relatório “30 anos do SUS. Que SUS para 2030?”, este último, da OMS, divulgado em agosto de 2018. Esses documentos foram apresentados durante o governo neoliberal de Michel Temer, que tendem a fortalecer o projeto hegemônico do capital financeiro, através das agências multilaterais como intelectuais coletivos que, segundo Gramsci (2000, p. 15), “em vez de se constituírem em um grupo autônomo e independente, são uma criação das classes sociais fundamentais para dar homogeneidade e consciência ao seu projeto de sociedade, nas dimensões econômica, social e política”.

Utilizamos como procedimentos metodológicos a revisão bibliográfica e a análise documental. No que diz respeito à revisão bibliográfica, foram trabalhadas as categorias de contrarreforma

e intelectuais coletivos em Antônio Gramsci. No tocante à análise documental, foi realizado um levantamento e posteriormente análise dos relatórios formulados pelo BM e OMS para a política de saúde brasileira durante o governo de Michel Temer (2016-2018).

A exposição deste artigo tratará da análise dos seguintes tópicos: o imperialismo e a criação do BM e OMS como intelectuais coletivos utilizados como instrumentos de dominação do capital; Estado dependente e as inflexões do BM e OMS à política de saúde brasileira nas décadas de 1990 e 2000; um (des)ajuste (in)justo: as tendências e orientações do BM e OMS para a política de saúde no governo ortodoxo neoliberal de Michel Temer; e considerações finais.

O imperialismo e a criação dos intelectuais coletivos – BM e OMS – utilizados como instrumentos de dominação do capital

O retorno à fase inicial do imperialismo será considerado aqui como estratégia metodológica, partindo da categoria da universalidade para analisar o processo de dominação imperialista em escala mundial, porém fazendo um recorte por meio das categorias da particularidade e singularidade para entender sua influência na realidade brasileira.

Embasados por Lenin, em sua publicação *Imperialismo, estágio superior do capitalismo*, publicado em 1917 em meio à primeira Guerra Mundial (1914-1918), vamos nos debruçar sobre o desvelamento de como o processo de dominação do capital cria novos projetos para garantir sua hegemonia. Também buscaremos apoio em Harvey (2014), que analisa o novo imperialismo como espoliação no processo de acumulação capitalista.

Lenin (2012), ao estudar o imperialismo, aborda como se desencadeou o projeto de dominação capitalista e a importância da função do Estado como um de seus instrumentos mais importantes ao passar da fase concorrencial para monopólica:

[...] o papel que o Estado desempenha na consolidação dos monopólios e do imperialismo e com a oligarquia financeira – a chamada burguesia que se torna cada vez mais poderosa – controla também a política, que,

então, assumira a forma expansionista nas nações imperialistas. (LENIN, 2012, p. 14).

O Estado cria os aparelhos coercitivos de expropriação e exploração, tendo como objetivo único na fase imperialista a intensificação da extração de mais-valia dos trabalhadores, garantindo, assim, a ampliação dos lucros para quem explora. A ampliação do Estado burguês via sociedade política, desde o capitalismo concorrencial, se intensifica na divisão sócio técnica do trabalho. O Estado vai acompanhando essa intensificação nos planos nacional e internacional. Desse modo, nos apoiamos no conceito de Gramsci (2000) de Estado ampliado, que analisa o diálogo do movimento entre estrutura e superestrutura, colocando em xeque a ideia de Estado mínimo, que cumpre nessa nova fase uma função forte na organização das relações ideológicas da ideologia dominante.

Teremos, nesse contexto, o papel das novas associações que surgem como intelectuais coletivos orgânicos a serviço do processo de acumulação capitalista, utilizados, assim, como instrumentos do capital imperialista. Gramsci (2000) conceitua que os intelectuais organizam a cultura de forma a contribuir para o processo de formação da *hegemonia* em sociedades capitalistas, isto não só na instância econômica e política, mas também na esfera da cultura. Foram criados a partir das classes sociais fundamentais para dar homogeneidade e consistência ao projeto de sociedade capitalista, nas dimensões econômica, social e política, sendo esses intelectuais, dentro da esfera dominante, um instrumento fundamental para a disseminação de ideologias de manutenção hegemônica.

Em resumo, o imperialismo caracteriza-se por cinco direções:

- 1) a concentração da produção e do capital alcançou um grau tão elevado de desenvolvimento e criou os monopólios, os quais desempenham um papel decisivo na vida econômica; 2) a fusão do capital bancário com o capital industrial e a criação baseada nesse capital financeiro, da oligarquia financeira; 3) a exportação de capitais, diferentemente da exportação de mercadorias, adquire uma importância particularmente grande; 4) a formação de associações internacionais monopolistas de capitalistas, que partilham o

mundo entre si; 5) conclusão da partilha territorial do mundo entre as potências capitalistas mais importantes. (LENIN, 2012, p. 124).

Nesse sentido, Harvey (2014, p. 113) afirma que, nessa nova fase do imperialismo, as populações “de territórios mais vulneráveis é que têm que pagar o preço inevitável em termos de perda de ativos, perda de empregos e perda de segurança econômica”. Ainda destaca que: “Uma diabólica aliança entre os poderes do Estado e os pactos predatórios do capital financeiro forma as garras de um ‘capitalismo de rapina’ que tem tanto de práticas cambiais e desvalorizações forçadas quanto tem de alcançar o desenvolvimento global harmonioso”. (HARVEY, 2014, p. 114).

A partir das considerações de Lenin e Harvey, se analisa que, no contexto do pós-Segunda Guerra Mundial, surgem novas associações que terão papel importante como instrumentos de controle da crise orgânica que já assolava os países imperialistas.

Nesse cenário de intensificação e crise orgânica do capital pós-Segunda Guerra Mundial, são criadas as poderosas agências multilaterais BM e OMS, que definimos como intelectuais coletivos. Foram gestadas originalmente em um período de reorganização do sistema interestatal capitalista, com um acordo entre as potências vitoriosas da Segunda Guerra Mundial selado em Bretton Woods, Estados Unidos. Criadas em 1945, depois de diversas manobras dos EUA, tiveram suas sedes estabelecidas na cidade de Washington. A desvalorização da moeda inglesa “foi crucial para afirmar a predominância do dólar como moeda internacional e âncora da projeção mundial do poder político e financeiro norte-americano”. (PEREIRA, 2010, p. 151).

O BM e o Fundo Monetário Internacional (FMI) são tidos como uma criação americana que rendeu para os EUA uma excelente marca duradoura e forte, pois são intelectuais que criam estratégias e projetos para a garantia da hegemonia do capital imperialista como manobras para saída da crise. Em síntese, “atuam como promotor de reformas institucionais necessárias à realização da liberalização econômica em países periféricos” (PEREIRA, 2014, p. 47). Desde sua criação, esses intelectuais coletivos são comandados pelos EUA,

incluindo sua estrutura, direção política e suas formas de empréstimos. Essa nova ordem mundial estabelecida em Bretton Woods tinha como missão, nas palavras de Brettas (2013, p. 63), “criar um ambiente internacional propício à emergência dos EUA no papel de motor da recuperação mundial, a economia mundial passa a depender do desempenho da economia norte-americana”, sempre com o discurso de alívio da pobreza.

A OMS é criada oficialmente em 1946, mas só é implementada em 1948, quando produz os primeiros processos, regras e instituições para a governança mundial em saúde. Almeida (2013, p. 217) destaca que “em 1948, a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) foi incorporada à OMS, tendo a função no início de garantia e primazia com a saúde pública, porém, a partir de 1960”, durante o início do processo de crise orgânica do capital, esse consenso passa a ser questionado com a crítica à baixa eficiência da saúde pública tradicional. O BM entra em disputa pela liderança setorial, o que culminou com sua vitória na arena internacional da saúde.

Ao comando do BM, uma nova agenda de reformas conjuntas com a OMS é formulada para os sistemas de saúde dos países de capital dependente, sendo definido como “novo universalismo”, que se trata, segundo Almeida (2014, p. 216), de um misto entre “público e privado, dividindo-se a responsabilidade entre o Estado e o mercado na garantia da equidade dos serviços”, como também da publicização que visa transferir parte da gestão de serviços e atividades, não exclusivas do Estado, para o setor público não estatal, assegurando o caráter público à entidade de direito privado, bem como autonomia administrativa e financeira. É nesse processo que se dá a ação dos intelectuais coletivos, tendo estes um papel fundamental, uma vez que atuam “para a legitimação de um projeto que almeja alcançar uma condição de hegemonia” (CASIMIRO, 2018, p. 22). A camada de intelectuais a serviço da classe dominante sustenta a hegemonia burguesa, disseminando ideias e instrumentos para controlar a classe subalterna e ampliar o conformismo e a resignação.

A partir da década de 1970, um conjunto de mudanças econômicas, sociais, políticas e culturais é engendrado em escala mundial

como resposta ao período de crise orgânica que estava se instaurando, sendo esta definida nos termos gramscianos como “fracasso da política da classe dirigente, organização da classe subalterna com as reivindicações ao processo exploratório, economia decrescente, afetando todo o tecido cultural e social da sociedade”. (LIGUORI; VOZA, 2017, p. 163).

Nesse contexto, somadas a reestruturação produtiva e a financeirização, a ideologia neoliberal será um mecanismo do capital para retomada das taxas de lucro, isto é, será parte da reação burguesa à crise instaurada. No acirramento da crise mundial, são elaborados pelo BM os primeiros documentos voltados para as políticas de saúde, mais especificamente em 1975, apresentando aos países por ele subsidiados as primeiras orientações para a reforma nas políticas de saúde.

Estado dependente e as inflexões do BM e da OMS à política de saúde brasileira, nas décadas de 1990 e 2000

Em sua obra, *A revolução burguesa no Brasil*, Fernandes (1987) aborda como se processou a transformação capitalista no Brasil, segundo a compreensão dos países periféricos como nações de capitalismo dependente, pelo fato de não possuírem as mesmas potencialidades das nações hegemônicas. Então, é no mesmo contexto pós-criação do BM que os países imperialistas querem consolidar o capitalismo monopolista nos países ditos da periferia.

Ruy Mauro Marini tenta, em consonância com Fernandes, chegar a uma definição de dependência que seja referência nas pesquisas sobre os países de capitalismo dependente. Nesse sentido, define que a “dependência seria uma situação na qual certo grupo de países tem condicionado sua economia pelo desenvolvimento e expansão de outra economia a qual está submetida” (apud TRASPADINI; STEDILE, 2011, p. 133). Mediante esse debate, percebe-se que:

O Estado nas economias dependentes está marcado por relações desiguais de poder que limitam o exercício de sua soberania frente a outras formações econômico-sociais a que está submetido. Assim, esse funciona como uma ferramenta a serviço

dos interesses das classes dominantes dos países centrais ao mesmo tempo em que expressa as necessidades da classe dominante local, nas suas relações de contradição e subordinação com aquelas. (BRETTAS, 2017, p. 55).

O BM vai ser um dos instrumentos imprescindíveis nesse período de imposição e consolidação do sistema monopolista nos países periféricos, que, como afirma Fernandes (1987, p. 301), se deu por meio de um “desenvolvimento desigual interno, pois temos que considerar o desenvolvimento histórico, econômico, político e cultural brasileiro que ainda apresentava traços arcaicos”, e de uma dominação imperialista externa apoiada por uma burguesia nacional contrarrevolucionária que detinha o poder do aparelho do Estado, dito democrático e universalizante.

Vale a pena ressaltar que esses intelectuais coletivos BM e OMS são parte do grupo dominante do capital, atuando nos aparelhos privados de hegemonia, que, de acordo com Gramsci (2000), cumprem o papel de uma hegemonia sociopolítica, intelectual e financeira, direcionada aos interesses do capital monopolista. Assim, são controlados de modo a coibir, através da força, qualquer tentativa revolucionária da luta de classes que não atenda os interesses do capital, a exemplo do golpe de 1964, que barrou um processo importante do início de reformas de base que consolidavam medidas em favor da luta da classe trabalhadora do período, como também o golpe de 2016, que culminou de forma diferente, orquestrado pelo parlamento, mídia e Judiciário, afastando uma presidenta eleita democraticamente. Este último golpe aliou interesses da burguesia, do grande empresariado, aliado com grandes aparelhos privados de hegemonia como os “canais de comunicação” (Grupo Globo, jornais e revistas, Polícia Federal, Ministério Público, Ordem dos Advogados do Brasil e Movimento Brasil Livre). Vale salientar que 70% dos parlamentares que votaram a favor da saída de Dilma estão envolvidos em corrupção. Votaram exaltando Deus e suas famílias, marcos do conservadorismo extremo. Na Câmara, 367 deputados foram favoráveis ao *impeachment*, e o processo seguiu para o Senado, sendo aprovado com o placar de 55 senadores a favor e 22 contra. Em 31 de agosto

de 2016, sequestraram o voto de 54 milhões de brasileiros. O Estado brasileiro tem, em sua herança histórica, o papel preponderante para a garantia das condições gerais de acumulação capitalista.

Faz-se necessário citar, também, que, a partir da crise orgânica mundial, a ideologia neoliberal adentrou no contexto brasileiro. E vale lembrar que, no Brasil, o neoliberalismo entra em cena, frente a um período marcado pela luta da classe trabalhadora pela redemocratização:

Não podemos desconsiderar os limites trazidos pela luta de classes para a implementação deste projeto de restauração burguesa. O neoliberalismo não se deu por uma aplicação direta e mecânica de um receituário vindo de fora. Ele esbarrou em lutas e resistências da classe trabalhadora que, apesar de ter sentido fortemente uma desarticulação, havia resultado em uma Constituição Federal com definições que não puderam ser ignoradas e foram, de alguma maneira, implementadas. (BRETTAS, 2017, p. 63).

Foi nesse cenário de reformas orientadas pelo BM nas políticas de saúde dos países periféricos que o Brasil aprovou, com base na Constituição de 1988, as Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080 e nº 8.142, de 1990, expressas frontalmente nos avanços formais do Movimento de Reforma Sanitária contemplados na legislação.

O BM inicia a formulação de suas orientações para a política de saúde brasileira bem antes da Constituinte, recebendo o apoio dos governos neoliberais de Collor de Melo e Fernando Henrique Cardoso, durante a década de 1990. Desse modo, diversos relatórios são elaborados pelo BM e suas orientações são seguidas pelos respectivos governos de cunho neoliberal. Em consonância com as contrarreformas propostas pelo BM, o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRE)³ se torna a materialização das orientações colocadas nesse período em consonância com o Consenso de Washington (1989).

3 Bresser-Pereira dirige a equipe de formulação do Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE). Para ele, o Brasil e a América Latina foram atingidos na época por uma dura crise fiscal nos anos 1980, tida pelo endividamento externo. Presente no Consenso de Washington como representante do Brasil, é orientado pelos organismos internacionais BM, FMI e OMC a realizar o Plano Diretor da Reforma do Estado, que, segundo Bresser

Anos depois, o BM elabora outros documentos para orientar as políticas de saúde brasileira, tendo o país sob a liderança de governos sociais liberais (variante do neoliberalismo), como aponta Castelo (2016, p. 46), “a saber os governos Lula e Dilma, vinculados ao PT”. Durante os governos petistas, foram divulgados três documentos do BM para saúde: 1) “Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro: fortalecendo a qualidade dos investimentos públicos e da gestão de recursos”, de 15 de fevereiro de 2007; 2) “Documento de avaliação da proposta de empréstimo para o projeto de modernização de Hospitais Universitários Federais”, de 28 de fevereiro de 2011; e 3) “20 anos da Reforma do Sistema de Saúde do Brasil: uma avaliação do Sistema Único de Saúde”, de 2013. Esses documentos subsidiam a implementação das mudanças na gestão do SUS encaminhadas pelo governo Lula e que tiveram continuidade no governo Dilma.

Dentre essas iniciativas, com o “Documento de avaliação do projeto sobre a proposta de empréstimo, no montante de 150 milhões de dólares, para a República Federativa do Brasil para o projeto de modernização dos hospitais universitários”, deu-se início à modernização dos Hospitais Universitários (HUs), através do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), de 27 de janeiro de 2010. O presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, assinou a autorização da execução do programa via Decreto nº 7.082. “Pretendem com essas orientações, a inovação tecnológica dentro da gestão, através de pesquisas educacionais de prestações de contas e no gerenciamento desses hospitais” (BANCO MUNDIAL, 2011, p. 68). O documento apresentado vem afirmar que o programa REHUF abrange duas áreas: a renovação da infraestrutura dos hospitais e a modernização da sua gestão e governança, colocando a privatização dos HUs como saída para os problemas de gestão do SUS, implicando em transferência da gestão do HU para uma empresa pública estatal com personalidade jurídica de direito privado, ou seja, a entrega do público ao privado.

-Pereira, “iria exigir, de forma imperiosa, disciplina fiscal, privatização e liberalização comercial”. (apud BEHRING, 2008, p. 172).

Um (des)ajuste (in)justo: as tendências e orientações do BM e da OMS para a política de saúde no governo ortodoxo neoliberal de Michel Temer

Em 2016, a presidenta Dilma é afastada por um golpe de Estado, operacionalizado por integrantes da bancada conservadora do Legislativo, do Judiciário e da mídia com vistas a tomar o poder. Assumiu o vice-presidente Michel Temer, do MDB, que acelerou ainda mais a destruição dos direitos sociais e trabalhistas: “O governo ilegítimo de Temer trata-se de uma restauração conservadora de um projeto político ultraneoliberal, assumidamente pró-capital, que visa resolver os impasses de acumulação e favorecer os interesses da classe dominante do país e aprofundar sua dependência junto [sic] ao capital internacional”. (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 4).

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

O documento do BM “Um ajuste justo: análise da eficiência e da equidade do gasto público no Brasil”, de novembro de 2017, apresenta, em sua essência, um cerne meramente político, que veio compactuar com os desmanches acarretados nas políticas públicas no Brasil.

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

em países da OCDE, em média, o patamar é de cerca de 7% do PIB. Segundo Mendes e Carnut (2017), não se pode comparar o Brasil com os países da OCDE, pois 80% dos gastos do PIB desses países são feitos na esfera pública, ocorrendo o oposto no caso brasileiro, que concentra maior gasto no setor privado.

Nesse sentido, podemos refletir: será que existem condições de realizar cortes de gastos em saúde no Brasil, levando em consideração a extensão populacional brasileira? Nosso entendimento é feito exatamente no sentido inverso, ou seja, haveria espaço para aumentar. O relatório coloca como objetivo principal de sua mensagem no item 168: “O SUS poderia oferecer mais serviços e melhores resultados de saúde com o mesmo nível de recursos se fosse mais eficiente” (BANCO MUNDIAL, 2017, p. 118), havendo possibilidade de mudar o quadro dos atendimentos realizados pelo SUS, sem nenhum prejuízo aos serviços prestados, desde que se aumentasse o desempenho de vários municípios brasileiros (dependendo da localização e da população), “identificando onde os recursos estão sendo usados de maneira mais ineficiente, e buscar, através de uma melhor gestão, onde seria possível melhorar” (BANCO MUNDIAL, 2017, p. 112). O foco do relatório é na ineficiência produtiva do SUS, recaindo sobre a prioridade, a eficiência e os cortes de gastos. Porém reconhece que, a partir dos efeitos deletérios da EC-95, a despesa real com saúde irá diminuir nos próximos anos e, portanto, se tornará difícil qualquer possibilidade de falar em eficiência com uma queda dos gastos federais em relação ao PIB. Assim, os prejuízos acumulados nos próximos “20 anos para o SUS serão de cerca de R\$ 415 bilhões, considerando um crescimento do PIB de 2% ao ano (média mundial), e uma projeção do IPCA de 4,5%”. (MENDES; CARNUT, 2017, p. 3).

O relatório também ressalta a possibilidade de cortar gastos no setor da atenção primária em 23%, tentando manter os mesmos níveis de resultado, o que, segundo o BM, traria uma economia de R\$ 9,3 bilhões. Aponta também a possibilidade de corte em 34% dos gastos nos serviços hospitalares, uma economia de R\$ 12,7 bilhões. Ainda conclui que se poderiam “cortar R\$ 22 bilhões, ou 0,3 do PIB, no SUS, sem nenhum dano aos resultados nos atendimentos da saúde”

(BANCO MUNDIAL, 2017, p. 112). A eficiência nessas direções está atrelada ao porte, ao tamanho do município, ao número de leitos e tamanho dos hospitais.

A ampliação do número de hospitais públicos de pequeno porte é uma consequência do processo de descentralização do SUS, por meio do qual os municípios passaram a assumir responsabilidades na prestação de serviços de saúde, na maioria das vezes na ausência de qualquer estrutura assistencial pública. (GIOVANELLA, 2017, p. 5).

Em 2018, o BM lançou um documento complementar ao colocado em 2017, intitulado “Proposta de reformas do Sistema Único de Saúde brasileiro”, apresentando truculentas orientações, confirmando o que o documento de 2017 já preconizava, que é o apoio ao processo de publicização e privatização dos serviços, justificando suas diretrizes na ineficiência do SUS. Desconhecendo a realidade brasileira na atenção primária, recomenda uma ampliação dos procedimentos realizados pelos enfermeiros, orientando a substituição de médicos nesse setor, destacando:

Se o número de consultas e internações aumentasse, e os procedimentos mais rotineiros fossem realizados por profissionais de saúde de nível mais baixo (por exemplo, enfermeiros), seria possível melhorar significativamente a eficiência e a qualidade dos atendimentos. As normas poderiam ser ajustadas para permitir que os profissionais de enfermagem realizassem consultas e prescrevessem certos medicamentos e exames em unidades de atendimento primário. (BANCO MUNDIAL, 2018, p. 117).

Já é uma prática da enfermagem na Estratégia Saúde da Família de uma maior atuação da categoria, frente à ausência ou intermitência do médico em longos períodos nas equipes. É necessário considerar que o relatório, ao recomendar a abolição dos subsídios fiscais para seguros privados e despesas com a saúde, afirma que é necessário melhorar a integração entre o sistema público e privado, de forma a evitar a duplicidade de esforços. A defesa dessas ideias privilegia os interesses financeiros e lucrativos do setor privado,

uma estratégia mascarada de colocar que o privado se apresenta como a saída para a ineficiência do SUS.

Nesse processo, segundo Silva (2017, p. 36), há outros intelectuais coletivos que subsidiam os documentos do BM e da OMS, dentre estes o Instituto Coalisão Saúde (ICOS), que representa o setor empresarial da saúde em escala internacional, formando grandes conglomerados de empresas farmacêuticas, e o apoio das empresas de planos de saúde privados internacionais, em consonância aos planos populares acessíveis, planos que fazem parte das orientações do BM, e que recebem total apoio da OMS, que classifica esse modelo como “nova universalização” da saúde. Nesse sentido, as contrarreformas têm impactado brutalmente o financiamento e a estruturação do sistema de saúde, fragilizando a assistência à população e estimulando a expansão do setor privado.

Em agosto de 2018, a OMS lançou o documento “30 anos do SUS. Que SUS para 2030?”, texto realizado em 12 capítulos que traz um balanço de pesquisas realizadas por esses intelectuais para a política de saúde brasileira. Essa pesquisa tem como foco a elaboração de uma agenda com alcance do SUS para 2030. O foco é na análise do subfinanciamento crônico do SUS, agravado pela crise econômica e pela austeridade fiscal, na importância de se reforçar o enfoque da Medicina de Família e Comunidade, na melhoria e resolutividade dos serviços de saúde do SUS, na incorporação de novas tecnologias, fechando com a falácia da garantia dos direitos previstos na Constituição Federal de 1988, colocando a ideia de fortalecimento do SUS.

A OMS e a Opas convocaram 200 pessoas para responderem ao questionário de pesquisa com direcionamento em gestores do SUS e do setor privado, de diferentes áreas da saúde pública. Segundo o relatório, o questionário explorou as opiniões sobre os seguintes aspectos: direito à saúde, relações federativas, modelos de atenção à saúde, marcos legais do SUS e da judicialização, financiamento e relação público-privada. (OMS/OPAS, 2018, p. 8).

Nas entrevistas, o relatório mostra que 64% das pessoas propuseram a regulação dos serviços ofertados pelo SUS, 51% associa-

ram a resolução dos problemas ao Poder Judiciário para resolver os problemas do SUS, e para 34% trata-se do problema contemporâneo defendido pelos intelectuais BM e OMS associados a interesses econômicos. Como coloca o relatório, o setor privado de serviços de saúde tem tido um papel crescente na indução e incorporação de novas tecnologias, assim, reafirma a importância das parcerias público-privadas.

Apesar do objetivo claro na indução da captura do fundo público, esses intelectuais, OMS e OPAS, apresentam no referido relatório a importância de manter a Atenção Primária de Saúde (APS) e mostram também o avanço da Estratégia Saúde da Família (ESF), apontando a satisfação dos entrevistados, que falam bem dos serviços. Porém, o que corre a passos largos é a direção do BM em entregar esses setores às gestões das OS, o que irá acelerar ainda mais o desmanche do SUS.

A pesquisa sobre a gratuidade dos serviços do SUS é apontada no relatório em consonância com o atual relatório do BM. Sua direção é de instituir-se segundo a capacidade financeira dos usuários que podem pagar pelos serviços de saúde, lógica através da qual apenas “os mais vulneráveis ficariam sob a responsabilidade do SUS” (OMS; OPAS, 2018, p. 12). Esse pacto quebraria a garantia dos princípios da integralidade e universalidade. A sugestão feita pela OMS e Opas é de que haja fortalecimento de modelos solidários de financiamento e regulação pública sobre o setor privado, o que, de acordo com esses intelectuais, irá garantir o atendimento de acordos com os interesses da população. Destarte, comungam com um modelo de renovação da APS em consonância com essas diretrizes.

Identificamos outra semelhança com o último relatório do BM, o debate da ineficiência do SUS. A OMS e a Opas trazem no relatório a mesma ideia, colocando a culpa na gestão e defendendo que os recursos hoje disponíveis dariam para cumprir plenamente os serviços ofertados pelo SUS. Assim: “Considera-se oportuno estudar as experiências de outros sistemas universais, que implementaram reformas para enfrentar os desafios da sustentabilidade financeira. Os casos da Itália e do Reino Unido possuem exemplos que podem ser úteis para o sistema brasileiro”. (OMS; OPAS, 2018, p. 14).

Os referidos intelectuais BM e OMS voltam a comparar o Brasil com países imperialistas, não levando em consideração a situação de dependência e suas particularidades, e comparando o que em outras palavras seria incomparável, tendo por base o percentual do PIB que é gasto na política de saúde dos países imperialistas e o que é gasto com a política de saúde no Brasil. Também não fazem a análise de quanto é retirado do fundo público de saúde para pagamento de juros da dívida.

Considerações finais

Como acompanhamos neste trabalho, o processo de desmonte nas políticas sociais cresce e se intensifica, com ênfase na política de saúde brasileira, oriundo das contrarreformas implementadas nas últimas décadas, fortemente acirradas no governo neoliberal ortodoxo de Michel Temer, sob a influência direta do BM e da OMS, organismos multilaterais que atuam como intelectuais coletivos no sentido de fortalecer a acumulação capitalista e a hegemonia do capital financeiro em um momento marcado pela crise do capital. Desse modo, a política de saúde no contexto brasileiro avança na tendência de focalização e ampliação da seletividade, restringindo-se a determinados segmentos da população e caminhando no sentido de ampliar a privatização.

A classe dominante tem intensificado seus aparelhos privados de hegemonia na busca pela consolidação de suas premissas, que são a captura do fundo público, a privatização, a austeridade fiscal e as mudanças na gestão orçamentária das políticas sociais, sendo estas ferramentas importantes para permitir a canalização de recursos públicos para o grande capital financeiro e, desse modo, atuar sobre os efeitos de uma propagada crise fiscal. As orientações do BM e da OMS têm acelerado a financeirização das políticas sociais, com maior destaque para as políticas de previdência e saúde no Brasil. Os usuários dos programas sociais do governo são utilizados para remunerar o capital portador de juros, colocando um desafio muito maior para os movimentos da classe trabalhadora, no momento

contemporâneo da luta de classes e da demolição dos direitos e fim do SUS.

Concluimos que os intelectuais coletivos BM e OMS têm trabalhado na direção da disputa pelo fundo público brasileiro, via aprofundamento do processo de publicização que visa aprofundar o apoio a um sistema de saúde na lógica do lucro e do mercado, fortalecendo, com tal orientação, a hegemonia do capital rentista.

Artigo submetido em 30/06/2019

Aceito para publicação em 06/09/2019

Referências

ALMEIDA, Celia. O Banco Mundial e as reformas contemporâneas do setor saúde. In: PEREIRA, José Márcio Mendes; PRONKO, Marcela (Org.). **A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para Educação e Saúde (1980-2013)**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2014. v. 1.

ALMEIDA, Celia. Saúde, política externa e cooperação sul-sul em saúde: elementos para a reflexão sobre o caso do Brasil. In: NORONHA, J. C.; PEREIRA, T. R. (Org.). **A saúde no Brasil em 2030: desenvolvimento, Estado e políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2013. v. 1.

BANCO MUNDIAL. **20 anos da reforma do Sistema de Saúde do Brasil: uma avaliação do Sistema Único de Saúde**. Washington-EUA: BM, 2013.

BANCO MUNDIAL. **Brasil governança no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro: fortalecendo a qualidade dos investimentos públicos e da gestão de recursos**. Washington, EUA: BM, 2007.

BANCO MUNDIAL. **Documento de Avaliação do Projeto sobre a Proposta de Empréstimo no Montante de US\$ 150 milhões para o Brasil para o Projeto de Modernização de Hospitais de Universidade Federal**. (Report N. 57789-BR). Washington, EUA: BM, 2011.

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

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

BEHRING, E. R. **Brasil em contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2008.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 30/06/2019.

BRASIL. **Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010**. Brasília, 2010. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2010/decreto-7082-27-janeiro-2010-601491-normaatualizada-pe.html>>. Acesso em: 30/06/2019.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 30/06/2019.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 30/06/2019.

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

BRETTAS, Tatiana. **Capital financeiro, fundo público e políticas sociais: uma análise do lugar do gasto social no governo Lula**. 2013. Tese (Doutorado em Serviço Social). Rio de Janeiro: UFRJ.

BRETTAS, Tatiana. Capitalismo dependente, neoliberalismo e financeirização das políticas sociais no Brasil. **Temporalis**, n. 34, p. 53-76, jul.-dez./2017.

CASIMIRO, Flávio Henrique Calheiros. **A nova direita: aparelhos de ação política e ideológica no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Expressão Popular, 2018.

CASTELO, Rodrigo. O canto dasereia: social-liberalismo, neodesenvolvimentismo e supremacia burguesa no capitalismo dependente brasileiro. In: MACARIO, E.; VALE, E. S.; JUNIOR, N. R. (Org.). **Neodesenvolvimentismo, trabalho e questão social**. Fortaleza: Expressão, 2016.

FERNANDES, F. **A revolução burguesa no Brasil**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

GIOVANELLA, Ligia. **Ajuste fiscal e injustiças em saúde: breve comentário ao relatório do Banco Mundial 2017 ‘Um ajuste justo: análise da eficiência e da equidade do gasto público no Brasil’ – Capítulo Saúde**. 2017. Disponível em: <<http://www.cee.fiocruz.br/?q=node/699>>. Acesso em: 2/01/2018.

GRAMSCI, Antônio. **Cadernos do cárcere**. Organização Carlos Nelson Coutinho; Coedição: Luiz Sérgio Henrique e Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

HARVEY, David. **O novo imperialismo**. São Paulo: Loyola, 2014.

LENIN, V. I. **Imperialismo, estágio superior do capitalismo**. São Paulo: Expressão Popular, 2012.

LIGUORI, Guido; VOZA, Pasquale. **Dicionário gramsciano (1926-1937)**. São Paulo: Boitempo, 2017.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo. **A saúde pública continua na mira do austero Banco Mundial**. 2017. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/sistemas-de-saude/saude-publica-continua-na-mira-do>>

austero-banco-mundial-por-aquilas-mendes-e-leonardo-carnut/32393/>. Acesso em: 2/01/2018.

OPAS-OMS. Organização Pan-Americana de Saúde; Organização Mundial da Saúde. **Relatório 30 anos do SUS: Que SUS para 2030?** Brasília: OPAS; OMS, 2018.

PEREIRA, João Márcio Mendes. **O Banco Mundial como ator político, intelectual e financeiro (1944-2008)**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

PEREIRA, João Márcio Mendes. Poder, política e dinheiro: a trajetória do Banco Mundial entre 1980 e 2013. In: PEREIRA, José Márcio Mendes; PRONKO, Marcela (Org.). **A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para Educação e Saúde (1980-2013)**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2014. v. 1.

SILVA, A. X. A Contrarreforma na política de saúde e a função dos intelectuais coletivos. In: SILVA, A. X.; NOBREGA, M. B.; MATIAS, T. S. C. (Org.). **Contrarreforma, intelectuais e serviço social: as inflexões na política de saúde**. Campina Grande: EDUEPB, 2017. p. 23-51.

TRASPADINI, Roberta; STEDILE, João Pedro. **Ruy Mauro Marine: vida e obra**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

SER Social

ESTADO, DEMOCRACIA E SAÚDE

Brasília, v. 22, n. 46, janeiro a junho de 2020

Planos de Saúde, interesses no Poder Legislativo e ameaças ao direito público

Health Plans, interests in Legislative Power
and threats to public law

Laila Talita da Conceição Costa¹

Raquel Cavalcante Soares²

Resumo: O presente artigo consubstancia parte dos achados de pesquisa cuja temática central foram os planos de saúde e a representação de interesses no Poder Legislativo brasileiro. O principal objetivo é analisar os interesses dos planos privados de assistência à saúde, suas determinações e mediações no âmbito do Poder Legislativo federal, no período 2011-2016. Para empreender esta análise, nos fundamentamos na teoria social crítica marxiana e como procedimentos metodológicos utilizamos levantamento

1 Assistente Social, Mestra em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). E-mail: costalaila89@gmail.com.

2 Assistente Social. Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Professora Associada do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). quelcsoares@gmail.com.

bibliográfico e análise qualitativa de proposições legislativas de autoria dos deputados federais que receberam financiamento privado de campanha, proveniente das empresas de planos privados de assistência à saúde, nas eleições de 2010 e 2014, e cuja temática das proposições se vinculava aos tipos de planos coletivos empresariais. Também realizamos pesquisa de dados secundários sobre a temática. Concluimos analisando as ameaças dos interesses dos planos de saúde sobre o direito público à saúde.

Palavras-chave: planos e seguros privados de assistência à saúde; Poder Legislativo federal; financiamento privado de campanha.

Abstract: This article is part of the research findings whose central theme was health plans and the representation of interests in Brazilian legislative power. The main objective is to analyze the interests of private health care plans, their determinations and mediations within the scope of the Federal Legislative Branch in the period 2011-2016. In order to undertake this analysis, we are based on Marxian critical social theory and as methodological procedures we use bibliographical survey and qualitative analysis of legislative proposals authored by Federal Deputies who received private campaign funding from private healthcare companies in elections of 2010 and 2014, and whose proposal theme was linked to the types of corporate collective plans. We also conduct research on secondary data on the subject. We conclude by analyzing the threats of the interests of the health plans on the public right to health.

Keywords: Private health insurance plans and insurance; federal legislative power; private campaign funding.

Resumen: El presente artículo consubstancia parte de los hallazgos de investigación cuya temática central fueron los Planes de Salud y la representación de intereses en el Poder Legislativo brasileño. El principal objetivo es analizar los intereses de los planes privados de asistencia a la salud, sus determinaciones y mediaciones en el ámbito del Poder Legislativo Federal, en el período 2011-2016. Para emprender este análisis, nos basamos en la teoría social crítica marxiana y como procedimientos metodológicos utilizamos la recopilación bibliográfica y el análisis cualitativo de “Proposições Legislativas” de autoría de los Diputados Federales que recibieron financiamiento privado en campaña política, proveniente de las empresas de planes privados de asistencia a la salud, en las elecciones de 2010 y 2014, y cuya temática de las Proposiciones se vincula a los tipos de planes colectivos empresariales; asimismo, realizamos investigación de datos secundarios sobre la misma temática. Concluimos analizando las amenazas de los intereses de los planes de salud sobre el derecho público a la salud.

Palabras clave: Planes y seguros privados de asistencia a la salud; el poder legislativo federal; financiación privada de campaña.

Introdução

Ao longo dos anos 2000, identificou-se um considerável aumento no número de contratações de planos privados de assistência à saúde, chegando em 2014, seu último período de crescimento, à marca de 50 milhões de beneficiários. Ao mesmo tempo, os elevados investimentos das empresas de planos privados de assistência à saúde nas campanhas eleitorais dos candidatos aos cargos parlamentares confluíam com uma constante situação de defesa a esse mercado no Poder Legislativo, perpassadas, por sua vez, em variadas proposições legislativas e ações dos parlamentares eleitos.

Essa estratégia de dominação ou de influência na conduta dos parlamentares foi utilizada fortemente pelas empresas de planos privados de assistência à saúde nas eleições de 2010 e 2014, evidenciando que há elos bastante estreitos desse setor empresarial com o Poder Legislativo (SCHEFFER; BAHIA, 2013; 2015) e que podem se expressar numa concessão de favores, vantagens, ou representação privilegiada dos interesses desse mercado da saúde privada, em detrimento da formulação de leis que garantam o direito à saúde pública.

O presente artigo, portanto, tem como principal objetivo analisar os interesses dos planos privados de assistência à saúde, suas determinações e mediações no âmbito do Poder Legislativo, no período de 2011 a 2016, particularmente no que se refere às necessidades de expansão desse mercado.

Para isso, além de nos fundamentarmos na teoria social crítica, empreendemos um processo de pesquisa de natureza qualitativa em que realizamos a reconstrução teórico-metodológica do objeto de estudo, pesquisa de dados secundários sobre a temática – principalmente sobre dados publicizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e pesquisas já publicadas – levantamento e análise de Projetos de Lei (PLs) e Propostas de Emenda à Constituição (PECs) de autoria dos deputados federais que receberam financiamento de campanha dos planos privados de assistência à saúde, nas eleições de 2010 e 2014. Os documentos analisados, durante a pesquisa, foram apresentados à Câmara dos Deputados durante os

anos de 2011 a 2016, visto que a legislatura 2014-2018 ainda estava em seu segundo ano de vigor.

Os PLs e PECs foram extraídos do sítio eletrônico da Câmara dos Deputados a partir de uma busca pelas palavras-chave “saúde” e “assistência médica”. Após a leitura dos documentos, foram selecionados apenas os que tratam especificamente dos planos privados de assistência à saúde e que estão vinculados aos planos coletivos empresariais, tipo de contratação que mais cresceu no setor suplementar de saúde em termos de quantidade de usuários.

A partir desses critérios, o universo da pesquisa corresponde a dois PLs e uma PEC, em que se buscou analisar a natureza dos interesses de classe representados, com base no método materialista histórico e dialético. Seguiu-se uma rota de aproximação a partir, inicialmente, da seguinte questão: em que medida os interesses analisados atendem às demandas particularistas das frações de classe burguesas representadas pelos planos privados de assistência à saúde?

A apresentação do conjunto da nossa análise está estruturada em quatro partes, em que discutimos inicialmente os interesses burgueses e seus traços na política de saúde; logo após, apresentamos algumas características do mercado de planos privados de assistência à saúde; e, na terceira parte, analisamos o que chamamos de demandas particularistas desse mercado privado no Poder Legislativo federal brasileiro. Por fim, realizamos as análises conclusivas considerando as consequências restritivas ao direito à saúde.

Os interesses burgueses na saúde

A valorização do mercado de planos privados de assistência à saúde contou com o aparato do Estado brasileiro desde o seu surgimento, sendo esse processo intensificado com a *contrarreforma* do Estado na década de 1990, mesmo após o recém-criado direito universal à saúde, estabelecido pela Constituição Federal de 1988.

Para compreender a presença constante dos interesses privados do grande capital na área da saúde, faz-se imprescindível a categoria ontológica marxiana de classe social. Marx (2008) identificou que

o verdadeiro sujeito da história seriam as classes sociais, tendo os indivíduos interesses comuns quando são membros de uma mesma classe. E mais, além de representar os interesses da classe dominante (a classe burguesa), o Estado seria também o instrumento que materializa e organiza esses interesses comuns da burguesia, sem, necessariamente, representar os interesses de cada um dos burgueses, mas excluindo todos os demais não pertencentes a essa classe, através do uso da força. (MARX, 2008).

No entanto, com o desenvolvimento e amadurecimento do capitalismo, Gramsci desvela a sociedade civil como um momento do próprio Estado (sociedade política), correspondendo à sua ampliação para além do uso da coerção e atuando na esfera onde as classes se organizam para defender seus interesses e colocam em disputa projetos societários antagônicos (MARA, 2016). Diante do surgimento da sociedade civil, também pode-se perceber a forma corporativa de representação de interesses, em que os interesses representados passam a ser de corporações particulares, entendidas como várias pequenas elites representativas de múltiplos interesses que concorrem entre si. (COUTINHO, 1995).

Nessa perspectiva, são os aparelhos privados – instituições pertencentes às elites econômicas e políticas –, que ajudam a construir o consenso através da hegemonia que exercem no seio da sociedade civil. Essas instituições cumprem o papel de perpetuação da forma social dominante pela redução da contradição, em diferenças passíveis de normalização e repressão, e das classes aos indivíduos. (DIAS, 2006).

No Brasil, a contrarreforma do Estado iniciou-se com a abertura comercial impulsionada pelo ex-presidente Collor, que venceu as eleições presidenciais do país em 1989, tendo continuidade com a chegada de Fernando Henrique Cardoso (FHC) à Presidência, que reunificou os interesses burgueses internos com as exigências da dominação imperialista no continente, em torno do Plano Real. (MARA, 2016).

Nos governos FHC, o debate sobre a regulamentação dos planos privados de assistência à saúde crescia alinhado com o debate

nacional de maior regulação dos mercados, e em meio às reformas institucionais que visavam a modernização da estrutura regulatória do Estado, consubstanciadas no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PRDE), elaborado em 1995, pelo Ministério de Administração e Reforma do Estado (Mare). “O plano previa a criação de agências reguladoras para os setores responsáveis pelo provimento dos serviços públicos e impulsionou [...] a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), através da Lei nº 9.961, de 20 de janeiro de 2000”. (MENICUCCI, 2003, p. 273).

De modo geral, pode-se afirmar que todos os governos, desde Collor de Mello, passando por Fernando Henrique Cardoso (FHC), Lula da Silva e Dilma Rousseff, estimularam o mercado privado da saúde e, em particular, a expansão dos planos privados de assistência à saúde. Principalmente a partir de FHC, esse estímulo se deu via parceria público-privada no âmbito da gestão dos serviços; pelas contínuas isenções fiscais do setor – o montante de isenções referente aos planos de saúde alcançou 6,1 bilhões, em 2003, e R\$ 12,5 bilhões, em 2015 (OCKÉ-REIS, 2018) –; bem como pelo subfinanciamento crônico da política de saúde brasileira.

Sem dúvida que o subfinanciamento da política de saúde e sua consequente focalização e precarização constituiu-se estratégia fundamental para a expansão do mercado privado da saúde. Mesmo no auge do novo desenvolvimentismo,³ nos governos dos presidentes Lula da Silva e Dilma Rousseff, com expansão do PIB e expansão em termos absolutos do orçamento da saúde, o subfinanciamento persistiu:

[...] o gasto público *per capita* do Brasil, em 2011, corrigido pela Paridade do Poder de Compra (PPP3), foi de 476,65 dólares, contra 3.182,08 do Canadá, 2.238,18 da Espanha, 3.133,96 da França, 2.747,29 do Reino Unido. O Brasil possui, ainda, um gasto

3 A crise do neoliberalismo, no final dos anos 1990, abriu caminho para governos progressistas na América Latina. No Brasil, as mudanças no cenário político e econômico tiveram início a partir do governo Lula da Silva, através do chamado projeto neodesenvolvimentista, indicando para o capitalismo brasileiro o desafio de crescimento interno por meio do setor produtivo – mais especificamente, dos setores da agroindústria, recursos naturais e indústria de transformação no segmento de baixa densidade tecnológica –, em um contexto mundial capitalista de acumulação financeira. (BOITO JR., 2012).

per capita, quando utilizada a correção pela PPP, menor que o da Argentina, do Chile e do Uruguai. (SOARES; SANTOS, 2014, p. 18).

Ainda segundo Soares & Santos (2014), a média de investimento público dos governos FHC, Lula da Silva e Dilma Rousseff foi de 1,7% do PIB. A expansão limitada ou restrita do Sistema Único de Saúde (SUS) (SOARES, 2010) está articulada, por sua vez, à contínua expansão do mercado de planos de saúde. De fato, em dezembro de 2000, no governo FHC, havia 30.966.522 beneficiários de planos de saúde e, em 2014, na gestão Dilma, mais de 50,3 milhões.

Contudo, com a crise econômica que se expressa de forma mais grave a partir de 2015, as necessidades do grande capital sobre o fundo público brasileiro se ampliaram. Esse cenário, desenrolado em meio à crise do projeto neodesenvolvimentista, marcada pelas buscas da burguesia pelo aumento das taxas de lucro e pela redução dos custos com os trabalhadores – flexibilização dos direitos trabalhistas e redução das políticas sociais –, foi agravado pelo *impeachment* da presidente Dilma Rousseff, em 2016. Não mais interessada no projeto neodesenvolvimentista, a ofensiva restauradora do grande capital internacional e da fração da burguesia brasileira a ele associada, encontrou, então, caminho livre para avançar, dando início ao Golpe de Estado (midiático-jurídico-parlamentar), que levou à Presidência do Brasil o vice-presidente Michel Temer.

Nesse cenário político-econômico é estabelecido novo regime fiscal, que prevê o congelamento dos gastos públicos sociais, através da EC 95/2016, ameaçando o conjunto das políticas sociais. Na saúde, as mudanças no regime fiscal implicam a perda acumulada de, aproximadamente, R\$ 654 bilhões, nos 20 anos de vigência da EC, além da desvinculação da despesa federal com saúde de percentuais progressivos da Receita Corrente Líquida (RCL) (conforme EC 86/2015) (COSEMS, 2016). Logo após tais medidas, o Ministério da Saúde encaminhou à ANS propostas de planos privados de assistência à saúde com coberturas restritas, elaboradas por mais de 20 instituições ligadas à saúde suplementar, como a Abramge, a Unimed e a CNseg, além de representantes da própria agência reguladora, a ANS.

A partir de então, a ofensiva das classes burguesas sobre o Estado e o conjunto de direitos sociais da classe trabalhadora, dentre estes o direito à saúde, configurou-se ainda maior, caracterizando, assim, uma nova fase da contrarreforma na política de saúde. Nessa nova fase, há uma defesa explícita da redução do tamanho do SUS e um alinhamento expressivo com o setor privado da saúde, em suas diversas frações e corporações, em especial com os planos de assistência à saúde.

Para desvelar o impacto dessas particularidades que se abriram no Brasil e engendraram um conjunto de características à política de saúde brasileira, no mercado de planos e seguros privados de saúde, faz-se necessário analisar mais detidamente as particularidades deste mercado, nos últimos anos.

Características do mercado de planos privados de assistência à saúde

Expressivo nos serviços de saúde do Brasil, em dezembro de 2016, o setor de planos privados de assistência à saúde contava com 48,5 milhões de vínculos de beneficiários⁴ (BRASIL, 2017a), o que corresponde a uma cobertura de, aproximadamente, 23,5% da população brasileira.

Grande parte dos contratos de planos privados de assistência à saúde é de tipo coletivo-empresarial firmado por pessoa jurídica – ofertado por empresas privadas aos seus funcionários – e são oriundos, principalmente, dos estados com maior renda e maior oferta de emprego formal e de serviços de saúde, situação encontrada na região Sudeste do país. Para Mário Scheffer, em entrevista concedida à revista *Radis*, associada a este perfil de contratos está a diminuição no número de beneficiários, observada a partir de 2015, em razão da crise econômica aprofundada em 2014, que atingiu o mercado formal de trabalho brasileiro. (DOMINGUEZ, 2017).

4 A contagem da Agência Nacional de Saúde (ANS) não inclui os usuários dos planos de assistência à saúde públicos, administrados pelos institutos de previdência estaduais, municipais e militares.

A oferta dos planos é feita através de operadoras autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que executam os serviços de acordo com o seu estatuto jurídico e se classificam nas modalidades: medicina de grupo, cooperativa médica, autogestão, seguradora especializada em saúde, administradora e filantrópica, sendo as quatro primeiras consideradas principais em número de beneficiários (BRASIL, 2016). As diferentes modalidades também se organizam em torno de grupos corporativos, como a União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas), a Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização (CNSeg), a Federação Nacional de Cooperativas Médicas (Fencom), a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) e a Unimed do Brasil – responsável pela manutenção dos interesses do maior sistema de cooperativas médicas do mundo.

Os grupos corporativos tiveram importante participação na formulação da legislação que regulamenta a saúde suplementar (Lei n. 9.656/98) (BAHIA, 1999). Mas, embora as corporações possuam um denominador comum no que se refere à busca por lucratividade pela exploração de serviços privados na saúde, elas nem sempre conformam um bloco homogêneo.

No que se refere à lucratividade das empresas, chama a atenção as receitas das seguradoras que somaram R\$ 36 bilhões, no ano de 2016, sendo a Bradesco a líder de faturamento. No mesmo período, as seguradoras de saúde chegaram a representar o maior montante de faturamento no mercado de seguros (SINDICATO, 2016), revelando-se como um importante alimento ao capital portador de juros.

De acordo com Scheffer e Bahia (2011), também são complexos os dispositivos acionados no âmbito do Poder Legislativo para proteger e favorecer a atuação de organizações e empresas privadas que atuam no setor de saúde no Brasil, e que influenciam na definição das políticas e nas legislações setoriais. Dentre eles, destacamos o investimento dos planos privados de assistência à saúde nas campanhas eleitorais, através do financiamento privado, realizado de maneira legal até às eleições de 2014, e que se configuram como centrais para o presente artigo.

Com o apoio financeiro dos planos de saúde, tomaram posse, em 2011, 38 deputados federais, sendo dez reeleitos que também haviam recebido apoio nas eleições de 2006. Também foram eleitos 26 deputados estaduais, 3 senadores, 4 governadores e a presidente da República Dilma Rousseff. (SCHEFFER; BAHIA, 2013).

Nas eleições de 2014, o volume de recursos doados foi quase 5 vezes maior do que o investido na campanha de 2010, repassados a 23 partidos e 131 candidatos. Os R\$ 54.902.441,22 doados foram provenientes de 40 empresas, algumas com doações acima de R\$ 5 milhões. (SCHEFFER; BAHIA, 2015).

Compreendemos, portanto, que o cenário de crescimento do mercado de planos privados de assistência à saúde, ao longo dos anos 2000, bem como a sua retração com o aprofundamento da crise e aumento do desemprego, em 2014, também contribuiu para a configuração de um mosaico de interesses desse segmento da saúde privada, no âmbito do Poder Legislativo (BAPTISTA, 2012). Assim, que potenciais demandas particularistas dos planos privados de assistência à saúde, os parlamentares eleitos com o financiamento privado de campanha das empresas do setor, transformaram em proposições legislativas, particularmente no que se refere à expansão desse mercado?

As demandas particularistas dos planos privados de assistência à saúde no Poder Legislativo

Para a pesquisa, foram selecionados Projetos de Lei (PLs) e Propostas de Emenda à Constituição (ECs) de autoria de deputados federais que receberam financiamento de campanha dos planos privados de assistência à saúde e foram eleitos nas eleições de 2010 e 2014. As proposições analisadas tratam especificamente dos planos privados de assistência à saúde que estão vinculadas aos tipos de planos coletivos empresariais, visto que este é o tipo de contratação predominante no setor.

Diante disso, o universo da pesquisa corresponde a três proposições, sendo 2 PLs e 1 PEC, conforme o quadro a seguir:

Quadro 1 – Proposições legislativas que tratam das contratações coletivas empresariais dos planos privados de assistência à saúde

Proposições legislativas		
Proposição/ Ano	Autoria	Conteúdo
PEC 451/2014	Deputado Eduardo Cunha	Inclui como garantia fundamental, plano de assistência à saúde, oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, na utilização dos serviços de assistência médica.
PL 4.043/2015	Deputado Marcelo Belinati	Dispõe sobre os planos e seguros de assistência à saúde, no que diz respeito ao direito de aposentados, nas mesmas condições de quando estavam empregados.
PL 5.532/2016	Deputado Mendes Thame	Estabelece que os empregados demitidos sem justa causa e os aposentados que se desligam da empresa podem continuar usufruindo do plano de saúde, desde que assumam o pagamento integral do valor total pago anteriormente pela empresa.

Fonte: Elaboração própria, 2017.

Nota: Quadro construído com base nos dados da Câmara dos Deputados.

Em uma análise inicial, foi possível encontrar nos três documentos, argumentos que sugerem alterações na Constituição Federal Brasileira de 1988 (CF-88) ou na Lei nº 9.656/98, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, tomando como justificativa a defesa do direito à saúde dos trabalhadores.

A Constituição Federal é uma expressão concreta do embate hegemônico entre as classes antagônicas. Constitui-se como um pacto social utilizado no cotidiano para conformar as perspectivas classistas, e que se caracteriza como uma forma de regulação dos conflitos de classe, tanto na sua utilização pelos subalternos na tentativa de limitação do abuso dos dominantes, como também podem funcionar como uma arma poderosa de conservação e limite às transformações sociais (DIAS, 2006). É, nesse contexto, que a inclusão do artigo 196, que institui o direito público e universal à saúde, representa, no terreno da luta política, uma limitação da capacidade de dominação das classes burguesas.

Mas, é também, nesse cenário, que se situa a participação dos intelectuais formados pelos saberes das classes dirigentes e que, normal-

mente, “se apresentam como desenraizados, autônomos em relação às classes, como força social separada”, mas atuam produzindo e reproduzindo as necessidades e soluções capitalistas. (DIAS, 2006).

Assim são tecidas as críticas ao artigo 196 da CF-88, realizadas pelo ex-deputado federal Eduardo Cunha, através da PEC 451/2014:

O caráter programático da regra inscrita no art. 196 da CF/88 – que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado brasileiro, não pode converter-se em promessa constitucional inconsequente, sob pena de o poder público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever, por um gesto irresponsável de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei fundamental do Estado. (BRASIL, 2014, p. 02).

O autor, então, sugere que o art. 7º da Constituição, que estabelece direitos aos trabalhadores urbanos e rurais, passe a vigorar acrescido do inciso XXXV: “plano de assistência à saúde, oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, na utilização dos serviços de assistência médica”. (BRASIL, 2014).

Nota-se, na proposta, uma tentativa de impulsionar o crescimento do setor de planos privados de assistência à saúde, por meio do reforço aos contratos coletivos empresariais, ao tempo em que representa também um retorno à lógica do sistema de saúde anterior à reforma sanitária, em que o acesso à assistência dos trabalhadores estava, em geral, condicionado ao emprego formal. Assim, realiza-se uma inversão do princípio universal do direito à saúde, com potencial de aprofundar as persistentes desigualdades sociais entre os trabalhadores, e ainda traduzir aos setores privados o papel de assegurado da assistência à saúde de milhões de brasileiros.

Segundo Scheffer e Bahia (2015), Eduardo Cunha recebeu da empresa Bradesco Saúde um valor de R\$ 250 mil, destinados ao financiamento da campanha eleitoral de 2014. A Bradesco Saúde é uma empresa do grupo Bradesco Seguros e atua no mercado privado

da saúde desde 1984, com um público majoritariamente vinculado aos contratos coletivos.

De fato, o referido autor da propositura caracteriza-se como um intelectual orgânico das classes dominantes, que possui, nos termos de Dias (2006), clareza da correlação de forças na sociedade e de como transformar a subjetividade das classes, partidos, sindicatos e grupos, em realidade. Ou seja, de como se apropriar, ainda que parcialmente, das demandas dos trabalhadores para favorecer as demandas particulares das empresas privadas de saúde.

No que se refere ao PL 4.043/2015, do deputado federal Marcelo Belinati, e o PL 5.532/2016, do deputado federal Mendes Thame, são observadas propostas de alterações nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, visando à garantia da continuidade da cobertura dos planos privados de assistência à saúde aos trabalhadores demitidos sem justa causa, exonerados e aposentados, desde que assumam o pagamento integral do valor pago anteriormente pela empresa, quando empregados.

É possível afirmar que a defesa dos parlamentares pela manutenção do vínculo desse grupo de trabalhadores aos planos privados de assistência à saúde também está de acordo com as reivindicações das entidades de representação sindical – consideradas neste trabalho como “reativas”, dada a conjuntura de perdas de direitos, nos termos de Pina, Castro e Andreazzi (2006). Nesse sentido, é exemplar o documento emitido em 2011, pelo Fórum das Centrais Sindicais em Saúde do Trabalhador, que se posicionou contra qualquer alteração da Lei nº 9.656/98, que prejudique os aposentados, demitidos e exonerados, subtraindo os direitos já garantidos. (CONTRAF, 2011).

Entretanto, não há, nessas propostas, sugestões de regulação desses contratos, uma vez que os planos coletivos empresariais não são atingidos pelas normas da Agência Nacional de Saúde (ANS), tampouco se referem às dificuldades dos usuários em arcar com os valores cobrados para acesso aos planos. Os PLs reforçam a responsabilidade dos trabalhadores em assumirem seus custos e de seus familiares com a assistência à saúde.

De acordo com Scheffer e Bahia (2013, 2015), os deputados Mendes Thame e Marcelo Belinati receberam financiamento privado de campanha da Federação das Unimeds do Estado de São Paulo (Fesp), no valor de R\$ 50.000,00 e da Federação das Unimeds do Estado do Paraná, no valor de R\$ 15.000,00, respectivamente.

A orientação para o acesso aos serviços de saúde, através da dinâmica dos indivíduos no mercado formal de trabalho, põe em risco os processos e estruturas sociais que levaram à atual configuração do direito à saúde para a cidadania, transformando-os em direito à saúde pelo consumo (JURCA, 2013). De modo tendencial, é incorporada a defesa do acesso à saúde como uma mercadoria e a naturalização desse acesso através do mercado de planos privados de assistência à saúde, convertendo as responsabilidades do âmbito estatal e os problemas sistêmicos da política de saúde em responsabilidades individuais do “cidadão-consumidor”. (MOTA, 1995).

Nesse cenário, a racionalidade do mercado de planos privados de assistência à saúde mostra-se bem mais complexa do que a superficialidade presente nas propostas legislativas analisadas, colocando em risco a universalidade e a gratuidade do SUS, através da estratificação dos usuários do sistema em beneficiários mútuos das redes privadas e pública de saúde – os cidadãos-consumidores – e de uma tendência à focalização da assistência governamental na população mais pobre e sem inserção no mercado formal de trabalho, além do fenômeno da “segunda porta” ou “fila dupla”⁵ do SUS. (TEIXEIRA; PATRÍCIO, 2011).

Vale salientar, entretanto, que a atuação do mercado de planos privados de assistência à saúde no Poder Legislativo encontra resistências populares – a exemplo das lutas empreendidas pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e pela Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS) –, e não se configura como um

5 Apesar do atendimento diferenciado aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde e particulares nas unidades do SUS e hospitais universitários ter sido proibido na Plenária Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde, percebe-se “Uma tendência a priorizar o atendimento privado em detrimento do paciente financiado pelo sistema público. E havendo duas filas é notório que uma anda mais rápido que a outra”. (TEIXEIRA; PATRÍCIO, 2011, p. 57).

processo de fácil adesão e de consenso no terreno da luta política entre os interesses das classes antagônicas.

Considerações finais

Os direitos sociais no Brasil, dentre eles o direito à saúde, estão inseridos numa dinâmica de disputa de interesses antagônicos das classes em luta pela hegemonia de seus projetos societários. Por meio de parlamentares da Câmara dos Deputados, as empresas de planos privados de assistência à saúde tiveram seus interesses transformados em proposições legislativas, que podem vir a se tornar Emendas Constitucionais e Leis Federais.

Nesse contexto, destacamos que os representantes políticos, intelectuais das classes burguesas, comumente se apresentam como desenraizados e autônomos em relação aos antagonismos de classes, mas atuam reproduzindo as necessidades e interesses capitalistas. Assim como as lutas da classe trabalhadora por melhorias nas condições de vida foram, em parte, assimiladas no processo de reciclagem da hegemonia burguesa brasileira (pelo consenso), transformando o atendimento parcial dos interesses das classes dominadas em estratégias de favorecimento às demandas da iniciativa privada burguesa.

De modo tendencial, põe-se em risco a garantia universal do direito à saúde quando a orientação estatal para o seu acesso passa a se vincular à dinâmica dos indivíduos inseridos no trabalho formal, a quem é resguardado o direito de usufruto da saúde através do mercado de planos privados de saúde. Nesse caso, a utilização e a qualidade dos serviços ficam limitadas pelos contratos e atreladas à capacidade de pagamento dos cidadãos-consumidores, na contramão do atendimento às necessidades de saúde em sua totalidade.

Na outra ponta, resta a focalização da assistência pública na parcela de trabalhadores desempregados ou que estão em ocupações sem carteira assinada, atualmente contabilizados em mais de 13 e 32 milhões, respectivamente (IBGE, 2019a, 2019b), e nos “clientes” que não interessam ao mercado, como pacientes com doenças crônicas que requerem tratamentos de alto custo.

Observa-se também o fortalecimento de uma retórica antiSUS, apoiada em uma política de Estado de contenção de gastos e que tem por finalidade a isenção da responsabilidade estatal na materialização da política de saúde, de maneira que esta tem sido conduzida pelos caminhos da lucratividade em favor da iniciativa privada. Por fim, há uma apropriação do direito à saúde de forma a refuncionalizá-lo segundo a lógica do mercado, numa concepção de acesso via consumo. Assim, reforça-se a negação do direito público universal através da afirmação do direito ao consumo.

Artigo submetido em 30/06/2019

Aceito para publicação em 06/11/2019

Referências

AGÊNCIA BRASIL. **Moro condena Cunha a 15 anos de prisão por corrupção, lavagem e evasão de divisa**. 2017. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/politica/noticia/2017-03/moro-condena-eduardo-cunha-15-anos-de-prisao-por-lavagem-de-dinheiro>>. Acesso em: 02/07/2017.

BAHIA, L. **Padrões e mudanças das relações público-privado: os planos e seguros saúde no Brasil**. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

BAPTISTA, T. W. de F.; GOMES, M. M. G.; NOGUEIRA, C. de O. O Legislativo e a saúde: o debate no período do governo Lula. In: MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. de F.; LIMA, L. D. (Orgs.). **Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

BOITO, JR. Governos Lula: a nova burguesia nacional no poder. In: GALVÃO, A.; BOITO JR, A. (Orgs.). **Política e classes sociais no Brasil dos anos 2000**. São Paulo: Alameda, 2012.

BRASIL. PEC nº 451, de 22 de dezembro de 2014. **Insera inciso XXXV e altera o parágrafo único do art. 7º da Constituição Federal**. Brasília: Câmara dos Deputados Federais, 2014.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos** [online]. Ano 10, n. 3, set. 2016. Rio de Janeiro: ANS.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos** [online]. Ano 11, n. 4, dez./2017a. Rio de Janeiro: ANS.

CONTRAF. Confederação Nacional dos Trabalhadores do Ramo Financeiro. **Audiência pública no Senado discute resolução normativa da ANS nesta terça.** 2011. Disponível em: <<http://www.contrafcut.org.br/noticias/audiencia-publica-no-senado-discute-resolucao-normativa-da-ans-nesta-terca-3764>>. Acesso em: 13/05/2017.

COSEMS-CE. Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Ceará. **Estudo prevê que o SUS perderá 654 bilhões caso a PEC 241 seja aprovada.** 2016. Disponível em: <<http://www.cosemsce.org.br/v2/estudo-preve-que-o-sus-perdara-654-bilhoes-caso-a-pec-241-seja-aprovada>>. Acesso em: 20/07/2017.

COUTINHO, C. N. Representação de interesses: formulação de políticas e hegemonia. In: TEIXEIRA, S. F. et al. (Orgs.) **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria.** 3. ed. São Paulo: Cortez, p. 47-60, 1995.

DIAS, E. F. **Política brasileira: embate de projetos hegemônicos.** São Paulo: Instituto José Luís e Rosa Sundermann, 2006.

DOMINGUES, B. Planos Populares: o barato que sai caro. **Radis Comunicação e Saúde, n.** 175, p. 16-21, abr./2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Notícias. **PNAD Contínua: taxa de desocupação é de 12,7% e taxa de subutilização é de 25,0% no trimestre encerrado em março de 2019.** 2019a. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/24284-pnad-continua-taxa-de-desocupacao-e-de-12-7-e-taxa-de-subutilizacao-e-de-25-0-no-trimestre-encerrado-em-marco-de-2019>>. Acesso em: 12/06/2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Notícias. **Desocupação cai para 12,3% no ano com recorde de pessoas na informalidade.** (2019b). Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/23652-desocupacao-cai-para-12-3-no-ano-com-recorde-de-pessoas-na-informalidade>>. Acesso em: 12/06/2019.

JURCA, R. de L. **A construção do direito à saúde segundo a perspectiva da individualização.** Dissertação de mestrado. São Paulo: USP, 2013.

MARA, E. Pacto social e hegemonia burguesa: a reforma do neoliberalismo na era Lula. Tese de doutorado. Recife: UFPE, 2016.

MARX, Karl. **Contribuição à crítica da economia política.** São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória.** 2003. Tese de doutorado. Belo Horizonte: UFMG, 2003.

MOTA, A. E. **Cultura da crise e seguridade social.** Um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. São Paulo: Cortez, 1995.

OCKÉ-REIS, C. O. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 23(6), p. 2035-2042, 2018.

PINA, J. A.; CASTRO, H. A.; ANDREAZZI, M. F. Sindicalismo, SUS e planos de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 11, n. 3, p. 837-846, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30998>>. Acesso em: 02/05/2017.

SCHEFFER, M.; BAHIA, L. Representação política e interesses particulares na saúde: o caso do financiamento de campanhas eleitorais pelas empresas de planos de saúde privados no Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação** [online], v. 15, n. 38, p. 947-956, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000300030&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20/06/2016.

SCHEFFER, M.; BAHIA, L.. O financiamento de campanhas pelos planos e seguros de saúde nas eleições de 2010. **Saúde em Debate** [online], v. 37, n. 96, p. 96-103, jan.-mar./2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000100011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20/06/2016.

SCHEFFER, M.; BAHIA, L.. **Representação política e interesses particulares na saúde: a participação de empresas de planos de saúde no financiamento de campanhas eleitorais em 2014**. Relatório de Pesquisa 2015.

SINCOR-SP. Sindicato dos Corretores de Seguros no Estado de São Paulo. **Ranking das seguradoras 2016**. Disponível em: <<https://www.sincor.org.br/saude-passa-a-ser-principal-ramo-de-seguros-segundo-ranking-das-seguradoras/>>. Acesso em: 27/07/2017.

SOARES, A.; SANTOS, N. R. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. **Saúde em Debate** [online], v. 38, n. 100, p. 18-25, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000100018&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 06/06/2017.

SOARES, R. C. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social**. Tese de doutorado. Recife: UFPE, 2010.

TEIXEIRA, M. F.; PATRÍCIO, R. G. O fenômeno da “fila dupla” ou “segunda porta” no Sistema Único de Saúde e a inobservância ao princípio da impessoalidade: um exercício de aproximação de conceitos. **Revista de Direito Sanitário** [online], v. 11, n. 3, p. 50-62, 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13222/15036>>. Acesso em: 02/07/2017.

SER Social

ESTADO, DEMOCRACIA E SAÚDE

Brasília, v. 22, n. 46, janeiro a junho de 2020

Saúde mental e intersectorialidade: reflexões a partir de demandas aos assistentes sociais

**Mental health and intersectoriality: reflections from demands to
social workers / Salud mental e intersectorialidad: reflexiones a
partir de demandas a los trabajadores sociales**

Sofia Laurentino Barbosa Pereira¹

Resumo: Examinou-se a importância da intersectorialidade na Política de Saúde Mental, a partir das demandas de natureza intersectorial postas pelas pessoas com transtornos mentais aos assistentes sociais que atuam na Rede de Atenção Psicossocial de Teresina, capital do Piauí. É um estudo de abordagem qualitativa, que privilegiou como cenários da pesquisa de campo seis serviços de saúde mental, tendo como sujeitos oito assistentes sociais. A coleta de dados ocorreu no primeiro semestre de 2018, através da realização de entrevistas semiestruturadas, levantamento documental nas instituições e observação com registro em diário de campo. Constatou-se

¹ Assistente social. Doutora em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Piauí, Professora Adjunta A do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Piauí. E-mail: sofialaurentino@ufpi.edu.br.

que as pessoas com transtornos mentais apresentam demandas concretas aos assistentes sociais, que envolvem a articulação entre diferentes setores, sobretudo relacionadas às suas precárias condições de vida, que afetam o processo saúde-doença. Assim, a realização de articulações intersetoriais são imprescindíveis para suprir as necessidades sociais que afetam a saúde mental da população, dentro e fora do sistema de saúde.

Palavras-chave: intersetorialidade; saúde mental; Rede de Atenção Psicossocial.

Abstract: The importance of intersectoriality in the Mental Health Policy, based on the inter-sectoral demands placed by people with mental disorders, on the social workers who work in the Network of Psychosocial Care of Teresina, capital of Piauí, was examined. It is a qualitative approach study, that privileged six mental health services of that network as scenarios of field research, which had eight social workers as subjects. Data collection took place in the first semester of 2018, through semi-structured interviews, documentary research in the institutions and observation with daily field record. It was found that people with mental disorders present concrete demands to social workers, which involve the articulation between different sectors, mainly related to their precarious living conditions, that affect the health-disease process. Therefore, intersectorial articulations are essential to meet the social needs that affect the mental health of the population, inside and outside the health system.

Keywords: intersectoriality; mental health; Psychosocial Attention Network.

Resumen: Se examinó la importancia de la intersectorialidad en la Política de Salud Mental, a partir de las demandas de naturaleza intersectoriales puestas por las personas con trastornos mentales a los asistentes sociales que actúan en la Red de Atención Psicossocial de Teresina, capital del Piauí. Es un estudio de abordaje cualitativo, que privilegió como escenarios de la investigación de campo 06 servicios de salud mental, teniendo como sujetos a los asistentes sociales. La recopilación de datos se realizó en la primera mitad de 2018, a través de entrevistas semiestructuradas, investigación documental en las instituciones y observación con registro de campo diario. Se constató que las personas con trastornos mentales presentan demandas concretas a los asistentes sociales, que involucran la articulación entre diferentes sectores, sobre todo relacionados con sus precarias condiciones de vida, que afectan el proceso salud-enfermedad. Así, la realización de articulaciones intersectoriales son imprescindibles para suplir las necesidades sociales que afectan la salud mental de la población, dentro y fuera del sistema de salud.

Palabras clave: intersectorialidad; salud mental; Red de Atención Psicosocial.

Introdução

A integração entre a Política de Saúde Mental e as demais políticas sociais é essencial para que haja o enfrentamento conjunto das problemáticas que permeiam as precárias condições de vida das pessoas com transtornos mentais e seus familiares, que afetam o processo saúde-doença desses sujeitos. Nesse sentido, a intersectorialidade está prevista, direta ou indiretamente, em legislações, portarias e documentos da Política de Saúde, assim como das demais políticas que compõem a Seguridade Social.

Este artigo, que apresenta resultados parciais da tese de doutorado da autora, tem como objetivo examinar a importância da intersectorialidade na Política de Saúde Mental, a partir das demandas de natureza intersectorial postas pelas pessoas com transtornos mentais e/ou seus familiares aos assistentes sociais que atuam nos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) de Teresina, capital do Estado do Piauí.

Trata-se de um estudo de abordagem eminentemente qualitativa, que visa entender a natureza de um fenômeno social e, para tal, necessita analisar situações cotidianas e realidades particulares, mediante os depoimentos dos sujeitos que vivenciam a realidade pesquisada.

A pesquisa de campo, realizada no primeiro semestre do ano de 2018, privilegiou seis dispositivos da Raps de Teresina, sendo esses: Centro de Atenção Psicossocial (Caps) do tipo II, Caps do tipo III, Serviço Residencial Terapêutico, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), Leitos de Atenção Psicossocial da Maternidade Evangelina Rosa e Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu.² Nessas instituições foram feitas entrevistas semiestruturadas com oito assistentes sociais.

2 A Portaria nº 3.088/11 não inclui o Hospital Psiquiátrico como integrante da Raps, porém adverte que ele pode ser acionado nas regiões em que os pontos de atenção da rede de saúde mental ainda não forem suficientes e/ou estiverem em processo de implantação, como é o caso da realidade teresinense/piauiense e, por esse motivo, foi selecionado para pesquisa de campo, ainda no desenvolvimento do projeto de pesquisa no início de 2017. Ao final do referido ano foi instituída a Portaria nº 3.588/2017, que apresentou uma

Evidencia-se a pertinência de um estudo que aborde o trabalho do assistente social na Política de Saúde Mental, ao se observar a crescente absorção desses profissionais nesse espaço sócio-ocupacional nos últimos anos, em razão, principalmente, da expansão dos serviços alternativos psicossociais no âmbito do SUS, criados com vistas a consolidar os princípios da Reforma Psiquiátrica na sociedade brasileira. Ademais, a literatura aponta que os assistentes sociais têm acumulado conhecimento e experiência na intersectorialidade, com potencial para contribuir para o enriquecimento do debate acerca dessa temática, principalmente no que tange às ações intersectoriais e estratégias de construção de redes sociais e institucionais de suporte às práticas moldadas pela intersectorialidade (COSTA, 2010; MACEDO, 2013; MIOTO; SCHUTZ, 2011). Todavia, mesmo diante dessa realidade, ainda são escassas as produções da categoria acerca dos temas da intersectorialidade e da saúde mental, em comparação a outros, fazendo-se necessário que o Serviço Social se aproprie deste debate, buscando contribuir para seu avanço tanto a partir de reflexões teórico-metodológicas quanto prático-interventivas.

Os participantes do estudo foram apresentados ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado de acordo com a Resolução 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, garantindo-lhes todas as medidas de proteção, sigilo e anonimato. Além disso, a pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, via Plataforma Brasil, com CAAE 88160218.9.0000.5214 e Parecer nº 2.640.840, respeitando os aspectos éticos e legais da pesquisa.

A coleta de dados também englobou a pesquisa bibliográfica, levantamento documental nas instituições e observação sistemática com registro em diário de campo, utilizando-se de múltiplas técnicas de pesquisa, que foram essenciais para uma compreensão mais abrangente do objeto de análise, possibilitando diversos olhares sobre ele, através de uma análise cruzada com base na estratégia de triangulação. A opção metodológica pela triangulação de

tendência de remanicomialização do cuidado em saúde mental, incluindo o Hospital Psiquiátrico na Raps, dentre outras controvérsias, o que ressignificou o caráter da instituição nesta investigação.

dados possibilitou vários ângulos de análise da realidade estudada, garantindo mais rigor, riqueza e complexidade aos resultados da pesquisa. (MINAYO et al., 2005).

Assim, as informações coletadas em campo (em decorrência das entrevistas e dos documentos institucionais) foram analisadas em conjunto com a observação (sistematizada no diário de campo) e à luz da literatura sobre o tema, buscando atender ao objetivo da pesquisa, tendo como base para análise e interpretação da realidade o método dialético de Marx (1989) – por meio do qual se buscou ir além da aparência fenomênica, imediata e empírica da realidade e das falas dos sujeitos, para apreender sua essência, sua dinâmica e suas contradições, numa busca pela reprodução ideal do movimento do real.

O debate da intersetorialidade na Política de Saúde Mental

A intersetorialidade passa a fazer parte da agenda pública brasileira a partir da Constituição Federal de 1988, com destaque ao seu art. 14, que aponta que as políticas que compõem o sistema de seguridade social devem ser entendidas como um conjunto integrado de ações destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, previdência e assistência social. Essa integração pressupõe a necessidade de articulação intersetorial entre essas políticas que compõem a seguridade, de forma a consolidar um sistema de proteção social amplo, centrado na ideia de cidadania.

Além de sua presença na seguridade social na Carta Magna, a intersetorialidade se torna a diretriz de várias políticas e programas sociais destinados a assegurar direitos, como educação, habitação, meio ambiente, trabalho e renda no país. Assim, a intersetorialidade aponta para uma visão integrada das problemáticas sociais, que devem ser enfrentadas coletivamente.

No campo da saúde, o debate sobre a intersetorialidade remonta à trajetória em torno da promoção de saúde, que apreende a determinação social do processo saúde/doença (MIOTO; SCHUTZ, 2011). Isto, pois, ao trazer uma concepção ampla de saúde, decorrente de fatores que vão além dos aspectos biológicos, a sua conquista extra-

pola a própria política de saúde, sendo necessária uma atuação inter-setorial ampla, dirigida ao enfrentamento dos condicionantes e determinantes dos níveis de saúde da população.

No Brasil, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a inter-setorialidade é incentivada por meio da criação de redes de atenção e cuidado à saúde, que tomam forma em portarias, legislações e decretos governamentais. Apesar da reconhecida necessidade de a política de saúde ser pautada em uma lógica inter-setorial, contudo, o fortalecimento do diálogo e o desenvolvimento de articulações entre a saúde e as diversas políticas sociais ainda aparece como um desafio para os trabalhadores e gestores, principalmente no cenário atual de intensificação das estratégias do neoliberalismo no país.

Especificamente na Política de Saúde Mental, a inter-setorialidade adquire importância com a busca pela superação do paradigma hospitalar/manicomial, modelo centralizador e excludente, que tinha como base o isolamento do sujeito em instituições psiquiátricas, que não se articulavam com outros serviços ou setores da sociedade. Com a Reforma Psiquiátrica, os serviços de saúde mental de base comunitária assumem um papel estratégico, assim como outros atores sociais também ganham espaço nesse processo de cuidado e busca pela reinserção social do “louco” na sociedade, como a família, a comunidade, os movimentos sociais, os grupos de apoio e demais recursos disponíveis nos territórios.

Dessa forma, a Reforma Psiquiátrica – aqui entendida como um processo social complexo (AMARANTE, 2013) – não pode ser executada restrita aos serviços de saúde, devendo a desinstitucionalização ultrapassar as fronteiras sanitárias, conforme assinalam Dimenstein e Liberato (2009), de forma a operar a construção de sociabilidade e cidadania para esses sujeitos nos espaços da cidade. Há problemas que ultrapassam o campo da saúde mental e do próprio SUS, o que implica na necessidade de pensar a “loucura” não apenas como uma questão para o campo da saúde, mas que também envolve desigualdade, opressão, intolerância, marginalização e exclusão.

Dito isso, reforça-se a importância de implementar a Política de Saúde Mental pautada em uma lógica inter-setorial, conforme é

reforçado no Relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2010), que coloca a intersetorialidade da atenção psicossocial como a principal estratégia de ordenação da rede, e só por meio dela será possível conquistar a integralidade de atenção ao sujeito que demanda as ações dessa política. Nessa concepção, o campo da saúde mental deve ser compreendido como transversal a várias políticas sociais, devendo estar sempre em diálogo com diversos atores sociais, sejam profissionais, usuários, familiares, dentre outros.

Nesses termos, foi instituída pelo Ministério da Saúde a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), através da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, visando criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS. A proposta da Raps aponta para a concepção de um cuidado em saúde mental múltiplo, o que requer várias articulações envolvendo os diferentes níveis de atenção à saúde, a fim de assegurar o suporte necessário ao indivíduo no seu território, devendo ser composta pelos pontos de atenção apresentados no quadro a seguir:

Quadro 1 – Componentes da Raps e pontos de atenção, segundo Portaria nº 3.088/11

Componentes da Raps (eixos)	Pontos de atenção (dispositivos)
I – Atenção Básica em Saúde	Unidades Básicas de Saúde (UBS), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), Consultório na Rua, Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório e Centros de Convivência e Cultura.
II – Atenção Psicossocial Especializada	Centros de Atenção Psicossocial (nas diferentes modalidades: I, II, III, AD, Infante-juvenil, AD III).
III – Atenção de Urgência e Emergência	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), Sala de Estabilização, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro.
IV – Atenção Residencial em caráter transitório	Unidades de Acolhimento e os Serviços de Atenção em Regime Residencial, nas quais se destacam as Comunidades Terapêuticas.

Componentes da Raps (eixos)	Pontos de atenção (dispositivos)
V – Atenção Hospitalar	Enfermarias especializadas em Hospital Geral e Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de <i>crack</i> , álcool e outras drogas.
VI – Estratégias de desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos e o Programa de Volta para Casa.
VII – Reabilitação Profissional	Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda e Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.

Fonte: Sistematização da autora com base na Portaria nº 3.088/11.

Destarte, a referida Portaria prevê uma série de pontos de atenção e dispositivos para atender à pessoa com transtorno mental grave ou persistente, e/ou dependente de álcool e outras drogas dentro de seu território integralmente, prevalecendo a lógica do cuidado comunitário, alinhando-se a perspectiva do fortalecimento e a materialização da Reforma Psiquiátrica.

É pertinente sublinhar que a Portaria nº 3.088/11 não inclui os Hospitais Psiquiátricos como parte da Rede de Atenção Psicossocial, o que não significa que não havia previsão de situações de internações de usuários na Política de Saúde Mental. Todavia, esta aparece como última alternativa, apenas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, conforme já estabelecido pelo art. 4º da Lei Federal nº 10.216/01.

Sobre isso, a referida Portaria propunha a criação de dispositivos estratégicos para atender ao usuário em situação de crise fora dos hospitais psiquiátricos, nos quais se destacam os Serviços Hospitalares de Referência em saúde mental e as enfermarias especializadas em Hospital Geral, que são serviços que devem ser geograficamente localizados no contexto da vida social, territorializados e de fácil acesso, com propostas de intervenções breves e acesso a recursos clínicos multidisciplinares, incluindo a possibilidade de integração com outras tecnologias hospitalares (BRASIL, 2015), o que revela uma busca por romper com a lógica manicomial. Todavia, o atendimento à crise em saúde mental e à internação ainda aparecem como “nós” problemáticos na Raps, devido, dentre outros aspectos,

ao insuficiente investimento público nos serviços para o seu atendimento – pois há uma quantidade insuficiente de leitos de saúde mental nos Hospitais Gerais, assim como os Caps III e outros dispositivos previstos na Portaria nº 3.088/11.

Tal panorama sinaliza que a Rede de Atenção Psicossocial ainda está em processo de implementação e aprimoramento no país, afinal a Portaria tem menos de dez anos de promulgação, necessitando de maior investimento do poder público em todos os seus pontos de atenção. Contudo, essas e outras problemáticas no âmbito da Raps vêm sendo utilizadas como justificativas pela gestão de saúde mental do Ministério da Saúde, sobretudo a partir de 2017, para defesa de uma “nova” Política de Saúde Mental que corrija as “falhas” e ineficiências na assistência à saúde mental que, no seu ponto de vista, vem apresentando resultados insatisfatórios.³

Sob esse discurso, diante de uma conjuntura política profundamente adversa, em 21 de dezembro de 2017, foi instituída a Portaria nº 3.588, que apresentou as novas diretrizes para a Política de Saúde Mental – o que aconteceu sem aprovação do Conselho Nacional de Saúde e das demais instâncias de participação social. Dentre as controvérsias da Portaria, destaca-se a inclusão dos hospitais psiquiátricos na Raps e o aumento do financiamento do valor da sua diária, concedendo reajuste acima de 60% – enquanto não há aumento do repasse para os Caps desde 2011, conforme Guimarães e Rosa (2019). Além disso, há um direcionamento de parte significativa do financiamento da Política de Saúde Mental para as Comunidades Terapêuticas,⁴ sinalizando a priorização de recursos públicos para instituições asilares.

3 Informação disponível em: *Folha de S. Paulo*. “SUS discute retomada do papel de hospitais psiquiátricos; medida é criticada”. 31 de agosto de 2017. Disponível em: <<http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,sus-discute-retomada-do-papel-de-hospitais-psiquiaticos-medida-e-criticada,70001959717>>. Acesso em: 16/09/2019.

4 No período entre 2016 e 2019, o governo federal ampliou o financiamento para mais 12 mil vagas em Comunidades Terapêuticas, que são majoritariamente geridas por instituições de cunho religioso e que não compartilham de evidências científicas, sejam elas biomédicas ou do campo da Reabilitação Psicossocial, para a construção de suas práticas. (DELGADO, 2019; LUSSEI et al., 2019).

Essa tendência remanicomializadora na gestão federal de saúde mental que toma forma no governo Temer, é acentuada no governo Bolsonaro, como é possível constatar na Nota Técnica nº 11/2019, que apresenta esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas entre 2017 e 2018. O documento apresenta, dentre outros pontos: a internação em hospitais psiquiátricos, considerados espaços privilegiados de cuidado, inclusive de crianças e adolescentes; a legitimação das Comunidades Terapêuticas como local estratégico no tratamento de pessoas em consumo de substâncias psicoativas, privilegiando a lógica da abstinência no lugar da abordagem de redução de danos e dos Caps AD; a previsão de financiamento público para aquisição de equipamentos de eletroconvulsoterapia, dentre outros. (BRASIL, 2019; GUIMARÃES; ROSA, 2019; DELGADO, 2019; LUSSI et al., 2019).

Ainda na referida Nota, o Ministério da Saúde destaca que “não considera mais serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza” (BRASIL, 2019, p. 3-4), o que representa uma mudança nos rumos que a Política de Saúde Mental vinha assumindo nas últimas décadas, voltada para o incentivo à redução/fechamento dos leitos em Hospitais Psiquiátricos e a sua gradativa substituição pelos Caps e demais dispositivos da Raps, privilegiando o cuidado comunitário, territorial e em liberdade. Após ser alvo de polêmicas e manifestações, o documento foi retirado oficialmente dos veículos de comunicação, pelo Ministério da Saúde.

Este cenário revela que a condução da Política de Saúde Mental brasileira é permeada pela disputa de interesses. Segundo Delgado (2019, p. 1), desde meados de 1980 “a reforma da atenção em saúde mental no Brasil apresentava uma linha relativamente firme e contínua de progresso”, passando a ser direcionada por um modelo de assistência pautado na Reforma Psiquiátrica em sua perspectiva anti-manicomial, com “prioridades orçamentárias que garantiram um investimento progressivo em serviços substitutivos e regressivo em relação às instituições asilares” (LUSSI et al., 2019, p. 2). Porém, a partir de 2016 e mais acentuadamente de 2017 em diante, há uma

mudança nos rumos desta política pública que, permeada pelo avanço das forças conservadoras no país, dentro e fora da saúde mental, instaura “um processo acelerado de desmonte dos avanços alcançados pela reforma psiquiátrica” (DELGADO, 2019, p. 1), apresentando uma clara tendência antirreformista e remanicomializadora.

Neste contexto, implementar a intersetorialidade na Política de Saúde Mental é um desafio, mas se apresenta como uma estratégia de busca pela garantia do cuidado integral em saúde mental em uma perspectiva comunitária, fortalecendo a Reforma Psiquiátrica anti-manicomial, conforme será discutido no próximo tópico a partir dos dados da pesquisa de campo.

As demandas postas por pessoas com transtornos mentais aos assistentes sociais da Raps de Teresina-PI

A Política de Saúde Mental brasileira prevê a oferta de cuidado integral e universal por meio da Rede de Atenção Psicossocial, no âmbito do SUS, o que significa que toda pessoa com transtorno mental, independentemente de classe, sexo, raça/etnia ou idade pode ser atendida nos diversos dispositivos que compõem a Raps. Apesar disso, há uma prevalência de usuários com baixa renda nos serviços públicos de saúde mental, como é possível constatar nos trechos a seguir:

Os nossos usuários são pessoas com escolaridade de fundamental incompleto, de baixa renda, grande parte beneficiária da Loas, tem o BPC. (SUJEITO 1).

São pessoas de nível de escolaridade baixa, alguns sabem só assinar o nome, outros nem isso. Em sua maioria eles são desempregados, não têm trabalho fixo, até por conta do tratamento e angariando sempre um benefício socioassistencial pra poder manter a família. (SUJEITO 2).

O nosso público é caracterizado pela baixa renda, é de pessoas com vulnerabilidade social. [...] São pessoas que, em geral, ganham um salário mínimo ou menos, com nível básico de instrução nível. Ensino médio aqui é coisa mesmo que a gente já fica espantado. (SUJEITO 4).

O nosso usuário é aquele de baixa renda, perfil socioeconômico mais baixo, com menor poder aquisitivo,

dependente de benefícios sociais, de bolsa família, BPC. [...] Geralmente são pessoas de baixa escolaridade também. (SUJEITO 5).

Os depoimentos revelam as expressões da questão social que permeiam os usuários desses serviços de saúde, tais como pobreza, baixa escolaridade, desemprego, dentre outros, que têm sua raiz nas desigualdades inerentes ao modelo capitalista. Isso revela que, na prática, a ideia da saúde enquanto direito universal não foi concretizada efetivamente, gerando o que Vianna (2011) denominou de universalidade excludente, na medida em que reduz o sistema público de saúde a um atendimento “pobre e para pobres”. Tal fato remete à visão imposta pelo ideário neoliberal, que gera uma dualidade discriminatória entre os que podem e os que não podem pagar pelos bens e serviços, levando também a uma diminuição da credibilidade dos serviços públicos, que ficam cada vez mais sucateados. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Ao se tratar dos dispositivos de saúde mental, esta questão é acentuada na medida em que as pessoas que buscam os serviços da Rede de Atenção Psicossocial sofrem com o transtorno mental aliado a uma série de expressões da questão social, como a pobreza, a baixa escolaridade, o desemprego ou o emprego precário, a ausência de moradia digna, a violência, o abandono familiar, dentre outros citados pelos depoentes. É justamente na questão social que o Serviço Social encontra o seu objeto de trabalho, pois, conforme Iamamoto (2015), é ela que provoca a necessidade de intervenção desse profissional em suas múltiplas determinações, tal como vivenciadas pelos indivíduos sociais em suas relações cotidianas.

Essas situações demandam uma atenção integral, para além da assistência à saúde mental, envolvendo as diversas políticas sociais, conforme se observa no trecho dos depoimentos a seguir:

Essas pessoas que chegam, a primeira demanda delas tem relação com o transtorno mental, mas elas apresentam outras demandas, como os serviços da Raps, demanda também para os serviços socioassistenciais, os Cras, os Creas, né. Os Cras no caso é passe livre,

é BPC. Então, assim, eles demandam também essas necessidades. (SUJEITO 5).

Eles trazem todo tipo de demanda, um passe livre que é uma demanda pra rede. Eles trazem a demanda de moradia, de habitação, eles vão trazer demanda de transporte, de alimentação, essas demandas mais sociais. (SUJEITO 2).

Os achados da pesquisa assinalam que os usuários que são atendidos pelos dispositivos da Raps chegam até o serviço em busca de assistência à saúde mental, mas que, aliadas a essa necessidade, emergem demandas relacionadas a outras necessidades sociais, decorrentes das expressões da questão social que permeiam a vida dessas pessoas e que demandam articulação com outros serviços, órgãos ou políticas sociais.

Essa realidade está em consonância com o conceito ampliado de saúde, defendido pela Reforma Sanitária brasileira, previsto na Constituição Federal e reafirmado na Lei Orgânica de Saúde, de nº 8.080/90, que assegura que a saúde tem como determinantes e condicionantes 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 (BRASIL, 1990). Isso implica que as precárias situações de vida da população e o aprofundamento das desigualdades sociais vão ter impactos no agravamento das condições de saúde – cuja solução extrapola as competências exclusivas da política de saúde vigente no Brasil, exigindo uma atuação intersetorial. (COSTA, 2010).

Nessa perspectiva, Machado (2009) defende que a pobreza, o desemprego, a violência e as demais expressões da questão social que assolam inúmeros brasileiros – e que têm, em suas raízes, o próprio sistema capitalista – são elementos que impactam no processo de adoecimento psíquico dos indivíduos. Por isso, a realização de articulações intersetoriais é imprescindível para suprir as necessidades sociais básicas que afetam direta ou indiretamente a saúde mental da população, dentro e fora do sistema de saúde.

Assim, foram observadas muitas demandas de natureza inter-setorial postas por pessoas com transtornos mentais aos assistentes sociais que atuam nos serviços de saúde mental, como apresentam os trechos a seguir:

Eles apresentam muitas demandas intersetoriais, para Creas, no que se refere a violação dos direitos. [...] Outra demanda muito recorrente, muito frequente é o passe livre municipal, que a gente faz encaminhamento pro Cras. E agora tá sendo muito procurado por eles também o passe livre cultura, tá sendo muito procurado. [...] A gente também tem essa articulação com a SDU, tem usuários que tem situação de bastante vulnerabilidade nessa questão de habitação. (SUJEITO 3).

A demanda intersetorial, a maior parte dela está relacionada com os benefícios, Passe Livre intermunicipal, interestadual, o BPC ou então algum benefício previdenciário que a gente precisa tá articulando com o INSS, e as questões de violência e negligência familiar também, que a gente precisa acionar o Ministério Público, ver com o Cras possibilidade de discussão de caso, acionar o Creas. (SUJEITO 1).

As demandas são as mais diversas, né. Porque vai desde uma orientação sobre BPC, orientação sobre o Bolsa Família e aí já entra a parte do Cras, que a gente também se envolve com isso, né. Também tem demanda de educação, a gente faz encaminhamento até pra escola, porque a mãe tem que se ausentar pra cuidar dos outros filhos porque tem aquele filho doente, tem aquele filho e foca só naquele filho e esquece os outros, as crianças vão pra rua, é abandono, como já aconteceu aqui. Então a gente já articulou o Creas, articulou o Cras pra situação daquela família, então são diversas, né. Mas diariamente é mais sobre benefício, sobre BPC, a maioria. (SUJEITO 6).

De modo geral, os depoimentos apontam que as demandas de natureza intersetorial postas por pessoas com transtornos mentais e/ou seus familiares aos assistentes sociais que atuam nos serviços da Raps perpassam diversas expressões da questão social, inerentes às condições básicas de sobrevivência desses sujeitos, relacionadas a questões de renda, transporte, trabalho, alimentação, habitação, educação, cultura, lazer e violência.

Para responder a essas demandas intersetoriais, faz-se necessária a articulação da Política de Saúde Mental com outras políticas sociais, setores e instituições. Nessa direção, os achados da pesquisa apontam que os setores que mais se articulam com os dispositivos da Raps são a assistência social, a previdência, a habitação, a educação, o sociojurídico e o trabalho. É necessário destacar que, muitas vezes, as demandas apresentadas são complexas e envolvem a articulação simultânea com diferentes setores, sendo necessário mobilizar várias políticas sociais e instituições até que tenham suas necessidades respondidas.

As demandas no campo da assistência social foram as mais destacadas nos depoimentos, que têm relação com a busca pelo acesso às necessidades sociais básicas desses indivíduos e suas famílias, também envolvendo situações de violação de direitos, que requerem respostas dos serviços do Sistema Único de Assistência Social (Suas).

Os achados da pesquisa evidenciam que muitas das demandas postas pelos usuários da Raps têm relação com as situações de vulnerabilidade e risco sociais vivenciadas por esses sujeitos, demandando a articulação e o encaminhamento ao Cras, sobretudo no que se refere a orientações e encaminhamentos para acesso a benefícios socioassistenciais, como Benefício de Prestação Continuada, Bolsa Família e Passe Livre. Isso revela as precárias condições de vida e sobrevivência em que se encontram as pessoas em transtornos mentais e seus familiares que são usuários do SUS e Suas, principalmente no que diz respeito à situação de pobreza e suas consequências.

Os benefícios socioassistenciais constituem garantias da proteção social na condição de direitos a serem assegurados pela Política de Assistência Social, para a preservação, segurança e respeito à dignidade de todos os cidadãos. Esses benefícios são essenciais, na medida em que a assistência social opera na proteção aos riscos e vulnerabilidades e sabe-se que grande parte da população brasileira vive em precárias condições de vida, o que significa que a oferta de provisões materiais – mas não apenas – resultam em graus crescentes de segurança social aos cidadãos diante de desproteções sociais vivenciadas. (BRASIL, 2013).

Dentre os benefícios socioassistenciais previstos na Loas está o Benefício de Prestação Continuada (BPC), que integra a Proteção Social Básica no âmbito do Suas, instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Loas, visando ao enfrentamento da pobreza, à garantia da proteção social, ao provimento de condições para atender contingências sociais e a universalização dos direitos sociais. (BRASIL, 2007).

Este benefício assegura a transferência mensal de um salário mínimo ao idoso com 65 anos ou mais e à pessoa com deficiência, de qualquer idade, com impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. Por impedimento de longo prazo, entende-se aqueles que incapacitam a pessoa com deficiência para a vida independente e para o trabalho pelo período mínimo de 2 anos. Ademais, a concessão do BPC está aliada à comprovação, tanto da pessoa com deficiência quanto do idoso, de não possuírem meios de garantir o próprio sustento, nem tê-lo provido por sua família. Nesse sentido, tem-se a condicionabilidade de renda mensal familiar per capita inferior a um quarto do salário-mínimo. (BRASIL, 1993; BRASIL, 2007).

A avaliação da pessoa com deficiência, que é uma exigência para determinar o direito ao benefício, deve levar em consideração o grau de incapacidade dos requerentes, a partir de uma análise biopsicossocial, que relaciona diferentes aspectos da saúde: biológico, individual e social. Isso é considerado um avanço, tendo em vista que, tradicionalmente, a concepção de deficiência era restrita à análise biomédica. (MACAMBIRA, 2016).

As normativas que tratam do BPC não fazem menção direta à pessoa com transtorno mental, referindo-se, no geral, à pessoa com deficiência mental ou intelectual e com impedimentos de longo prazo. A discussão a respeito de o transtorno mental ser ou não considerado uma deficiência mental ou intelectual, e, portanto, ter direito a receber este e outros benefícios voltados para a pessoa com deficiência, é frequente. Em torno desse debate existe a questão de que, inde-

pendente de ser ou não considerada deficiente, nem toda pessoa com transtorno mental tem impedimentos de longo prazo e, portanto, não se enquadra como público-alvo dessa legislação e de outras. Essa não especificação direta dá margem para uma leitura ambígua – e, muitas vezes, equivocada – da legislação, fazendo com que, muitas vezes, a pessoa com transtorno mental não tenha acesso ao benefício, uma vez que não atende às condicionalidades exigidas pela normativa.

Nessa direção, Macambira (2016) salienta que a exigência de que a deficiência/doença perdure por, no mínimo, dois anos, como um dos critérios para obtenção do benefício, tem impedido o acesso de muitos solicitantes, sobretudo de pessoas com transtornos mentais que, muitas vezes, têm uma estimativa para melhora da sua doença/deficiência em prazo inferior ao exigido para concessão do BPC, principalmente no que diz respeito à saída da situação de crise aguda. Contudo, a autora destaca:

A realidade tem mostrado que pessoas com transtorno mental e em uso de psicotrópicos, embora sejam consideradas estáveis psiquicamente e aptas para o trabalho após a realização de Avaliação Social e Perícia Médica, enfrentam dificuldade para participar de cursos de profissionalização e treinamento, bem como para obter acesso e/ou permanecer no mercado de trabalho e se integrar à sociedade, em função das limitações psicológicas, da própria insegurança emocional, do preconceito da sociedade e do estigma relacionado ao transtorno mental. (MACAMBIRA, 2016, p. 89).

Compreendendo isso, evidencia-se a necessidade de o poder público repensar os critérios e condicionalidades que permitam o acesso a esse e outros benefícios ao público com transtorno mental, tendo em vista as dificuldades enfrentadas por esse segmento populacional na inclusão e manutenção no mercado de trabalho. Esse debate vem ganhando visibilidade recentemente no Piauí e em Teresina, sobretudo com a luta de alguns setores pela inclusão da categoria de “deficientes psicossociais” como uma tipologia de deficiência, de forma que esse público possa ter acesso aos direitos já conquistados pelas pessoas com deficiência. Essas reivindicações levaram à apro-

vação da Lei nº 7.095/2018, que inclui as pessoas com transtornos mentais nas políticas públicas dirigidas às pessoas com deficiência do Estado do Piauí, conforme se verifica nos artigos a seguir:

Art. 1º Constitui dever do Poder Executivo estadual reconhecer, conscientizar e divulgar a condição de deficientes psicossociais das pessoas com transtornos mentais em todo o Piauí;

Art. 2º Fica o Poder Executivo autorizado a incluir pessoas com deficiência psicossocial em todas as ações da Secretaria Estadual para Inclusão da Deficiência (SEID), a fim de promover ações e políticas públicas que visem ampliar a inclusão desta parcela da população na sociedade;

Art.3º A inclusão da pessoa com deficiência psicossocial nas políticas do Estado deverá ter como objetivo prioritário a qualificação profissional, o incentivo à preparação para ingresso no mercado de trabalho e a criação de locais para o desenvolvimento do emprego apoiado. (PIAUI, 2018).

Resumindo: a referida legislação traz como foco a inclusão da pessoa com transtorno mental em políticas públicas e ações desenvolvidas pelo poder público estadual voltadas à pessoa com deficiência, tendo em vista que, até então, esse público não era oficialmente compreendido como deficiente e isso levava à sua exclusão de muitas ações já desenvolvidas pelo Estado.

Segundo pesquisa realizada por Maranhão (2018), o Piauí tem um atraso nas discussões em relação às possibilidades efetivas de inserção da pessoa com deficiência psicossocial na sociedade, o que leva a exclusão e discriminação desse público nas ações do Estado, sobretudo nas atividades de promoção e inserção no mercado de trabalho. Por isso, o reconhecimento dos direitos da pessoa com deficiência psicossocial, no âmbito do Piauí, aparece como um avanço para o processo de protagonismo e empoderamento desses indivíduos e também como um fator importante para promover a articulação entre a Política de Saúde Mental e as políticas de trabalho, educação e renda.

Em que pesem os avanços legais, os achados da pesquisa evidenciam que o estigma e o preconceito em torno das pessoas com trans-

tornos mentais se apresentam como fatores que dificultam inserção no mercado de trabalho, como é possível observar no trecho a seguir:

Ainda existe a manutenção do estigma, do preconceito e da discriminação da pessoa que vive com transtorno mental. Vamos pra área do trabalho, por exemplo. No Sine, nós já fomos lá algumas vezes, a assistente social disse pra mim que recebe as pessoas que eu levo com transtorno mental, só que as empresas dizem pra ela: “oh, não manda deficiente mental não!” Isso é a intersectorialidade com o setor trabalho. Resumindo: os três comportamentos que é o estigma, o preconceito e a discriminação, isso é um grande desafio. (SUJEITO 7).

O depoimento reitera as dificuldades de inserção do segmento com transtorno mental no mercado de trabalho. A participante do estudo expõe sobre o Sistema Nacional de Emprego (Sine), que é coordenado, em nível nacional, pela Secretaria de Políticas de Empregos e Salários, tendo como meta a organização do mercado de trabalho em todos os estados. No Piauí, esse programa é administrado pela Secretaria do Trabalho e Empreendedorismo (Setre) e realiza alguns serviços, como: informações e orientação sobre o mercado de trabalho, intermediação de mão de obra, seguro-desemprego, qualificação de mão de obra, apoio ao trabalho autônomo e expedição de Carteira de Trabalho e Previdência Social. Além disso, o Sine realiza um atendimento diferenciado aos trabalhadores com algum tipo de deficiência e as demandas dos órgãos empregadores, possuindo um banco de trabalhadores inscritos contendo todas as tipologias de deficiência. (MARANHÃO, 2018).

O Sine realiza o cadastro de pessoas com transtorno mental com objetivo de inserção no mercado de trabalho. No entanto, os próprios órgãos empregadores têm resistência em incluir esse público nas vagas de trabalho ofertadas, devido à questão do estigma e preconceito que ainda prevalece em torno do “louco” e da “loucura”. O fato de as pessoas com transtornos mentais terem dificuldade de se inserirem e se manterem no mercado de trabalho – seja em decorrência das incapacidades e sequelas da própria doença mental, seja devido

ao estigma e ao preconceito que permeiam a condição de “louco” – gera uma espiral de pobreza em torno desses sujeitos e suas famílias.

Na sociedade capitalista, a reprodução da própria vida tem como única alternativa a venda da força de trabalho e o salário como meio de acesso aos bens e serviços necessários à subsistência, através do mercado. Com o crescimento do desemprego e a impossibilidade de o Estado capitalista garantir o direito ao trabalho, ocorre a ampliação do campo de ação da assistência social que, cada vez mais, passa a ter como clientela os pobres, os miseráveis, os inaptos para produzir e os desempregados (MOTA, 2010). Isso faz com que, cada vez mais, a PAS seja demandada a atender aqueles que aparentemente “não existem para o capital”: o trabalhador parado, o que não possui vínculo formal, o desempregado, o indigente, os que não têm mais espaço no mercado de trabalho. (SPOSATI, 1995).

Isso explica a crescente demanda de pessoas com transtornos mentais – que têm constatada dificuldade de se inserir no mercado de trabalho – à PAS, principalmente no que se refere à busca pelo acesso a benefícios socioassistenciais, como foi verificado na realidade investigada. Também demonstra que muitas dessas questões postas para a assistência social não podem ser efetivamente respondidas por ela, pois são consequência do próprio sistema capitalista.

Esse aspecto foi constatado em um dos Caps investigados, em que foi realizado um levantamento do perfil socioeconômico dos usuários ativos no ano de 2017, verificando-se que, dos 473 usuários, apenas nove tinham emprego com carteira assinada, o que corresponde a 2% do total. Isso tem consequências na renda familiar desses indivíduos e de suas famílias, sobretudo no que se refere ao empobrecimento desses sujeitos, o que também foi analisado na referida instituição, de forma que cerca de 28% das pessoas que faziam tratamento em 2017 viviam com até um salário mínimo, enquanto 26% tinham renda entre um e dois salários, além de 9% desse público afirmar não ter renda para sobreviver. Nesse mesmo cenário, apenas 36% dos usuários recebiam algum tipo de benefício, seja BPC, Bolsa Família ou outro, o que é inquietante ao se constatar o expressivo índice de pobreza e desemprego desses sujeitos.

Esses dados evidenciam que, associado à condição de “louco”, a pessoa com transtorno mental e sua família enfrentam problemas decorrentes da pobreza e do desemprego, o que explica as demandas intersetoriais postas aos assistentes sociais que atuam nos dispositivos da Raps serem, no geral, relacionadas à PAS, especialmente no que se refere à concessão de benefícios socioassistenciais.

Sabe-se que os benefícios socioassistenciais, por si só, não vão solucionar a problemática da pobreza e da desigualdade social que assola inúmeras famílias brasileiras, pois essas questões são inerentes ao modelo capitalista e à sua forma de estruturação no Brasil. Entretanto, é inegável que os benefícios e serviços no âmbito do Suas têm assumido um papel estratégico na garantia de condições mínimas de sobrevivência a uma parcela significativa da população no país.

É necessário ficar atento para não restringir a PAS à concessão de benefícios socioassistenciais, fazendo com que esta assuma uma perspectiva meramente compensatória, emergencial e residual, afastando-se da sua perspectiva de política de proteção social e mediadora de direitos sociais, o que só pode ser feito em articulação com as demais políticas sociais, sobretudo as que compõem a Seguridade Social.

O crescimento de demandas intersetoriais voltadas ao Suas, sobretudo no que diz respeito à concessão de benefícios, tem relação com o adensamento da questão social no país, que tem no desemprego e na precarização das relações de trabalho sua mais grave expressão na atualidade, segundo Iamamoto (2015). Nessa direção, cabe assinalar que, em 2018, há um total de 13,7 milhões de brasileiros desempregados, o que corresponde a um percentual de 13,1% da população com idade econômica ativa no país. No Piauí a situação é semelhante, apresentando uma taxa de 13,5% de desemprego, o que significa 192.000 piauienses sem emprego no segundo trimestre de 2018. (IBGE, 2018).

Assim, o desemprego aparece como uma expressão da questão social que afeta parcela significativa da população e, consequentemente, também impacta o segmento de sujeitos com transtornos mentais, que têm uma dificuldade ainda maior de se inserirem no mercado de trabalho. Em vista disso, a questão do trabalho e gera-

ção de renda é uma demanda intersetorial posta pelos usuários dos serviços de saúde mental de Teresina, que também se apresenta na busca pela inserção em cursos profissionalizantes e capacitações para o mercado de trabalho. Entretanto, a prevalência do preconceito e do estigma aparece como um fator que dificulta a participação desses sujeitos nessas atividades, pois alguns depoimentos destacaram que ainda existe uma associação da “loucura” com periculosidade e incapacidade.

É pertinente destacar que a Portaria nº 3.088/2011 coloca a Reabilitação Psicossocial como um dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial, sendo composta por iniciativas de geração de trabalho e renda, que prevê a promoção de ações intersetoriais destinadas à inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho de forma a garantir a melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e seus familiares (BRASIL, 2011). Destaca-se que o próprio Caps pode ofertar oficinas de geração de renda assim como incentivar a participação dos seus usuários em atividades de geração de emprego e renda na comunidade. (BRASIL, 2004).

O aprofundamento da Reforma Psiquiátrica exige a criação e o fortalecimento de ações de geração de emprego e renda que assegurem o direito ao trabalho à pessoa com transtorno mental e garanta a melhoria da sua condição de vida e de sua família, o que exige a articulação intersetorial entre as políticas de saúde, assistência social, trabalho, educação, cultura etc. Contudo, Amarante e Nunes (2018) assinalam que, apesar da importância da Portaria da Raps trazer o eixo de reabilitação psicossocial, não foram definidos recursos orçamentários para as ações de trabalho e geração de renda, revelando o pouco significado estratégico atribuído a tais iniciativas que poderiam ser melhor utilizadas.

Entende-se que a inserção da pessoa com transtorno mental na sociedade pela via do trabalho é um importante veículo para afirmação de sua cidadania. Portanto, apresenta-se como um desafio para a Reforma Psiquiátrica brasileira, pois se constitui uma questão complexa tanto em relação à desmistificação sociocultural em torno do “louco”,

ainda visto como uma pessoa perigosa e incapaz, quanto em relação ao incentivo das políticas e ações do poder público, que tem destinado pouca atenção a essa problemática. (MARANHÃO, 2018).

Os achados da pesquisa evidenciam ainda demandas de pessoas com transtornos mentais e/ou seus familiares que requerem articulação com o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas), que é uma instituição que oferta Proteção Social Especial no âmbito do Suas, ou seja, é destinada à prestação de serviços a indivíduos e famílias que se encontram em situação de risco pessoal ou social, por violação de direitos ou contingência (BRASIL, 1993). Os casos que necessitam de articulação com o Creas são de pessoas com transtornos mentais e seus familiares marcados por situações de violência, cárcere privado, abuso sexual, negligência familiar, uso abusivo de substâncias psicoativas, dentre outros, e, muitas vezes, requerem mobilizar instituições, como o sistema Judiciário e o Conselho Tutelar, em episódios que envolvem crianças e/ou adolescentes.

Dessa forma, ao analisar as demandas intersetoriais postas por pessoas com transtornos mentais aos assistentes sociais que trabalham nos dispositivos da Raps, verificou-se que tais demandas têm relação com as precárias condições de sobrevivência vivenciadas pelas pessoas com transtornos mentais e seus familiares, o desmonte do conjunto de políticas sociais, sobretudo da Seguridade Social, e a consequente negação de muitos direitos humanos e sociais previstos na Carta Magna.

Estas necessidades são materializadas principalmente em demandas por benefícios socioassistenciais, como o BPC, na busca pela inserção em cursos profissionalizantes e capacitações, dentre outros, que envolvem a articulação com diversas políticas sociais, setores e instituições. Destarte, sobressaem-se as demandas voltadas para o atendimento da PAS, que tem relação com as expressões da questão social que permeiam a vida desses sujeitos e seu grupo familiar.

Considerações finais

Foi possível concluir que as pessoas atendidas pelos dispositivos da Raps, de Teresina chegam até os serviços em busca de assistência

à saúde mental, contudo, aliadas ao sofrimento psíquico, estão outras necessidades sociais, que perpassam diversas expressões da questão social, inerentes às condições básicas de sobrevivência desses sujeitos, relacionadas a questões de renda, transporte, trabalho, alimentação, habitação, educação, cultura, lazer e violência, que demandam articulação com outros serviços, órgãos e/ou políticas sociais. Por isso, a realização de articulações intersetoriais é imprescindível para suprir as necessidades sociais que afetam, direta ou indiretamente, a saúde mental da população, dentro e fora do sistema de saúde.

Os resultados da pesquisa apontam que os setores que se articulam com os serviços de saúde mental, de forma a responder às demandas intersetoriais postas pelas pessoas com transtornos mentais e/ou seus familiares aos assistentes sociais, são: a assistência social, a previdência, a habitação, a educação, o sociojurídico, o trabalho e a geração de renda. Todavia, as demandas no campo da assistência social foram as mais destacadas nos depoimentos, relacionadas a necessidades sociais básicas dos indivíduos e suas famílias e também envolvendo situações de violação de direitos, que requerem respostas dos serviços do Sistema Único de Assistência Social.

A crescente demanda de pessoas com transtornos mentais à PAS, principalmente no que se refere à busca pelo acesso a benefícios socioassistenciais, como o BPC, tem relação com a dificuldade que esse público tem de se inserir no mercado de trabalho e em outros setores importantes para a vida em sociedade devido ao estigma e ao preconceito que ainda percorrem a condição de “louco” e da “loucura”, o que gera uma espiral de pobreza em torno desses sujeitos e suas famílias, expressa não apenas pela situação de desemprego, mas também pela ausência do acesso a serviços sociais públicos necessários ao processo de reprodução social.

A compreensão dessa realidade reforça a importância de que a intersetorialidade seja incorporada efetivamente pelos trabalhadores e gestores da Política de Saúde Mental como uma estratégia essencial para o avanço da Reforma Psiquiátrica e para o exercício pleno da cidadania às pessoas com transtornos mentais, o que é essencial, sobretudo na atual conjuntura, em que se observa uma clara tendência

de remanicomialização do cuidado em saúde mental, na busca pelo redirecionamento do modelo de assistência que vem sendo implementado no país, nas últimas décadas.

Artigo submetido em 30/05/2019

Aceito para publicação em 17/10/2019

Referências

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica Oliveira. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

BEHRING, Elaine R; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. 9.ed. São Paulo: Cortez, 2011. (Biblioteca Básica de Serviço Social, 2).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica de n.º 11/2019, de 04 de fevereiro de 2019**. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde mental em dados-12**, ano 10, n. 12, out./2015.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **CapacitaSUAS**. Caderno 2. Proteção de Assistência Social: Segurança de Acesso a Benefícios e Serviços de Qualidade. Brasília: MDS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final **CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL – INTERSETORIAL, IV**, 27/06 a 1/07 de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Decreto nº 6.214 de 26 de outubro de 2007**. Regulamenta o Benefício de Prestação Continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e a Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003, acresce parágrafo ao art. 162 do Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, e dá outras providências. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atendimento à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Lei Orgânica da Assistência Social**. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, dispõe sobre a organização da assistência social e dá outras providências.

BRASIL. **Lei nº 8.080, 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.

COSTA, Maria Dalva. **Serviço social e intersectorialidade: a contribuição dos assistentes sociais para a construção da intersectorialidade no cotidiano do SUS**. Tese de Doutorado em Serviço Social. Recife: UFPE, 2010.

DELGADO, Pedro Gabriel. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 2, p.1-4, 2019.

DIMENSTEIN, Magda; LIBERATO, Mariana. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede. **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**, v. 1, n. 1, jan.– abr./2009.

GUIMARÃES, Thais de A. Alves; ROSA, Lucia C. dos Santos. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O social em questão**, Ano XXII, n. 44, mai.-ago./2019.

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 26.ed. São Paulo: Cortez, 2015.

IBGE. Diretoria de Pesquisas. **PNAD Contínua**. Junho de 2018. Disponível em:< <https://biblioteca.ibge.gov.br>>. Acesso em: 31/07/2018.

LUSSI, Isabela Aparecida de Oliveira et al. Saúde mental em pauta: afirmação do cuidado em liberdade e resistência aos retrocessos. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 27, n. 1, p. 1-3, 2019.

MACAMBIRA, Dávila Dayana C. Branco. O benefício de prestação continuada e os desafios no reconhecimento do direito das pessoas com transtorno mental. In: ROSA, Lúcia C. dos Santos (Org.). **Atenção psicossocial e serviço social**. Campinas: Papel Social, 2016, p.73-93.

MACEDO, Erica Fernanda Torres. **O desafio da intersectorialidade na prática do assistente social na saúde**. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. João Pessoa: UFPB, 2013.

MACHADO, Graziela S. O trabalho dos assistentes sociais nas equipes dos CAPS. In: VASCONCELOS, Eduardo (Org.). **Abordagens psicossociais**. V. III: Perspectivas para o Serviço Social. São Paulo: Aderaldo & Rothschild/Hucitec, 2009, p. 32-120.

MARANHÃO, Laisla Shirley Rodrigues. **A inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho no contexto teresinense: avanços e desafios.** Dissertação de Mestrado em Políticas Públicas. Teresina: UFPI, 2018.

MARX, Karl. **Contribuição para a crítica da economia política.** Tradução de Maria Helena Barreiro Alves. São Paulo: Mandacaru, 1989.

MINAYO, Maria Cecília de S. et al. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, Maria Cecília (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 71-104.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; SCHÜTZ, Fernanda. Intersetorialidade na política social: reflexões a partir do exercício profissional dos assistentes sociais. In: DIPROSUL: o direito à saúde e a proteção social em faixas de fronteiras. Um balanço do debate acadêmico no sul da América do Sul, 08-10/08/2011, Pelotas (RS), **Anais do DIPROSUL**, p.1-27. Disponível em: <<http://antares.ucpel.tche.br/mps/diprosul/docs/trabalhos/28.pdf>>. Acesso em: 04/04/2016.

MOTA, Ana Elizabete. A centralidade da assistência social na Seguridade Social brasileira nos anos 2000. In: MOTA, Ana Elizabete (Org.). **O mito da assistência social: ensaios sobre Estado, política e sociedade.** 4.ed. São Paulo: Cortez, 2010, p.133-146.

SPOSATI, Adailza. A assistência social e a trivialização dos padrões de reprodução social. In: SPOSATI, Adailza. **Os direitos (dos desassistidos) sociais.** 3.ed. São Paulo: Cortez, 1995, p. 5-30.

VIANNA, Maria Lúcia Teixeira W. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas.** 3.ed. Rio de Janeiro: Revan/UCAM/ IUPERJ, 2011.

SER Social

ESTADO, DEMOCRACIA E SAÚDE

Brasília, v. 22, n. 46, janeiro a junho de 2020

A atenção à família em um Centro de Atenção Psicossocial

The attention to family in a Psychosocial Care Center /
La atención a la familia en un centro de atención psicossocial

Ana Carolina Becker Nisiide¹

Maria Isabel Formoso Cardoso e Silva²

Resumo: Trava-se, neste texto, uma reflexão crítica acerca das contradições expressas pela centralidade da família na Política Nacional de Saúde Mental e dos limites e possibilidades enfrentados por um Centro de Atenção Psicossocial (Caps) para oferta de atendimento que potencialize o protagonismo familiar, levando em consideração os percalços enfrentados por este serviço em tempos de política neoliberal. Para desenvolver esta discussão, este estudo engloba o contexto objetivo do Caps e as ações executadas nesse espaço para, a partir daí, analisar a atenção em saúde mental ofertada às famílias. Para a coleta dos dados que deram sustentação

1 Graduação em Serviço Social e Psicologia, mestre em Serviço Social e doutoranda em Psicologia pela Universidade Estadual de Maringá. E-mail: acnisiide@gmail.com.

2 Graduação em Psicologia, doutora, docente da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. E-mail: miformoso@hotmail.com.

a esta pesquisa, utilizaram-se a análise documental, observações de campo e entrevistas semiestruturadas. Como resultado, verificou-se que o Caps enfrenta limites significativos, como estrutura física precária, número insuficiente de funcionários, alta rotatividade destes e poucos recursos financeiros. Este cenário decai em um atendimento focalizado no sujeito em sofrimento psíquico e com poucos espaços para o envolvimento familiar.

Palavras-chave: Política Nacional de Saúde Mental; reforma psiquiátrica; neoliberalismo; atenção psicossocial.

Abstract: This text aims at a critical reflection about the contradictions expressed by the centrality of the family in the National Mental Health Policy and the limits and possibilities faced by a Psychosocial Care Center (Caps, in Portuguese) to offer care that enhances family empowerment, taking into account the mishaps faced by this service in times of neoliberal politics. To develop this discussion, this study encompasses the objective context of Caps and the actions performed in this space to, after that, analyze the mental health care offered to families. To collect the data that supported this research, document analysis, field observations and semi-structured interviews were performed. As a result, it was found that Caps faces significant constraints such as poor physical structure, insufficient staff and high staff turnover, and scarce financial resources. This scenario culminates in a service focused on subjects in psychological distress and with few spaces for family involvement.

Keywords: National Mental Health Policy; psychiatric reform; neoliberalismo; psychosocial attention.

Resumen: Este texto trae una reflexión crítica sobre las contradicciones expresadas por la centralidad de la familia en la Política Nacional de Salud Mental y los límites y posibilidades que enfrenta un Centro de Atención Psicosocial (Caps, en Portugués) para ofrecer una atención que potencie el protagonismo familiar, teniendo en cuenta los percances que enfrenta este servicio en tiempos de política neoliberal. Para desarrollar esta discusión, este estudio abarca el contexto objetivo de los Caps y las acciones realizadas en este espacio para, a partir de ese contexto, analizar la atención de salud mental que se ofrece a las familias. Para la recolección de datos que respaldaron esta investigación se utilizó el análisis documental, observaciones de campo y entrevistas semi-estructuradas. Como resultado se encontró que las capas se enfrenta a límites importantes como estructura física precaria, personal insuficiente y con alta deserción y escasos recursos financieros. Este escenario de descomponer en un servicio de atención al cliente se centró en el tema de la angustia y con pocos espacios para la participación de la familia.

Palabras clave: Política Nacional de Salud Mental; la reforma psiquiátrica; el neoliberalismo; la atención psicossocial.

Introdução

No Brasil não chegou a ser implantado um Estado de Bem-Estar Social. A possibilidade de efetivação de políticas sociais amplas surge como projeto na Constituição Federal de 1988 devido, em grande parte, à pressão exercida pelos trabalhadores organizados em movimentos sociais. Todavia, esse projeto não se concretizou pelos governos eleitos após 1990, que, em menor ou maior grau, direcionaram suas políticas pautadas no receituário neoliberal. Para Pereira (2006), o que se implantou no Brasil foi um pluralismo de bem-estar, em que a responsabilidade pela proteção social foi dividida entre o Estado, o mercado e a sociedade civil. Nesse compartilhamento, o Estado oferece o recurso do poder e da coação, ausentando-se cada vez mais da execução das políticas sociais; o mercado comercializa o direito ou pratica a filantropia quando isso se torna comercialmente interessante; e, por fim, a sociedade civil atua por meio da filantropia e do voluntariado, por meio de organizações caritativas ou das fontes privadas de proteção social, como a família e as redes de solidariedade.

Este modelo plural, sustentado pela ideologia neoliberal, repercute em dificuldades na efetivação das políticas sociais. Perante o discurso de ineficiência do Estado, assiste-se a uma diminuição da sua intervenção no campo das políticas sociais, que se tornam cada vez mais seletivas e focalizadas na pobreza. Diante da precarização dessas políticas, os indivíduos passam a procurar no mercado a garantia da proteção social, comprando serviços como saúde e educação. Essa direção privatizadora fortalece o mercado, que encontra no setor de serviços um nicho interessante de investimento e acúmulo de capital. Em contrapartida, o Estado passa a investir mais na política de assistência social para atenção aos vulneráveis, além de adotar medidas que responsabilizam as famílias e as sobrecarregam na proteção dos seus membros. (BATISTA, 2014).

Teixeira (2015) tece críticas às chamadas políticas familistas, que responsabilizam as famílias pelo bem-estar de seus membros, sem lhes ser ofertado condições para tal, perante a baixa ou inexistente oferta de serviços pelo Estado. Este repasse para as famílias

da execução de ações até então praticadas pelo Estado pode ser visualizado no “tratamento domiciliar de familiares doentes, justificado amplamente pelas vantagens para a família e para o doente. Discurso que obscurece o fato de ser uma estratégia de redução de custos para o Estado” (GELINSKI; MOSER, 2015, p. 126). Ademais, perante a implantação do receituário neoliberal e de uma lógica de Estado Mínimo, a privatização dos serviços é uma constante, em que se difunde uma proposta de gestão oriunda dos serviços privados e contrária aos princípios e interesses da gestão pública, que passa a pensar as políticas sociais como número de atendimentos, produtividade e racionamento de custos. Esta perspectiva também é adotada na tomada de decisões, restringindo a participação popular em favor de decisões seletivas e tecnoburocráticas. (VASCONCELOS, 2011).

Diante deste quadro, os desafios mais urgentes a serem enfrentados no campo da Política Nacional de Saúde Mental, conforme Vasconcelos (2011), são o atendimento de indivíduos com uso abusivo de drogas, a provisão de uma rede assistencial 24 horas para acolhimento noturno e gerenciamento de crises e o suporte aos familiares e às suas demandas específicas ante a crescente responsabilização da família pelo cuidado do seu paciente em sofrimento psíquico. Somado a isso, vive-se uma contrarreforma na Política Nacional de Saúde Mental, expressa principalmente pela Portaria nº 3.588, de 2017, a qual promove alterações na Rede de Atenção Psicossocial (Raps) que privilegiam o orçamento dos hospitais psiquiátricos em detrimento dos serviços substitutivos. Além disso, esta política insere na rede as comunidades terapêuticas, promovendo inversão na lógica até então construída no atendimento de saúde mental. Ademais, a Portaria inclui na Raps os ambulatórios de saúde mental, o que desarticula a relação entre o Centro de Atenção Psicossocial (Caps) e a atenção básica em saúde.

Nesse contexto, a valorização da família pela Política Nacional de Saúde Mental, ao mesmo tempo em que avança ao favorecer a reinserção social dos sujeitos em sofrimento psíquico e amplia o olhar para além do indivíduo, apresenta pontos que precisam ser debatidos. Isto porque a retração do Estado na efetivação de direitos pode refundar “a tendência já historicamente predominante na socie-

dade brasileira, qual seja, a de resolver na esfera privada questões da ordem pública”. (ALENCAR, 2010, p. 63).

No âmbito da saúde mental, o exercício da prática do cuidado no âmbito familiar requer “[...] disponibilidade, esforço, compreensão, capacitação mínima inclusive para que os cuidadores encontrem estratégias para lidar com frustrações, sentimentos de impotência e culpa, ou seja, com as próprias emoções” (BRASIL, 2013, p. 64). Perante esse lugar que a família ocupa e as funções que exerce, é importante pontuar a necessidade de olhá-la de maneira contínua, afinal, ela não é apenas um instrumento de auxílio no cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico, mas, sim, um espaço que pode auxiliar no sucesso ou fracasso do tratamento. A família é usuária do Caps e necessita ser ouvida, acolhida e fortalecida para o exercício da sua função protetiva.

Neste sentido, o exercício do protagonismo familiar está vinculado à necessidade de apoio e à oferta de suporte e informações, compreendendo que uma abordagem que incentive o fortalecimento de cuidados do sujeito em sofrimento psíquico e, ou, usuário de álcool e de outras drogas deve estar apoiada no que existe de recursos e fortalezas em cada família e não no que lhe falta (BRASIL, 2013). Assim, considerando as variadas funções que foram delegadas/assumidas pela família do sujeito em sofrimento psíquico, nas últimas décadas, e o atual contexto das políticas sociais e de saúde mental, em tempo de Estado Mínimo, é fundamental analisar, de forma mais aprofundada, como o atendimento à família vem acontecendo no espaço dos Caps. Compreende-se também que o protagonismo familiar é importante instrumento de cuidado, além de ser um mecanismo político de engajamento na luta pela garantia dos seus direitos, o que pode ser incentivado pelos serviços de saúde mental.

Metodologia

Esta pesquisa é consequência da dissertação de mestrado em Serviço Social que aborda o protagonismo familiar nos Centros de Atenção Psicossocial. Para compreensão desse protagonismo, foi necessário investigar vários pontos, entre os quais a conjuntura do Caps

e como ele atua, com as famílias usuárias desse serviço, no processo de compartilhamento de responsabilidades para atenção do sujeito em sofrimento psíquico, discussão essa abordada neste trabalho.

Para a coleta dos dados que deram subsídio a este estudo, o primeiro ponto foi a análise de documentos da instituição para conhecer a realidade dos seus usuários. Na sequência, foram realizadas as observações dirigidas, sendo cinco do Grupo de Familiares,³ uma observação da reunião da Associação de Pacientes Familiares e Funcionários do Caps (APFF-Caps)⁴ e três observações esporádicas, em outros momentos de rotina da instituição.

Concomitantemente à realização das observações de campo, foram feitas entrevistas semiestruturadas, compreendendo sete familiares e dois funcionários do Caps. O Centro estudado conta com um universo de 18 funcionários, sendo selecionados dois entrevistados com formação em Serviço Social e em Psicologia que atuam mais diretamente com os familiares, aqui denominados T1 e T2. No universo de 281 famílias de usuários, foi selecionado o presidente da APFF-Caps, por se tratar de um representante político formal das famílias, nesta pesquisa identificado como PA. Além dessa escolha, foram sorteadas seis famílias de usuários do Caps. O critério de seleção para esse sorteio foi, intencionalmente, o regime de atendimento do sujeito em sofrimento psíquico de duas famílias do regime não intensivo (denominadas F1 e F2), duas do regime semi-intensivo (F3 e F4) e mais duas do regime intensivo (F5 + F6 e F7).⁵ Com relação aos familiares F5 e F6, ressalta-se que o casal optou por participar da entrevista. Por fim, na transcrição das conversas, o entrevistador foi identificado como D e os usuários, U.

3 A reunião de familiares é um grupo mensal, aberto à escuta, troca de informações e orientação às famílias dos usuários do Caps.

4 Associação privada, sem fins lucrativos e declarada de utilidade pública por Lei Municipal, composta por usuários, familiares e funcionários do Caps.

5 Os usuários e familiares inserem-se no Caps a partir de seu Plano Singular de Atendimento, em uma forma/regime de atendimento que vai do intensivo (atendimento diário para pessoas que se encontram em grave sofrimento psíquico), semi-intensivo (atendimento de até 12 dias por mês, quando o sofrimento e a desestruturação psíquica diminuíram) e não intensivo (atendimento de até três dias por mês, quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe). (BRASIL, 2004).

Os dados coletados, com a autorização dos entrevistados e do Comitê de Ética em Pesquisa, foram transcritos e analisados a partir da técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 1977). O recorte dos elementos do texto foi embasado na análise temática. Após recortado o material em temas, foi utilizado o tipo de enumeração da presença dos temas no texto e registrada a frequência da sua aparição para identificar quais pontos eram mais significativos em relação à realidade que se estava pesquisando. Este processo propiciou a emergência de várias categorias que relatam facetas diversas do protagonismo familiar, sendo elas: 1) o contexto em que está inserida a família do sujeito em sofrimento psíquico e as condições para a sua ação protagonista, 2) o compartilhamento de responsabilidades entre o Caps e as famílias dos usuários e 3) a relação do Caps e das famílias com a Política de Saúde Mental e com a rede de proteção social. A partir dessas categorias, elegeu-se neste artigo a discussão sobre o compartilhamento de responsabilidades entre o Caps e as famílias, enfocando o contexto em que esse serviço de saúde mental se encontra em tempos de políticas austeras e, diante disso, o atendimento ofertado aos usuários e seus familiares.

Discussão dos resultados

As condições de oferta de atendimento para os usuários dos serviços de saúde mental perpassam, em um primeiro momento, a compreensão dos limites e possibilidades para execução do serviço. Quanto ao Caps em estudo, verificou-se que a sua estrutura física é um grande nó, pois não comporta os atendimentos e atividades para um número maior de usuários, sua localização é de difícil acesso via transporte público e a maioria dos atendidos reside na região oposta da cidade.

É uma pena que é um lugar muito fora de mão, muito longe das famílias (F1).

Aquele espacinho quente, pequeno, montua um monte de gente numa sala, [...] e aquele cheiro que o U ficava insuportável, ele daí tem eh toque né, daí cheiro mais forte coisas assim, ele fica num desespero (F5).

Tendo em vista tal contexto, seria necessária uma reforma na estrutura do Caps, que já está desgastada, bem como a ampliação dos espaços de atendimento. Mesmo com a mobilização da equipe e dos familiares solicitando ao poder público alterações na estrutura do Centro, o retorno foi a “indisponibilidade de recursos financeiros para adequar a estrutura”, além de algumas promessas pouco consistentes.

O retorno deles é sempre promessas, né. Promessas que as coisas vai melhorar, como é sempre o SUS, né, vai melhorar. E a gente sempre sofre com isso, mas também não deixa de cobrar, não deixa de ir atrás (F4).

Situação similar foi identificada por Nascimento e Galvanese (2009), ao tratarem da estrutura dos Caps de São Paulo, SP. Esses autores apontam heterogeneidade na dimensão estrutural, com uma diversidade de estruturas físicas, instalações em imóveis alugados ou em antigos prédios públicos que, em sua maioria, não possuem instalações completamente adequadas para os serviços propostos.

Quanto à equipe técnica, o Caps estudado contempla o previsto em lei. Contudo, os profissionais escalonaram os horários, o que demonstra que os técnicos que compõem a equipe não se encontram no serviço durante todo o horário de funcionamento, dificultando o diálogo interdisciplinar e o atendimento aos usuários. Além disso, os funcionários pesquisados ressaltaram que o número de profissionais que atendem na instituição não dá conta da demanda.

Deveria ter (mais profissionais) para cobrir as doze horas, assim a gente faz um jogo de horário alguns dias de manhã, outros à tarde, para não ficar nada descoberto. Mas acho que seria uma forma objetiva da gente também poder desenvolver um trabalho melhor em relação aos pacientes e aos familiares e até essa divulgação em relação à comunidade (T1).

O fato de as oficinas dependerem das habilidades dos trabalhadores foi assinalado em algumas reuniões de familiares e na reunião da APFF-Caps, já que, devido especialmente à falta de recurso, a contratação de oficinheiros não é viabilizada. Os familiares demonstraram o desejo de ter oficina de informática e atividades variadas para os usuários, sugerindo, inclusive, que a Associação destinasse

recursos para a compra de material, que é escasso. Nesse processo, percebe-se que as famílias acabam colocando como papel da Associação a busca de recursos para melhoria do Caps, uma vez que não encontram esse respaldo no setor público. Esta situação exemplifica a afirmação de Alencar (2010, p. 76) de que “a máxima do Estado Mínimo expressa-se, no caso brasileiro, através da restrição de fundos para o financiamento de políticas públicas. Opera-se, na verdade, a privatização/refilantropização”, condição em que o Estado, aos poucos, se desobriga de suas responsabilidades e, nesse caso, a família se vê na necessidade de assumi-las.

Ainda com relação aos recursos humanos, as famílias relataram nas entrevistas que a rotatividade de funcionários no Caps estava prejudicando a qualidade do atendimento, a constância das ações e a vinculação dos usuários com o serviço. Essa rotatividade se deve a motivações políticas ou, mesmo, à insatisfação do trabalhador. Conforme Sampaio et al. (2011), na avaliação dos Caps de Fortaleza, foi constatada a falta de priorização da política pública de saúde mental no orçamento público, o que reflete na estrutura do serviço e nas condições de trabalho das equipes de atendimento. Tal fato, somado às questões estruturais, demonstra a dissonância entre as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental e a sua execução, decaindo na falta de uma rede de saúde mental articulada e estruturada, na dificuldade de gestão do território e na busca pela erradicação dos sintomas por meio da medicalização. Esses fatores, entre outros, levam à insatisfação dos trabalhadores e ao seu adoecimento físico e psíquico.

Muita mudança de profissional [...], o paciente ele se acostuma com aquele profissional e tira, ou ela sai ou tiram (F5).

Há um certo desânimo em relação ao que é de fato estar em um serviço de saúde mental, é muito difícil. Porque tu tem que ter um desejo muito determinado, senão você vai pro seu local de trabalho e sei lá, faz o seu trabalhinho, recebe seu salário e vai pra casa (T2).

Como pontuou uma das entrevistadas, existe a necessidade do protagonismo da equipe, não apenas dos usuários e familiares, na luta para que a política avance e, para tanto, é necessária uma

equipe articulada e fortalecida para que seja possível construir no coletivo novas possibilidades para o atendimento em saúde mental. Afinal, com a reorganização da Política Nacional de Saúde Mental no Brasil, coloca-se um desafio para as equipes, ou seja, a reconstrução de papéis e fazeres profissionais. Este trabalho de reconstruir as formas de pensar e atuar com a política, elaborado a partir de diferentes olhares e práticas, pode transformar a equipe interdisciplinar em um espaço de arena de disputa de poderes e de saberes ou de construção de algo novo e significativo para os usuários e para a equipe (ROSA; MELO, 2009). O que se observou, no campo pesquisado e nos discursos das famílias, foi que o saber médico psiquiátrico e a medicação ainda ocupam papel central no atendimento do sujeito em sofrimento psíquico; que o diagnóstico, muitas vezes, ocupa o peso de um “rótulo”, determinando um lugar onde tal sujeito se deve colocar, imobilizando-o nessa situação; e que, em alguns momentos, esses saberes colocados nos serviços de saúde mental se chocam, sendo necessários o diálogo e a construção de um caminho que ainda não está plenamente sedimentado. Além disso, conjectura-se se a ocorrência de um “esvaziamento” do serviço no que tange à participação dos usuários, que foi apontado por T2, não está relacionada ao lugar que a medicação e a consulta ocupam no imaginário desses usuários, dos familiares e da equipe, os quais, apesar de reconhecerem essas ações, podem não estar valorizando as demais práticas psicossociais como fundamentais para o tratamento.

Teve um dia em uma oficina que as pacientes começaram a me dizer assim “é T, eu sou psicótica?”. Porque vem um diagnóstico do psiquiatra, então eles né. E aí comecei a conversar com eles o que que é um psicótico, o que que é um neurótico, o que que né. Então, uma disse: “ah, mas então eu não sou psicótica”, e não é mesmo, “mas então o que que eu sou?”. Sabe? Você não faz ideia o que para essas pessoas que fazem parte e, inclusive desse dia que foi uma fala muito pontual, o quanto apaziguou internamente e como a partir daí foi possível inclusive introduzir trabalhos mais complexos, porque eu disse “vocês têm condições” (T2).

Apesar disso, observa-se o esforço da equipe em manter-se atualizada. Antes do início da reunião semanal da equipe, seus membros dedicam uma hora para estudo conjunto de uma temática que foi selecionada pelo grupo, buscando articular teoria e prática, analisando a realidade que o Caps enfrenta à luz dos saberes socialmente construídos. Quanto ao preparo técnico, Jucá et al. (2009) afirmam, em sua pesquisa, que, apesar de os profissionais de saúde mental de Salvador, BA, se mostrarem sensíveis ao sofrimento social e psíquico, eles necessitam ampliar seus conhecimentos teórico-metodológicos na área. Isso porque eles demonstram dificuldades na identificação do sofrimento psíquico, no manejo de algumas situações específicas ao transtorno mental e nos encaminhamentos para atendimento em serviços especializados. Diante disso, investir no aperfeiçoamento e formação dos trabalhadores de saúde mental é fundamental para uma práxis cotidiana mais assertiva.

Em relação aos recursos financeiros, os pesquisados ressaltaram que a verba não é suficiente para dar conta da demanda de trabalho. Além disso, percebem a falta de material para uso em oficinas e a necessidade de buscar na comunidade recursos, pois o poder público não provê o necessário. Esse contexto demonstra que o Estado brasileiro vem racionalizando seus gastos e submetendo a política social à política econômica. Este cenário “reforça a família como a principal provedora de bem-estar, o que se dá pela escassez de serviços e benefícios, pelo seu caráter seletivo e focalizado, pelas condicionalidades que enfatizam os cuidados no âmbito doméstico, numa reafirmação dos papéis tradicionais que sobrecarregam as mulheres”. (TEIXEIRA, 2015, p. 219).

A gente trabalha assim no limite, né, dependendo assim de doações, assim a gente não poderia depender disso somente (T1).

Percebe-se que a falta de recursos é um entrave que repercute na escassez de profissionais para dar conta da demanda, na estrutura física precária, nas dificuldades de acesso a material e na impossibilidade de oferta de oficinas e de atividades terapêuticas diferenciadas. Conforme Luzio e L’Abbate (2009), em pesquisa realizada nos municípios de

Cândido Motta e de Assis, no Estado de São Paulo, a alternância de poder fragiliza e vulnerabiliza os serviços a cada nova gestão. Além disso, falta comprometimento dos gestores públicos municipais na implantação da política pública de saúde e na solicitação de recursos financeiros, em especial no que concerne à saúde mental.

Diante desse quadro, é necessário que diversos segmentos sociais, como conselhos, movimentos sociais e comissões de reforma psiquiátrica, retomem e ampliem as ações de “acompanhamento, orientação e fiscalização da implantação das diretrizes e propostas de ações e serviços nos municípios, em especial os de pequeno e médio portes, além de contribuir para o fortalecimento da participação popular e do controle social” (LUZIO; L’ABBATE, 2009, p. 113). Contudo, o contexto observado no Caps é de fragilização das formas de controle e da participação da família, dos usuários e dos trabalhadores de saúde mental, como também da precarização das condições objetivas para condução do serviço e a promoção do protagonismo da família. Entretanto, esse serviço também possui potencialidades, como a busca por conhecimento em um esforço de relacionar teoria e prática, além de se constituir em uma boa referência para as famílias no atendimento do sujeito em sofrimento psíquico.

Diante das condições objetivas expressas nesse Caps, são perceptíveis avanços teórico-práticos no acúmulo de experiências na formação e educação permanente dos profissionais. Entretanto, os desafios ainda são muitos, como o desmonte financeiro, a pobre infraestrutura, a precarização do trabalho e o enfrentamento de algumas dificuldades na gestão pública. Nessas condições, o Caps propõe-se a ofertar para o sujeito em sofrimento psíquico e seus familiares atendimentos individuais, terapias de grupo, grupos de atividade e visitas domiciliares.

Em relação à família, o atendimento é realizado prioritariamente pela área de Serviço Social, todavia os demais profissionais também podem se envolver. Além disso, são realizadas reuniões mensais com os familiares, das quais participam os profissionais de Serviço Social e de Psicologia. Para Rosa (2005), historicamente foi atribuído ao Serviço Social o atendimento à família nos serviços psiquiátricos e, em alguns

Caps, esse entendimento prevalece até hoje, apesar de a abordagem da família ser encargo de todos os profissionais do serviço.

Quanto às atividades que são propiciadas pelo Caps, percebe-se que cinco das famílias entrevistadas identificaram a reunião de familiares como atividade específica para a família, mesmo que nem todos frequentem esse espaço assiduamente. Quatro dessas famílias, que estão inseridas nos regimes semi-intensivo e intensivo, também reconhecem outras formas de atendimento como orientação para a família, atendimento individual, festa de final de ano, entre outros, como atividades para os familiares.

No começo eu ia mais, eu ia todo mês que tem aquela reunião mensal da família, eu ia toda, todas as reuniões. E agora eu vou mais quando ela tem, quando ela tá em crise.

D: E que atividades que o Caps oferece pra família?

LF: Pra família? Ah eu só conheço a parte daquela reunião familiar que tinha né, eu sei mais pros pacientes mesmo.

D: Você já participou de alguma atividade? Por exemplo: atendimento, visita domiciliar?

LF: Não, eu fui só na triagem e uma vez eu fui na festinha. Tinha uma festinha de final de ano daí eu fui com ela, mas foi só (F4).

Olha é muito difícil eu ir pra lá, falar a verdade, é muito difícil eu ir ali no Caps sabe. Tem a reunião de família, mas sabe eu eh agora que eu tô livre de cuidar de neto (F7).

Vale ressaltar que alguns familiares que frequentam a Associação identificam a criação dessa sociedade como uma atividade do Caps ofertada para as famílias e não como um espaço construído pelos familiares em parceria com o Caps, com autonomia em relação ao serviço. Além disso, as famílias que frequentam o Centro no regime não intensivo tiveram dificuldades para identificar as atividades direcionadas à família, pois, de modo geral, frequentam o serviço apenas para consulta médica.

D: A senhora sabe se tem lá alguma atividade que é pra família? Alguém já lhe convidou pra participar de alguma atividade?

LF: Eu sei que tem o artesanato, essas coisas pros pacientes. Agora, pros familiares, eu acho que não tem nada não (F2).

Portanto, coloca-se a interrogação se os esforços do serviço em divulgar a reunião de família estão alcançando os resultados esperados, especialmente com as famílias que fazem parte do regime não intensivo e que são a maioria dos usuários da instituição. De acordo com Rosa (2005), todos os serviços assistenciais em psiquiatria devem ter alguma abordagem que englobe o atendimento à família; de modo geral, esse atendimento envolve o familiar-cuidador em orientações individuais ou grupais, como as reuniões semanais de familiares. As reuniões constituem um espaço importante para o cuidador, pois esse é o momento para tirar suas dúvidas e de dialogar com os profissionais do serviço. Segundo essa autora (2005, p. 211):

Geralmente, são os novos serviços, abertos e comunitários, que são desafiados a implementar práticas diferenciadas com a família, criar novas tecnologias de abordagem e, sobretudo, a dar visibilidade e valorizar sua condição de provedora de cuidados domésticos.

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) afirma que, para que o protagonismo dos atores envolvidos com a Política Nacional de Saúde Mental seja fortalecido, os serviços devem garantir a democratização da gestão do trabalho em saúde mental; valorizar o saber popular, agregando conhecimentos ao tratamento dos usuários; realizar palestras, eventos, oficinas e encontros com a comunidade e com a família, informando e orientando esses sujeitos; trabalhar com a família para o fortalecimento dos vínculos familiares; envolver as famílias na construção de projetos terapêuticos; promover a participação dos usuários como facilitadores de cursos e oficinas; discutir os casos clínicos de forma interdisciplinar; e garantir a participação do médico em atividades além da consulta (BRASIL, 2010). Todavia, o que se observa no Caps pesquisado é que, apesar dos esforços da equipe, suas estratégias não têm atingido as famílias de modo mais

amplo, como previsto pela IV CNSM, ficando restritas aos participantes da reunião de familiares, a um primeiro atendimento com identificação da demanda e do encaminhamento ou aos casos em que se demanda acompanhamento mais sistemático com visitas domiciliares e atendimento individual. Assim, a equipe espera que a política lhe dê maiores condições para atuar com essas famílias. Afinal, o que foi observado é a dificuldade em trabalhar especialmente com as famílias do regime não intensivo diante do número de usuários atendidos e da quantidade de profissionais.

Tem que se pensar uma política mais adequada, mais adequada para a família, para os familiares, trazê-los, estarem mais próximos (T2).

A proposta do serviço é uma proposta legal, é cumprido eu acho que prevê tudo isso, mas não a gente não dá conta no cotidiano de cumprir realmente, não hoje com o quadro de funcionários que a gente tem né (T1).

Conforme Teixeira (2015), as políticas sociais que atuam com as famílias devem ser desfamiliarizantes ou familiares ativas. Esse movimento representa a desresponsabilização quase que exclusiva do grupo familiar, amparando e mobilizando a sua capacidade de ser um sujeito ativo diante da vulnerabilidade que os afeta por meio do uso dos mecanismos sociopolíticos disponíveis. Todavia, o que se observa na fala dos trabalhadores da saúde mental é que os recursos para mobilizar esse protagonismo são escassos. Nesse contexto, as famílias que têm atendimento mais sistemático e continuado, buscando o serviço com maior constância (como é o caso das famílias em regimes semi-intensivo e intensivo), se sentem seguras e orientadas em relação ao acompanhamento e atendimento de seu familiar.

Eu gosto muito assim, eu me sinto mais segura sabe. Porque eu sei que ela está indo lá, aí eu sei que qualquer probleminha eu posso ligar e falar com a P (F3).

Entretanto, as famílias do regime não intensivo, que têm vínculo mais frágil com o serviço, frequentando-o poucas vezes no mês, sentem-se desamparadas em relação à proteção social do sujeito em sofrimento psíquico.

D: E como que é a relação da senhora, da família toda com o Caps?

LF: Relação minha é só a consulta e vir pra casa.

D: Eles orientam a senhora sobre o processo da doença, esclarecem?

LF: Não, nada (F2).

Apesar das dificuldades enfrentadas – tanto pelas famílias quanto pelo Caps – para a proteção do sujeito em sofrimento psíquico e envolvimento e amparo dessas famílias no serviço, os familiares, em sua maioria, mostram-se satisfeitos diante das atividades e das funções que o Caps desempenha, com exceção de uma das famílias entrevistadas.

Eu acho que é muito bom pra eles né, porque se não fosse é, que ali eles ajudam bastante (F7).

Tudo sobra pra mim, não tem apoio de ninguém não (F2).

Kantorski et al. (2009), ao avaliarem a satisfação dos usuários e familiares dos Caps do Sul do Brasil, constataram que eles se referem ao alto grau de satisfação em relação aos serviços ofertados, como “do fortalecimento da autonomia do usuário, da diminuição das crises (em frequência e extensão), da possibilidade de convivência, da socialização e do enriquecimento do cotidiano que vai além do transtorno” (KANTORSKI et al., 2009, p. 33). Os pesquisados apontaram ainda atendimento qualitativamente melhor que os dos demais serviços ofertados pelo Serviço Único de Saúde (SUS).

Quanto à reunião de familiares, observou-se que muitos a associam a um momento em que a família é informante da condição do sujeito em sofrimento psíquico, propiciando melhor condução do tratamento desse sujeito pelo serviço. Apesar de a família surgir como informante, suas funções, com as mudanças na Política de Saúde Mental, foram ampliadas dentro dos serviços, como pôde ser observado nas reuniões do Caps.

Aí (na reunião de familiares) se discute o problema, né. Pergunta como é que tá a paciente, né, e o andamento do próprio Caps, e os trabalhos da associação, enfim, tudo se esclarece ali junto, né (F3).

A função familiar vem tomando novas conotações, pois os familiares também percebem o momento da reunião como um espaço de troca, de apoio para suas questões, e, principalmente, o local onde eles podem se identificar com a situação das outras famílias, acalmando-se com o fato de seu “caso nem ser tão grave, comparado com as outras famílias” (F5). De acordo com Braz (2013), as famílias buscam os grupos de suporte para conversar sobre as mazelas que as afligem, para dividir com os demais familiares seus problemas, para buscar uma orientação, por curiosidade sobre o que se faz nesses encontros ou por indicação de profissionais; mas, independente do motivo de procura, o que há em comum com esses familiares é a busca por “dias melhores”. Para tanto, é fundamental que esses grupos tenham um clima acolhedor e despertem confiança, fatores que atuam para manutenção desse espaço.

Em uma das observações, os familiares presentes na reunião questionaram-se por que a maioria das famílias do Caps não participa do encontro, informando que já tentaram ligar convidando, enviar bilhete, fazer convite na recepção e, mesmo assim, as famílias não estavam presentes. É necessário analisar o contexto dessas famílias e suas condições para participação, como: vinculação ao trabalho, horário de funcionamento do serviço e disponibilidade para envolver-se, além do cuidado cotidiano para com o familiar adoecido, deveras desgastante em boa parte das vezes.

Portanto, perante as dificuldades que o serviço enfrenta para um atendimento mais integral à família, pontua-se que esta ainda se encontra, de modo geral, em uma posição mais passiva do que protagonista, mesmo nos poucos espaços que a ela são destinados. Fato esse que se coaduna com a afirmativa de Rosa (2005, p. 211) de que “a abordagem da família cuidadora, na condição de parceira e corresponsável para o cuidado, está em processo de construção”. Entretanto, são inegáveis os impactos positivos da condição da família como usuária do serviço, conforme os vários relatos de satisfação, de sentimento de acolhida e de orientação que as famílias mais presentes no cotidiano do serviço trazem.

Esse processo coloca em discussão o movimento das políticas sociais de (re)valorização da família e de esgotamento da opção quase única pelo indivíduo, conforme apontado por Carvalho (2008). Isso porque o que se observa na realidade pesquisada é que, apesar de a política e de os trabalhadores entrevistados trazerem a família como usuária e elemento central para reinserção social do sujeito em sofrimento psíquico, as ações do Caps estão mais focadas no paciente com transtorno do que no coletivo, seja a família, seja a comunidade. Isso até mesmo pelos limites objetivos enfrentados pela instituição, em especial para as famílias do regime não intensivo que evidenciaram inserção no serviço, de modo geral, para acompanhamento das consultas médicas e acesso à medicação. Tal situação reforça o modelo biomédico de atenção psicossocial, o sentimento de desamparo e de busca no hospital psiquiátrico como recurso possível para atendimento do sujeito em sofrimento psíquico na Política Nacional de Saúde Mental. Também coloca em questão a dificuldade de os serviços, muitas vezes, romperem com a lógica ambulatorial e se articularem efetivamente com a rede para atenção dessas famílias.

Os esforços expressos nas ações ofertadas pelo Caps, diante das condições objetivas do serviço, estão direcionados majoritariamente para o atendimento do paciente com transtorno mental. Diante desse quadro, as famílias, ao serem questionadas sobre quais atividades o Caps oferta para o sujeito em sofrimento psíquico, conseguem identificar várias ações nas quais seu familiar está inserido.

No caso da minha esposa ela participa, ela ganha consultas médicas e também depois ela ganha medicamento. Tem curso que eles fazem tipo sabonete né. Eh, mas é umas pinturas também, eh ganha acupuntura que eles fazem e não cobram nada também né, eh passe livre que daí o município favorece as pessoas que vão lá né e toda a orientação que precisa né no caso, eh se tu tem dúvida a respeito do problema que a pessoa tá se tratando eles acompanham tudo né (F3).

De acordo com Rosa e Melo (2009), o processo de reabilitação psicossocial envolve mais do que o apaziguamento dos sintomas, mas compreende ações que envolvem lazer, acesso ao trabalho e renda, condições de moradia, reinserção social, entre outros. Além disso,

a IV Conferência Nacional de Saúde Mental traz, de modo geral, como função do Caps para com as famílias, o acesso à informação e à capacitação; o atendimento; o suporte familiar; e a participação em oficinas, assembleias e reuniões, ou seja, ações que fortalecem a autonomia desses familiares para o protagonismo no tratamento do sujeito em sofrimento psíquico. Percebeu-se ao longo da pesquisa que, apesar de os entrevistados identificarem outras formas de atendimento familiar, como visitas domiciliares, atendimento individual, orientações, entre outros, o principal espaço de suporte familiar são as reuniões de família, que contam com pouca participação.

Considerações finais

A família, como lugar privilegiado de proteção social, passa cada vez mais a ser tomada como “parceira” do Estado e foco das políticas sociais. Apesar de a família exercer sua função protetiva, ela não pode ser um substituto do Estado e nem eximi-lo de suas responsabilidades, o que exige comprometimento com essas políticas e relação cada vez mais escassa perante a minimização das funções estatais.

Nesse cenário, as possibilidades de o Caps pesquisado atuar de forma mais intensiva, propiciando espaços para que as famílias possam exercer seu protagonismo, são restritas diante das condições objetivas do serviço. Identificou-se que, nesse Caps, as atividades oferecidas estão, em sua grande maioria, destinadas ao sujeito em sofrimento psíquico, o que demonstra que, apesar de as políticas sociais apregoarem que a política deve estar voltada para o atendimento familiar, ela ainda atua com foco no individual. E a família é um espaço que facilita o acesso do indivíduo ao serviço, mas que ainda não consegue ser trabalhada em sua totalidade.

Perante essa situação, os trabalhadores do serviço esperam que a política lhes dê maiores condições para o atendimento familiar, o que também pressupõe o protagonismo e articulação desses trabalhadores em prol da efetivação dos princípios norteadores da Reforma Psiquiátrica. Conclui-se, assim, que é necessária a construção de estratégias conjuntas, entre Caps e família, que deem conta de expandir os

espaços de atendimento familiar, ampliando a inserção desses sujeitos como usuários do serviço, que necessitam de apoio e de sustentação para o exercício do protagonismo e de sua função protetiva. Este caminho precisa ser construído coletivamente, pensando em estratégias que fortaleçam o serviço, ao mesmo tempo em que busca alternativas para envolver mais ativamente as famílias, inclusive em torno do seu protagonismo político e do fortalecimento de lutas para avanços na Política Nacional de Saúde Mental.

Artigo submetido em 29/06/2019

Aceito para publicação em 06/11/2019

Referências

ALENCAR, M. M. T. Transformações econômicas e sociais no Brasil nos anos de 1990 e seu impacto no âmbito da família. In: SALES, M. A.; MATOS, M. C.; LEAL, M. C. (Org.). **Política social, família e juventude: uma questão de direitos**. São Paulo: Cortez, 2010. p. 61-78.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, PT: 70, 1977.

BATISTA, A. A. **Trabalho, questão social e serviço social**. Cascavel, PR: Edunioeste, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5. ed. ampl. Brasília: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL INTERSETORIAL, 4**. Brasília: MS, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 34. Brasília: MS, 2013.

BRASIL. Portaria n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial e dá outras providências. **Diário da União**. seção 1, p. 46, 22/01/2018. Brasília.

BRAZ, R. M. A família e os grupos de ajuda e suporte mútuos em saúde mental. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Manual ajuda e suporte mútuos em saúde mental: para facilitadores, trabalhadores e profissionais de saúde e saúde mental**. Rio de Janeiro: Escola do Serviço Social da UFRJ; Brasília: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, 2013. p. 149-168.

CARVALHO, M. do C. B. A priorização da família na agenda da política social. In: KALOUSTIAN, S. M. (Org.). **Família brasileira, a base de tudo**. 8. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: UNICEF, 2008, p. 93-108.

GELINSKI, C. R. O. G.; MOSER, L. Mudanças nas famílias brasileiras e a proteção desenhada nas políticas sociais. In: MIOTO, R. C. T.; CAMPOS, M. S.; CARLOTO, C. M. (Org.). **Familismo, direito e cidadania: contradições da política social**. São Paulo: Cortez, 2015.

KANTORSKI, L. P. et al. Contribuições do estudo de avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil. **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**, v. 1, n. 1, p. 1-9, jan.-abr./2009.

JUCA, V. J. dos S.; NUNES, M. de O.; BARRETO, S. G. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 1, p. 173-182, fev./2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04/12/2019.

LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 105-116, fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1º/06/2015.

NASCIMENTO, A. F.; GALVANESE, A. T. C. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, p. 8-15, 2009. Supl. 1.

PEREIRA, P. A. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. In: SALES, M. A.; MATOS, M. C.; LEAL, M. C. (Org.). **Política social, família e juventude: uma questão de direitos**. São Paulo: Cortez, 2006, p. 25-42.

ROSA, L. C. dos S. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. **Psicologia em Revista**, v. 11, n. 18, p. 205-218, dez./2005.

ROSA, L. C. dos S.; MELO, T. M. F. S. Inserções do assistente social em saúde mental: em foco o trabalho com as famílias. **Serviço Social e Saúde**, v. 7-8, n. 7-8, p. 75-106, dez./2009.

SAMPAIO, J. J. C. et al. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. Um desafio técnico, político e ético. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4685-4694, 2011.

TEIXEIRA, S. M. Política social contemporânea: a família como referência para as políticas sociais e para o trabalho social. In: MIOTO, R. C. T.; CAMPOS, M. S.; CARLOTO, C. M. (Org.). **Familismo, direito e cidadania: contradições da política social**. São Paulo: Cortez, 2015.

VASCONCELOS, E. M. **Desafios políticos atuais para o movimento antimanicomial no Brasil**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/portal/midia/pdfs/reflexao_atual_conjunt_sm_0511.pdf>. Acesso em: 14/10/2019.

SER Social

ESTADO, DEMOCRACIA E SAÚDE

Brasília, v. 22, n. 46, janeiro a junho de 2020

Democracia y derecho a la salud: la contribución de la epidemiología crítica

Entrevistado: Carlos Alvarez-Dardet Diaz¹

Entrevistadora: Andréia de Oliveira²

En sus estudios usted utiliza el término “epidemiología política” como fundamento de sus análisis ¿De qué manera esta epidemiología se articula/relaciona con los determinantes sociales y

1 Catedrático de Medicina Preventiva e Salud Pública en la Universidad de Alicante/España, autor de libros y artículos publicados en revistas especializadas en salud pública. Director del Observatorio de Políticas Públicas y Salud. Miembro del Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública – CIBERESP. Ha sido presidente de la Sociedad Española de Salud Pública – SESPAS y de la Sociedad Europea de Salud Pública y Director de la revista *Journal of Epidemiology and Community Health*. Además, fue miembro de la Comisión Nacional de Evolución de la Actividad Investigadora (CNEAI) y es Director de la revista *Gaceta Sanitaria*.

2 Assistente social. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP). Professora do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília (UnB). E-mail: andreiaoliveiras@gmail.com.

políticos de la salud y/o determinación social de la salud? ¿Cuál la importancia/influencia del territorio en esta perspectiva?

Para nosotros la epidemiología política es una consecuencia directa de la aceptación de los determinantes sociales de la salud por la comunidad científica debido al trabajo de la comisión de la OMS, obviamente la estratificación social por clase social, género y etnia tienen una raíz política (en la explotación laboral y en el dividendo patriarcal <http://bloggaceta.elsevier.es/blog-del-comite-editorial/el-dividendo-patriarcal/>) y se originan y reproducen por decisiones políticas esta es la base de nuestro planteamiento. La reproducción social se realiza sobre todo en base a decisiones que toman instituciones, por ello nuestra definición de epidemiología política es !el estudio de los efectos en salud de las decisiones (o no decisiones) que tomen las instituciones que derivan del poder político!, la primera vez que lo definimos fue en un artículo en BMJ <https://www.bmj.com/content/329/7480/1421> También se puede explorar el papel de la epidemiología en la definición de políticas en este texto <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911108760692> Desde entonces se ha conformado como una línea de trabajo fértil que se usa con frecuencia en nuestro grupo y en otras universidades europeas, se intenta responder a cuales son las causas de la distribución poblacional de los determinantes sociales de la salud, en estos años aplicando epidemiología política he aprendido sobre todo dos cosas, que es mejor investigar sobre cosas que ya están en el debate público, abandonando el papel paternalista de la salud pública y que son muy comparables internacionalmente ya que, con diferencias por el desarrollo institucional en cada país, la mayoría de los países del mundo comparten instituciones y los estudios resultan inteligibles y aplicables directamente en otros contextos. Por ejemplo, en un estudio observamos una relación protectora del número de mujeres en los parlamentos nacionales con la protección sobre el femicidio, de manera que los países que tienen mas mujeres parlamentarias tienen menos violencia de género, esta información puede contribuir al debate sobre igualdad de género en cualquier país del mundo. https://web.ua.es/opps/docs/articulos/gender_Progress_and_Government_Expenditure_as_Determinants_of_femicide.pdf

También es relevante reconocer que con la epidemiología política podemos valorar los efectos de cualquier nivel de acción política, desde el nivel local al supranacional, hemos hecho bastantes trabajos sobre los efectos de las políticas del banco mundial y el fondo monetario internacional en la salud, como hicimos en la tesis doctoral de marco Antonio Palma Solís. https://web.ua.es/opps/webs_tesis/EFFECTOS_DEL_ADELGAZAMIENTO_DEL_ESTADO_EN_LA_SALUD_MUNDIAL.htm

Incluso en un ejercicio pionero de entender los determinantes comerciales de la salud estuvimos analizando los efectos de la organización mundial del comercio en la salud de los pueblos. https://web.ua.es/opps/webs_tesis/EL_ACUERDO_GENERAL SOBRE_EL_COMERCIO_DE_SERVICIOS.htm

¿Considerando el contexto económico actual y los diferentes intereses presentes/en disputa en el sector de salud, cuáles son las posibilidades de la salud pública fundada en los determinantes sociales y políticos? ¿Cómo el modelo de salud occidental orientado a los efectos apoya este sistema político y económico?

Vivimos en un mundo neoliberal, con un orden de género que oprime a las mujeres, post colonial con el norte global dominando la ciencia e ignorando la producida en el sur global y con una robotización y tecnificación aceleradas, en este ambiente las decisiones de las instituciones se hacen mucho más perversas y con potencial daño para la salud. Además de los determinantes que has nombrado cada vez es más patente la importancia de los llamados determinantes comerciales de la salud es decir hay corporaciones que a pesar que saben que hacen daño a la salud de los pueblos siguen con sus mismas actividades y la población y los gobiernos tienen una capacidad muy limitada para reducir el daño. Por ejemplo, empresas brasileñas siguen produciendo asbesto a pesar de que sabemos desde hace 40 años que produce cáncer y el uso del asbesto no está prohibido en muchos países de Latinoamérica precisamente por la presión brasileña. Intente hace dos años una campaña para evitar el uso de asbesto en Brasil pero a pesar de que tuvimos muchos apoyos en sociedades de salud pública de todo el mundo, sigue produciéndose

<http://bloggaceta.elsevier.es/blog-del-comite-editorial/llamamiento-global-a-la-accion-campana-anti-asbesto/>

¿En este contexto cuales son las posibilidades de desarrollar políticas y buenas prácticas de salud orientadas por la perspectiva de los determinantes sociales y políticos y que promuevan la reducción de las desigualdades sociales y de salud?

Creo que aún no se ha explorado hasta el límite la fuerza de las campañas internacionales, que en los últimos años han tenido bastante éxito en la cuestión del cambio climático y del feminismo, pero aun, no hemos explorado a la opinión pública global en cuestiones de salud. Claramente es un problema de regulación o, mejor dicho, por falta de regulación. Ahora mismo hay tribunales especiales de litigios comerciales en los que una compañía privada puede denunciar a un país, por ejemplo, Phillip Morris denunció a Uruguay por su campaña antitabaco, las corporaciones transnacionales han tejido una red de intereses, que se puede retar, de hecho, el gobierno uruguayo salió ganador en la denuncia internacional que le puso la tabaquera. Creo que necesitamos también desarrollar una verdadera diplomacia de salud, los países no son conscientes del daño que producen sus productos y servicios más allá de sus fronteras y esto es algo que tenemos que visualizar con la investigación y tratar de solucionarlo con acciones coordinadas internacionalmente. Los primeros movimientos globales fueron las internacionales de trabajadores, desgraciadamente en nuestros días el internacionalismo proletario casi no existe, mientras que las empresas si tienen sus redes globales y son muy efectivas capturando las decisiones.

¿Cómo la coyuntura política global, marcada por el avance de expresiones de la extrema derecha, impacta las acciones de los agentes e instituciones de salud?

La coexistencia de gobiernos de ultraderecha en países como Brasil, Filipinas EEUU, Polonia y Austria suponen un grave peligro para los consensos democráticos de nuestra época. Hace veinte años, nadie pensaría que lo que está haciendo la UE con los emigrantes de África fuera posible. El derecho de asilo y de salvamento marítimo están siendo vulnerados todos los días en el mediterráneo. He

estudiado el comportamiento de los países árabes del mediterráneo en el siglo XVII y tenían un comportamiento más respetuoso con los derechos humanos que los que tienen en la actualidad los países de la civilización más avanzada Europa <https://jech.bmj.com/content/70/10/947.info> – Public health lessons for refugee reception: the example of Sidi Bulgayz.

¿Puede considerarse la atención primaria de salud un espacio positivo para la intervención sobre los determinantes sociales de la salud?

Por supuesto que lo es, y además Brasil ha dado una lección al mundo con su sistema de atención primaria, yo mismo hice una valoración hace algunos años en la que participaron Erno Harzeim y Barbara Starfield. Precisamente Erno está ahora trabajando en el gobierno brasileño como responsable de atención primaria, lo que me hace tener esperanzas de que el daño no sea grande https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2006000800013&script=sci_arttext

¿Cuáles son los desafíos y las tendencias en la atención primaria de salud en la actualidad, considerando los sistemas de salud universales?

Creo que la situación es positiva, aunque hay que avanzar bastante en el nivel político, aun muchos países no tienen atención primaria decente y accesible por la población, creo que hay que crear más redes de contactos entre países, y no solo entre los profesionales de la salud sino también entre los activistas, movimientos como la people's health assembly o asamblea de la salud de los pueblos creo que tienen mucho sentido <https://phm-na.org/es/peoples-health-assembly/>

Hay ejemplos de países que han retrocedido y países que han avanzado en servicios de salud. ¿Cómo podemos analizar el momento brasileño actual en este contexto?

Creo que Brasil aún tiene una excelente atención primaria pero obviamente la macro tendencia de un gobierno neoliberal hace preocuparse por la sostenibilidad política del sistema público de salud en Brasil hasta ahora los recortes han sido selectivos pero muy simbólicos, como ha ocurrido con las insti-

tuciones de las mujeres en Brasil, como denunciarnos en un artículo hace poco tiempo https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2016000800301&script=sci_arttext&tlng=es

Las relaciones de género, clase social y étnico-raciales se presentan en sus estudios como transversales y estructurantes de los determinantes sociales de las desigualdades en salud. ¿En esta perspectiva, cómo evalúa el impacto del crecimiento de gobiernos conservadores y sistemas económicos liberales en la formulación de políticas que aborden las necesidades sociales y las inequidades en salud de los diferentes grupos de población?

Mas que los gobiernos me preocupa la aparente falta de respuesta popular a estas cuestiones. Estamos viviendo varias crisis al mismo tiempo, y no parece haber una respuesta adecuada al tamaño de los retos que tenemos enfrente. Pero estoy de acuerdo contigo en que es más que preocupante la acción de muchos gobiernos, por ello estoy deseando que hagamos el estudio de las estrategias de participación y resistencia populares a los recortes en salud en Brasil y España y podamos tener respuesta a muchas preguntas, identificar posibles tendencias de organización y movilización social considerando los desafíos del derecho a la salud em los tiempos contemporáneos.

Artigo submetido em 29/09/2019

Aceito para publicação em 30/10/2019

SER Social

ESTADO, DEMOCRACIA E SAÚDE

Brasília, v. 22, n. 46, janeiro a junho de 2020

Aporte histórico sobre os direitos trabalhistas no Brasil

Historical inputs about labour rights in Brazil

Mauri Antônio da Silva¹

Resumo: O artigo analisa a construção das leis trabalhistas no Brasil como resultado das lutas sociais que vem atravessando a história do país desde a transição do Império à República, tomando como base de análise obras de autores que estudam o mundo do trabalho brasileiro. Uma retrospectiva histórica demonstra a ascensão dos direitos, que teve seu auge na elaboração da Constituição Federal de 1988, e sua posterior regressão materializada na reforma trabalhista de 2017, aprovada em um contexto de profunda crise econômica, social e política. O estudo mostrou que a flexibilização das leis do trabalho foi um mecanismo que contribuiu para o aumento da precarização laboral. Evidenciou-se ainda que medidas de contratendência do capital à lei tendencial de queda da sua taxa de lucro, tais como o desemprego, a intensificação da atividade laboral e a

1 Docente de Ensino Superior, doutor em Serviço Social (UFSC), mestre em Sociologia Política (UFSC), bacharel em Serviço Social (UFSC), licenciado em Estudos Sociais e História (Udesc), professor doutor da Universidade Estadual de Tocantins (Unitins). E-mail: mauri.silva19@gmail.com.

redução dos salários, contribuíram significativamente para o aumento da precarização do trabalho.

Palavras-chaves: leis trabalhistas; lutas sociais; Brasil.

Abstract: This article analyses the labour laws establishment in Brazil as the social struggle results across the Brazilian history from Empire to Republic, based on the analysis of authors whose productions studied the world of work in Brazil. A historical retrospective demonstrate the rights ascension, and its climax at the Federal Constitution elaboration in 1988, and its regression at the Labour reform from 2017, approved during a deep economic, social and political crisis. The research indicates that the flexibility labour laws was a mechanism that contributed to increase the precariousness of work. It was also evidenced that measures of counter-tendency of capital to the law tendency of fall of its rate of profit, such a, unemployment, increased workloads, wage cut, have significantly contributed to increase the precariousness of work.

Keywords: labour laws; social struggle; Brazil.

Introdução

Ainda hoje, no Brasil, os trabalhadores são submetidos a duras condições de trabalho e a baixos salários, por isso, o conhecimento da história do país é fundamental para compreendermos o presente, e discutirmos estratégias para a construção de melhores condições de trabalho e vida para milhões de brasileiros.

Este artigo busca contribuir para uma compreensão histórica da formação do capitalismo no Brasil, das lutas sociais levadas a cabo pelo proletariado e as conquistas trabalhistas materializadas na Consolidação das Leis do Trabalho de 1943, que foram criticadas pela classe empresarial brasileira como atrasada e inadequada à reestruturação produtiva do capitalismo mundial, para que conseguissem a aprovação da reforma trabalhista, em 2017, que destruiu mais de 120 artigos da CLT e flexibilizou dispositivos constitucionais.

A legislação social, que foi produto da luta do proletariado, tem que ser conhecida a fundo, para que o movimento operário faça a defesa de sua perenidade como patrimônio intangível da dignidade do trabalhador brasileiro.

As lutas sociais pela legislação trabalhista no Brasil

O despotismo das classes dominantes sobre os trabalhadores vem da herança colonial. A estratificação social historicamente gerada no Brasil tem como sua característica uma racionalidade na qual uma minoria que monta seus negócios se enriquece com a subjugação e degradação da maioria da população. As classes dominantes, herdeiras da mentalidade dos senhores de escravos, enxergam os trabalhadores como “mera força de trabalho destinada a desgastar-se no esforço produtivo e sem outros direitos que o de comer enquanto trabalha, para refazer suas energias produtivas, e o de reproduzir-se para repor a mão de obra gasta”. (RIBEIRO, 1995, p. 212).

Na construção do Brasil, foram gastos cerca de 12 milhões de negros, como principal força de trabalho que tudo produzia e edificava. Ao fim do Império colonial, era uma das maiores massas negras do mundo moderno e sua abolição foi a causa principal da queda do Império e da Proclamação da República. Mas, logo as classes dominantes reorganizaram a exploração do trabalho, importando milhões de imigrantes da Europa, cuja população se convertera em um enorme excedente de trabalhadores exportável a baixo preço. (RIBEIRO, 1995, p. 220-221).

Sabe-se que a formação econômica brasileira, baseada nas plantações e na exportação de produtos agrícolas e minerais, sempre esteve na dependência dos centros imperialistas, inicialmente Portugal, da qual era colônia, de forma direta, e depois de forma indireta, em relação à Inglaterra que era, no século XIX, a principal potência capitalista mundial e maior credora da dívida externa brasileira. (FERNANDES, 1974; 1975).

A economia brasileira desenvolveu-se, desde o início, em estreita dependência do mercado capitalista mundial, criando uma esfera de circulação com o capital europeu e adquirindo alta forma mercantil. (KOVAL, 1982, p. 48).

A economia colonial de base escravista criou as bases da acumulação capitalista que se desenvolveria a partir do final do século XIX,

com a introdução do trabalho assalariado em substituição ao trabalho escravo, amplamente predominante até então.

Para se ter uma ideia do trabalho escravo no Brasil, basta saber que, em 1798, 61% da população brasileira era composta por escravos que vinham traficados da África, por mercadores, muitos deles ingleses, que levaram da África quatro vezes mais escravos que todos os mercadores juntos. (KOVAL, 1982, p. 43).

Segundo Koval (1982, p. 44), o lucro com a venda de escravos atingia 300% ou mais nos séculos XVI e XVIII:

O grande especialista em problemas da economia colonial, R. Simonsen, calculou que na compra de escravos negros foram gastos cerca de 100 milhões de libras esterlinas, e o lucro obtido com a exploração de seu trabalho ultrapassou 536 milhões de libras esterlinas.

Já então as condições de trabalho e vida eram extremamente precárias, os senhores reduziam ao extremo todas as despesas com a reprodução da vida do escravo, a cerca de 4 libras esterlinas ao ano. Como resultado, o escravo não chegava a trabalhar habitualmente dez anos e a mortalidade ultrapassava em quase três vezes a natalidade no limite das plantações (e até mesmo nas proporções de todo o país). (KOVAL, 1982, p. 45).

Ianni (1989, p. 146) explica que, no regime do trabalho escravo, havia uma questão social, posta de modo aberto e transparente:

O escravo era expropriado no produto do seu trabalho e na sua pessoa. Sequer podia dispor de si. Era propriedade do outro, do senhor, que podia dispor dele como quisesse: declará-lo livre ou açoítá-lo até a morte. A contrapartida, na perspectiva do escravo, era o suicídio, a tocaia contra o senhor, membros da família deste e capatazes, rebelião na senzala, fuga, formação de quilombo, saque, expropriação. Não havia dúvidas sobre a situação relativa de um e outro, escravo e senhor, negro e branco. Não se abria qualquer possibilidade de negociação.

Com a liquidação da dominação colonial portuguesa chega ao fim a economia pré-capitalista no Brasil e se inicia o trânsito para a nova via capitalista.

A mentalidade conservadora e autoritária das classes dominantes brasileiras era avessa à introdução de uma legislação social e trabalhista rápida e imediata. A regulação lenta e tardia do mercado de trabalho pode ser constatada na continuidade do trabalho escravo que sobrevive após a declaração da independência nacional, em 1822. Assim, os 66 anos de independência convividos com a escravidão (1822-1888) ocorreram num contexto de negociações graduais e pontuais acerca do lento e demorado processo de ruptura com a escravidão, que se inicia, em 1850, com o fim do tráfico negreiro, através da Lei Eusébio de Queiroz, sendo posteriormente sucedido pela introdução da legislação esparsa de contenção do uso de mão de obra escrava, configuradas nas leis do *Ventre Livre*, em 1871, e dos *Sexagenários*, em 1885 (POCHMANN, 2011, p. 94). Portanto, desde os seus primórdios, no século XIX, a legislação trabalhista brasileira foi conquistada pela ação organizada dos trabalhadores em defesa de melhores condições de vida e trabalho.

Segundo Koval (1982), a primeira greve registrada é em 1858, pelos gráfcos da capital, que suspenderam juntos o trabalho.² A situação dos gráfcos era muito difícil: a jornada de trabalho não era regulamentada, os salários eram miseráveis. Eles iam trabalhar às 3 horas da tarde e prosseguiam durante toda a noite até ao amanhecer. Devido ao aumento da carestia, eles pediram aumento de salários

2 Marcelo Badaró Mattos vem incorporando, na historiografia brasileira, as greves de trabalhadores escravos que, inclusive, antecederam essa greve, que vem se constituindo num campo de estudos de “história global do trabalho”. Uma greve no estabelecimento da Ponta de Areia, de propriedade de Mauá, foi registrada pelo jornal *A Pátria*, de Niterói, em 26/11/1857. “Ontem, das onze para o meio-dia, segundo nos informam, os escravos do estabelecimento da Ponta da Areia levantaram-se e recusaram-se a continuar no trabalho, sem que fossem soltos três dos seus parceiros, que haviam sido presos por desobediência às ordens do mesmo estabelecimento. Felizmente, o levantamento não ganhou terreno, pois o Exmo. Sr. Dr. Paranaguá (o Chefe de Polícia da Província), apenas teve a notícia, dirigiu-se ao local e fez conduzir à casa de detenção, presos, os 30 e tantos amotinados” (MATTOS, 2009, p. 28-29). O estabelecimento de Ponta da Areia era uma fundição e estaleiro organizado em muitas oficinas que empregava cerca de 600 operários, dos quais um quarto deles escravizados. Além de compartilharem espaços de trabalho, escravizados e livres estavam juntos em formas de luta.

e os patrões negaram. Em sinal de protesto, os operários pararam o trabalho, em janeiro desse ano, e, apesar da repressão do Estado, mantiveram a luta e foram vitoriosos.

Em 1863, em Barra do Piraí, ocorreu uma grande greve de ferroviários. Quatrocentos guardas da Guarda Nacional foram mobilizados para reprimir a paralisação. Em 1866/1874, realizaram suas primeiras greves os marceneiros, carregadores, pedreiros, trabalhadores de construção e dos transportes do Rio de Janeiro, São Paulo, Socorro e outras cidades. (KOVAL, 1982, p. 73).

Segundo Koval, durante todo o período inicial (até 1890), o movimento proletário esteve em forma embrionária, não possuía caráter autônomo e não desempenhou papel de destaque na vida política do Brasil. O antagonismo das classes ainda não se revelara plenamente. Mas com o desaparecimento do absolutismo e da escravidão, as contradições de classe foram se manifestando cada vez mais fortes, abrindo caminho para a formação do proletariado brasileiro como classe independente.

Após a abolição da escravatura, a situação econômica dos trabalhadores não obteve nenhuma melhora e até foram reduzidos os salários em função do aumento da força de trabalho disponível. De acordo com Maringoni (2013):

A abolição dos escravos, em 1888, restringiu-se à libertação, sem medidas complementares, como reforma agrária, ampliação do mercado de trabalho para os libertos, acesso à educação, saúde etc. Ou seja, sem direitos de cidadania a não ser o do fim do cativo. Era um progresso insuficiente para a construção de um país democrático.

Os trabalhadores iniciaram a luta pelo reconhecimento ao direito de greve e pelos primeiros direitos trabalhistas no Brasil. No Rio de Janeiro, o Centro da Classe Operária da capital, fundado em 1890, foi ativo na luta contra a punição penal por participação em greve. Os operários, no decorrer da luta, conquistaram êxitos parciais. Em junho de 1890, os ferroviários depois de uma greve tenaz, conquistaram o direito à pensão por tempo de trabalho; em janeiro de 1891, surgiram

os primeiros decretos oficiais regulamentando o trabalho de adolescentes nas empresas do Rio de Janeiro. (KOVAL, 1982, p. 87).

Uma ampla propaganda revolucionária era desenvolvida pela imprensa operária da época, que, em sua base, era orientada contra a exploração capitalista e na defesa dos interesses da classe trabalhadora, mas pouco se falava sobre a situação dos camponeses.

Os primeiros a lutar por uma organização política operária foram os socialistas brasileiros que representavam a intelectualidade pequeno-burguesa revolucionária, os operários brasileiros instruídos e também os imigrantes. Na cidade de Santos, em 1889, foi criado o primeiro Círculo Socialista, sob a direção de Silvério Fontes, Sóter de Araújo e Carlos de Escobar.

Os socialistas brasileiros aderiram a II Internacional, fundada em 1889. Na II Conferência dos Socialistas Brasileiros, realizada em São Paulo, em 15 de abril de 1894, foram debatidas as resoluções da Internacional Socialista e elaborado o plano de comemoração do 1º de maio. Os congressistas aprovaram: “Organizar uma grande manifestação internacional para que em todos os países, em todas as cidades, em um dia marcado, as massas dos trabalhadores exijam das autoridades a redução da jornada de trabalho para oito horas, na base da lei, e também a concretização de outras resoluções do Congresso de Paris” (KOVAL, p. 90-91). Os congressistas não puderam realizar seus planos, pois a Conferência foi dispersa pela polícia, que prendeu vários delegados.

Em 1895, o Centro, que tinha uma biblioteca com literatura socialista e obras de Marx e Engels, organizou a primeira manifestação do 1º de maio no Brasil. Ele promovia regularmente debates, leituras coletivas, conferências etc., tendo publicado uma revista teórica *Questão Social*, cujos redatores eram Silvério Fontes, Sóter de Araújo e Carlos de Escobar.

Tudo indicava que, em meados dos anos 1890, já existia organização operária no Brasil. O Centro Socialista era a organização mais ativa e, no início de 1897, organizou uma greve de operários da fábrica João Adolfo contra as tentativas do empresário de reduzir os salários.

O Comitê Operário e representantes do Centro Socialista lutavam por aumento de 25% nos salários, regulamentação das tarefas de produção, pelo direito a intervalo durante o trabalho, proibição das demissões sem o consentimento das comissões operárias, melhoria da segurança técnica etc. (KOVAL, p. 93).

Essas justas reivindicações foram apoiadas por trabalhadores de outras empresas de São Paulo que chegaram a fazer greves de solidariedade, em alguns locais. Os empresários sufocaram as manifestações com a polícia e muitos operários foram demitidos.

Em 1896, no Rio de Janeiro, organizou-se finalmente o Congresso de fundação do Partido Socialista Operário, com a presença de 400 delegados de todos os grupos socialistas. Este partido, no entanto, foi muito débil, em virtude de profundas divergências internas entre seus membros.

Em 1900, foi fundado o Clube Internacional Filhos do Trabalho. Euclides da Cunha preparou o programa do Clube, que, na avaliação de Koval, tinha uma perspectiva reformista, superestimando os fatores morais como impulsionadores de mudanças. O seu programa de lutas coloca muitas questões que futuramente seriam incorporadas na legislação trabalhista brasileira.

No primeiro grupo, entram reivindicações visando à melhoria da situação econômica dos operários, tais como a proibição do trabalho de adolescentes menores de 15 anos, pensões, cuidados com os inválidos e viúvas, luta contra o alcoolismo, melhoria das condições habitacionais etc. No segundo grupo, sobressaíam-se reivindicações de caráter mais político: igualdade de direitos para as mulheres, instrução primária obrigatória (gratuita para os pobres), “justiça para todos”, “criação de bolsas de trabalho” e de “tribunais de arbitragem” para a solução de conflitos entre operários e empresários, a decretação da jornada de 08 horas. No terceiro grupo, entravam reivindicações nacionais e democráticas: renúncia à prática viciosa de empréstimos externos, “nacionalização do crédito”, utilização das riquezas da Igreja para satisfazer às necessidades sociais, “substituição do Exército pelo povo armado”, entre outros. (KOVAL, 1982, p. 95).

Na história do movimento operário brasileiro, um lugar especial ocupa o período em que foram hegemônicas as correntes do anarcossindicalismo que floresceu nos primeiros 20 anos do século XX. Era uma corrente revolucionária, mas de caráter pequeno-burguês, influenciada pela migração de origem europeia.

De acordo com Koval (1982, p. 100), houve grande importação de força de trabalho da Europa, que teve forte influência na ideologia anarcossindicalista que formou os primeiros embriões da luta proletária no Brasil. “Em 1884-1893, a afluência de imigrantes da Itália, Portugal, Espanha e de outros países europeus atingiu a cifra de 883,6 mil pessoas. No decênio seguinte, o Brasil absorveu 862,1 mil imigrantes e, em 1904-1913, seu número atingiu 1 milhão de pessoas”. Era uma força laboral barata que influía diretamente no mercado de trabalho, dando aos capitalistas a possibilidade de pagar baixos salários, pois podia se encontrar fora das fábricas pessoas dispostas a trabalhar em quaisquer condições para não morrer de fome.

Havia, portanto, um amplo contingente de desempregados que comprimia os salários para baixo. Iamamoto (1982) ensina que se observava, no início do século XX, a existência de crianças operárias de até cinco anos e castigos corporais infligidos a aprendizes. As jornadas de trabalho eram extensas. No início do século, a jornada normal de trabalho era de 14 horas; em 1911, era em média de 11 horas; e, por volta de 1920, de 10 horas.

Greves em vários setores são relatadas por Koval (1982, p. 104). Uma, em 1904, tem um destaque no cenário das lutas sociais do início do século. Explodiu, em São Paulo e no Rio de Janeiro, uma série de greves em luta pela conquista da jornada de 8 horas de trabalho. O governo enviou unidades do Exército para a capital, com a finalidade de esmagar a greve; na Bahia de Guanabara, entraram navios de guerra e a capital ficou em estado de guerra. Operários de várias cidades organizaram manifestações de protesto contra a repressão. Correu por todo o país uma onda de greves: gráficos e construtores de São Paulo, portuários de Santos, tecelões de Sorocaba e marinheiros desenvolveram uma intensa atuação. Os ferroviários da Estrada de Ferro Paulista, que era propriedade de capitalistas ingleses, organizaram *uma greve*

de solidariedade. Metalúrgicos e trabalhadores em serviços de bondes em São Paulo entraram em greve. O governo do presidente Rodrigues Alves enviou tropas regulares para reprimir as paralisações.

As atividades combativas do proletariado brasileiro despertaram a classe para a necessidade de construção de uma organização nacional por meio da realização, em 1906, do I Congresso Operário Brasileiro, que elaborou detalhadamente a tática das “ações diretas”. As principais formas de luta contra o capital eram a greve parcial ou geral, o boicote, a sabotagem, a manifestação política, denúncias públicas e outras, que dependeriam das condições adequadas a serem decididas oportunamente pelos sindicalistas. Foi estabelecida como prioridade do movimento a conquista da jornada de 8 horas de trabalho.

O I Congresso Operário exortou a “obrigar à força o governo a respeitar os direitos dos trabalhadores” e a decretar leis sobre a proteção do trabalho, concessão de pensões, salário mínimo garantido mesmo em situações de fechamento da empresa etc. (KOVAL, 1982, p. 109).

Os dirigentes dos departamentos de polícia do Brasil, Argentina e Uruguai concluíram um pacto de luta contra “ladrões, comunistas e anarquistas”, entretanto, todas as tentativas das classes governantes de esmagar o sindicalismo revolucionário não tiveram sucesso.

Depois do Congresso, o movimento operário adquiriu um caráter de massa, com forte ênfase na luta pela jornada de 8 horas de trabalho. Em 1º de maio de 1906, em muitas cidades do país, houve comícios e manifestações públicas nas quais os operários reivindicavam a introdução das 8 horas de trabalho nas indústrias. Seguiram-se várias greves em categorias como ferroviários, têxteis, pedreiros e metalúrgicos no Estado de São Paulo, onde se concentravam as principais indústrias do país.

Em março de 1908, foi criada a Confederação Operária Brasileira (COB). Esta organização sindical reunia mais de 50 sindicatos (14 da capital, 12 de São Paulo, 3 de Santos, 8 do Estado da Bahia e outros). A existência da COB foi efêmera, mas, mesmo assim, ela dirigiu várias lutas até o ano de 1912, entre as quais cita-se a mani-

festação de 10 mil trabalhadores na capital contra o perigo do conflito bélico com a Argentina. (KOVAL, 1982, p. 111).

Em 1909, os sindicalistas desenvolveram várias ações de solidariedade com os revolucionários espanhóis, denunciando o assassinato do anarquista espanhol Francisco Ferrera. Um comício contra o assassinato reuniu mais de 5.000 pessoas. Em 1910, quando estourou uma revolta dos marinheiros contra os castigos corporais, vários sindicatos apoiaram a luta pela abolição de tais castigos, que ficou conhecida como Revolta da Chibata, liderada pelo marinheiro João Cândido.

A atuação da ala revolucionária do movimento enfrentava a concorrência da ala moderada e isto levou à divisão do movimento entre a Confederação Operária Sindicalista e a Confederação Brasileira do Trabalho que apresentou um programa no qual constava a luta pela jornada de trabalho de 8 horas e o salário mínimo garantido; concessão do descanso semanal remunerado aos domingos, ajuda às vítimas de acidentes do trabalho; regularização das cotas de trabalho, limitação da jornada de trabalho para mulheres e adolescentes, proibição do trabalho de menores de 14 anos; introdução obrigatória da previdência social (à custa de contribuições do Estado, dos patrões e dos próprios operários); substituição dos contratos de trabalho individuais por coletivos e a solução de conflitos laborais por meio de arbitragem. (KOVAL, 1982, p. 113-114).

Segundo Koval (1982), a divisão do Congresso de 1912 acentuou a luta interna entre sindicalistas revolucionários e a corrente reformista cooperativista do tipo trabalhista moderado. Esse Congresso teve o “predomínio da linha oportunista”, afirma o estudioso. Como consequência, formaram-se duas organizações: uma de esquerda (A Confederação Operária), encabeçada por revolucionários sindicalistas, e uma de direita (Confederação do Trabalho), reformista.

Várias greves continuaram a ocorrer, como uma greve geral de operários do Estado de São Paulo, em junho e julho de 1917, que assinala o ascenso do movimento operário e foi a primeira grande luta entre capital e trabalho no país. A contribuição do sindicalismo revolucionário foi fator importante na organização das reivindicações econômicas e políticas do proletariado em formação.

Em dezembro de 1917, o governo regulamentou por Decreto o trabalho infantil e feminino: o trabalho de crianças menores de 12 anos foi proibido por completo; para adolescentes de 12 a 15 anos de idade, a jornada de trabalho foi fixada nos limites de 5 horas, sendo que isto não deveria ser um obstáculo para os estudos na escola; proibiu-se a presença de adolescentes em trabalhos de caráter perigoso e insalubre, bem como foi proibido totalmente utilizar trabalho de mulheres e menores de 18 anos em serviços noturnos. O art. 95 do Decreto proibia o trabalho de mulheres grávidas um mês antes e um mês depois do parto, sem compensação. Eram as importantes conquistas operárias de milhares de trabalhadores que fizeram a greve contra a exploração patronal. (KOVAL, 1982, p. 145).

Na década de 1920, muitas greves foram realizadas. Em março de 1929, houve uma greve geral política dos gráficos em São Paulo, com duração de três meses. Houve intervenção da polícia, mas os trabalhadores conseguiram uma vitória parcial.

Em 1929, ocorreu o Congresso Constituinte da Confederação Geral dos Trabalhadores do Brasil. Os sindicatos católicos e reformistas se negaram a participar. Logo após sua fundação, a CGT, que tinha a participação dos comunistas, conseguiu a adesão de novos sindicatos e representava 80 mil operários.

Com a ascensão de Getúlio Vargas³ ao poder, em 1930, inaugurou-se nova etapa na luta de classes. Vargas desenvolveu um reformismo liberal-burguês. Ao mesmo tempo em que construiu uma legislação de controle sindical, outorgou leis trabalhistas que contemplavam as massas trabalhadoras em suas reivindicações trabalhistas que vinham se desenvolvendo por meio das greves, nas décadas anteriores. Ao mesmo tempo, foi criada a Justiça do Trabalho, que, em sua exposição de motivos, reconhece que a questão social nos países capitalistas “se caracteriza pela necessidade de redistribuição da

3 Segundo Marini (2000, p. 76): “É primariamente a crise da economia cafeeira e a pressão da nova classe industrial para participar do poder que produziram o movimento revolucionário de 1930, o que obriga a velha oligarquia latifundiária a romper seu monopólio político e instala no poder a equipe revolucionária encabeçada por Getúlio Vargas”.

riqueza acumulada” e que sua função é assegurar “proteção a quem trabalha”. (SEVERO, 2017, p. 32).

De acordo com Mattos (2009), o governo provisório de Vargas (1930-34) promoveu a centralização político-administrativa do Estado brasileiro e uma política econômica voltada para o desenvolvimento nacional, privilegiando setores relegados a um segundo plano (especialmente o setor industrial), contudo, sem que se abandonasse o apoio à oligarquia agrária.

Em relação direta com os sindicatos, foi inaugurada uma política social em que se destacam as leis previdenciárias e trabalhistas. A legislação social compôs-se de quatro núcleos:

[...] a) a legislação previdenciária, que generalizou as primeiras experiências dos anos 1920 com as caixas de aposentadorias e pensões, mais tarde chamadas de institutos, que, com contribuições do Estado, dos patrões e dos empregadores, iriam garantir um mínimo em termos de seguridade social – aposentadorias, pensões, indenizações e assistência médica; b) as leis trabalhistas propriamente ditas, que regulavam jornadas e condições de trabalho, férias, descansos semanais remunerados, pisos salariais etc.; c) a legislação sindical que instituiu o modelo do sindicato único por categoria e região (monopólio da representação), a estrutura vertical por categorias (sindicatos locais, federações regionais e confederações de abrangência nacional), e a tutela do Ministério do Trabalho sobre as entidades sindicais, com poder de fiscalização das atividades e de intervenção nas direções; d) as leis que instituíam a Justiça do Trabalho, encarregada de arbitrar os conflitos de natureza trabalhista. (MATTOS, 2009, p. 62-63).

A partir da década de 1930, no governo do presidente Getúlio Vargas, deu-se início à construção do arcabouço da legislação social do trabalho no Brasil. No governo Vargas, o Estado se projetou como centro dinâmico de decisão e impulso da acumulação capitalista. As políticas fiscal, tarifária, monetária e cambial se integraram em escala crescente com o objetivo de propiciar créditos e incentivos a investimentos cada vez mais induzidos pelo poder estatal. Além disso, o Estado também se incumbiu de regular o mercado de traba-

lho e as condições de reprodução da força de trabalho que ganhou estatuto especial na arrancada para a industrialização. Nas palavras de Getúlio, a questão operária deixava de ser *questão de polícia* para se tornar *questão de política*. Os governantes passaram a tratar os trabalhadores como interlocutores legítimos e uma legislação social foi ampliada, sistematizada e aplicada. Certas reivindicações do proletariado foram legitimadas e o poder público se inseriu como mediador das relações entre as classes. (IANNI, 1989, p. 133).

Para Souza (1997, p. 139), ao mesmo tempo em que o Estado, por meio de Vargas, fazia concessões à classe operária, que vinha de um período anterior de muitas lutas pela conquista dos direitos trabalhistas, ele tenta cooptá-la por meio de uma legislação sindical corporativista que organiza a colaboração entre as classes sociais. No tocante à legislação social, o governo provisório de Getúlio Vargas as reconhece como uma etapa progressiva necessária da história brasileira:

A organização sindical, a lei de férias, a limitação das horas de trabalho, o salário mínimo, as *comissões de conciliação*, as caixas de pensões, o seguro social, as leis de proteção às mulheres e aos menores realizam velhas aspirações proletárias de solução inevitável. (VARGAS, 1938, apud SOUZA, 1997, p. 139, grifos do autor).

O padrão trabalhista inaugurado por Vargas pressupunha forte intervenção do Estado na regulação do mercado de trabalho, como contraponto aos liberais que, à época, resistiam às reivindicações trabalhistas. Nas palavras de Vargas:

O individualismo excessivo, que caracterizou o século passado, precisava encontrar limite e corretivo na preocupação predominante do interesse social. Não há nessa atitude nenhum indício de hostilidade ao capital, que, ao contrário, precisa ser atraído, amparado e garantido pelo poder público. Mas o melhor meio de garanti-lo está justamente em transformar o proletariado numa força de cooperação orgânica com o Estado e não o deixar, pelo abandono da lei, entregue à ação dissolvente de elementos perturbadores, destituídos de sentimentos de pátria e família. (VARGAS, 1938, apud SOUZA, 1997, p. 140).

Em 1º de maio de 1940, o governo Vargas atende a uma antiga reivindicação dos trabalhadores: a criação de um salário mínimo nacional, como patamar básico da sua remuneração. Em 1º de maio de 1943, foi promulgada, pelo Decreto-Lei nº 5.452, a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), reunindo as leis sobre o direito individual do trabalho, o direito coletivo do trabalho e o direito processual do trabalho (NASCIMENTO, 1999, p. 65). Esta legislação trabalhista, sacramentada pela CLT, estabeleceu os princípios normativos gerais que regem o trabalho no Brasil até os dias de hoje e os direitos, como a jornada de trabalho de 8 horas. Contudo, a CLT ficou restrita aos trabalhadores urbanos, atingindo menos de 15% dos que trabalhavam, considerando-se que, até 1960, o Brasil foi majoritariamente dependente da atividade agropecuária. (POCHMANN, 2011, p. 95).

A Constituição Republicana de 1946 foi considerada a mais democrática e abrangente de todas até então, incluindo conquistas como a “participação obrigatória e direta do trabalhador nos lucros da empresa”, a jornada diária de oito horas de trabalho, a “proibição de trabalho a menores de 14 anos”, a “assistência aos desempregados”, a obrigatoriedade da “instituição do seguro pelo empregador contra os acidentes do trabalho” e a assistência à maternidade, à infância e à adolescência. Assegurou, ainda, o direito de greve e reafirmou a educação como direito de todos. (MARINGONI, 2013).

Nas décadas seguintes, cresceram as lutas sociais no Brasil em busca da conquista e da garantia dos direitos sociais e trabalhistas. Uma greve geral, comandada pela Confederação Nacional dos Trabalhadores da Indústria (CNTI), em 1961, conquista o 13º Salário, custando a prisão de milhares de trabalhadores. O auge dessas lutas se dá com a criação do Comando Geral dos Trabalhadores (CGT), que agrupava as Confederações sindicais dos trabalhadores na indústria, no transporte, bancários e agrícolas, lutando pela democratização do poder, por restrições e controle ao capital estrangeiro, maior presença do Estado na economia e reforma agrária (ROSSI; GERAB, 2009, p. 43-44). A agudização dos conflitos sociais e políticos levou o país à ditadura civil-militar de 1964, que interviu na estrutura sindical para frear as lutas dos trabalhadores por *reformas de base* que permitissem avanços sociais, políticos, econômicos e culturais.

Segundo Dos Santos (2015, p. 34), o Golpe de Estado de 1964 “cerrou a porta ao avanço nacional-democrático, colocando o país no caminho do desenvolvimento dependente, apoiado no capital internacional e num ajuste estratégico com o sistema de poder mundial”. O conflito entre os interesses norte-americanos e o desenvolvimento nacional brasileiro não seria mais superado enquanto durasse “essa parceria selada com ferro e fogo no assalto ao poder de 1964”.

A exploração dos trabalhadores foi enormemente facilitada pela introdução do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (1966), após o golpe militar. O fundo foi um instrumento legal que suprimiu a estabilidade no emprego após dez anos de serviço que estava garantida na CLT. O ex-ministro da economia qualificou o instrumento legal como uma medida necessária para acabar com o “passivo laboral” (ou seja, os trabalhadores com direito à indenização em face da demissão). O FGTS foi funcional para as burguesias nacional e internacional, pois aumentou a rotatividade do trabalho, reduziu os salários e criou bases para favorecer a “centralização do capital”. (MARINI, 2000, p. 214).

Dados de uma pesquisa do Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos (Dieese) mostraram aumento da rotatividade, em função da adoção do FGTS. Em 1974, com base em dados captados através de estudos realizados pela Fundação Instituto de Investigações Econômicas da Universidade de São Paulo, se verificava que a rotatividade era de 72% na indústria automobilística e de 63% na indústria eletroeletrônica e metalúrgica, todos eles considerados ramos “dinâmicos” da economia brasileira. (MARINI, 2000).

Após vários anos de arrocho salarial e subordinação da economia nacional aos interesses do capital internacional, o movimento sindical renasceu por meio de greves que estouraram na região do Grande ABC, em São Paulo. Do final da década de 1970 em diante, os trabalhadores se organizaram crescentemente em sindicatos que lutavam por melhores salários e condições de vida, conjugando suas pautas sindicais com a luta pela democratização do país, que era essencial para possibilitar a existência de relações de trabalho democráticas. (LARA; SILVA; 2015).

Nos anos 1980, o movimento sindical dos trabalhadores, especialmente o novo sindicalismo, viveu um momento positivo desenvolvido por vários segmentos da classe trabalhadora: operários industriais, assalariados rurais, funcionários públicos e diversos setores assalariados médios. As reivindicações trabalhistas eram impulsionadas por um movimento que se caracterizou pela organização de greves gerais por categorias (como a dos bancários de 1985), greves com ocupação de fábricas (como a da General Motors, em São José dos Campos, realizada em 1985, e a da Companhia Siderúrgica Nacional, em Volta Redonda, ocorrida em 1989). Foram inúmeras greves por empresas, até a eclosão das greves gerais nacionais, entre as quais a de março de 1989, que atingiu 35 milhões de trabalhadores, constituindo-se na maior greve geral da história do país e a expansão das greves que chegou ao total de 2.259, sendo que, no ano de 1988, “63,5 milhões de jornadas de trabalho foram paralisadas”. (ANTUNES, 2000, p. 237).

Durante a Assembleia Nacional Constituinte de 1987/1988, já na fase da transição democrática, os movimentos sindicais e sociais – cuja maior expressão era a Central Única dos Trabalhadores (CUT) – conseguiram incluir na Constituição Federal de 1988 vários direitos trabalhistas que aprimoraram a CLT: redução da jornada de trabalho de 48 para 44 horas, licença paternidade de cinco dias, licença maternidade de quatro meses para as gestantes, férias com 1/3 de adicional, horas extras com 50% de adicional sobre a hora normal, previdência social assegurada por um sistema de seguridade social; igualdade de direitos entre trabalhadores rurais e urbanos, políticas de indexação salarial, instituição do seguro desemprego, e a multa de 40% na demissão imotivada, entre outros.

Segundo Pochmann (2011, p. 95), a partir de 1988, os trabalhadores rurais foram definitivamente incorporados ao sistema de proteção social e trabalhista. Em outras palavras, o trabalho livre no Brasil “demorou exatamente um século (1888-1988) para ser efetivamente aplicado nas relações de trabalho assalariadas”, quando os trabalhadores rurais já representavam “uma parcela ínfima” das classes trabalhadoras.

Nos anos 1990, os empresários passaram a preconizar a redução dos direitos trabalhistas, no livro publicado pela Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (Fiesp), intitulado *Livre para crescer: proposta para um Brasil moderno*. O documento estava alinhado com o ideário liberal que estava em ascensão no mundo e no Brasil, visando a uma reconcentração de capital por meio da regressão dos direitos sociais (PETRAS, 1999). Ali defendiam o trabalho aos domingos, a livre negociação dos direitos trabalhistas, e a ampliação da jornada de trabalho para 48 horas, que seria um regresso aos tempos da ditadura. Essas contrarreformas trabalhistas aprofundariam o Brasil em sua condição de país capitalista dependente, inserido de forma subalterna na divisão internacional do trabalho, em uma era hegemônica pelo capital financeiro e pelo acirramento da competição em grandes grupos monopolistas da economia mundial que requeriam a diminuição do custo da força de trabalho, como medida de contra tendência à crise estrutural do capital que se desenvolve mundialmente desde os anos 1970. (IAMAMOTO, 2015; SILVA, 2017).

O objetivo dos empresários era reduzir ainda mais os já baixíssimos valores da força de trabalho ou custo unitário do trabalho, para competir com as economias mais desenvolvidas e em desenvolvimento, num contexto econômico de aprofundamento de reformas liberais e ampliação da abertura do mercado nacional ao capital estrangeiro.

Observe-se que, em 1993, o custo do trabalho em dólar, no setor manufatureiro brasileiro, “era de apenas US\$ 2,68, contra cerca de US\$ 25,0 na Alemanha, US\$ 20,0 na Holanda, US\$ 17,0 no Japão, pouco mais de US\$ 16,4 nos EUA e na França, US\$ 15,00 na Itália e na Finlândia, US\$ 12,00 no Reino Unido, Irlanda e Espanha”. Nos países em desenvolvimento, alcançava cerca de US\$ 5,0 em Taiwan, Singapura e Coreia do Sul – o mesmo padrão de alguns países menos desenvolvidos da Europa, como Portugal. E em países menos desenvolvidos, entre os quais o México, era muito próximo ao Brasil, US\$ 2,4. (SANTOS, 1996, apud SANTOS; GIMENEZ, 2018, p. 47). O avanço das propostas de desregulamentação, de flexibilização, de privatização acelerada, de reestruturação produtiva das empresas, teve forte impulso no governo do presidente Fernando Collor e, posteriormente, no

governo do presidente Fernando Henrique Cardoso. “Paralelamente à retração do trabalho industrial, ampliou-se o *subproletariado*, os *terceirizados*, os *subempregados*, ou seja, as distintas modalidades de trabalho precarizado”, sendo que coube ao governo Cardoso “intensificar o processo de desmontagem dos parques direitos trabalhistas construídos durante várias décadas de luta e ação dos trabalhadores”. (ANTUNES, 2000, p. 240, grifos do autor).

A resistência da classe trabalhadora, num contexto em que o sindicalismo se tornou mais defensivo, conseguiu impedir parcialmente os ataques, mas houve retrocessos como ocorreu com a introdução do banco de horas, que eliminou o pagamento das horas extras. A Lei 9.601, permitindo que a hora extra realizada pelo trabalhador em momentos de pico da produção seja compensada nos momentos de retração, foi aprovada em 1998. (SILVA, 2017).

A partir dos anos 2000, nos governos de Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Vana Rousseff, houve uma política econômica mais favorável aos trabalhadores, ampliando-se a geração de empregos, diminuindo-se as desigualdades sociais e reduzindo-se o grau de exploração dos trabalhadores pelos capitalistas. Foram introduzidas legislações que expandiram os direitos do trabalho como a política de valorização do salário mínimo que proporcionou o aumento do poder de compra dos salários de milhões de brasileiros⁴ e a aprovação da Proposta de Emenda Constitucional 66, no Congresso Nacional, em abril de 2013, que expandiu os direitos dos trabalhadores domésticos, conferindo-lhes os mesmos direitos dos demais trabalhadores regidos pela CLT. (SILVA, 2017; CARDOSO, 2018).

4 A política de valorização do salário mínimo negociada pelas Centrais Sindicais com o governo federal foi: “primeiro, reposição das perdas inflacionárias desde o último reajuste, pelo INPC, do IBGE; segundo, aumento real de acordo com o crescimento do PIB referente ao ano anterior ao último (por ser um dado já conhecido no momento do aumento); e, terceiro, antecipação gradativa, a cada ano, da data de reajuste, até fixá-la em 1º de janeiro” (DIEESE, 2019, p. 2). A política foi aplicada até 2011 mesmo não sendo regida em lei. Em fevereiro de 2011, aprovou-se o projeto de lei que estabeleceu o mecanismo de aumento anual até 2015. Em julho de 2015, transformou-se em lei a Medida Provisória que mantinha a valorização do salário mínimo nos moldes anteriores – com reajustes e aumentos anuais – e estabelecia sua vigência até 2019. Segundo o Dieese (2019, p. 3), “com o valor fixado em janeiro de 2019, o salário mínimo acumula, desde maio de 2004, aumento real de 74,33%”. O valor do salário mínimo de 2019 é de R\$ 998,00.

Em 2016, a presidenta Dilma Vana Rousseff sofreu um golpe de Estado, e um governo ilegítimo a serviço da burguesia brasileira historicamente dependente e associada ao imperialismo passou, com o respaldo da maioria do Congresso Nacional, a desmontar a legislação social e a soberania nacional (FERNANDES, 1975). Logo em seguida, o governo federal e sua base parlamentar aprovaram o congelamento dos investimentos sociais por 20 anos⁵ e, para mostrar o seu compromisso com a redução do valor da força de trabalho, aprovaram a Lei da Terceirização (Lei 13.429/17), permitindo que todas as atividades da empresa, inclusive as atividades-fim fossem terceirizadas.

Ao final de 2016, o governo ilegítimo de Michel Temer propôs a reforma trabalhista reivindicada pelos empresários, que, desde o ano de 2012, defendiam 101 propostas de alteração nas leis trabalhistas, para reduzir os custos com o pagamento de salários (CNI, 2012).⁶ O Projeto de Lei Complementar nº 6.787 (PLC 6.787/16) estipulava a possibilidade de alteração da lei trabalhista por meio de livre negociação. Desse modo, o caráter progressivo das leis trabalhistas, conforme definido na Constituição Federal, no art. 7, que estipula os direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, e afirma que eles têm outros direitos que *visem a melhoria da sua condição social*, foi destruído. (BRASIL, 2002 p. 10, grifos nossos).

Em junho de 2017 foi aprovada a reforma trabalhista (BRASIL, 2017), com mais de 120 alterações na Consolidação das Leis do Trabalho, destacando-se as mudanças regressivas na regulamentação da jornada de trabalho:

5 Emenda Constitucional nº 95, conhecida como PEC do Novo Regime Fiscal, aprovada pelo Congresso Nacional e promulgada em 15 de dezembro de 2016.

6 Na Agenda Legislativa da Indústria de 2016 (CNI, 2016) e no documento intitulado 119 propostas para a competitividade com impacto fiscal zero se reforçava as reivindicações empresariais pela flexibilização dos direitos trabalhistas (CNI, 2016). Essas propostas foram reiteradas na Agenda para o Brasil sair da Crise 2016-2018, também publicada pela CNI, em 2016, contendo 36 medidas consideradas fundamentais pelo empresariado para “solucionar a questão política”. Neste documento, a CNI defende medidas de ajuste fiscal, reformas na legislação trabalhista, previdenciária e tributária, ampliação das concessões em infraestrutura, tratados de livre comércio para ampliar o comércio exterior, melhores condições de crédito para as empresas e suspensão de novas obrigações acessórias que, segundo a entidade, aumentam o custo e a burocracia para as empresas. (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DAS INDÚSTRIAS, 2017).

[...] i) ausência de cômputo de parte do tempo em que o trabalhador permanece nas dependências da empresa empregadora (§ 2º do art. 4º); ii) fim das horas *in itinere* (§ 2º do art. 58); iii) elevação da jornada do contrato a tempo parcial, de 25 para 36 horas semanais (art. 58-A); iv) chancela à realização de horas extras nos contratos a tempo parcial (§ 4º do art. 58); v) compensação da jornada extraordinária para além do limite semanal (§ 5º do art. 58); vi) contratação de horas extras por acordo individual de trabalho (art. 59); vii) expansão do denominado “banco de horas” para também autorizá-lo por acordo individual de trabalho (§ 5º do art. 59); viii) compensação de jornada por acordo individual, tácito ou escrito (§ 6º do art. 59); ix) estabelecimento da jornada de 12h x 36h (doze horas de trabalho por trinta e seis horas de descanso), mediante acordo individual de trabalho (art. 59-A), sem descanso semanal remunerado ou gozo de feriado (parágrafo único, do art. 59-A) e com simples indenização do intervalo intrajornada (art. 59-A); x) ainda que horas extras habituais sejam realizadas para além do acordo de prorrogação e compensação ou do estabelecido em banco de horas, estes modos de legitimação de falta de pagamento de horas suplementares restam intactos (art. 59-B); x) dispensa de licença prévia para a prestação da jornada de 12 h x 36 h (parágrafo único do art. 60); xi) o excesso de jornada pode ser exigido independentemente de previsão em norma coletiva (§ 1º do art. 61); xii) empregados do teletrabalho não fazem jus ao recebimento de horas extras (art. 62, III); xiii) estímulo à não concessão do intervalo, com a sua simples indenização (§ 4º, do art. 71); xiv) mesmo comparecendo regularmente à empresa, o empregado continua vinculado ao teletrabalho e sem direito à percepção de horas extras (art. -B); xv) criação da figura do contrato intermitente (art. 443), quando o empregado trabalhará de acordo com os interesses da empresa, recebendo somente pelas horas trabalhadas, podendo auferir salário inferior ao mínimo legal, incluindo o denominado “salário zero” ao final do mês, sem cômputo do tempo de serviço à disposição da empregadora, com todas as parcelas salariais e rescisórias extremamente mitigadas (§ 3º do art. 443, art. 452-A, §§ 1º-6º do art. 452-A); xvi) prevalência do negociado sobre o legislado sobre jornada de trabalho, banco de horas anual, intervalo intrajornada, limitado a 30 minutos, teletrabalho, regime de sobreaviso e traba-

lho intermitente, registro de jornada de trabalho, troca do dia de feriado e prorrogação de jornada em ambientes insalubres, sem licença prévia das autoridades competentes do Ministério do Trabalho (art. 611-A, incisos I, II, III, VIII, X, XI e XIII). (COUTINHO, 2017).

Um dos pontos do projeto que mais causou indignação na classe trabalhadora foi o que permite que grávidas e lactantes trabalhem em ambientes insalubres. Essa permissão afetará a trabalhadora e os recém-nascidos, tendo em vista a constituição de um padrão predatório da força de trabalho desde antes do nascimento, quando os futuros trabalhadores começarão a sofrer os efeitos de agentes de adoecimento. (TEIXEIRA, 2017, p. 90).⁷

Estas alterações foram promulgadas em novembro do ano (Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017), ampliando a histórica precarização do trabalho, intensificando os ritmos de trabalho, reduzindo o valor da força de trabalho e aumentando a insegurança social para os trabalhadores num mercado de trabalho com altas taxas de informalidade e desemprego.⁸

7 No dia 29/05/2019, o Plenário do Supremo Tribunal Federal (STF), por maioria de votos, julgou procedente a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 5.938, movida pela Confederação Nacional dos Trabalhadores Metalúrgicos, a respeito deste trecho da reforma trabalhista (STF, 2019).

8 Em consonância com a PNAD Contínua, pesquisa oficial de emprego do IBGE, de abrangência nacional, divulgada em 29/05/2018: “O número de empregados com carteira de trabalho assinada (32,729 milhões) caiu 1,7% frente ao trimestre anterior (novembro de 2017 a janeiro de 2018), uma redução de 567 mil pessoas. O número de empregados sem carteira de trabalho assinada (10,905 milhões de pessoas), em relação ao mesmo trimestre de 2017, cresceu 6,3% (mais 647 mil pessoas). A categoria dos trabalhadores por conta própria (23,025 milhões de pessoas) ficou estável na comparação com o trimestre de novembro de 2017 a janeiro de 2018. Em relação ao mesmo período do ano anterior, houve alta de 3,4% (mais 747 mil pessoas).” Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21293-pnad-continua-taxa-de-desocupacao-e-de-12-9-no-trimestre-encerrado-em-abril.html>>. Acesso em: 30/05/2018. Somando-se os trabalhadores sem carteira (10,905 milhões) com os trabalhadores por conta própria (23,025 milhões), eles superam em mais de 1,2 milhão o contingente com carteira assinada (32,729 milhões). Junto a altas taxas de desemprego e aumento do trabalho informal observa-se o aumento da pobreza em 2017, no governo Temer, atingindo 26,5% da população, ou 54,8 milhões de pessoas, 2 milhões a mais do que no ano anterior, de acordo com o IBGE. E o total de pessoas na extrema pobreza alcançou os 15,2 milhões (6,6%), ante 13,5 milhões em 2016 – esse dado considera a linha estabelecida pelo Banco Mundial, incluindo quem tem renda inferior a US\$ 1,90 por dia, ou R\$ 140 por mês.

Para Severo (2017, p. 44), a Lei nº 13.467, do início ao fim, nega a proteção ao trabalho, mesmo que seus autores tenham afirmado essa finalidade na exposição de motivos da reforma. Portanto, “suas regras são qualquer coisa, menos normas jurídicas trabalhistas”, pois subverteram o princípio da proteção a quem trabalha instituído na Constituição, negando-se assim o Direito do Trabalho e a existência da Justiça do Trabalho. Neste sentido, de acordo com a autora, a reforma deve ser rechaçada pelos operadores da lei e pelos sindicatos, os quais lidam diariamente com relatos de adoecimentos, assédio, desrespeito e descumprimento contumaz de direitos elementares daqueles que laboram produzindo as riquezas da nação.

Souto Maior e Rocha (2017, p. 28) concluem que a lei em questão não possui legitimidade “porque fere os princípios constitucionais da prevalência dos direitos humanos, da progressividade (melhoria da condição social dos trabalhadores) e da função social da livre iniciativa, da propriedade e da economia, com vistas a construção da justiça social”.

Conclusão

As greves organizadas pelos trabalhadores, reivindicando melhores condições de trabalho, percorreram o país na transição da economia colonial para a economia capitalista, que iria se consolidar a partir da ascensão de Getúlio Vargas ao poder, em 1930. Só então a questão social passou a ser considerada, mesmo que no intuito de integração das classes trabalhadoras num Estado capitalista de compromisso social. Foi aí que nasceu a maior parte da legislação trabalhista brasileira, a qual foi reunida e sistematizada na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que até hoje é o parâmetro fundamental das relações de trabalho no Brasil.

Esse contingente só não aumentou na região Norte. A linha de pobreza do Banco Mundial considera rendimentos de até US\$ 5,5 por dia, ou R\$ 406 por mês. As informações, que mostram ainda o incremento da informalidade no trabalho, são parte da Síntese de Indicadores Sociais (SIS), divulgada em dezembro de 2018, pelo Instituto. "Na ausência de uma linha oficial de pobreza no país, a SIS analisou este tema utilizando diferentes medidas que, em sua maioria, mostram o crescimento da pobreza, entre 2016 e 2017", diz o IBGE. Disponível em: <<https://www.redebrasilatual.com.br/economia/2018/12/ibge-pobreza-e-informalidade-aumentaram-no-brasil>>. Acesso em: 15/12/2018.

Ao longo da ditadura civil-militar, os trabalhadores foram duramente reprimidos e tiveram o seu direito à estabilidade após os dez anos de emprego cassado pelo regime militar. Depois de longas lutas dos trabalhadores pela reconstrução do sindicalismo brasileiro, que teve sua expressão mais significativa na fundação da Central Única dos Trabalhadores (CUT), e nas greves desencadeadas na região do Grande ABC, no Estado de São Paulo, vários direitos trabalhistas foram assegurados na Constituição Federal de 1988, entre eles, a redução da jornada de trabalho de 48 para 44 horas semanais.

Dos anos 1990 em diante, nos governos sob a hegemonia do pensamento neoliberal, houve constantes ataques do capital aos direitos trabalhistas que enfrentaram a resistência da classe trabalhadora.

Em 2016, num contexto de crise econômica, política e social, as classes dominantes aprovaram a mais ampla reforma trabalhista da história do Brasil, descaracterizando quase por completo a Consolidação das Leis do Trabalho de 1943. A reforma trabalhista de 2017 fragilizou os trabalhadores e aumentou a precarização do trabalho no Brasil fundada no pagamento de baixos salários, alta rotatividade nos empregos e ritmos intensos de trabalho.

Artigo submetido em 09/03/2019

Aceito para publicação em 12/08/2019

Referências

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**. Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2000.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil: 1988** – texto constitucional de 5 de outubro de 1988 com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais de n. 1, de 1992, a 38, de 2002, e pelas Emendas Constitucionais de Revisão de n. 1 a 6, de 1994. 19.ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2002.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n. 13.467/2017**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13467.htm>. Acesso em: 28/08/2019.

CARDOSO, José Álvaro. **Golpe de Estado e imposição da política de guerra no Brasil**. Florianópolis: Isadora Bernardo Cardoso, 2018.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DAS INDÚSTRIAS (CNI). **Agenda para o Brasil sair da crise 2016-2018**. Evolução após um ano. Brasília, março de 2017. Disponível em: <<http://www.portaldaindustria.com.br/publicacoes/2016/4/agenda-para-o-brasil-sair-da-crise-2016-2018/#agenda-para-o-brasil-sair-da-crise-2016-2018-evolucao-apos-um-ano>>. Acesso em: 25/08/2017.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA (CNI). **101 Propostas para Modernização Trabalhista**. Brasília: CNI, 2012. Disponível em: <<http://www.portaldaindustria.com.br/cni/imprensa/2012/12/1,8640/cni-propoe-101-medidas-para-modernizar-relacoes-trabalhistas-incluindo-fim-de-norma-criada-para-ferroviarios-nos-anos-30.html>>. Acesso em: 29/03/2016.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA (CNI). **Agenda Legislativa da Indústria 2016**. Brasília: CNI, 2016. 244 p. Disponível em: <http://www.sistemaindustria.org.br/publicacao/agenda_legislativa2016/HTML/files/assets/common/downloads/publication.pdf>. Acesso em: 21/08/2016.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA (CNI). **119 propostas para a competitividade com impacto fiscal nulo**. Brasília: CNI, 2016. 157 p.

COUTINHO, Grijalbo. **“Reforma” trabalhista de Temer retrocede ao século 19**. Disponível em: <<http://www.diap.org.br/index.php/noticias/agencia-diap/27347-reforma-trabalhista-de-temer-retrocede-ao-seculo-19>>. Acesso em: 12/07/2017.

DIEESE. **Salário mínimo de 2019 é fixado em R\$ 998,00**. São Paulo: Dieese, 2019. Disponível em: <<https://www.dieese.org.br/notatecnica/2019/notaTec201SalarioMinimo.pdf>>. Acesso em: 27/04/2019.

DOS SANTOS, Theotonio. **Teoria da Dependência: balanço e perspectivas**. Florianópolis: Insular, 2015.

FERNANDES, Florestan. **A revolução burguesa no Brasil: ensaio de interpretação sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar, 1974.

FERNANDES, Florestan. **Capitalismo dependente e classes sociais na América Latina**. 2.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

FIESP. **Livre para crescer: proposta para um Brasil moderno**. São Paulo: Cultura Editores Associados, 1990.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 9.ed. São Paulo: Cortez, 2015.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Relações sociais e serviço social no Brasil**. 41.ed. São Paulo: Cortez, 1982.

IANNI, Otávio. **Estado e capitalismo**. 2.ed. São Paulo: Brasiliense, 1989.

IANNI, Otávio. A questão social. **Revista USP**, Set.-Out.-Nov./1989. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/25490/27236>>. Acesso em: 27/04/2019.

KOVAL, Boris. **História do proletariado brasileiro (1857-1967)**. São Paulo: Alfa Omega, 1982.

LARA; Ricardo; SILVA, Mauri Antônio. A ditadura civil-militar de 1964: os impactos de longa duração nos direitos trabalhistas e sociais no Brasil. **Serviço Social e Sociedade**, n. 122, 2015. p. 275-293.

MARINI, Rui Mauro. **Dialética da dependência**. Petrópolis: Vozes, 2000.

MARINGONI, Gilberto. A longa jornada dos direitos trabalhistas. **Desafios do Desenvolvimento**. Brasília: IPEA, 2013. Ano 10.ed. 76 – 25/02/2013. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&view=article&id=2909:catid=28&Itemid=23>. Acesso em: 20/09/2018.

MATTOS, Marcelo Badaró. **Trabalhadores e sindicatos no Brasil**. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

NASCIMENTO, Amauri Mascaro. **Curso de direito do trabalho**. São Paulo: Saraiva, 1999.

PETRAS, James. **Neoliberalismo: América Latina, Estados Unidos e Europa**. Blumenau: FURB, 1999.

POCHMANN, Márcio. **O trabalho no Brasil pós-neoliberal**. Brasília: Líber, 2011.

RIBEIRO, Darcy. **O povo brasileiro**. A formação e o sentido do Brasil. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

ROSSI, Valdemar; GERALB, William Jorge. **Para entender os sindicatos no Brasil: uma visão classista**. 1.ed. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

SANTOS, Anselmo Luís; GIMENEZ, Denis. Desenvolvimento, competitividade e a reforma trabalhista. In: KREIN, José Dari; GIMENEZ, Denis Maracci; SANTOS, Anselmo Luís dos (Orgs.). **Dimensões críticas da reforma trabalhista no Brasil**. Campinas, SP: Curt Nimuendajú, 2018.

SEVERO, Valdete Nunes. A hermenêutica trabalhista e o princípio do trabalho. In: MAIOR, Jorge Luiz Souto; SEVERO, Valdete Souto. **Resistência: aportes teóricos contra o retrocesso trabalhista**. São Paulo: Expressão Popular, 2017.

SILVA, Mauri Antônio. **Consequências da crise do capital sobre a classe trabalhadora (1990-2016)**. Tese (doutorado). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2017. 307 p.

SOUTO MAIOR, Jorge Luiz; ROCHA, Bruno Gilga Sperb. A história da ilegitimidade da Lei nº 13.467/17. In: MAIOR, Jorge Luiz Souto; SEVERO, Valdete Souto. **Resistência: aportes teóricos contra o retrocesso trabalhista**. São Paulo: Expressão Popular, 2017.

SOUZA, Fernando Ponte de. Relações de trabalho sob a “aliança do mal”. In: OURIQUES, Nildo Domingos; RAMPINELLI, Waldir José (Orgs.). **No fio da navalha**. Crítica das reformas neoliberais de FHC. São Paulo: Xamã, 1997.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). **STF invalida norma da Reforma Trabalhista que permitia trabalho de grávidas e lactantes em atividades insalubres**. Brasília: STF, 29 de maio de 2019. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=412571>. Acesso em: 13/07/2019.

TEIXEIRA, Marilane Oliveira [et al.]. **Contribuição crítica à reforma trabalhista**. Campinas, SP: Unicamp/IE/Cesit, 2017.

SER Social

ESTADO, DEMOCRACIA E SAÚDE

Brasília, v. 22, n. 46, janeiro a junho de 2020

Flexibilização e precarização do trabalho no desmonte da política de assistência social

**Flexibilization and precarisation of work in the dismantling of
social assistance policy / Flexibilización y precarización del
trabajo en el desmontaje de la política de asistencia social**

José Whellison Brito dos Santos¹

Resumo: O artigo problematiza como o processo de flexibilização e precarização das relações de trabalho no setor público, especificamente da força de trabalho empregada pela Política de Assistência Social (PAS), constitui um dos principais traços do desmonte das políticas sociais. Abordam-se os contornos assumidos pelo padrão de seguridade social brasileiro nos últimos anos, após o golpe de 2016, e a aprovação da Emenda Constitucional nº 95. De cunho documental e bibliográfico, foram

1 Bacharel em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e mestre em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (PPGSS-UEPB). Doutorando no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Pernambuco (PPGSS-UFPE). E-mail: jose-whellison@gmail.com.

analisados dados disponibilizados pelo Sistema Único de Assistência Social (Suas), no levantamento anual denominado de Censo-SUAS, tendo como foco as tendências expressas acerca das configurações de trabalho. A partir das categorias flexibilidade e precarização, diante de suas manifestações singulares no trabalho desenvolvido no interior da PAS, identificaram-se elementos de descartabilidade da força de trabalho conformada por uma parcela expressiva de trabalhadores temporários vinculados ao Suas.

Palavras-chave: assistência social; flexibilização; precarização.

Abstract: The article discusses how the process of flexibilization and precariousness of labor relations in the public sector, specifically the labor force employed by the Social Assistance Policy, is one of the main features of the dismantling of social policies. The contours assumed by the Brazilian social security standard in recent years, after the Coup of 2016 and the approval of Constitutional Amendment No. 95, are discussed. From a documentary and bibliographic perspective, data provided by the Single Social Assistance System – SUAS were analyzed, in the survey annual Census-SUAS, focusing on the express trends about work settings. From the categories of flexibility and precariousness, in view of their singular manifestations in the work developed within the Social Assistance Policy, we identified elements of disposability of the workforce conformed by a significant portion of temporary workers linked to the Unified Social Assistance System – YOUR.

Keywords: social assistance; flexibilization; precariousness.

Resumen: El artículo problematiza cómo el proceso de flexibilización y precarización de las relaciones de trabajo en el sector público, específicamente de la fuerza de trabajo empleada por la Política de Asistencia Social, constituye uno de los principales rasgos del desmonte de las políticas sociales. Se abordan los contornos asumidos por el patrón de seguridad social brasileño en los últimos años, después del Golpe de 2016 y la aprobación de la Enmienda Constitucional nº 95. De cuño documental y bibliográfico se analizaron datos disponibilizados por el Sistema Único de Asistencia Social – SUAS, en el levantamiento anual denominado de Censo-SUAS, teniendo como foco las tendencias expresas acerca de las configuraciones de trabajo. A partir de las categorías flexibilidad y precarización, frente a sus manifestaciones singulares en el trabajo desarrollado en el interior de la Política de Asistencia Social, se identificaron elementos de descartabilidad de la fuerza de trabajo conformada por una parte expresiva de trabajadores temporales vinculados al Sistema Único de Asistencia Social – SU.

Palabras clave: asistencia social; flexibilización; precariedad.

Introdução

A Política de Assistência Social (PAS)² passou a compor um importante pilar da seguridade social brasileira no desenrolar do século XXI, não restam dúvidas. No entanto, este fato constituiu um movimento muito mais amplo de contradições inerentes às reformulações do padrão de proteção social nacional, fincando bases no conflito das classes sociais. No curso desse movimento, a análise do uso da força de trabalho empregada pelo Estado na objetivação de políticas sociais é crucial no desvelamento das relações sociais componentes dessa mercadoria que, mesmo estando inserida na esfera da reprodução social, torna-se ineliminável: o trabalhador.

De forma precisa, a pesquisa trata sobre o conjunto de trabalhadores que compõem a força de trabalho empregada pela PAS, nos últimos anos, precisamente aqueles vinculados aos Centros de Referência de Assistência Social (Cras) e Centros de Referência Especializados da Assistência Social (Creas) do Sistema Único de Assistência Social (Suas), uma categoria formada por 127.600 profissionais, de diferentes ramos profissionais (MDS, 2018). O intuito é demonstrar como as tendências expressas pelas configurações de trabalho no Suas compõem o processo de desmonte da Política de Assistência Social na contemporaneidade, que possui a flexibilização e a precarização como traço estrutural.

Tal flexibilização, particularizada nas relações expressas pelo uso da força de trabalho no Suas, guarda características específicas no tocante à essência de suas inflexões no desenvolvimento de um trabalho desenvolvido no interior do Estado. Denotam-se mediações que vinculam dois processos – desmonte da política pública

2 A PAS brasileira é definida por um conjunto de leis e normativas: a sua fundação na Constituição Federal, de 1988; a elaboração de mecanismos de sua operacionalização, como a Política Nacional de Assistência Social, de 2004; além de outras leis e normativas. Sinteticamente, pode-se explicar que a PAS é composta preponderantemente por programas sociais, com destaque ao Programa Bolsa Família (PBF), e pelo Suas. Este último, campo das análises aqui desenvolvidas, possui dois níveis de cobertura; a Proteção Social Básica (PSB), com ações mediadas pelos Cras, e a Proteção Social Especial (PSE), que se subdivide em média e alta complexidade, com ações mediadas pelos Creas.

e flexibilização do trabalho – geralmente dissociados no campo da aparência dos fenômenos.

De cunho documental e bibliográfico, a pesquisa se debruçou sobre os dados disponibilizados no levantamento de informações anuais do próprio Suas, intitulado de Censo-Suas, que acompanha o funcionamento deste sistema em todo o território nacional.³ O foco de análise elegido foram os eixos referentes à gestão do trabalho no Suas. Estabeleceu-se um recorte temporal, entre os anos de 2015 e 2017, pelo fato de os dados denotarem mudanças na relação das classes sociais com o Estado no Brasil: primeiro, pelo declínio do ciclo chamado neodesenvolvimentista,⁴ então responsável pela criação e expansão do Suas; segundo, pelo recrudescimento do projeto neoliberal no sentido de arrocho fiscal, crucialmente demarcado pelo golpe de 2016.⁵ Guiando-se pelas categorias trabalho e precarização se construiu o percurso metodológico para compreensão das mediações tecidas pelos fenômenos singulares analisados.⁶

3 O Censo-Suas é importante instrumento de análise da PAS brasileira que publica dados primários sobre o processo de implementação do Suas, sua base de coleta é formada pela própria gestão e controle social da política em um mesmo sistema de informação para avaliação e planejamento, assim como uma importante ferramenta para pesquisadores e de acompanhamento das ações pelo conjunto da população.

4 Para Castelo (2013), os governos do PT adotaram o discurso neodesenvolvimentista, mas suas ações políticas mostram-se verdadeiramente social-liberalistas. O social-liberalismo configura-se como uma restauração do neoliberalismo, entendido como uma terceira via, pós Consenso de Washington ou reformas de segunda geração (CASTELO, 2008). Em síntese, essa “nova variação ideológica” não proporciona mudanças estruturais no repositório pré-estabelecido para as possíveis saídas neoliberais da crise, já que “não foi erro na prescrição do remédio, mas na sua baixa dosagem”. (CASTELO, 2008, p. 244).

5 A expressão aqui esboçada, golpe de 2016, apresenta de forma extremamente resumida transformações muito mais amplas, agrupando um conjunto de características presentes no curso histórico que carecem de análises mais aprofundadas sobre seus elementos reais e significados. No entanto, tal expressão filia-se aos estudos de diversos pesquisadores como Sousa (2017), que defendem o lúcido argumento de que o processo de impeachment da ex-presidenta Dilma Rousseff combinou a força dos grandes oligopólios midiáticos brasileiros e a estrutura jurídico-política para dar vez ao adensamento do projeto neoliberal em território nacional, por meio de um golpe político.

6 É lúcido, numa perspectiva histórico-analítica, lembrar que o período de três anos aqui estabelecido é ainda incipiente para apontar tendências. Isto não faz com que a análise ora publicada perca sua validade, pois os aspectos abordados sobre o fenômeno da flexibilização do trabalho no Suas demonstram sua latência enquanto expressão do real, mediado na dinâmica da PAS nas diferentes conjunturas. Desta forma, busca-se

Na estrutura do artigo aborda-se inicialmente a posição que a PAS tem assumido diante da reconfiguração do projeto neoliberal no Brasil, nos últimos anos, antes e após o golpe de 2016, captando determinações conjunturais e estruturais que incidem diretamente nos contornos assumidos pelo padrão de proteção social nacional, especialmente no que diz respeito aos impactos do Novo Regime Fiscal. Em seguida são analisados os dados coletados nas pesquisas anuais do Censo-Suas, elucidando e problematizando algumas características desta força de trabalho empregada pelo Suas. Por fim, abordam-se algumas considerações sobre os sentidos da flexibilização e da precarização na PAS, no rumo de um campo ampliado de desmontes.

Assistência social e proteção social no Brasil: apontamentos sobre a renovação do projeto neoliberal

Não é possível compreender as configurações de trabalho, aproximando-se do que a realidade expressa, sem traçar suas conexões com o contexto de contradições das classes sociais. É necessário demarcar que as mudanças no mundo do trabalho impõem determinações ao conjunto de relações sociais que o compõem, consequentemente, para o padrão de proteção social, para as diferentes políticas sociais, bem como para os trabalhadores empregados pelo Estado – que constituem um dos principais elementos das formas de objetivação de suas ações.

A crise estrutural (MÉSZÁROS, 2009) redefine formas de reprodução da sociedade capitalista em diferentes aspectos, mas identificados três eixos centrais: a reestruturação produtiva, com a adoção de um modelo flexível de produção; o neoliberalismo, uma ideologia responsável pela legitimação dos novos tempos, da exacerbação do individualismo às políticas adotadas pelos Estados nacionais; o processo de financeirização, movimentando aglomerados de capi-

contribuir ao debate teórico do fenômeno, problematizando elementos substancialmente novos, advindos com o golpe de 2016, agregando e diferindo as características definidoras do ciclo social-liberal no tocante à força de trabalho empregada pelo Estado no campo das políticas sociais.

tais de diferentes tipos, por todas as partes do planeta, com barreiras nacionais enfraquecidas e na velocidade de um *click* de computador.⁷

Esse conjunto de transformações ocasionou mudanças nas condições de reprodução da classe trabalhadora – tanto pela via direta das mudanças nas configurações do trabalho, quanto pela via de destituição dos sistemas de proteção social, apesar de intimamente conectadas. Exaustivamente analisados pela sociologia do trabalho e outras áreas de produção do conhecimento, como o Serviço Social, os aspectos que conformam tais transformações são alvo de investigações, das quais, as traçadas no campo da tradição marxista, em suas diferentes vertentes, oferecem uma multiplicidade de pesquisas que corroboram no sentido de compreender o mundo do trabalho na contemporaneidade.

Druck (2016), nesse campo vasto de contribuições, fornece uma importante chave de análise de como essas mudanças ocasionadas pela reestruturação produtiva incidem diretamente nos trabalhadores empregados pelo Estado. Ao identificar importantes mediações da relação entre Estado e trabalho, tomando o caso da terceirização na Política de Saúde no Brasil, defende a tese que:

[...] a terceirização do serviço público no Brasil é um dos mecanismos mais eficientes de desmonte do conteúdo social do Estado e de sua privatização, que ocorre mediante formas diversas de precarização do trabalho, pois a terceirização – por meio de organizações sociais, organizações da sociedade civil de interesse público, empresas privadas, empresas públicas de direito privado, parcerias, dentre outras – é o meio principal que as forças políticas neoliberais encontraram para atacar o coração de um Estado social e democrático: os trabalhadores que constituem o funcionalismo público. (DRUCK, 2016, p. 15).

O percurso de análise aqui desenvolvido toma por base a mesma mediação abordada por Druck (2016). A precarização da força de

7 Para Mészáros (2009), o capitalismo, a partir da década de 1970, passa a ter um caráter estrutural, distinguindo-se das típicas crises cíclicas, atingindo todos os níveis da vida social. Posto que, passa a haver bruscas disfunções nas suas esferas de produção/controlado, produção/consumo e produção/circulação. (MÉSZÁROS, 2009).

trabalho empregada na objetivação de uma política social é considerada como um fator estrutural do seu desmonte. A precarização é aqui também compreendida, consideradas suas pertinentes distinções à subsunção do trabalho nas suas formas de expressão no interior do Estado, como um ataque a umas das principais substâncias da prestação da política pública: o trabalhador.

Refere-se a um trabalho improdutivo aquele que possui um caráter de conservação e não de produção de valor propriamente dita, tendo em vista a teoria do valor trabalho (MARX, 2008). Estudos, como o de Amorim (2006), demonstram como o ciclo geral da produção capitalista age na subsunção real do trabalho ao capital também no desenvolvimento de um trabalho improdutivo. No trabalho improdutivo desenvolvido no interior do Estado há também submissão aos processos de precarização.

Neste sentido, a precarização do trabalhador do serviço público firma-se no que Druck (2016, p. 15, p. 39) classifica como “desmonte do conteúdo social do Estado”, pois esta é “uma força de trabalho cujo valor de uso é produzir bens públicos [...] o seu rebaixamento ou a sua redução ou mesmo a sua extinção geram implicações imediatas e plenamente visíveis ao conjunto da sociedade”. A precarização do trabalhador da Política de Assistência Social, seu rebaixamento, pode ser assim compreendido como um dos pontos cruciais do desmantelamento desta política social pública.

A reconfiguração da PAS está vinculada ao próprio recrudescimento no projeto neoliberal na particularidade sócio-histórica brasileira. Ao longo dos últimos anos, as ofensivas no já incipiente padrão de proteção social nacional promoveram reconfigurações na direção de destituição de direitos sociais e esvaziamento de prestações públicas. O final do ciclo dos governos denominados de neodesenvolvimentistas no Brasil possui uma demarcação temporal precisa, o golpe de 2016.

Firmado pelo golpe de 2016, o arrocho fiscal estabelece como mecanismo de controle das contas públicas, em nome do corte nos gastos sociais, a redução do orçamento de políticas sociais estruturantes do modelo de proteção social brasileiro. Em 2016, o parla-

mento nacional aprovou o Projeto de Emenda Constitucional nº 55/2016, hoje a Emenda Constitucional nº 95 (EC 95), institucionalizando o Novo Regime Fiscal.

A EC-95 congela os gastos com despesas primárias do Poder Executivo nos próximos vinte anos, em linhas gerais uma diminuição ostensiva do orçamento da seguridade social brasileira, ano após ano, que impossibilitará o funcionamento de diversos serviços sociais públicos, como demonstram algumas projeções realizadas por organismos paraestatais. O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), às vésperas de aprovação da emenda, publicou uma nota técnica demonstrando devastadoras consequências advindas com a fixação dos gastos federais, uma vez que “para adequar o limite proposto pela PEC 55, algumas reformas serão necessárias”. (IPEA, 2016, p. 7).

Nesse caso, a PEC 55 seria o primeiro passo de um conjunto de reformas defendidas como necessárias para viabilidade de sua implementação, dentre elas a reforma da previdência social. É prevista uma “redução, sem transição, da taxa de crescimento real dos benefícios previdenciários para 1,7% a.a [...]”, o que na sua esteira pode “[...] impedir o crescimento das outras modalidades de benefício como Aposentadoria por Tempo de Contribuição (ATC), auxílio-doença e invalidez” (IPEA, 2016, p. 8). Força-se a retirada de garantias de proteção social essenciais, com incidência direta na camada da classe trabalhadora depreciada por décadas de trabalho, traduzindo-se na pressão pelo aumento da idade mínima para aposentadoria e na diminuição nos valores recebidos, constitucionalmente vinculados as correções do salário mínimo (SM). Além das restrições em garantias como auxílio-doença e invalidez, até então previstas no que concerne a prejuízos físicos, causados no curso de desenvolvimento do trabalho.

Além da previdência, uma segunda reforma desencadeada pela EC 95 seria na PAS, propondo-se a “redução do crescimento para 2,3% a.a. equivalente a acabar com a judicialização na concessão do benefício para deficientes e elevação da idade de concessão para idosos para 70 anos” (IPEA, 2016, p. 8). O que ocasionaria a expulsão da camada

mais pauperizada de um patamar mínimo de proteção social alcançado para condições ainda mais aviltantes, uma vez que tais medidas deixam a sorte de uma possível inserção no mercado de trabalho idosos com um longo percurso de vida marcado pela pobreza.

O Ipea (2016, p. 9), nessas projeções, afirma que “mesmo reformas duras como essas podem causar aumento de despesa que tornam ainda mais difícil o cumprimento dessa tarefa”. A dura equação do Novo Regime Fiscal no Brasil levaria a três caminhos: adotar tais propostas de desmonte da já parca seguridade social brasileira; sucumbir na falta de orçamento para as políticas sociais que poderiam levar ao fechamento de um conjunto de serviços, inclusive daqueles prestados pelo Suas atualmente; ou a junção desses dois caminhos.

Na Política de Assistência Social, precisamente no ano de 2017, “o teto estimado garantiria apenas R\$ 79 bilhões ao invés dos R\$ 85 bilhões necessários para fazer frente às políticas socioprotetivas, ou seja, representaria uma redução de 8%” (PAIVA et al., 2016, p. 13). Para o período de vinte anos de vigência da emenda, as “perdas tenderão a aumentar de maneira progressiva, alcançando 54% em 2036” (PAIVA et al., 2016, p. 13). Soma-se a isso o fato de que a progressiva diminuição do orçamento da Política de Assistência Social impulsionará “um comportamento autofágico entre as áreas do MDSA, na medida em que o BPC, na sua condição de direito constitucional e obrigatório, pressionará os demais programas assistenciais” (PAIVA et al., 2016, p. 16). Desta forma, por exemplo, o Suas, em anterior processo de consolidação, tenderia a desaparecer, diante da escassez do orçamento público para sua execução.

A devastação da proteção social brasileira diante do recrudescimento do projeto neoliberal no país, de acordo com os dados, tende a reduzir progressivamente a Política de Assistência Social, reposicionando-a em patamares vistos apenas durante a década de 1990, em que assumia uma posição extremamente residual. A aniquilação do patrimônio público construído ao longo das últimas décadas pela Política de Assistência Social, dentre eles a criação e expansão do Suas, é uma brusca demonstração da fragilidade que as estruturas do modelo de proteção social brasileiro possuem diante das reformula-

ções advindas com o golpe de 2016. Revertem-se garantias estabelecidas no caminho da destituição dos direitos sociais.

Essa reconfiguração na PAS é substanciada pela precarização das configurações de trabalho, na erosão de um dos principais elementos que substanciam a prestação dos serviços sociais públicos, o trabalhador público. Nesse sentido, aborda-se a seguir como a flexibilização das relações de trabalho tem se manifestado nas configurações de trabalho da PAS.

A flexibilização do trabalho na PAS: desmonte e descartabilidade

O trabalhador da Política de Assistência Social possui algumas garantias trabalhistas e mecanismos de organização de classe que foram firmados ao longo da criação e implementação do Suas. Dentre estas garantias se destaca a criação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Suas (NOBRH/SUAS),⁸ com regulamentações específicas sobre as relações de trabalho, dentre elas um Plano de Cargos, Carreira e Salários (PCCS), possibilitando a estabilidade de vínculo e progressões de níveis de atuação profissional e assalariamento. Além disso, foram criados espaços de organização como o Fórum de Trabalhadores e Trabalhadoras do Suas (FNTSUAS),⁹ formado por segmentos dos diferentes níveis de trabalhadores do Sistema e com importante atuação, tendo espaço institucionalizado nos processos decisórios que envolviam, sobretudo, questões trabalhistas.

8 A NOB-RB/SUAS foi uma conquista histórica na medida em que atendeu um conjunto de demandas levantadas pelo próprio conjunto de trabalho do Suas. No entanto, por ser um documento que aborda a especificidade de relações de trabalho, congrega oposições entre empregador e empregados no que tange à institucionalização de características como a polivalência.

9 O FNTSUAS tem desempenhado um importante papel na defesa dos direitos dos trabalhadores vinculados ao Suas, atuando diretamente nas negociações juntos ao MDS e no desenvolvimento de pesquisas e informações que subsidiam o aprimoramento das pautas trabalhistas continuamente propostas. Além do FNTSUAS, o Conselho Federal de Serviço Social (CFess) e o Conselho Federal de Psicologia (CFP) são conselhos de categorias profissionais que majoritariamente compõem o Suas e possuem relevante atuação na valorização de condições dignas e éticas de trabalho.

Apesar de importantes tensionamentos, no campo da garantia de configurações de trabalho adequadas, o processo de precarização sempre foi um gargalo no Suas desde a sua criação.¹⁰ Posto que, mesmo sendo estabelecidas novas normativas que obrigavam a contratação por meio de concurso público, por exemplo, observada na já referida NOB-RH/SUAS, os números de trabalhadores contratados por tempo determinado, temporários, nunca alcançou a redução desejada.

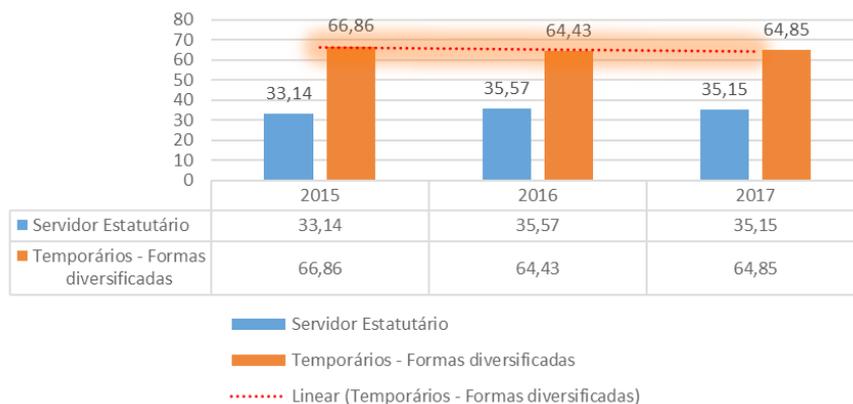
Além disso, dados expostos a seguir denotam como esse processo tende a se aprofundar no período de declínio dos governos neodesenvolvimentistas e instauração do golpe de 2016, demonstrando como a reconfiguração da Política de Assistência Social no adensamento do projeto neoliberal tem passado pela precarização das configurações de trabalho. A instabilidade dos contratos de trabalho (Gráfico 2) é a regra estabelecida quanto às formas de vinculação da força de trabalho ao Suas.

Apesar de uma progressiva e tímida mudança, ao longo dos três anos abordados, o percentual de 64,85% de trabalhadores temporários vinculados ao Suas, no ano de 2017, denota o padrão de flexibilização adotado. Apesar da criação do Sistema ter ocorrido em 2004, 13 anos após sua contínua implementação em todo o território nacional, a composição de sua força de trabalho ainda é majoritariamente formada por trabalhadores temporários.

A flexibilização é característica que reflete a incorporação da lógica da reestruturação produtiva na força de trabalho empregada pelo Estado. Para Alves (2007, p. 157) os parâmetros da flexibilização, crucialmente expressos pela universalização do toyotismo, são “traduzidos em valores e regras de gestão do trabalho vivo, dos mais diversos tipos, atingem os empreendimentos capitalistas, seja na área da indústria, seja na área de serviços (inclusive na administração pública)”. O Estado, ao adotar como via de regra o modelo originado na esfera do mercado, atua não só na flexibilização da legislação trabalhista em geral, mas também nas formas de objetivação das prestações públicas.

10 Raichelis (2013), dentre outros pesquisadores, denota, ao longo do processo de implementação do Suas, a precarização das relações de trabalho, englobando os mais diferentes aspectos, dentre eles o da flexibilização.

Gráfico 2 – Tipos de contratação dos trabalhadores vinculados ao Sistema Único de Assistência Social, recorte Cras/Creas (%)¹¹



Fonte: Ministério do Desenvolvimento Social/Censo-SUAS 2015/Censo-SUAS 2016/Censo-SUAS 2017 (elaboração do autor).

Neste caso, a flexibilização da força de trabalho empregada pelo Suas se mostra como uma particularidade do que Alves (2007) chama de *nova precariedade do trabalho*, não por se tratar da fração da classe trabalhadora nacional historicamente imersa na precariedade estrutural,¹² muitas vezes retratada pelo trabalho informal, mas por ser uma parcela de trabalhadores no espaço da formalidade do trabalho que passam a sentir as consequências da universalização do modelo flexível de acumulação. Sobre a nova precariedade, Alves (2007, p. 258) afirma, mesmo que:

11 Foram concentradas na variável temporários, as diversas tipificações de modalidade de contratação adotadas pelo Censo-Suas, quais sejam: empregado público celetista, outro vínculo não permanente, servidor temporário, trabalhador de empresa/cooperativa/entidade prestadora de serviços, comissionado, terceirizado, voluntários. Apesar da variedade de tipos de vínculo, que inclusive requerem também uma problematização pela substância que revelam, como a presença de terceirizados e voluntários, foi aqui sistematizada uma variável mais generalista de temporários por retratar a essência da problemática da flexibilidade do vínculo, o que congrega em um universo geral as variações.

12 O que Alves (2007) aborda como precariedade estrutural firma-se no debate do mundo do trabalho que se detém ao estudo das formas de precarização do trabalho advindas com a reestruturação produtiva, mas que possui como cerne de sua determinação a crescente depreciação da força de trabalho no modo de produção capitalista inerente à genética contradição entre capital e trabalho.

[...] a nova precariedade seja mais visível nos estratos do setor informal, ela aparece, sob múltiplas formas, nos estratos formais do mercado de trabalho, seja através das perdas de direitos e benefícios trabalhistas, muitos deles por conta das novas formas de flexibilização do estatuto salarial; ou ainda da intensificação e extensão da jornada de trabalho, com as horas extras não pagas; seja através da insegurança no emprego e da carreira, como demonstram as reedições constantes dos programas de demissão coluntária ou insegurança da representação sindical, abatida pela queda do poder de barganha da categoria assalariada etc.

A flexibilização do trabalhador da PAS não foge à regra. O vínculo flexível de trabalho desonera os custos com a força de trabalho empregada, por não haver obrigatoriedade de pagamento de direitos trabalhistas como 13º salário e férias, além de fomentar a insegurança do vínculo, que ocasiona prejuízos quanto à organização política e na capacidade de negociação com o empregador. Além disso, tal fragilidade nos vínculos de trabalho encontrada no Suas destitui o trabalhador das possibilidades de progressão na carreira e de assalariamento, posto que na própria NOBRH/Suas (2011, p. 47) é previsto que “o acesso à carreira estará condicionado à aprovação em concurso público de provas ou de provas e títulos”.

Ao cruzar o elemento da flexibilidade com outros traços do perfil da força de trabalho empregada pelo Suas percebe-se que tal elemento da precarização possui proporções ainda maiores. No mapa etário geral dos trabalhadores do Suas é identificado que 56,86% estão entre 30 e 49 de idade (CENSO-SUAS/MDS, 2017), faixa de composição da População Economicamente Ativa (PEA) na qual se identifica o núcleo de trabalhadores que já deveriam possuir estabilidade empregatícia, com projeções estáveis de carreira e progressão de salários. No entanto, a parcela representada por aqueles com vínculos instáveis, que significa mais da metade da força de trabalho empregada no último ano pelo Suas, está inserida a condições de flexibilização.

Quanto à qualificação profissional, do conjunto de trabalhadores empregados, 43,12% possuem formação de nível superior (CENSO-SUAS/MDS, 2017), com qualificação necessária para desempenho de

suas funções técnicas, de acordo com os requisitos estabelecidos pelo próprio MDS, ao passo em que desse percentual ainda há 15,51% com algum tipo de especialização. Nesse caso, a qualificação profissional não tem se revertido em acesso à estabilidade empregatícia.

A flexibilização institucionaliza uma descartabilidade da força de trabalho empregada pelo Suas. Em paralelo à mediação elaborada por Druck (2016), quanto à flexibilização na política de saúde, a precarização das configurações de trabalho no Suas é um dos pilares do desmonte da Política de Assistência Social e, de forma mais ampliada, do próprio Estado social e democrático. Nesse caso, a precarização do trabalhador é também a precarização da política pública.

Diferentemente da flexibilização que acontece na política de saúde, por meio da privatização do aparelho público e terceirização da força de trabalho (DRUCK, 2016), o que ocorre no Suas é um processo de flexibilização por meio dos vínculos de trabalho nos serviços executados pelo próprio Estado. Tais diferenciações – a da política de saúde e da PAS – possuem manifestações particulares de flexibilização, mas que compõem uma mesma tendência de precarização da força de trabalho empregada.

O trabalhador público opera serviços públicos que atendem ao conjunto da sociedade. Apesar das bases do mundo do trabalho serem universais, por exemplo, como o assalariamento, há, no trabalhador público, a especificidade de desenvolver um trabalho improdutivo, nesse caso estudado, diferenciado pela finalidade de utilização de sua força de trabalho. A incorporação da lógica privada para a lógica pública substancia formas de erosão à prestação de serviços públicos que este trabalhador objetiva – a institucionalização da precarização de uma força de trabalho “cujo valor de uso é produzir bens públicos e, [...] o seu rebaixamento ou a sua redução ou mesmo a sua extinção geram implicações imediatas e plenamente visíveis ao conjunto da sociedade”. (DRUCK, 2016, p. 39).

O adensamento do projeto neoliberal, nos últimos anos, na direção da eliminação de diversos direitos sociais básicos até então garantidos pelo Estado, é composto pelo atrofiamento do Suas e a progressiva expulsão dos seus trabalhadores ao desemprego, possi-

bilitada pela flexibilização. O ano de 2017, por exemplo, foi marcado pelo primeiro ano de funcionamento do Novo Regime Fiscal, com cortes para o orçamento da PAS em que “os municípios deixaram de receber mais de R\$ 471 milhões”, observando “que o corte foi de 19% nesse período” (CNM, 2017). A previsão orçamentária para o ano de 2019, de acordo com publicação do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), ocasionará:

[...] diminuição de 133 mil vagas em abrigos (orfanato e asilo) que impacta na redução de 39 mil vagas para crianças e adolescentes, 58 mil vagas para idosos e 27 mil para adultos desabrigados ou em situação de rua. Também terá a diminuição de 10 milhões de atendimento por ano às pessoas e famílias em situação de desemprego, fome, iminência de violência doméstica que são atendidas nos Centros de Referência da Assistência Social, além de outros serviços, Programas e Projetos que ficaram prejudicados. (CNAS, 2018, p. 1).

O desmonte pelo viés dos cortes no orçamento segue na direção de interrupção de diversos serviços, já para o próximo ano, tendendo a suprimir o Suas nos anos vindouros, e significará a ausência da prestação de serviços essenciais para a população e direcionando grande parcela da força de trabalho empregada por esse sistema ao desemprego. A flexibilização, traço crucial das configurações de trabalho nesta política, se soma aos cortes orçamentários livrando de barreiras a expulsão destes trabalhadores de seus postos de trabalho.

Neste caso, a dinâmica de expansão do Suas, ao longo dos governos neodesenvolvimentistas, foi realizada tomando por base os critérios da reforma gerencial do Estado brasileiro, inclusive no que diz respeito às formas de contratação da força de trabalho empregada, conformando um movimento contraditório de expansão e instabilidade. As tendências de flexibilização expressas até o momento não irão encontrar um corpo profissional sólido e estruturado que possa oferecer entraves ao adensamento do projeto neoliberal na PAS.

Apesar do Suas ter passado a ser política de Estado após a promulgação da Lei nº 12.435/2011 e haver uma significativa parcela de 35,15% (Gráfico 2) de trabalhadores estatutários, ou seja, com

vínculo efetivo de trabalho, a tendência é que o conjunto de serviços seja suspensos e apenas esse conjunto de trabalhadores seja mantidos operando ações pontuais, possíveis de execução com orçamento previsto para os próximos anos.

A precarização do trabalhador do Suas é assim afirmada pela sua flexibilização. A instabilidade ocasionada pela fragilidade dos vínculos, que precariza as configurações de trabalho, cumpre um dos seus principais objetivos, no atual momento histórico de desmonte da PAS: a descartabilidade da força de trabalho empregada.

No campo das contradições de classe, há um conjunto de forças de resistência operadas não só pelo conjunto de trabalhadores da PAS em defesa do Suas, mas também por setores da gestão do próprio Sistema, de usuários, de conselhos profissionais, como é o caso do Conselho Federal de Serviço Social (CFess) e de movimentos populares, muitos deles concentrados na Frente Nacional em Defesa do Suas e da Seguridade Social, que existe desde o ano de 2016. No entanto, são poucas as possibilidades de interrupção dessas reformas postas até momento, já que se referem ao adensamento do projeto neoliberal que, gestado ao longo das últimas décadas, agora atinge, mais do que nunca, sua face antidemocrática e autoritária.

Apontamentos conclusivos

O projeto neoliberal atua no tensionamento do Estado na forma de destituição de direitos sociais historicamente estabelecidos, cruciais para a reprodução da classe trabalhadora, especialmente expressos pelos padrões de proteção social dos diferentes Estados nacionais, como também na destituição de direitos trabalhistas, na posição de desregular freios à voraz subsunção do trabalho ao capital.

A Política de Assistência Social e a força de trabalho por ela empregada, como se tentou demonstrar neste artigo, é um crucial exemplo deste movimento histórico. Os dois elementos que, na aparência, podem estar dissociados se unem numa mesma cadeia de fenômenos – o desmonte do padrão de proteção social e a flexibilização das relações de trabalho compõem o processo geral de precarização social do trabalho.

A flexibilização se substancia como um dos fios condutores desta análise por ser o ponto de convergência entre desmonte e precarização. Neste caso, observa-se que a partir da flexibilização são derruídas possíveis barreiras do atual projeto neoliberal no Brasil, tanto na destituição da PAS quanto na descartabilidade de grande parcela da força de trabalho por ela empregada.

O Novo Regime Fiscal se antecipando às projeções feitas ainda anteriormente à sua aprovação e, caminhando ao seu terceiro ano de implementação, já demonstra os sinais de devastação do padrão de proteção social brasileiro. Os efeitos até agora observados, no curto intervalo de tempo, são de um desastroso rebaixamento das condições de vida da classe trabalhadora brasileira, anulando conquistas históricas do trabalho.

Deste modo, a precarização social do trabalho, particularizada neste artigo pela força de trabalho empregada pela PAS, intensifica-se como via de regra no Brasil contemporâneo, deixando à mercê do mercado um conjunto cada vez maior de trabalhadores completamente desprotegidos, seja na condição de rebaixamento de proteções sociais ou pela flexibilização do trabalho no interior do Estado.

Os efeitos para categorias profissionais, como a dos assistentes sociais – que compõem a maior parcela de trabalhadores do Suas hoje (CENSO-SUAS, 2017) – são também desastrosos. Deste modo, se nas últimas décadas a expansão da Política de Assistência Social significou uma expansão do mercado de trabalho do assistente social nesta área, a atual reconfiguração poderá representar aumento do desemprego deste corpo profissional, nos próximos anos.

Artigo submetido em 01/07/2019

Aceito para publicação em 06/11/2019

Referências

ALVES, Giovanni. **Dimensões da reestruturação produtiva**: ensaios de sociologia do trabalho. Londrina: Práxis, 2007.

AMORIM, Henrique J. **A valorização do capital e o desenvolvimento das forças produtivas**: uma discussão crítica sobre o trabalho imaterial. Tese de Doutorado. Campinas-SP: Unesp, 2006.

CASTELO, R. **Social-liberalismo**: auge e crise da supremacia burguesa na era neoliberal. Rio de Janeiro: Boitempo, 2008.

CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. **Emendas para recomposição do orçamento da assistência social são propostas para Comissão Mista do Congresso Nacional.** Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/cnas/noticias/emendas-para-recomposicao-do-orcamento-da-assistencia-social-sao-propostas-para-comissao-mista-no-congresso-nacional>>. Acesso em: 22/10/2018.

CONSELHO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS. **Governo reduz orçamento da Assistência Social para criar Programa Criança Feliz.** Disponível em: <<https://www.cnm.org.br/comunicacao/noticias/governo-reduce-orcamento-da-assistencia-social-para-criar-programa-crianca-feliz>>. Acesso em: 18/09/2018.

DRUCK, Graça. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Revista Trabalho Educação e Saúde**, v., 2016.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONOMICA APLICADA (IPEA). **Nota técnica: análise da PEC 55.** Brasília: IPEA, 2016.

INSTITUTO FISCAL INDEPENDENTE. **Relatório de acompanhamento fiscal:** setembro 2017. Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/531520/RAF_08_2017_pt04.pdf>. Acesso em: 01/09/2018.

MARX, Karl. **Grundrisse:** manuscritos econômicos de 1857-1858. São Paulo: Boitempo, 2008.

MÉSZÁROS, István. **Para além do capital:** rumo a uma teoria da transição. São Paulo: Boitempo, 2009.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL. **Norma Operacional de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social.** Brasília: MDS, 2011.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL. **Censo Sistema Único de Assistência Social 2018.** Brasília: MDS, 2018.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL. **Censo Sistema Único de Assistência Social 2017.** Brasília: MDS, 2018.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL. **Censo Sistema Único de Assistência Social 2016.** Brasília: MDS, 2017.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL. **Censo Sistema Único de Assistência Social 2015.** Brasília: MDS, 2016.

PAIVA, Andrea B.; MESQUITA, Ana C. S.; JACCOUD, Luciana; PASSOS, Luana. **O novo regime fiscal e suas implicações para a política de Assistência Social no Brasil.** Brasília: IPEA, 2016.

RAICHELIS, Raquel. Proteção social e trabalho do assistente social: tendências e disputas na conjuntura de crise mundial. **Serviço Social e Sociedade**, n. 116, 2013.

SOUSA, Jessé. **A elite do atraso:** da escravidão a Lava-Jato. Rio de Janeiro: Leya, 2017.

SER Social

ESTADO, DEMOCRACIA E SAÚDE

Brasília, v. 22, n. 46, janeiro a junho de 2020

Educação permanente e intergeracionalidade: o papel transformador dos projetos de animação

Lifelong education and intergenerational learning:
the transformative role of socioanimation projects

Rosanna Barros¹

Resumo: O conceito de envelhecimento sendo pluridisciplinar encontra-se explicado na literatura à luz de diversas perspectivas. Neste artigo de reflexão teórica e pesquisa bibliográfica, o envelhecimento é pensado segundo o enfoque do curso de vida (*life-course/life-span*), que tem procurado contribuir para a mudança da concepção negativa do idoso, como um ser doente e passivo, colocando a tônica na possibilidade de desenvolvimento e pró-atividade durante todo o ciclo de vida. Neste sentido, há várias estratégias de intervenção educacional para promoção do envelhecimento ativo, optando-se, na reflexão aqui apresentada na segunda e terceira seções do texto, por um enfoque no contributo específico que as dinâmicas intergeracionais podem aportar quando integradas em projetos de animação

1 Doutora em Educação. Pós-doutorada, mestre e pós-graduada. Professora Adjunta da Universidade de Algarve. E-mail: rbarros@ualg.pt

socioeducativa. Da adoção deste prisma teórico-conceitual, resulta a possibilidade de pensar a animação como uma metodologia de intervenção para o desenvolvimento da qualidade de vida, tanto dos idosos, em contextos comunitário ou institucional, como dos adultos, jovens e crianças.

Palavras-chave: educação permanente; intergeracionalidade; projetos de animação socioeducativa; curso de vida e envelhecimento ativo.

Abstract: The concept of aging is multidisciplinary and is explained in the literature in the light of various perspectives. In this article of theoretical reflection and bibliographical research, ageing is thought following life course approach (life-course/life-span), which has contributed to changing the negative conception of the elderly, as a patient and passive, putting the emphasis on the possibility of development and pro-activity throughout its lifecycle. In this sense, there are several educational intervention strategies for the promotion of active ageing. Thus, in reflection presented, in the second and third sections of the text, the choice was for a focus on the specific contribution that the intergenerational dynamics can offer to transformation when integrated into social-animation projects. The adoption of this theoretical-conceptual prism results in the possibility of thinking about animation as a methodology for developing the quality of life of older people, adults, young people and kids, both in community or institutional settings.

Keywords: permanent education; intergeracional learning; socio-animation projects; active ageing and life course.

Sobre a ideia de bem-envelhecer ao longo do ciclo de vida

Neste artigo, adotamos uma perspectiva acerca do conceito de envelhecimento humano que, antes de mais, o considera como um processo e não como um estado (FERNANDEZ-BALLESTEROS, 2009). Isso pressupõe entender que o mesmo se desenvolve ao longo do ciclo de vida de cada indivíduo e que está sujeito a vários tipos de fatores socioculturais e biopsicológicos que o influenciam de diferentes formas e a vários níveis (SCORALICK-LEMPKE; BARBOSA, 2012). Assim, embora envelhecer seja um fenômeno inerente, de modo natural, a qualquer ser vivo, o mesmo adquire um grau de maior complexidade nos seres humanos, porque neles se interrelaciona com outros processos de índole social, cultural e política (FONTAINE,

2000). Isto significa, para a nossa espécie, que se envelhece biologicamente em contexto.

Neste sentido, torna-se necessário adotar uma visão holística acerca do processo de envelhecimento, quer para o compreender nas suas múltiplas características essenciais quer para poder adotar uma postura ativa perante o seu concreto desenvolvimento. Tal visão assume este conceito como interdisciplinar, sendo melhor problematizado na interface de diversas disciplinas e teorias associadas. Neste enquadramento, consideramos que a abordagem oferecida pelo enfoque do curso de vida (*life-course* e *life-span*) é particularmente adequada para captar o complexo e dinâmico processo de envelhecimento humano. (MORTIMER; SHANAHAN, 2003).

Ou seja, trata-se de considerar as mudanças que ocorrem nas trajetórias de vida individuais dos seres humanos enquanto organismos vivos e biológicos captando, em simultâneo, a interação com os contextos socioculturais, de que tais mudanças são interdependentes, e que envolvem outros seres humanos sociodemograficamente diversos (HOLSTEIN; GUBRIUM, 2000). Esta abordagem permitiu, assim, perceber o fenómeno do envelhecimento humano numa dinâmica que se altera e desenvolve durante todo o curso da vida. Portanto, o envelhecimento, ao ocorrer em interação com múltiplos fatores, num processo longo e continuado, contém, em si mesmo, a possibilidade de ser intervencionado e autorregulado. No fundo, é esta a ideia-chave em que se assenta o conceito de envelhecimento ativo.

Com efeito, como refere Correia, trata-se de assumir a noção de que “o envelhecimento pode e deve ser uma experiência positiva, potenciadora do bem-estar físico, psicológico e social ao longo da vida, com a participação do indivíduo na sociedade, de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades”. (2014, p. 10). Ora, para a promoção desta conceptualização, enquanto base de lançamento de políticas sociais e educacionais contemporâneas, o papel de diversas instâncias internacionais, com destaque para a Organização Mundial de Saúde (OMS), tem sido notório. Assim, por exemplo, no documento *Active Ageing—a Policy Framework*,² o envelhecimento ativo

2 Envelhecimento ativo—uma estrutura de políticas.

diz respeito a um processo de otimização das oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, a fim de melhorar a qualidade de vida com a idade (WHO, 2002). Também outras efemérides, politicamente construídas em nível transnacional, têm contribuído para a consolidação deste conceito, como p. ex., em 1999, o Ano Internacional das Pessoas Idosas ou, em 2012, o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e Solidariedade entre Gerações.

Para além disto, a abordagem acerca do envelhecimento humano oferecida pelo enfoque do curso de vida, tem evidenciado outros aspectos teóricos-conceitual relevantes para pensar esta dimensão da vida humana, tais como expressa o debate relacionado com a própria polissemia do conceito de geração (WITHNALL, 2016) e com a heterogeneidade do conceito de idoso (SANTOS, 2010). Assim, por um lado, e sobre o conceito de geração interessa-nos reter, para melhor explorar o potencial da ideia de fomentar estratégias intergeracionais para um envelhecimento ativo, a abordagem sociológica que o toma como metáfora para a construção social do tempo, quer evidenciando a dinâmica da mudança de estilos de pensamento de uma época como resultado de descontinuidades históricas partilhadas (MANNHEIM, 1952), quer evidenciando a complexa construção das identidades como tomada de consciência do entrelaçamento da história individual e da história social (ABRAMS, 1982). Do mesmo modo, e por outro lado, sobre a heterogeneidade do conceito de idoso, interessa-nos reter, para melhor explorar o potencial da ideia de contextualização e irreplicabilidade da intervenção pela animação socioeducativa, a abordagem complexa que toma interdisciplinarmente o ser humano idoso, de acordo com as suas várias dimensões biopsicológicas e socioculturais, abandonando a simples definição cronológica, bem mais difundida. Ou seja, como refere Santos, “o idoso é um ser de seu espaço e de seu tempo. É o resultado do seu processo de desenvolvimento, do seu curso de vida. É a expressão de relações e interdependências”. (2010, p. 1037).

Portanto, como pressupostos mínimos dos projetos de animação socioeducativa que visem educar para bem-envelhecer, haverá que levar em conta, quer o objetivo de propiciar a viabilidade da comunicação entre as várias gerações, e a interação dos seus modos comple-

xos e diferenciados de construção de identidades e sentidos para a vida, quer o objetivo de propiciar a emergência das várias vozes e subjetividades que existem dentro da categoria idoso, de modo a motivar a participação efetiva por meio do diagnóstico das múltiplas preferências e fatores disposicionais que os diferenciam.

Por fim, perceber o fenômeno do envelhecimento humano numa dinâmica que se altera e desenvolve durante todo o curso da vida (BALTES; REESE; LIPSITT, 1980) implica, também, considerar as múltiplas transições, programadas e não programadas, que ocorrem e impactam, de modos desiguais, no projeto pessoal e social de bem-envelhecer. Ora, no âmbito da animação socioeducativa trata-se, então, de trabalhar a intervenção, no contexto de grupos intergeracionais, sem descurar a macroestrutura mas tomando igualmente as especificidades conjunturais de cada indivíduo e do próprio meio envolvente. Assim, adotando-se este enfoque, os grandes marcos que fazem transitar estados identitários nas trajetórias de vida são entendidos como parte constitutiva do delineamento da ação, explícita ou implicitamente (POZA-VILCHES, FERNÁNDEZ-GARCÍA; FERREIRA-DELGADO, 2018). Em fases mais iniciais do ciclo de vida, serão transições afetas, por exemplo, à passagem da vida escolar para a vida laboral, entre outras; em fases mais intermediárias do ciclo de vida, serão transições afetas, por exemplo, à construção e reconstrução de famílias, entre outras; em fases mais avançadas do ciclo de vida, serão transições afetas, por exemplo, à passagem da vida laboral para a reforma, entre outras. Em qualquer momento, poderão ser, também, transições não programadas, como a morte, a doença, o desemprego, entre outras.

A adoção deste enfoque do curso de vida permite, pois, pensar na ideia de equilíbrio entre os ganhos e as perdas que se vão vivenciando enquanto se vive, bem como na ideia de que a diferença entre gerações permite tornar mais inteligível a própria experiência da vida como um processo em construção. Porém, para além de impactarem diferencialmente em cada indivíduo, algumas transições, pela sua natureza macroestrutural, possuem uma carga simbólica, social e culturalmente construída, mais relevante do que outras (HENDRY, 2015). É, por exemplo, o caso da transição da vida laboral para a

reforma, na medida em que tem repercussões diretas no estatuto social e no reconhecimento pelo outro. Ou seja, nas sociedades ocidentais modernas assentes no contrato social e no trabalho assalariado, esta transição tem maiores repercussões na identidade pessoal e no papel social adotado, e reconhecido, no curso da vida, porque vem alterar as oportunidades quer de expressão de capacidades individuais quer da experienciação de um sentimento de realização pessoal pelo reconhecimento do outro. Para além disso, em alguns Estados nacionais cuja consolidação do modelo de previdência social foi mais incipiente, como acontece em Portugal, torna-se perceptível a relação entre ser reformado e ter problemas de nível económico inerentes a pensões de aposentadoria significativamente baixas (SOUSA SANTOS; GONELHA; BRUTO DA COSTA, 1998). Assim, a mudança do papel desempenhado na sociedade, que está associado ao período de reforma, pode, frequentemente, resultar em significativos níveis de inatividade com riscos de desintegração (CRUZ, 2003), mas pode, de outra forma, resultar em aproveitamento do maior tempo livre disponível para participar ativamente nos contextos em que a vida se desenrola (OSÓRIO, 2000). Cumulativamente, verifica-se, também, a existência de diversos tipos de preconceitos que dificultam a aceitação da ideia que os idosos aposentados podem continuar a ter uma participação social ativa e relevante, ainda que em diferentes moldes. Neste enquadramento, um dos preconceitos mais generalizados é a ideia que a velhice é sinónimo de deterioração cognitiva. Com efeito, embora se possa ter algum declínio próprio desta fase avançada da vida, como, p. ex., se constata com a necessidade de mais tempo para concretizar novas aprendizagens ou o agravamento de problemas relacionados com a memória, estes aspectos não comprometem de forma determinante a cognição, nem o desempenho das tarefas quotidianas (WHITEHOUSE, 2013). E ter presente este fato poderá fazer a diferença no momento de pensar o autoconceito, a identidade e a própria qualidade de vida dos idosos (AZEVEDO; TELES, 2011). Ora, intervir para transformar esta perceção preconcebida é atualmente, no contexto ocidental de significativo envelhecimento demográfico, essencial para se poder (re)conhecer o papel social das

peessoas mais velhas, e salvaguardar o seu direito de bem-envelhecer também durante a fase mais avançada do ciclo de vida.

O movimento da educação permanente e a intergeracionalidade

Na história dos sistemas modernos educativos, a chamada crise mundial da educação, ocorrida no final da década de sessenta, e os desenvolvimentos subsequentes, em especial aqueles que conduziriam a um entendimento amplo da educação capaz de contemplar todas as modalidades formais, não formais e informais da ação educativa realizada com educandos de todas as faixas etárias, marcariam, em conjunto, o início de uma viragem progressiva no entendimento genérico dado até então ao próprio conceito de educação (BARROS, 2011). A este respeito, Canário considera que o movimento da educação permanente, que emerge nesta época, representa, pela dimensão que adquire em nível mundial e pela visão sociopolítica que defende, um verdadeiro “ponto de viragem no pensamento sobre educação” (2000, p. 87). Ora, a visibilidade que os pressupostos político-filosóficos da educação permanente viriam a adquirir está associada à publicação, em 1972, do relatório coordenado por Edgar Faure, no âmbito da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), que se intitula: *Learning to Be – the world of education today and tomorrow*,³ o que faz com que este documento seja na verdade incontornável. Porém, o conceito de educação permanente, apesar de ter ficado associado de forma irrefutável a este período histórico, não foi, de fato, elaborado nessa época. A este propósito, afirma-se no próprio relatório que “a ideia de educação permanente tem reunido bastante força desde os últimos dez anos, embora seja uma ilusão pensar que é uma descoberta dos nossos tempos”. (FAURE et al., 1972, p. 142).

Assim, a criação do conceito de educação permanente está, de fato, inscrita em teorizações que remontam ao início do século XX, principalmente aos contributos teórico-conceptuais de Dewey, Smith e Lindeman que representam uma herança, que embora mais afastada

3 Apreendendo a Ser – o mundo da educação hoje e amanhã.

no tempo e surgindo noutra contexto sociopolítico, contém algumas ideias e pressupostos centrais para certas modalidades educacionais, cujas interfaces nos interessam pensar neste artigo, dado que representam contributos para o projeto pessoal e social de bem-velhacer, como são a educação não formal de adultos e idosos, a animação socioeducativa e a educação intergeracional. Ora, são, pois, exemplos destas ideias: o entendimento que a educação não acaba quando se deixa a escola, na medida em que à educação cabe o papel de assegurar a viabilidade da vida em sociedade, independentemente da idade que se possui (DEWEY, 1916); a ideia que a educação de adultos e idosos deve ser expandida e universal, e na medida em que contribui para construir uma cidadania mais democrática, é ainda, neste quadro, percebida como desejável ao longo de toda a vida dos cidadãos (SMITH, 1919); e a ideia que permite valorizar a experiência dos adultos e idosos no processo de aprendizagem intergeracional, bem como a importância conferida para esse fim aos grupos de discussão como uma das metodologias adequadas à troca de ideias neste âmbito. (LINDEMAN, 1926).

Não obstante esta inscrição teórico-conceptual mais remota, é, porém, pela mão da Unesco, que o conceito de educação permanente é reintroduzido nos debates acerca da educação, passando a estar particularmente associado, por um lado, à reestruturação dos sistemas escolares, e, por outro lado, à elaboração de projetos de transformação social. Com efeito, no relatório (FAURE et al., 1972), este conceito diz respeito a todo o processo educativo, compreendendo todas as suas formas, expressões e momentos, de maneira a garantir a educação global das crianças e jovens, e a preparar os adultos e idosos para exercerem melhor a sua autonomia e liberdade. Assim, a educação permanente é entendida, neste contexto, como um projeto educativo que inter-relaciona, incessantemente, a dimensão individual e a dimensão social da educação, veiculando um sistema humanista de valores coletivos.

Trata-se de uma nova visão e interpretação para o processo educativo que correspondeu a uma expansão das suas modalidades não formal e informal, contrariando os dois eixos estruturantes que caracterizam todo o modelo escolar, o eixo espacial e o eixo temporal, para

extravasar, no âmbito das práticas educativas, o espaço organizacional da escola, bem como os condicionalismos temporais da lógica inflexível da educação escolar (LENGRAND, 1970). No Relatório Faure, pode-se ler, a este propósito, que “a tarefa de educar só se tornará eficiente, justa e humana se se submeter a alterações radicais afetando a essência da ação educacional, tal como o tempo e o local para a prática da educação” (FAURE et al., 1972, p. 142). Este entendimento alternativo do conceito de educação pressupõe, de igual modo, a ruptura com aquilo que neste relatório se designa como “ideias preconcebidas sobre a instrução – é para os jovens e tem lugar na escola – que impedem as pessoas no geral de conceber a educação [noutros termos]” (FAURE et al., 1972, p. 142). Ou seja, o papel da escola, no âmbito desta perspectiva, muda completamente, na medida em que a educação básica que nela deve ser adquirida é percebida como uma espécie de prelúdio, que se destina essencialmente: a dotar os futuros adultos com os melhores meios para se exprimirem uns com os outros; a promover a capacidade de obter informação de forma autônoma; ou, ainda, a criar uma sociedade na qual os indivíduos saibam se comunicar, trabalhar e viver cooperativamente uns com os outros. A educação permanente representa, assim, uma alavanca para alterar todo o entendimento acerca do conceito moderno de educação. A este respeito, Canário destaca que esta perspectiva assenta em três pressupostos sobre o processo educativo: “o da sua continuidade (em termos diacrônicos), o da sua diversidade (integrando diferentes níveis de formalização e instituições de natureza educativa escolar e não escolar), e o da sua globalidade (em nível da pessoa e em nível de contextos locais)”. (2001, p. 91).

A importância da perspectiva da educação permanente para concretizar, por meio de estratégias intergeracionais de animação socioeducativa, a ideia de bem-envelhecer, advém do fato de a sua agenda pretender reunificar, portanto, o que o sistema escolar de educação espartilhou, ambicionando, nas palavras de Ribeiro Dias, a “realização final da pessoa, no tempo, ao longo de todas e cada uma das fases da existência – infância, juventude, vida adulta, terceira idade – e no espaço, em todos os lugares em que a sua vida decorre” (1986, p. 37). Logo, uma reestruturação desta natureza implica a

desconstrução da ideia de haver uma idade própria para aprender, passando-se de uma concepção institucional e normativa do conceito de educação, para “uma concepção da aprendizagem encarada como coincidente com o ciclo vital e a construção da pessoa, correspondente a um percurso de ‘aprender a ser’”. (CANÁRIO, 2001, p. 90).

É neste quadro humanista do ‘aprender a ser’ que estão situados os objetivos de promover, durante todo o ciclo de vida dos indivíduos, uma intervenção educacional para a promoção do envelhecimento ativo, que visa contribuir para estender a expectativa de vida saudável a todas as pessoas, enquanto envelhecem, aumentando neste processo a satisfação com a vida, que resulta, entre outros fatores, do reforço dos laços sociais entre gerações e do consequente incremento da participação social, cultural e econômica de todos na vida coletiva e comunitária. Ora, o pressuposto da participação, efetiva e coerente, é um dos fundamentos que melhor caracterizam a construção de projetos de animação socioeducativa.

Sobre o reforço dos laços sociais entre gerações—o papel dos projetos de animação socioeducativa

A animação pode ser definida, num primeiro momento, como uma forma de ação sociopedagógica que trabalha intencionalmente com o grupo, visando à transformação pessoal e social, bem como ao desenvolvimento comunitário, e do meio envolvente ao coletivo, por meio de dinâmicas diversas que promovam, antes de mais nada, hábitos de participação. Posto isto, e atendendo a que etimologicamente o conceito de animação nasce de *animus* e *anima*, poder-se-ia dizer, também, que se trata de uma ação que infunde vida, ao mesmo tempo que incita à ação (ANDER-EGG, 2006). Ou seja, percebe-se que a animação transcende a simples movimentação casuística dos contextos para os trabalhar, propositadamente, por meio da metodologia de projeto, deixando bases efetivas para construir autonomia nos contextos onde atua.

Ora, o modo basilar de consolidar os ganhos da experienciação da participação, livre e democrática, que os projetos de animação promovem, passa, sobretudo, pela reflexão partilhada e continuada,

também ela livre e democrática, sobre o próprio desenvolvimento e curso da ação. Isto é, trata-se de uma reflexão que é, pois, constitutiva da ação, sendo esta característica, no nosso entender, de absoluta centralidade para diferenciar as atividades de entretenimento das de animação. Só estas últimas poderão, com efeito, promover, em nível micro e meso, o desenvolvimento pessoal e comunitário, bem como, em nível macro, a transformação social emancipatória (PAES; GUEDES, 2016). Neste sentido, a ação da animação é uma ação poderosa, que suscita dinâmicas de conscientização (FREIRE, 1980), que podem representar efetivos ganhos de poder.

Assim, enquanto forma de ação poderosa, a animação convoca um conjunto de fundamentos teórico-conceituais alicerçados na animação sociocultural e na animação socioeducativa, que orientam a sua intervenção social e comunitária (LOPES, 2008; PEREIRA; LOPES, 2011). Neste quadro, o cultural e o educativo são duas entidades dialéticas da metodologia de projeto em animação, estruturada com métodos e técnicas específicas, tais como dinâmicas de grupo, jogos educativos, dramatizações, entre outros recursos que constituem o patrimônio de ação educacional de qualquer animador (ANDER-EGG, 2003; CEBALLOS; LARRAZABAL, 1988; JARDIM, 2002). As práticas de animação, sendo na aparência simples, revelam-se, quando analisadas em profundidade, significativamente complexas, na medida em que visam, no médio e longo prazos, sobretudo pela educação não formal, a iniciativa para a mudança e a participação das comunidades no processo do seu próprio desenvolvimento sustentável, sem descurar a natureza contraditória e conflitual da vida sociopolítica em que os sujeitos estão integrados. (PÉREZ-SERRANO; GUZMÁN-PUYA, 2006).

Por outras palavras, a intervenção comunitária pela animação desenrola-se no mundo da vida real, mas cria no seu seio contextos de proximidade, com a capacidade de gerar comunidades de aprendizagem. É por este motivo que a animação, para ser capaz de fomentar a participação, e a transformação pessoal e social autossustentada, prioriza a construção e aprofundamento *in loco* de múltiplos canais de comunicação. Porém, o meio envolvente ao coletivo é socialmente estratificado, e apresenta várias resistências que se revelam como

desafios para a intervenção, podendo, não obstante, ser ultrapassados fazendo-se, por exemplo, efetivo uso do método dialógico que propicia, em contexto, a troca cultural entre diferentes subjetividades (FREIRE, 1992; BARROS; CHOTI, 2014). Assim, os projetos de animação socioeducativa podem fazer uso de estratégias interculturais e intergeracionais para “promover a inclusão social, o respeito, a compreensão intercultural e a aprendizagem entre gerações advinda da experiência” (MERRILL; BARROS; FERNANDES; SEIXAS, 2016, p. 7). Deste modo, das várias características socioculturais e sociodemográficas em presença num dado grupo, há que saber retirar sinergias e conteúdos para as atividades educacionais que aportem significados e interesses partilhados, capazes de fazer expandir o que se sabe para produzir, a partir daí, novas aprendizagens interculturais e intergeracionais. Trata-se de contextualizar a ação educacional por meio da valorização e da reflexividade sobre a experiência de vida, que implica, por um lado, um processo dialético entre o pensamento, a reflexão e a aprendizagem experiencial (KOLB, 1984), e, por outro lado, a capacidade de comunicar a nossa biograficidade a outros. (ALHEIT; DAUSIEN, 2000; ALHEIT, 2016).

Ora, dado que a emergência de uma aprendizagem intergeracional mais formal surge associada ao envelhecimento populacional e, ao mesmo tempo, a um enfraquecimento dos laços familiares em algumas comunidades (BJURSELL, 2015), a ênfase de numerosos projetos de intervenção tem sido colocada na animação socioeducativa do idoso. De fato, esta surge como um importante recurso para conscientizar o idoso acerca de questões relevantes do seu próprio contexto envolvente, e da sua constelação de interesses, que o podem ajudar a manter-se saudável ao longo do seu percurso de vida, na medida em que nunca é tarde para ser ativo. O objetivo é, frequentemente, atuar em todos os campos de desenvolvimento da qualidade de vida dos idosos, no sentido de os estimular quer em nível físico quer cognitivo e psicológico. Desta forma, inúmeros projetos de animação socioeducativa do idoso desenrolam-se nos termos de uma gerontologia educativa, e advogam comprovadamente que os períodos de ócio e lazer podem ser criativamente reconvertidos em oportunidades de participação. Ou seja, nos termos de Jacob, a “animação com idosos

representa um conjunto de etapas com o objetivo de facilitar o acesso a uma vida mais ativa e mais criativa, à melhoria nas relações e na comunicação com os outros, para uma melhor participação na vida da comunidade de que faz parte” (2007, p. 31). Isto é, usualmente a finalidade principal da animação socioeducativa do idoso pressupõe “ajudar as pessoas adultas idosas a planejarem as estratégias para o envelhecimento, de promover novos interesses e novas atividades, de estimular e treinar a vitalidade física e mental e de ocupar, utilmente, os grandes tempos livres disponíveis”. (OSÓRIO, 2004, p. 252).

Neste enquadramento, é fundamental compreender que a qualidade de vida dos idosos, institucionalizados ou não, passa primeiramente por preservar democraticamente os seus direitos, tais como o direito à privacidade e à intimidade, o direito à escolha do seu futuro, o direito à satisfação das suas necessidades básicas e subjetivas, o direito à individualidade, o direito a ter voz, entre outros. Ou seja, trata-se de observar, ao longo da vida, os direitos fundamentais dos indivíduos, continuando a considerar os idosos como cidadãos de pleno direito. Nestes termos, em particular o direito a ter voz remete diretamente para a questão da participação. O que, em animação, implica desde logo a realização de projetos que decorram de diagnósticos não só previamente elaborados, mas também, e, sobretudo, plenamente participados.

No geral, trata-se de considerar como indispensável a promoção de uma ligação positiva ao meio envolvente, mas, igualmente, de perceber que para tal é indispensável que o animador seja crítico e capaz de operar uma intervenção comunitária a montante e a jusante da rotina quotidiana do idoso, quer se trate de idosos em contexto institucional ou não. Com este desiderato é, pois, indispensável que o animador conheça bem os idosos com quem trabalha, e as lógicas do contexto institucional ou familiar em que ele vive, estabelecendo um ambiente de confiança em que os atores envolvidos possam se exprimir livremente. Isto porque, só conhecendo os sentidos e representações acerca do idoso, operantes no meio envolvente, se pode trabalhar intercultural e intergeracionalmente para fomentar a problematização dos costumes, quando estes sejam fruto de estereótipos e preconceitos. Assim, dado que tem que agir nos contextos e contextualizar

sempre a sua ação de intervenção, o animador é essencialmente um dinamizador e um mobilizador junto de indivíduos e grupos, relativamente aos quais desenvolve uma ação conjunta, assente numa comunicação positiva, para fomentar relações humanas renovadas que contrariem o idadismo e a exclusão do idoso da vida coletiva.

Ora, um projeto de animação socioeducativa para fazer um eficaz uso de estratégias intergeracionais e fomentar o autodesenvolvimento dos participantes na sua relação com o outro, precisa, portanto, de construir os seus pilares num diagnóstico previamente elaborado e plenamente participado, permitindo, desta maneira, trabalhar horizontalmente com o outro, atribuindo-se igualdade de voz e decisão aos envolvidos, independentemente das suas características sociodemográficas, e contribuindo, assim, para reforçar o mútuo respeito e construção de laços sociais entre gerações (LARA; CUBERO, 1993). Neste alinhamento, é, ainda, fundamental, ter uma visão holística do que se pretende, para saber como fazer uso, no âmbito de uma lógica de trabalho colaborativo, dos próprios dados empíricos recolhidos no diagnóstico participado, que após análise e interpretação, vão representar o manancial de informações-chave acerca da realidade em que se pretende intervir. Deste modo, todo o alinhamento da construção das fases de um projeto (ANDER-EGG; AGUILAR IDÁNEZ, 1999) ganha ele próprio vida ao mesmo tempo que incita à ação. Desta forma, programar traduz-se em envolver e corresponsabilizar no ato de decidir previamente o que se vai fazer, definindo de modo colaborativo, para o efeito, os objetivos gerais e específicos e os meios para os atingir. Esta programação, bem como a posterior execução das atividades programadas, se colocar em interação várias gerações, explicitando 'situações problema' diagnosticadas, pode também contribuir para a sua resolução (OSÓRIO; PINTO, 2007). Isto com a vantagem de se poder convocar, em contextos de animação intergeracional, um leque amplo de técnicas e dispositivos de intervenção que se adequam a faixas etárias distintas, a âmbitos diversos e a objetivos específicos consonantes com os princípios gerais que a sua conceptualização propõe (SILVA; SILVA; SIMÕES, 1992). A partir daqui são os objetivos e metas que dirigem a intervenção, na medida em que, sem que os objetivos estejam claramente defini-

dos, e sejam realistas (viáveis, pertinentes e aceitáveis), não é possível programar um conjunto de atividades estruturadas de forma coerente entre si, e enquadradas num espaço-tempo determinado para que possam ser operacionalizadas, depois de estabelecidas as prioridades, e visando alcançar a ‘situação objetivo’ que o projeto traduz. (DELGADO; BARROS, 2018).

Para além disto, há que atender, concomitantemente, ao tipo de influência, no controle informado da ação, que distintos elementos exercem, tais como os elementos teórico-conceituais ou os mecanismos político-administrativos, sempre presentes na elaboração e execução de um projeto. É por este motivo que a autorreflexividade crítica se constitui como a coluna vertebral de todo o curso da ação, na medida em que permite interpelar as opções de caráter ideológico, político e teórico que são tomadas quando se realiza o trabalho de programação e quando se operacionalizam as distintas etapas de um projeto. Aqui, o mais relevante é identificar o nível de consciência que se tem da ideologia que se está a utilizar e do modelo político (nem sempre explícito) que se propõe na intervenção (BARROS, 2012). Já os mecanismos político-administrativos remetem para o domínio do conjunto de disposições legais e administrativas, no quadro das quais se põe em marcha todo o processo.

Ora, a tarefa de projetar pressupõe, ainda, da parte do animador, quer o domínio profissional da sua área de atuação e a capacidade para levar a cabo a intervenção, sabendo delimitar cada atividade concreta sem descurar a inter-relação e fluxo da ação no médio prazo da intervenção; quer a capacidade de organização flexível, que permita acomodar margem para imprevistos que possam ocorrer, mas, também, e, sobretudo, a possibilidade de reprojeter atividades de animação em articulação com o diagnóstico, o acompanhamento e a avaliação contínua. Em especial a avaliação, a realizar num processo participado e contínuo, sistemático, dinâmico e flexível, sobre a forma como se vai desenvolvendo um projeto (FROUFE-QUINTAS; SÁNCHEZ-CASTAÑO, 1998), é vital e estratégica para o sucesso de uma intervenção que vise transformar o meio envolvente, dado que funciona como base fundamentada para rever o rumo de toda a ação, reorientando-a ou corrigindo-a, se necessário. Por outras palavras, a

avaliação em animação é, ela própria, um processo de reflexão que facilita a concretização das intencionalidades da intervenção pelo seu planejamento ativo, indispensável para projetos de intervenção participados e consonantes com a realidade social, que é mutável, dinâmica e complexa. (UCAR, 2004; FERNÁNDEZ, 1997).

Portanto, posto isto, defendemos que os projetos de animação socioeducativa, que façam uso de estratégias intergeracionais, tenham um papel central e relevante para, por um lado, estimular a reflexão generalizada acerca dos inúmeros novos papéis sociais que o idoso pode desempenhar na sociedade atual, e, por outro lado, conscientizar que o envelhecimento ativo se processa ao longo de todo o ciclo de vida, dizendo respeito a todos os indivíduos, independentemente da sua geração. Com efeito, a comunicação intergeracional pode, também, criar enquadramentos novos para integrar, de modo socialmente útil e (re)conhecido na família e na comunidade, distintos tipos de experiência e saberes, como pode acontecer, p. ex., através do desenvolvimento do voluntariado social intergeracional. (SALANOVA, 2002).

De resto, não será despiciente sublinhar que a aprendizagem intergeracional, sobretudo em contexto comunitário, tem sido vista pela Unesco como absolutamente central para desenvolver, com sucesso, contextualmente definido, a própria literacia nos vários e variados contextos socioantropológicos existentes no mundo, sendo hoje particularmente valorizada a literacia e aprendizagem familiar como forma de promover uma mudança social emancipadora. (UNESCO, 2017).

Considerações finais

Este artigo procurou dar uma visão abrangente e holística acerca da construção de caminhos para um envelhecimento ativo, demonstrando o papel que a animação socioeducativa intergeracional pode desempenhar para o alcançar. Neste quadro, partiu-se de um entendimento acerca do envelhecimento que o considera como um processo que se desenvolve contextualmente e ao longo de todo o ciclo de vida. Conceptualmente refletiu-se sobre a polissemia do conceito de geração,

bem como sobre a heterogeneidade do conceito de idoso, e optou-se por pensar o envelhecimento segundo o enfoque do curso de vida.

De um modo sintético, podemos afirmar que neste texto se advoga o direito a bem-envelhecer ao longo do ciclo de vida de todos os cidadãos, admitindo, não obstante, que esta premissa está ainda longe de ser reconhecida, apesar do legado deixado pelo movimento da educação permanente, pelo que há a necessidade premente de promover projetos de intervenção capazes de suscitar o debate desta ideia nos múltiplos contextos da vida comunitária.

Artigo submetido em 17/01/2019

Aceito para publicação em 27/05/2019

Referências

- ABRAMS, P. **Historical sociology**. England: Shepton Mallet Open Books, 1982.
- ALHEIT, P. Mentality and intergenerationality as framework conditions of 'lifelong learning' conceptual consequences of a multi-generational study in East Germany, **Investigar em Educação**. Número temático sobre: Intergeracionalidade e Educação ao Longo da Vida, II Série, n. 5, p. 29-51, 2016.
- ALHEIT, P.; DAUSIEN, B. 'Biographicity' as a basic resource of lifelong learning. In: ALHEIT, P.; BECK, J.; KAMMLER, SALLING OLESEN, H.; TAYLOR, R. (Eds.). **Lifelong learning inside and outside schools**. V. 2, Roskilde: University of Roskilde, 2000, p. 400-422.
- ANDER-EGG, E. **El léxico del animador**. Buenos Aires: Humanitas, 2006.
- ANDER-EGG, E. **Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad**. Buenos Aires: Humanitas, 2003.
- ANDER-EGG, E.; AGUILAR IDÁNEZ, M. J. **Como elaborar um projeto**. Guia para desenhar projetos sociais e culturais. Lisboa: Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social, 1999.
- AZEVEDO, M. J.; TELES, R. Revitalize a sua mente. In: RIBEIRO, O.; PAÚL, C. (Eds.), **Manual de envelhecimento ativo**. Lisboa: Lidel, 2011, p. 77-112.
- BALTES, P. B.; REESE, H. W.; LIPSITT, L. P. Life-span developmental psychology, **Annual Review of Psychology**, n. 31, p. 65-110, 1980.
- BARROS, R. **Subsídios breves para o debate de princípios e valores na formação política do(a) educador(a) social**. Lisboa: Chiado, 2012.
- BARROS, R. **Genealogia dos conceitos em educação de adultos**: da educação permanente à aprendizagem ao longo da vida. Um estudo sobre os fundamentos político-pedagógicos da prática educacional. Lisboa: Chiado, 2011.

- BARROS, R.; CHOTI, D. (Orgs.). **Abrindo caminhos para uma educação transformadora**. Ensaios em Educação Social, Filosofia Aplicada e Novas Tecnologias. Lisboa: Chiado, 2014.
- BJURSELL, C. Organizing for intergenerational learning and knowledge sharing, **Journal of Intergenerational Relationships**, n. 13, p. 285-301, 2015.
- CANÁRIO, R. Adultos. Da escolarização à educação. **Revista Portuguesa de Pedagogia**, n. 35 (1), p. 85-100, 2001.
- CANÁRIO, R. **Educação de adultos**. Um campo e uma problemática. Lisboa: Educa-Formação/Anefa, 2000.
- CEBALLOS, P.; LARRAZABAL, M. **Formación de animadores y dinámicas de la animación**. Madrid: Popular, 1988.
- CORREIA, E. **Saúde do idoso**. Polifonia de vozes. (Dissertação de mestrado). Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo, 2014.
- CRUZ, M. T. **La orientación y la animación com personas mayores**. Huelva: Universidad de Huelva, 2003.
- DELGADO, C.; BARROS, R. O papel dos projetos de animação sociocultural com idosos institucionalizados. In: ANICA, A. (Coord.). **Envelhecer no Algarve**. P. 153-166. Faro: Universidade do Algarve (E-Book), 2018.
- DEWEY, J. **Education and democracy**. New York: The Free Press, 1916.
- FAURE, E.; HERRERA, F.; KADDOURA, A. R.; LOPES, H.; PETROVSKY, A. V. ; RAHNEMA, M. ; WARD, F. C. **Learning to Be**. The word of education today and tomorrow. Paris: Unesco, 1972.
- FERNANDEZ-BALLESTEROS, R. **Envejecimiento activo**: contribuciones de la psicología. España: Piramide, 2009.
- FERNÁNDEZ, J. V. **Programas de animación sociocultural**. Tres instrumentos para su diseño y evaluación. Madrid: Narcea. 1997.
- FONTAINE, R. **Psicologia do envelhecimento**. Lisboa: Climepsi, 2000.
- FREIRE, P. **Extensão ou Comunicação?** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.
- FREIRE, P. **Conscientização**. São Paulo: Moraes, 1980.
- FROUFE-QUINTAS, S.; SÁNCHEZ-CASTRAÑO, M. A. **Animación sociocultural**: nuevos enfoques. Salamanca: Amarú, 1998.
- HENDRY, L. **Developmental transitions across the lifespan**: selected works of Leo B. Hendry. New York: Psychology Press, 2015.
- HOLSTEIN, J.; GUBRIUM, J. **Constructing the life course**. New York: General Hall, 2000.
- JACOB, L. **Animação de idosos**. Porto: Âmbar, 2007.
- JARDIM, J. **O método de animação**. Porto: Ave, 2002.

KOLB, D. **Experiential learning**. Experience as the source of learning and development. New Jersey: Prentice-Hall, 1984.

LARA, T.; CUBERO, M. V. **Las personas mayores**. Perspectivas desde la animación. Madrid: C.C.S, 1993.

LENGRAND, P. **Introdução à educação permanente**. Lisboa: Horizonte, 1970.

LINDEMAN, E. C. **The meaning of adult education**. New York: New Republic, 1926.

LOPES, M. DE S. **Animação sociocultural em Portugal**. Chaves: Intervenção. Associação para a Promoção e Divulgação Cultural, 2008.

MANNHEIM, K. The problem of generations, In: P. KECSKEMETI. **Essays on the sociology of knowledges**. New York: Routledge & Kegan Paul, p. 251-273, 1952.

MERRILL, B.; BARROS, R.; FERNANDES, P.; SEIXAS, A. M. Editorial. **Investigar em Educação** (número temático sobre: Intergeracionalidade e Educação ao Longo da Vida, II Série, n. 5, p. 7-10, 2016.

MORTIMER, J.; SHANAHAN, M. (Eds.). **Handbook of the life course**. New York: Kluwer Academic/Plenum, 2003.

OSÓRIO, A. Animação sociocultural na terceira idade. In: JAUME TRILLA (Coord.) **Animação sociocultural**. Teorias, programas e âmbitos. Lisboa: Instituto Piaget, 2004, p. 250-263.

OSÓRIO, A. **Planes gerontológicos y proyectos de animación sociocultural para las personas mayores**. Ediciones Universidad de Salamanca Teor. Educ., n. 12, p. 85-105, 2000.

OSÓRIO, A.; PINTO, F. (Coord.) **As pessoas idosas, contexto social e intervenção educativa**. Lisboa: Instituto Piaget, 2007.

PAES, P.; GUEDES, O. Emancipação humana e o debate dos direitos humanos. **SER Social**, v. 17, n. 37, p. 310-325, 2016.

PEREIRA, J. D.; LOPES, M. S. **As fronteiras da animação sociocultural**. Chaves: Intervenção – Associação para a Promoção e Divulgação Cultural, 2011.

PÉREZ-SERRANO, G.; GUZMÁN-PUYA, M. V. P. **Qué es la animación sociocultural**: epistemología y valores. Madrid: Narcea, 2006.

POZA-VILCHES, F.; FERNÁNDEZ-GARCÍA, A.; FERREIRA-DELGADO, P. La práctica profesional de los agentes sociales en materia de ocio juvenil: estrategias para la intervención. **Pedagogía Social**, n.31, p. 93-105, 2018.

RIBEIRO DIAS, J. A educação de adultos como objectivo da educação escolar no contexto da educação permanente. In: ANTÓNIO INÁCIO; JOAQUIM MORAIS (Eds.). **CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO DE ADULTOS, I**. Coimbra: Associação Portuguesa para a Cultura e Educação Permanente, p. 35-41, 1986.

SALANOVA, M. P. La participación de las personas mayores – apuntes para una agenda de intervenciones gerontológicas. **Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado**, n. 45, p. 21-32, 2002.

SANTOS, S. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogerátrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, n. 63 (6), p.1035-1039, 2010.

SCORALICK-LEMPKE, N.; BARBOSA, A. Educação e envelhecimento: contribuições da perspectiva Life-Span. **Estudos de Psicologia**, n. 29 (Supl.), p. 647-655, 2012.

SILVA, G. G., SILVA, L. G.; SIMÕES, M. E. **Apoio a atividades educativas e culturais**. Lisboa: Direção-Geral de Extensão Educativa, 1992.

SMITH, A. **Adult Education Committee Final Report**. Nottingham: Department of Adult Education of the University of Nottingham, 1919.

SOUSA SANTOS, B., GONELHA, M.; BRUTO DA COSTA, A. **Uma visão solidária da reforma da segurança social**. Coimbra: Centro de Estudos Sociais / União das Mutualidades Portuguesas, 1998.

UCAR, X. A avaliação da animação sociocultural. In: TRILLA, J. (Coord.) **Animação sociocultural**. Teorias, programas e âmbitos. Lisboa: Instituto Piaget, 2004, p. 189-206.

UNESCO. **Learning together across generations**. Guidelines for family literacy and learning programmes. Hamburg: Unesco. Institute for Lifelong Learning, 2017.

WHITEHOUSE, P. The challenges of cognitive aging: integrating approaches from science to intergenerational relationships. **Journal of Alzheimer's Disease**, n. 36, p. 225-232, 2013.

WHO. **Active ageing: a policy framework**. Geneva: World Health Organization, 2002.

WITHNALL, A. Lifelong learning comes of age: intergenerational perspectives. **Investigar em Educação**. (número temático sobre: Intergeneracionalidade e Educação ao Longo da Vida, II Série, n. 5, p. 11– 27, 2016.

SER Social

ESTADO, DEMOCRACIA E SAÚDE

Brasília, v. 22, n. 46, janeiro a junho de 2020

A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências¹

**Health in Temer and Bolsonaro governments:
struggles and resistances / La salud en los gobiernos Temer y
Bolsonaro: luchas y resistencias**

Maria Inês Souza Bravo²

Elaine Junger Pelaez³

1 Algumas ideias deste ensaio foram originalmente publicadas no artigo "As contrar-reformas na política de saúde do governo Temer", na *Argumentum*, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan.-abr./2018, bem como no trabalho "A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: o SUS totalmente submetido ao mercado", apresentado no 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, em 2019. Estes foram reelaborados e atualizados para o número atual da *SER Social*.

2 Assistente Social. Pós-doutora em Serviço Social pela UFRJ. Doutora em Serviço Social pela PUC/SP; professora aposentada da UFRJ e UERJ. Integrante do Corpo Permanente do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UERJ. Coordenadora do Grupo de Pesquisa registrado no CNPq "Gestão Democrática da Saúde e Serviço Social". Participante do Procad/Capes intitulado "Crise do capital e fundo público: implicações para o trabalho, os direitos e a política social". Integrante da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde. E-mail: mibravo@uol.com.br.

3 Assistente Social. Especialista em Saúde Pública (ENSP/Fiocruz); especialista em Avaliação em Saúde (ENSP/Fiocruz). Assistente Social do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia/Ministério da Saúde (INTO/MS). Membro da gestão atual do

Juliana Souza Bravo de Menezes⁴

Resumo: O presente artigo analisa a política de saúde nos governos de Michel Temer e Jair Bolsonaro, de modo a apontar os novos contornos da contrarreforma que tem sido implementada em ritmo acelerado. Objetiva identificar as repercussões das medidas propostas na disputa entre os projetos de saúde de reforma sanitária, de reforma sanitária flexibilizada, o privatista e o do Sistema Único de Saúde (SUS) totalmente submetido ao mercado, bem como os sujeitos e interesses privilegiados. Foram estudados documentos que fundamentam a ação governamental, portarias governamentais, reportagens de jornais e revistas sobre a política de saúde. Nos anos 2000, identifica-se o ressurgimento de diversos movimentos sociais. A mercantilização das políticas sociais, em especial da saúde, faz com que surjam novos mecanismos de luta e resistência, entre eles a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde. Por fim, destacam-se algumas propostas em defesa da saúde como direito.

Palavras-chaves: governo Temer; governo Bolsonaro; política de saúde; contrarreformas; Frente Nacional contra a Privatização da Saúde.

Abstract: This article analyzes health policy in the governments of Michel Temer and Jair Bolsonaro, in order to point out the new contours of the counterreform that has been implemented at an accelerated pace. It aims to identify the repercussions of the proposed measures in the dispute between health reform health projects, flexibilized sanitary reform, privatist and the Unified Health System totally submitted to the market, as well as the privileged subjects and interests. We have studied documents that support government action, governmental ordinances, newspaper reports and magazines on health policy. In the 2000s, the resurgence of several social movements was identified. The commercialization of social policies, especially of health, causes new mechanisms of struggle and resistance to arise, among them the National Front against the Privatization of Health. Finally, some proposals in defense of health as a right are highlighted.

Keywords: government Temer; government Bolsonaro; health policy; counter reforms; National Front against the Privatization of Health.

Conselho Federal de Serviço Social (CFess), Conselheira Nacional de Saúde e integrante da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde. E-mail: elainejpelaez@yahoo.com.br.

4 Assistente Social. Especialista e Mestre em Saúde Pública (ENSP/Fiocruz). Doutora em Serviço Social (UFRJ). Assistente Social do Hospital Federal de Bonsucesso/Ministério da Saúde. Integrante da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde. E-mail: julianasbravo@gmail.com.

Resumen: Este artículo analiza la política de salud en los gobiernos de Michel Temer y Jair Bolsonaro, con el fin de señalar los nuevos contornos de la contrarreforma que se ha implementado a un ritmo acelerado. Su objetivo es identificar las repercusiones de las medidas propuestas en la disputa entre proyectos de salud de reforma de salud, reforma sanitaria flexibilizada, privatista y el Sistema Único de Salud presentado al mercado, así como los sujetos e intereses privilegiados. Hemos estudiado documentos que respaldan la acción del gobierno, ordenanzas gubernamentales, informes de periódicos y revistas sobre políticas de salud. En la década de 2000, se identificó el resurgimiento de varios movimientos sociales. La comercialización de políticas sociales, especialmente de salud, hace que surjan nuevos mecanismos de lucha y resistencia, entre ellos el Frente Nacional contra la Privatización de la Salud. Finalmente, se destacan algunas propuestas en defensa de la salud como un derecho.

Palabras claves: gobierno Temer; gobierno Bolsonaro; política de salud; contrarreformas; Frente Nacional contra la Privatización de la Salud.

Introdução

A discussão sobre a política de saúde nos governos Temer e Bolsonaro objetiva apontar os novos contornos da contrarreforma que tem sido implementada no Brasil, em ritmo acelerado. Procura-se identificar as repercussões das medidas propostas na disputa entre os projetos de saúde (reforma sanitária, reforma sanitária flexibilizada, projeto privatista), incluindo o projeto que vem sendo formulado, a partir do governo ilegítimo de Temer, do Sistema Único de Saúde (SUS), completamente subordinado ao mercado. Partimos da compreensão de que o SUS é fruto das disputas entre projetos antagônicos existentes na sociedade brasileira desde antes da redemocratização e da Constituição de 1988. Disputas que podem tencionar a política de saúde no sentido da consolidação e fortalecimento do SUS ou na direção oposta. Importa compreender como as propostas e disputas que se apresentam no atual governo e no seu antecessor tem fortalecido o projeto privatista e, principalmente, o que caracterizamos como o projeto do SUS submetido totalmente ao mercado.

Com relação aos projetos de saúde em disputa, tem-se o da reforma sanitária, construído a partir de meados dos anos 1970, com base nas lutas populares e sindicais pelo direito à saúde e nos posi-

cionamentos críticos às limitações do modelo médico assistencial previdenciário, até então vigente no Brasil. Para o mesmo, a saúde possui um caráter universal, configurando-se como direito social de responsabilidade do Estado.

O projeto privatista tem sua lógica orientada pelas regras de mercado e pela exploração da doença como fonte de lucros. Na década de 1990, tem-se como marco a proposta dos chamados “Novos Modelos de Gestão”, em substituição à gestão estatal, que associada a subvenções e isenções fiscais, avança sobre o fundo público para a garantia de acumulação de capital.

O terceiro projeto é o da reforma sanitária flexibilizada, que adquire contornos próprios em meio às contradições inerentes à implementação do SUS, no contexto da reconfiguração do Estado brasileiro e progressivo desmonte e subfinanciamento das políticas públicas, atendendo às exigências da política macroeconômica adotada no país. A proposição do *SUS possível* é pautada por arranjos institucionais, mecanismos gerenciais e responsabilização dos profissionais para a adequação da política de saúde às exigências de um rebaixamento da proposta inicial da reforma sanitária. Este projeto se consolida nos governos petistas. (BRAVO, 2013).

As disputas entre esses projetos inscrevem-se no processo de desenvolvimento do próprio sistema capitalista em sua fase neoliberal, com diminuição de direitos para a classe trabalhadora e participação cada vez maior do mercado, em todos os aspectos da vida social.

A partir do governo Temer verifica-se a aceleração e a intensificação das políticas que contribuem para o desmonte do Estado brasileiro. No governo Bolsonaro tem-se o aprofundamento das contrarreformas iniciadas no governo anterior, haja vista a proposta central de reforma da previdência⁵ apresentada ao Congresso Nacional, em

5 A proposta de Reforma da Previdência é pior que a do governo anterior. O texto da PEC prevê a obrigatoriedade de idade mínima de 65 anos para homens e 62 para mulheres se aposentarem. Prevê, ainda, que quem quiser receber 100% do benefício terá de trabalhar 40 anos e cria um sistema de capitalização, havendo mudança da proposta que antes era de repartição. Há também a proposta de desconstitucionalização da aposentadoria e demais medidas, passando a ser por lei complementar, com maior facilidade de passar no Congresso. A proposição, aprovada pelo Congresso, retirou o sistema de capitalização.

fevereiro de 2019, e as declarações de que será necessário fazer mais com os mesmos recursos, que retira do horizonte um maior aporte de recursos orçamentários para as políticas sociais. Pode-se considerar como três características básicas do atual governo: extremo liberalismo econômico; temor das mobilizações; e desprezo pela participação da maioria, ou seja, pela democracia, com ataques às instâncias de participação e controle social.

O presente trabalho está estruturado em dois itens. O primeiro tem como foco a conjuntura do governo Temer e a caracterização das ações de desmonte na saúde, durante os anos de 2016, 2017 e 2018. O segundo é voltado para a explicitação das propostas apresentadas para a saúde no governo Bolsonaro, desde a transição até o primeiro semestre do mandato. Para finalizar, aponta-se o desafio da organização e mobilização popular para resistir à retirada dos direitos e são apresentadas algumas propostas da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, na defesa da saúde.

A política de saúde no governo Temer

Compreendemos que as propostas de contrarreformas implementadas pelo governo Temer estão embasadas em alguns documentos, divulgados em 2015 e 2016, formulados pelo PMDB para o governo: *Agenda Brasil* (08/2015); *Uma ponte para o futuro* (10/2015), e *Travessia social* (04/2016).⁶

No governo Temer, tem-se a aceleração dos processos de contrarreforma e a continuidade do processo de privatização *não clássica* na saúde, adensados pelo congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais por vinte anos, cortes orçamentários na política de saúde; 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 (PNAB); articulação efetiva com o setor privado por meio da Coalizão Saúde (2017). Em síntese, o governo Temer repete na saúde a sua tática para o conjunto da gestão,

6 Uma síntese desta discussão é encontrada no artigo *As contrarreformas na política de saúde do governo Temer*. (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

que consiste no aprofundamento das contrarreformas e na aceleração do desmonte das políticas públicas e universais.

O discurso da falaciosa necessidade de redução do SUS inaugura a gestão do ministro da Saúde Ricardo Barros, que afirma que o país não conseguirá sustentar os direitos da Constituição Federal de 1988 como o acesso universal à saúde, e será preciso repensá-los, pois não haverá capacidade financeira para isso. Propõe os Planos de Saúde Populares ou Acessíveis, como um dos pilares da sua gestão.

São apresentadas, de forma sintética, as seguintes propostas para o Plano de Saúde Acessível: a) Plano Simplificado – cobertura para atenção primária, restrita a consultas nas especialidades previstas no Conselho Federal de Medicina (CFM) e serviços auxiliares de diagnóstico e terapias de baixa e média complexidade; b) Plano Ambulatorial + hospitalar – cobertura de toda atenção primária, atenção especializada, de média e alta complexidade; c) Plano em Regime Misto de Pagamento – oferece serviço por intermédio de contraprestação mensal para cobertura de serviços hospitalares, terapias de alta complexidade e medicina preventiva; e, quando necessário, atendimento ambulatorial. (ANSS, 2017).

Com relação ao financiamento, uma medida drástica do governo foi o congelamento dos gastos, através da EC 95/2016 (BRASIL, 2016a), cujos impactos para a saúde são enormes. O estudo realizado pelo Ipea, por meio da Nota Técnica 28, elaborada por Fabiola Vieira e Rodrigo Benevides (2016), informa que a perda de recursos federais destinados ao SUS é estimada em R\$ 654 bilhões de reais, em 20 anos, em um cenário conservador (crescimento do PIB de 2% ao ano). Com estimativa de crescimento maior (3% ao ano), a estimativa chega a R\$ 1 trilhão. Ou seja, quanto mais a economia brasileira crescer, maior a perda de recursos para a Saúde.

Com relação à revisão da Política Nacional de Atenção Básica, pactuada na Reunião da CIT (Comissão Intergestora Tripartite), composta por Ministério da Saúde, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass) e Conselhos Nacionais dos Secretários Municipais de Saúde (Conasens), em 31/08/2017, ressalta-se que a mesma não foi analisada no Conselho Nacional de Saúde e não foi discutida

junto à sociedade, restringindo esse debate a uma consulta pública por meio eletrônico, em curtíssimo espaço de tempo.

Apesar do texto afirmar que a Saúde da Família continua como a estratégia prioritária para a expansão e consolidação da Atenção Básica no Brasil, o mesmo rompe com sua centralidade e institui formas de financiamento para outros arranjos assistenciais que não contemplem equipes multiprofissionais com a presença de agentes comunitários de saúde (ACS), possibilitando a organização da Atenção Básica, com base em princípios opostos àqueles norteadores da Atenção Primária à Saúde (APS). Estabelece a diferenciação entre ações e serviços de padrão essencial que seriam os básicos, e de padrão ampliado, que seriam os estratégicos, o que aponta para o risco da seletividade e diferenciação do acesso da população à atenção básica. Além disso, a chamada nova política de Atenção Básica não enfrenta os desafios históricos de fixação dos profissionais, coordenação de cuidado e integração com outros serviços e níveis de complexidade, ampliação e melhoria do acesso e da base social, e o subfinanciamento.

Com relação à Política de Saúde Mental, têm sido propostas alterações que ameaçam às conquistas da Reforma Psiquiátrica no país. Por meio da Portaria 3.588/2017 (BRASIL, 2017c), o governo engendrou mudanças na Rede de Atenção Psicossocial (Raps) que apontam para o fortalecimento das internações em hospitais psiquiátricos e criação de leitos em hospitais gerais, e serviços ambulatoriais, por meio de ampliação de recursos para tais fins. A proposta foi aprovada pela CIT, em 21 de dezembro de 2017, sem consulta à sociedade.

Outra característica do governo Temer foi a articulação efetiva com o setor empresarial de saúde. O documento “Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde”, divulgado em 2017, elaborado pelo Instituto Coalizão Brasil, objetiva construir um novo sistema de saúde para o Brasil e defende a tese de que os setores público e privado precisam construir uma rede integrada de cuidados contínuos, a qual pressupõe maior participação da iniciativa privada na gestão dos serviços. O início deste processo data de 2014, primeiramente com a participação da Associação Nacional de Hospitais Privados, em articulação com a Federação das Indústrias

do Estado de São Paulo (Fiesp), e, em julho de 2014, surge o Coalizão Saúde.⁷ Avalia-se que o objetivo da criação desta articulação foi influenciar nas eleições. (MATHIAS, 2016).

Por fim, destaca-se ainda, dentre os ataques à saúde, a Medida Provisória 839/2018, que estabelece subsídios fiscais de R\$ 9,58 bilhões ao óleo diesel como forma de pôr fim à greve dos caminhoneiros que paralisou o país no final de maio de 2018. A desoneração e consequente abdicação do recolhimento de recursos da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), em especial, trará impacto direto para o financiamento da política de saúde e prestação dos serviços, por se tratar de uma das contribuições basilares para o financiamento da Seguridade Social. Além disso, a política de saúde teve seu orçamento reduzido em R\$ 179 milhões, valor que seria destinados inicialmente ao programa de fortalecimento do SUS, responsável por ações de melhoria da estrutura e da qualidade dos serviços de saúde. Trata-se de mais uma medida que favorece o capital, na disputa pelo fundo público.

A política de saúde no governo Bolsonaro: balanço dos seis meses iniciais de governo

Para a análise sobre a política de saúde no governo Bolsonaro busca-se resgatar as propostas explicitadas no programa de governo, em declarações à imprensa, durante a campanha eleitoral, no período de transição e no decorrer da gestão ministerial nestes seis meses de governo.

Em série de reportagens, publicada no período pré-eleitoral pela página eletrônica G1, em que se buscou conhecer os posicionamentos dos candidatos presidenciais sobre formação e descentralização dos médicos, financiamento do SUS, o setor de saúde suplementar e a judicialização dentro do SUS, registra-se que a assessoria do então candidato Jair Bolsonaro não atendeu às ligações, não respondeu e-mail nem disponibilizou um representante para falar

7 As proposições são debatidas com maior profundidade no artigo As contrarreformas na política de saúde do governo Temer, de autoria de Bravo, Pelaez e Pinheiro, publicado na revista *Argumentum*, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan.-abr./2018, já citado.

sobre os assuntos. Isso fez com que fossem buscadas informações no Programa de Governo Bolsonaro, intitulado “O caminho da prosperidade. Brasil acima de tudo. Deus acima de todos” (PSL, 2018), que se mostrou omissivo em alguns pontos.

No que se refere às diretrizes que devem orientar as relações do governo com o setor de saúde suplementar e à questão da judicialização no SUS, tem-se a proposição de utilizar toda força de trabalho da saúde pelo SUS e que todo médico possa atender a qualquer plano de saúde, compartilhando esforços da área pública com o setor privado, como forma de garantir acesso e evitar a judicialização. (PSL, 2018).

Sobre o financiamento, não há uma menção que explicita a proposição sobre o tema. Aponta apenas que “o Brasil apresenta gastos compatíveis com a média da OCDE [...]. Mesmo quando se observa apenas os gastos do setor público, os números ainda seriam compatíveis com um nível de bem-estar muito superior ao que vemos na rede pública” (PSL, 2018, p. 37). No que se refere à relação com o setor privado, sobretudo na liberação de subsídios para a saúde, também não há menção no documento. Há apenas a defesa da privatização em geral, como forma de alcançar a eficiência econômica, bem-estar, distribuição de renda e o equilíbrio das contas públicas.

No que tange à proposta para descentralizar a concentração de médicos no país e ter mais atendimento no interior, são ressaltados trechos do programa de governo que apontam para a criação da carreira de Médico do Estado para atender às áreas remotas e carentes do Brasil. Já os agentes comunitários de saúde serão treinados para ser técnicos de saúde preventiva e atuar no controle de doenças crônicas como diabetes e hipertensão (PSL, 2018). Em síntese, verifica-se grande inconsistência e ausência de aprofundamento sobre a política de saúde e de propostas a respeito. Há apenas quatro páginas dedicadas à saúde, nas quais há uma única menção ao termo SUS.

Passando para a gestão ministerial, o governo Bolsonaro tem à frente do Ministério da Saúde Luiz Henrique Mandetta, que é médico, tem relações com a Unimed e com as filantrópicas. Filiado ao DEM (Partido Democratas), foi secretário municipal de saúde de

Campo Grande (MS) e deputado federal, por dois mandatos (2010-2014 e 2015-2018).

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

Se, por um lado, a afirmação de que não haverá retrocessos na máxima constitucional do direito de todos e dever do Estado na saúde pode ser avaliada positivamente, a defesa de um setor privado forte e a não proposição de mais recursos orçamentários para o SUS são preocupantes, pois não contribuem para o fortalecimento do SUS e seu componente público e estatal. A primeira afirmação o diferencia do ministro Barros, no governo Temer, para o qual o SUS não cabia na Constituição, mas a defesa de um setor privado forte e a não ampliação de recursos orçamentários o aproximam deste.

Outra proposta apresentada foi a revisão da política de saúde para a população indígena. Afirmou que os indicadores de saúde dos aborígenes estão muito aquém do que é investido, a exemplo do gasto elevado com transporte em regiões distantes, como a Amazônia, que teria “pouca capilaridade na fiscalização”. Posteriormente, em Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, no mês de

janeiro de 2019, propôs modificar o subsistema de atenção à saúde indígena e municipalizar tal política, o que foi alvo de críticas por parte de representações indígenas. A reunião da CIT, de fevereiro de 2019, para amenizar a questão, anunciou a criação de um GT sobre o tema, com representantes do governo e da sociedade civil. A Conferência de Saúde Indígena, prevista para ser realizada em maio de 2019, foi adiada para outubro de 2019.

Defendeu ainda a carreira de Estado para médicos; a informatização das informações do setor de saúde no país; o fortalecimento das Santas Casas e um “choque de gestão” nos seis hospitais federais e nos três Institutos vinculados ao Ministério da Saúde localizados no Rio de Janeiro (RJ). Os últimos pontos merecem atenção, especialmente se somados às declarações que questionam a eficiência dos hospitais públicos em comparação com os filantrópicos.

O governo apresentou uma proposta de reformulação do Programa Mais Médicos com o discurso de torná-lo “mais técnico e menos político”. O ministro da Saúde afirmou que planeja enviar, ainda no primeiro semestre, ao Congresso Nacional, um projeto de lei para reestruturar o programa.⁸ O que de fato aconteceu foi o desmonte do mesmo com a saída dos médicos cubanos e os médicos brasileiros não estão conseguindo permanecer no Programa.

Com relação à Política de Saúde Mental, teve destaque a divulgação da Nota Técnica nº 11/2019 da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. O documento reacendeu debates e preocupações em torno desta política, por dois motivos principais: 1. reduzir a importância dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e fortalecer as “comunidades terapêuticas”, que pouco têm de comunidade e menos ainda de terapêutica, se configurando como espaço de violações de direitos e pouquíssimos resultados; 2. liberar a compra de aparelhos de choque elétrico e fortalecer os manicômios, desconsiderando o referencial da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial. Diversas entidades, como Abrasme e Abrasco, verbalizaram

8 Leia mais em: <<https://www.gazetadopovo.com.br/politica/republica/com-o-fim-da-era-cubana-governo-bolsonaro-quer-dar-sua-cara-ao-mais-medicos-7h2k086609l-07dbgwz5q4j66f/>>.

ser contrários ao conteúdo da Nota Técnica e o Conselho Nacional de Saúde emitiu recomendação em defesa da perspectiva antimaniacomial e contra os retrocessos defendidos na Nota, o que contribuiu para que o documento fosse retirado do ar.⁹

A política de saúde esteve presente, ainda, em proposta do Ministro da Economia, Paulo Guedes, de criação de um *voucher* para saúde e educação, publicada em reportagem da *Folha de S. Paulo*, em janeiro de 2019. O *voucher* funcionaria como um “vale saúde”, a ser entregue pelos usuários para empresas privadas, em troca da prestação de serviços básicos nessas áreas. Desse modo, o Estado ficaria desobrigado de ter a estrutura pública para os tipos de atendimentos comprados no setor privado. A reportagem menciona que a proposta de *voucher* é adotada majoritariamente em países sem sistemas de saúde estruturados e carece de evidências científicas sobre seu êxito, visto que uma revisão científica aponta que tal instrumento, ainda que aumente a utilização de serviços de saúde, não tem impacto comprovado em indicadores de saúde e de resultados. Acreditamos que desconsidera os princípios sob os quais o SUS se organiza, especialmente a integralidade e hierarquização, na medida em que desestrutura a organização do atendimento por níveis de atenção e desconsidera a atenção básica como porta de entrada. Além disso, repassa para o setor privado a atribuição do Estado de prestação dos serviços e ações de saúde e aumenta o risco de consultas e exames desnecessários.

O tema da eficiência dos hospitais está presente na proposta de Reforma do SUS explicitada no documento do Banco Mundial denominado “Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro”, apresentado na Câmara dos Deputados no dia 04 de abril de

9 O debate em torno da Política de Saúde Mental e da Política de Álcool e Drogas voltou à cena, em abril de 2019, quando Bolsonaro anunciou o Decreto nº 9761/2019, que busca estabelecer uma “nova” Política Nacional de Drogas, que tem como objetivo a construção de uma sociedade protegida do uso de drogas lícitas e ilícitas a ser alcançada por meio da promoção da abstinência e do fortalecimento de Comunidades Terapêuticas, como locus de cuidado, tratamento e promoção da saúde, entre outros aspectos. A citada política desconsidera a Política de Redução de Danos e o modelo de atenção em saúde que privilegia serviços substitutivos como os Centros de Atenção Psicossocial, na perspectiva da reforma psiquiátrica e da saúde pública e estatal consubstanciada no SUS.

2019, em audiência pública requerida pelo ex-ministro de Temer, Ricardo Barros. Uma das premissas do Banco Mundial é de que *há espaço para o SUS obter melhores resultados com o nível atual de gasto público*, como se não houvesse necessidade de maior financiamento ou de revogação da EC 95. Defende a *cobertura universal de saúde*, em substituição ao termo universalidade como princípio do SUS, e deixa nítida, a cada recomendação, a concepção de cobertura universal como um pacote básico de serviços e estratégia de focalização, afastando a perspectiva da atenção básica ampla de acesso universal. O atual secretário executivo do Ministério da Saúde, João Gabbardo dos Reis, participou da atividade e concordou que os hospitais sob a gestão de organizações sociais (OSs) são mais bem geridos que os hospitais sob a administração pública. No que concerne à proposta de “reforma da saúde”, afirmou que o documento do Banco Mundial é um guia para o governo avançar no setor.¹⁰

Outro ministério, dessa vez o da Justiça e Segurança Pública, apresentou propostas relacionadas à saúde. Em 23 de março de 2019, publicou a Portaria nº 263, com o objetivo de avaliar a redução da tributação de cigarros fabricados no Brasil, sob a justificativa de controle do contrabando. Desloca-se, equivocadamente, o tema da saúde pública para a esfera da segurança, com interfaces de interesses econômicos do setor industrial produtor de tabaco. Consideramos impensável reduzir o imposto sobre tabaco, sob risco de incentivar o seu uso e, conseqüentemente, o avanço do tabagismo e de agravos à saúde da população. É necessário que qualquer proposição considere a contribuição do Programa Nacional de Controle do Tabagismo para a redução do consumo, a Convenção para Controle do Tabaco e as evidências científicas sobre o tema que apontam o tabagismo como fator de risco para o desenvolvimento de doenças pulmonares, cardiovasculares, oncológicas, entre outras.

O Ministério da Saúde passou por mudanças na sua estrutura, sendo criadas duas Secretarias: a de Atenção Primária à Saúde e a de Tecnologia da Informação – departamento de saúde digital. Esta

10 O Centro de Estudos Brasileiros em Saúde (Cebes) explicitou preocupação com os rumos do debate em torno da reforma da saúde em matéria intitulada “Mais SUS para os brasileiros”, disponível em: <<http://cebes.org.br/2019/04/mais-sus-para-os-brasileiros/>>.

última, com o objetivo de estimular teleconsultoria, telediagnóstico, tele-educação. Foi extinta a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa e suas pautas foram transferidas para um departamento de gestão interfederativa vinculado à Secretaria Executiva. Destaca-se a importância de acompanhamento e análises futuras, de modo a identificar se isso pode vir a significar perda de espaço da participação social. Já a Secretaria de Atenção à Saúde foi reformulada, priorizando a especialização e a criação de um Departamento de Certificação e Articulação com Hospitais Filantrópicos e Privados, estabelecendo contratualização com o setor privado. Também foi reestruturado o Departamento de IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis), Aids e Hepatites Virais, que passou a se chamar Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, juntando ao departamento doenças como hanseníase e tuberculose. Tal junção vem sendo criticada por entidades ligadas à luta no âmbito das ISTs, que temem retrocessos ou perda de espaço da estratégia brasileira contra o HIV/Aids, que é referência mundial, e destacam que não houve diálogo com os movimentos sociais.

Merece destaque a proposta apresentada pelo presidente Jair Bolsonaro, na solenidade comemorativa dos 100 dias de governo, ocorrida em 11 de abril de 2019. Primeiro, o Decreto nº 9.759/2019, que extingue diversos conselhos e colegiados da administração pública federal, estabelecendo novas diretrizes para estes. Em seu art. 1º, define o prazo de 28 de abril deste ano para a extinção dos colegiados que tenham sido instituídos por decreto, incluindo aqueles mencionados em leis nas quais não conste a indicação de suas competências ou dos membros que a compõem, ato normativo inferior a decreto e ato de outro colegiado. Bolsonaro declarou, nas redes sociais, que é uma forma de “economia, desburocratização e redução do poder de entidades aparelhadas politicamente, usando nomes bonitos para impor suas vontades, ignorando a lei e atrapalhando proposadamente o desenvolvimento do Brasil” conforme reportagem da *Folha de S. Paulo*. (FERNANDES, 2019) Parece refutar a compreensão de que tais conselhos e colegiados são espaços políticos de participação social e exercício do poder popular, que objetivam aproximar a população do poder decisório sobre políticas

sociais e públicas, de modo que as decisões não sejam delegadas exclusivamente a técnicos e gestores.¹¹

No que se refere à participação social na atual conjuntura, em que pesem as medidas regressivas apontadas acima, tem-se avanços na convocação e organização da 16ª Conferência Nacional de Saúde, espaço democrático de avaliação sobre a situação de saúde e de proposição de diretrizes para a política nacional de saúde. Nesta Conferência, também denominada de 8ª + 8, o tema *Democracia e Saúde* retoma a perspectiva histórica e a mobilização popular presente na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em cujo relatório final encontram-se a concepção de saúde e os princípios do sistema de saúde que foram discutidos e em sua maioria aprovados na Constituinte, consubstanciando o SUS inscrito na Constituição Federal. Este avanço, entretanto, decorre da articulação do Conselho Nacional de Saúde com diversos movimentos sociais e de sua autonomia frente ao governo.

Algumas reflexões: a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde na defesa da saúde como direito

Nesta conjuntura de barbárie social e retirada de direitos, permanece como tarefa necessária e fundamental a defesa da saúde pública e do SUS de caráter público e estatal, por meio da articulação e mobilização de movimentos sociais, sindicais e partidos políticos em fóruns e/ou frentes estaduais em defesa do SUS e na Frente Nacional contra a Privatização da Saúde. Esta Frente é um importante mecanismo de articulação dos movimentos contra-hegemônicos na saúde. Tem o caráter anticapitalista e suprapartidário, e tem articulado a ela vinte e três (23) fóruns ou frentes de saúde estaduais, além de entidades, movimentos sociais, centrais sindicais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários, que objetivam defender o SUS público, estatal, gratuito e para todos, além de lutar contra a privatização da saúde e pelos princípios da Reforma Sanitária dos anos 1980.

11 Uma análise do Decreto pode ser encontrada em Santos e Funcia. Decreto que extingue conselhos federais não alcança Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/2019-abr-16/opiniao-decreto-9759-nao-alcanca-conselho-nacional-saude>>. Acesso em: 16/04/2019.

Como síntese das principais propostas defendidas pela Frente Nacional contra a Privatização da Saúde ressalta-se:

- 1) Revogação imediata das contrarreformas e retrocessos do governo Temer: Contrarreforma Trabalhista, Terceirização Irrestrita e EC 95, que congela os investimentos sociais por vinte anos e, na prática, destrói a saúde e a educação públicas, patrimônios do povo brasileiro.
- 1) Pela estatização completa do sistema de saúde com a proibição do capital estrangeiro na saúde, o fim dos subsídios públicos aos serviços privados de saúde e a revogação das leis que instituem e regulamentam as Fundações Públicas de Direito Privado, as Organizações Sociais, as Oscips, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e as parcerias público-privadas.
- 1) Defesa da Seguridade Social, possibilitando políticas sociais que assegurem os direitos relativos à saúde, previdência, assistência social, educação, trabalho e moradia.
- 1) Pela ampliação imediata do financiamento público do SUS, em todas as suas áreas de atuação. Nesta direção, tem-se defendido a utilização de, no mínimo 10%, do Produto Interno Bruto (PIB) para a saúde por parte da União, além do cumprimento do gasto de no mínimo 12% de arrecadação por parte dos estados e de 15% de arrecadação por parte dos municípios, garantindo o investimento público e financiamento exclusivo da rede pública estatal de serviços.
- 1) Revogação da Emenda Constitucional 93/2016, que prevê a extensão da Desvinculação das Receitas da União (DRU) até 2023 e aumenta seu patamar de desvinculação para 30%.
- 1) Pela revogação da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) e pela criação da Lei de Responsabilidade Social.
- 1) Pela implantação do Plano de Carreira Nacional do SUS para os servidores e servidoras das três esferas de governo com isonomia de vencimentos e estabilidade no trabalho, com base no Regime Jurídico Único (Regime Estatutário)

e com estratégias para garantir a fixação de trabalhadores em lugares remotos e de difícil acesso e pela realização de concurso público pelo Regime Jurídico Único (RJU).

- 2) Pela revogação da Portaria 2.436/2017, que regulamenta a nova proposta de Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).
- 3) Retirada imediata da PEC 06/2019 da Reforma da Previdência Social. Nosso povo não vai trabalhar até morrer!
- 4) Retirada imediata da PEC 29/2015, que altera o art. 5º da Constituição Federal e torna crime de aborto a interrupção da gravidez desde a concepção.
- 5) Contra a mercantilização da educação e da formação em saúde, com defesa do ensino público e de qualidade que garanta formação em saúde alinhada ao projeto da Reforma Sanitária, bem como contra o modelo de educação a distância na saúde;
- 6) Pela imediata Auditoria Cidadã da Dívida Pública, com suspensão do pagamento, pela tributação das grandes transações financeiras, pela taxação das grandes fortunas e contra a qualquer tipo de renúncia fiscal que comprometa os investimentos sociais, destinando-se, obrigatoriamente, parte dos recursos destas medidas às políticas sociais.
- 7) Resistir contra todo o processo de mercantilização da vida, expresso, entre outras, pelas propostas de privatização de saúde, educação e de bens comuns como a água e o saneamento.

Artigo submetido em 02/07/2019

Aceito para publicação em 12/11/2019

Referências

ANSS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Relatório Descritivo do GT de Planos Acessíveis**: relatório de consolidação das informações e contribuições ao Projeto de Plano de Saúde Acessível. Brasília-DF, 2017. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/vers%c3%83o_final_relatorio_descritivo_gt_ans_projeto_plano_de_saude_acessivel_final__.pdf>. Acesso em: 20/02/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Ofício nº 60-GS/SAS. **Proposta de Plano de Saúde Acessível**. Brasília-DF, 18/01/2017a. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/Proposta-de-Plano-de-Saude-Acessivel.pdf>>. Acesso em: 20/02/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017. **Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências**. Brasília (DF), 2017c. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/dezembro2017/dia22/portaria3588.pdf>>. Acesso em: 20/02/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.482, de 4 de agosto de 2016. **Institui Grupo de Trabalho para discutir projeto de Plano de Saúde Acessível**. Brasília (DF), 2016b. Disponível em: <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt1482_04_08_2016.html> Acesso em: 20/02/2018.

BRASIL. Presidência da República. Emenda Constitucional 95, de 15 de dezembro de 2016. **Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências**. Brasília-DF, 2016a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em: 20/02/2018.

BRASIL. Presidência da República. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Brasília-DF, 2001. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 20/02/2018.

BRASIL. Presidência da República. Lei 9.656, de 3 de junho de 1998. **Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde**. Brasília-DF, 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/L9656.htm>. Acesso em: 20/02/2018.

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

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

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

COALIZÃO SAÚDE BRASIL. **Coalizão Saúde Brasil**: uma agenda para transformar o sistema de saúde. São Paulo: Coalizão Saúde Brasil, 2017.

FERNANDES, Anais; FERNADES, Talita. **Bolsonaro enaltece extinção de conselhos federais com atuação da sociedade civil**. 14 de abril de 2019. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/poder/2019/04/bolsonaro-enaltece-extincao-de-conselhos-federais-com-atuacao-da-sociedade-civil>>. Acesso em: 16/04/2019.

FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES. **Ponte para o futuro**. Brasília-DF, 2015. Disponível em: <<https://www.fundacaoulysses.org.br/blog/acervo/>>. Acesso em: 20/02/2018.

FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES. **Travessia Social**. Brasília-DF, [2016]. Disponível em: <<https://www.fundacaoulysses.org.br/blog/acervo/>>. Acesso em: 20/02/2018.

MATHIAS, M. Uma segunda alma para o SUS? Entidades criadas por empresários da saúde abrem caminho para um Sistema Único totalmente integrado e gerido pelo setor privado. **POLI**: saúde, educação e trabalho, ano 9, n. 48, nov.-dez./2016.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. Brasília: Ipea, 2016. (Nota Técnica, 28).

SER Social

ESTADO, DEMOCRACIA E SAÚDE

Brasília, v. 22, n. 46, janeiro a junho de 2020

O trabalho das equipes multiprofissionais na Educação: 10 anos do grupo de pesquisa TEDis

**The work of multiprofessional teams in Education:
10 years of the TEDis research group**

YANNOULAS, Silva Cristina (Coord.). O trabalho das equipes multiprofissionais na Educação: 10 anos do grupo de pesquisa TEDis. Curitiba [PR]: CRV, 2017. 242p.

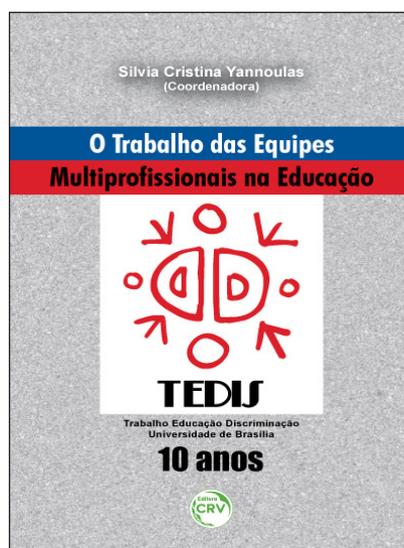
Zora Yonara Torres Costa¹

Apresento o livro *O trabalho das equipes multiprofissionais na Educação – 10 anos do grupo de pesquisa TEDis*, leitura obrigatória para os profissionais da educação e pesquisadores da política social, pois, além de ser fundamental para compreender criticamente a dinâmica ontológica do trabalho presente na educação para as equipes multiprofissionais, revela ainda as mediações presentes entre educa-

1 Graduada em Serviço Social – Universidade Católica de Salvador/Bahia Serviço Social. Assistente Social. Doutoranda em Política Social (UnB); mestre em Filosofia (UnB); especialista em Gestão Pública em Gênero e Raça (UnB). Servidora Pública no Instituto Federal de Brasília/IFB. E-mail: zorayona@gmail.com.

ção e trabalho, a partir do lócus histórico que constitui o processo de sociabilidade do ser social.

O livro, publicado em 2017, foi coordenado pela professora Silvia Cristina Yannoulas, professora na Universidade de Brasília (UnB), onde atua no Programa de Pós-Graduação em Política Social, desde 2006; lidera o Grupo de Pesquisa “Trabalho, Educação e Discriminação” (TEDis), desde 2007; e coordena o plano de internacionalização do PPGPS, desde 2019. Trata-se de uma obra instigante, com 242 páginas, as quais tiveram a colaboração de diversos autores envolvidos com a temática da educação que trouxeram, com ela, a possibilidade de proveitosa reflexão. A obra é composta por prefácio elaborado pela professora Maria Helena Elpidio Abreu que, à época, era a presidenta da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (Abepss). Dividido em duas partes e um posfácio, o livro em cada uma delas tem três capítulos; sendo, assim, seis no total que versam sobre o trabalho das equipes multiprofissionais na assistência estudantil e na educação básica dentro dos contextos educacionais brasileiro e argentino.



Aportamos a síntese do livro que se inicia com uma bela poesia do Mauro Iasi e a vivência da pequena Rivânia. No primeiro capítulo, elaborado por Carolina Cassia Batista Santos, Patrícia Paulino Muniz de Abrantes e Rafael Zonta, encontramos vasto debate teórico atualíssimo, o qual situa o leitor sobre a organização da pesquisa realizada pelo grupo de pesquisa TEDis. Aborda, ainda, o redimensionamento da prática das equipes multiprofissionais na assistência estudantil, na Universidade de Brasília (UnB). Todavia, esta necessidade de revisão e reformulação não surge do nada, tem presente a prevalência das conjunturas política e governamental que impactam no processo de trabalho dos profissionais da educação superior, espe-

cialmente das/os assistentes sociais que são consideradas/os essenciais na garantia do acesso a este direito. Cabe, porém, ilustrar que, para além destes profissionais, existem outros na educação superior que estão atuando também na execução da política de assistência estudantil, cuja dinâmica é multiprofissional. Discutem aspectos históricos e contraditórios que formulam a assistência estudantil, as formas assistencialistas de “bolsificação” e a participação dos atores sociais, tudo isso abordado de modo a fazer refletir sobre os avanços e desafios que requerem materializar o trabalho multiprofissional.

No segundo capítulo, o debate sobre a assistência estudantil como direito ou mérito, elaborado por Potyara Amazoneida P. Pereira e Jacqueline Domiense Almeida de Souza, foi problematizado, partindo do substantivo assistência na relação com o estudante, aufferindo a interface entre as políticas de assistência social e educação. As autoras trazem um debate crítico em relação às categorias mérito e direito. Para elas, o mérito é prestigiado na política de educação, e a categoria direito está presente na política de assistência social. Também defendem que a assistência estudantil é parte integral e endógena à política de assistência social brasileira. Afirmam que esta possui o formato intersetorial, pois transita pelo interior das demais políticas sociais, embora esta interface apresente desafios e complexidades. Também debatem os marcos legais que envolvem a assistência estudantil, como o Programa Nacional de Assistência Estudantil (PNAes), revelando que este possui limitações no que concerne à garantia do direito ao acesso, permanência e conclusão do curso em um país de profundas desigualdades sociais.

A composição do terceiro capítulo, escrito por Miriam de S. L. Albuquerque, Jacqueline Domiense Almeida de Souza, Laís Vieira Pinelli e Samuel Gabriel Assis, possibilita aos leitores compreenderem o debate da assistência estudantil, conferida a partir da reflexão das potencialidades e desafios presentes na supervisão do estágio em Serviço Social, frente às equipes multidisciplinares nas instituições de educação, especificamente no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Brasília (IFB). Esta reflexão foi fruto da pesquisa sobre as equipes multiprofissionais em ambientes escolares, uma importante iniciativa para compreender que a formação profissional

é um dos grandes desafios postos ao Serviço Social no presente, com o advento do capitalismo e pelas transformações no mundo do trabalho e as contradições que se materializam na atualidade. A educação é um direito universal, parte da formação cidadã. As autoras trazem como crucial a expansão da Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica (RFEPCT), a qual origina os institutos no Brasil, que, por sua vez, possuem um projeto institucional de fomentar o direito ao acesso e à permanência do estudante, em um enredo que contextualiza a inclusão social como central. Um debate suntuoso leva o leitor a realizar uma análise sobre os termos interdisciplinaridade e multidisciplinaridade.

A primeira parte do livro, certamente, traz contribuições significativas sobre o trabalho desenvolvido no espaço socio-técnico-ocupacional dos profissionais da educação, em que assistentes sociais, psicólogos, pedagogos e outros profissionais estão inseridos. O trabalho multiprofissional envolve um compromisso coletivo para uma real execução da política de educação. Assim, considerar as atribuições de cada profissional requer um envolvimento por parte da equipe, de modo a estabelecer um plano de trabalho, que, de fato, seja interdisciplinar e intersetorial, que desencadeie uma prática multiprofissional. O assistente social isoladamente não garante direitos sociais. Este trabalho é conjunto e postula elementos que só avançam se os processos de trabalho ocorrerem coletivamente. A interdisciplinaridade como orientação às equipes multiprofissionais da assistência estudantil, só poderá ser materializada se for apreendida, de forma coletiva, pelos trabalhadores da educação.

Substancialmente, o quarto capítulo, de autoria de Silvia Cristina Yannoulas, Monica Girolami e Zulma Viviana Lenarduzzi, permite, a partir de dados comparativos, entender a realidade no Brasil e na Argentina sobre as equipes multiprofissionais na educação básica. Dialoga sobre as equipes multiprofissionais em contexto educacional entre 1930 (quando surge a figura do assistente social) e 2015 (quando houve mudanças nas tendências políticas), com o objetivo de identificar na América Latina as vertentes da política de educação. As autoras explicam a importância da interface entre educação e política social e, mais uma vez, apontam a intersetorialidade como fundamental. Convi-

dam o leitor a considerar a política educacional para além do acesso e da permanência, ao implementar um trabalho multidisciplinar, multiprofissional e intersetorial, no sentido de se alcançar maior qualidade na educação. E revela a complexidade diante da adversidade presente no modo de produção capitalista, que focaliza a política social e torna complexa a relação entre a educação e a assistência social no contexto de proteção social. Para tanto, foram levantados dados da educação formal no Brasil e na Argentina, o seu funcionamento, limitações e o trabalho implementado no ensino básico obrigatório.

No quinto capítulo, apresentado pelas autoras Silvia Cristina Yannoulas, Silvana Aparecida Souza, Steli Larissa Lima Ferreira Rios e Kelma Jacqueline Soares, abre-se um debate acirrado sobre a constituição das equipes multiprofissionais na educação básica brasileira e os entraves presentes na ação legislativa. Seu propósito foi, assim, de forma crítica, verificar os desafios postos à equipe multiprofissional na qualidade do processo pedagógico, de modo a desvelar a realidade. O debate parlamentar se sobressai na proposta de emenda constitucional em que se pretende garantir aos estudantes, na educação básica, o atendimento em relação à ampliação das equipes escolares, especialmente no que se refere ao Serviço Social e à Psicologia. Deste modo, no que concerne à demanda sobre a reestruturação da genealogia da inserção destes profissionais na educação, as autoras se baseiam em referências de textos e leis para promover o debate e, em seguida, elencam as dificuldades quanto à tramitação do projeto de lei, que, desde os anos 2000, está em pauta.

Outrossim, o capítulo sexto, escrito por Eliana Bolorino Canteiro Martins, aborda um diálogo não menos importante, a trajetória histórica do Fórum Serviço Social na Educação, a partir da composição e atuação do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Serviço Social na Educação (Gepesse), contribuindo de maneira reflexiva acerca do trabalho dos assistentes sociais na educação. A autora trouxe um conceito de pesquisa e o levantamento do número de grupos de pesquisa que se referem ao serviço social na educação. Apresenta o Gepesse e as suas contribuições significativas, a exemplo da criação dos fóruns que viabilizaram trocas de experiência e reflexões sobre os desafios gerando o debate a respeito da interface do Serviço Social

com a Educação no Brasil. Assim, destaca-se que a contribuição deste legado do Gepesse e dos fóruns é permitir análises dos determinantes socio-históricos, as conjunturas política, econômica e social que incidem sobre as políticas sociais, especialmente na educação brasileira.

É substancial não perder de vista a atuação na temática de outros grupos como o próprio TEDis. Para tanto, no encerramento do livro, Silvia Cristina Yannoulas, Carolina Cassia Batista Santos e Natália de Souza Duarte presenteiam o leitor com o percurso de dez anos de atuação do grupo, que vem promovendo estudos sobre a categoria trabalho articulado ao conhecimento e à educação formal, considerando as questões de classe social, gênero e raça/etnia, com abordagem intersetorial e multidisciplinar/multiprofissional.

A segunda parte do livro debate sobre a inserção profissional de assistentes sociais e psicólogos na educação básica, requerendo compreender que este movimento tem que ser pautado na garantia de direitos sociais e na execução da intersetorialidade. Recomenda-se a leitura, pois a lei que prevê o trabalho de psicólogos e assistentes sociais na educação básica foi sancionada pelo Congresso Nacional brasileiro, corroborando com as discussões trazidas no livro, bem como as orientações presentes no “Subsídios para a atuação de assistentes sociais na política de educação”, do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). Por fim, o livro resenhado poderá ser consultado gratuitamente no site da UnB, do grupo TEDis. Encerra-se a resenha com as palavras finais do posfácio do livro “Desejamos que desfrutem a leitura”. (YANNOULAS; SANTOS; DUARTE, 2017, p. 237).

Artigo submetido em 02/12/2019

Aceito para publicação em 02/12/2019

Referências

CFESS. **Conselho Federal de Serviço Social**. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/BROCHURACFESS_SUBSIDIOS-AS-EDUCACAO.pdf>. Acesso em: 16/11/2019.

TEDis. **Trabalho, Educação e Discriminação**. Disponível em: <<http://www.tedis.unb.br/capitulos-e-livros/266-o-trabalho-das-equipes-multiprofissionais-na-educacao-10-anos-do-grupo-de-pesquisa-tedis>>. Acesso em: 01/11/2019.

SER Social

ESTADO, DEMOCRACIA E SAÚDE

Brasília, v. 22, n. 46, janeiro a junho de 2020

Vozes que emanam do lixo: organização política das catadoras de materiais recicláveis da catamare

Voices emanating from the garbage: political organization of catamare recycling materials

Aline Alves de Menezes

Curso: Programa de Pós-Graduação em Política Social (Mestrado)

Data da Defesa: 21/10/2019

Orientadora: Angela Vieira Neves

Palavras-chave: catador de material reciclável; sociedade civil; democracia; participação social; cidadania; cultura política.

Keywords: waste picker for recyclable material; civil society; democracy; social participation; citizenship; culture and politics.

A presente dissertação tem como objeto de estudo a organização política das catadoras de materiais recicláveis da Cooperativa de Trabalho de Catadores de Materiais Recicláveis do Distrito Federal (CATAMARE – DF). O estudo buscou analisar a participação das catadoras no âmbito da cooperativa e a sua capacidade de provocar mudanças na cultura política conservadora com traços autoritários, clientelistas e centralizadores

oriunda de um passado colonial-escravocrata. Bem como pretendeu investigar as principais motivações das catadoras no que diz respeito à luta por direitos. Este estudo é resultado da análise da sistematização do trabalho profissional realizado como assistente social nos anos de 2016 – 2017 na CATAMARE. Para compreensão da realidade social utilizou-se método histórico e dialético. O estudo realizado foi uma pesquisa de caráter social, de natureza qualitativa. Os materiais analisados foram os registros profissionais no diário de campo; planejamento das oficinas e os respectivos produtos (caracterização institucional da CATAMARE e a carta de manifesto à insatisfação com a política de assistência social do DF); os formulários de inscrição no projeto Prazer, Sou Catador!; a ata de publicação do estatuto da cooperativa e o estatuto; fotografias. A observação participante foi transversal em todo o trabalho. Conclui-se através desse estudo que as catadoras de materiais recicláveis mesmo sendo alvo de uma invisibilidade atribuída conseguem ser vozes que emanam do lixo ao se organizarem e lutarem pelos seus direitos tensionando a cultura política conservadora.

This dissertation has as its object the organization of recyclable waste pickers “policies of the Federal District Recyclable Waste pickers” (CATAMARE – DF). The study sought to analyze the participation of women waste pickers within the cooperative and their ability to bring about changes in conservative political culture with authoritarians, clientelist and centralizers from a slave – colonial past. As well as we intend to investigate as main motivations of the noncopyright collectors. This study is the result of the analysis of the systematization of professional work performed as social worker in the year 2016-2017 at CATAMARE. To understand social reality, use the historical and dialectical method. The study was a qualitative social research. The study was a social study of a qualitative nature. The materials analyzed were the professional records in the field journal; workshop planning and the respective products (Institutional characterization of CATAMARE and the letter of manifesto to dissatisfaction with the social assistance policy of the DF); the registration forms in the project Pleasure, I am a waste picker!; the minutes of publication of the statute of the cooperative and the statute; photographs. Participating observation was transversal throughout the work. It is concluded from this study that waste pickers of recyclable materials, even in they are the target of a attributed invisibility, can be voices that emanate from the trash when organizing and fighting.

A produção de discursos no processo de implementação do modelo único de avaliação e valoração da deficiência nas políticas sociais brasileiras

The production of discourses on the process of implementation of the standard for evaluation and appreciation of disabilities in Brazil's social politics

Ana Carolina Castro Pereira da Cunha

Curso: Programa de Pós-Graduação em Política Social (Mestrado)

Data da Defesa: 19/02/2019

Orientadora: Livia Barbosa

Palavras-chaves: avaliação da deficiência; modelo único; análise de discursos; estudos sobre deficiência.

Keyword: disability assessment; single model; speech analysis; disability studies.

Esta dissertação tem o objetivo de analisar a produção de discursos no processo de implementação do modelo único de avaliação e valoração da deficiência nas políticas públicas brasileiras. Esta pesquisa de abordagem qualitativa tem como método a perspectiva Foucaultiana de análise de discursos. Os discursos são produzidos para a construção de saberes, enunciados, posicionamentos, verdades e são permeados de poderes que aceitam ou não sua difusão pela sociedade. É importante analisar as políticas sociais como campo para produção de discursos pois, sua organização e composição se estruturam para atendimento das demandas das pessoas com deficiências e há discursos que legitimam seu funcionamento. O movimento de pessoas com deficiência cada vez mais vem ocupando espaços de direitos que contribuem para construção de políticas que colaboram para o enfrentamento das barreiras sociais, que são responsáveis pela restrição de participação social. Dessa forma, esta pesquisa buscou acompanhar o processo histórico de implementação do Modelo Único de Avaliação buscando compreender como as disputas discursivas podem influenciar no processo decisório para criação da avaliação. O argumento central é que o processo de implementação foi guiado pelos processos de poderes discursivos. Para melhor compreender essa centralidade foram analisadas as atas de reuniões do Comitê do Cadastro-Inclusão e do Modelo de Avaliação

Unificada da Deficiência, as atas de reuniões da Equipe Coordenadora do processo de Validação do Modelo de Único de avaliação e valoração da deficiência e as notas taquigrafadas das Audiências Públicas realizadas na Câmara dos Deputados e no Senado Federal a respeito dessa temática. A análise de dados possibilitou a construção de três eixos analíticos que são: discursos produzidos dentro do Comitê do Cadastro Nacional de Inclusão da Pessoa com Deficiência e da Avaliação Unificada da Deficiência, os discursos externos ao espaço do Comitê e o Sistema Perito de avaliação da deficiência. Como resultados observou-se que há divergências entre os discursos, mas que o Comitê faz um esforço para seguir a compreensão de deficiência enquanto restrição de participação social. Contudo, por mais que se saiba que há disputas discursivas sobre deficiência, foi possível notar que ambos discursos identificados (biomédico e social) conformam os corpos a um padrão, pois produzem sujeitos ideais elegíveis as políticas sociais.

This dissertation aims to analyze the production of speeches in the process of implementation of the single model of assessment of people with disabilities in Brazilian Public Policies. This qualitative research is a Foucaultian perspective of discourse analysis. It is important to analyze social policies as a field for the production of speeches, because their organization and composition are structured to meet the demands of people with disabilities and there are speeches that legitimize their functioning. The movement of people with disabilities is increasingly occupying spaces that contribute to the construction of policies that collaborate to reduce social barriers, which are responsible for restricting the social participation of this group of people. Thus, this research sought to follow the historical process of implementation of the Single Evaluation Model seeking to understand how discursive disputes can influence the decision making process for the evaluation of disability. The central argument is that the implementation process was guided by processes of discursive powers. The minutes of meetings of the Unified Deficiency Assessment Committee and the shorthand notes of the Public Hearings held in the Chamber of Deputies and the Federal Senate were analyzed. The analysis of data made it possible to construct three analytical axes: speeches produced within the Committee of the National Registry of Inclusion of the Person with Disabilities and the Unified Assessment of the Disability, the speeches outside the Committee space and The Expert System for the Assessment of Disability. As results it was observed that there are differences between the speeches, but that the Committee makes an effort to follow the understanding of disability as a restriction of social participation. It was possible to notice that both identified discourses (biomedical and social) conform the bodies to a standard, because they produce ideal subjects eligible social policies.

Estado brasileiro, dispositivo de colonialidade e Seguridade Social: entre fazer e deixar morrer a população negra

Brazilian State, coloniality device and Social Security:
between making and allowing death of the black population

Débora Oliveira

Curso: Programa de Pós-Graduação em Política Social (Mestrado)

Data da Defesa: 30/07/2019

Orientadora: Lucélia Luiz Pereira

Palavras-chave: Estado; colonização; colonialidade; Seguridade Social; racismo.

Keywords: State; colonization; coloniality; social security; racism.

No Brasil coexistem dois mundos - opostos e complementares: o mundo branco e o mundo negro. Esta separação é produto da colonização que instituiu no país uma cisão na humanidade, subdividindo-a entre o humano – branco – e o Outro – negros e indígenas. Firmados na figura do colonizador e do colonizado e, sob os ditames do sistema escravista, na figura do senhor de engenho e do escravizado, se constituíram as classes antagonicas racializadas no sistema econômico vigente. No capitalismo, o branco adentra a classe burguesa, e o Outro é destinado às classes subalternas. Com pequenas modificações, o racismo na modernidade sofre constantes refinamentos, mas mantém o pressuposto colonial como *modus operandi* das distintas classes no cenário capitalista brasileiro. Diante aquilo que se inaugura e/ou toma proporções estruturais na colonização de nosso território nacional, propomos o conceito de dispositivo de colonialidade. Entendemo-lo enquanto um termo teórico que nos auxilia para compreender aquilo que, em rede, fornece à modernidade a execução do projeto colonial – sendo este guerra racial e imposição da supremacia branco eurocêntrica. Tendo essa cisão como fundamento da sociedade brasileira, consideramos que as políticas sociais propostas pelo Estado moderno funcionam de maneira distinta em ambos os mundos. Em um, “faz viver”; no outro “deixa morrer”. Tal afirmação surge mediante a análise da desigualdade do acesso da população negra às políticas da Seguridade Social. Constatamos que, apesar de ser o público majoritário do SUS e do SUAS, o atendimento da população negra e o acesso à serviços

é permeado por produção e reprodução de violências; e, no que tange à previdência social, a população negra possui menor cobertura. Assim, esse trabalho se propõe a I. analisar o Estado, evidenciando sua face oculta e complementar, denominada Estado colonial; II. elaborar o conceito de dispositivo de colonialidade enquanto conjunto de elementos heterogêneos que funcionam a fim de executar na modernidade os intentos coloniais; e III. analisar a seguridade social brasileira tendo como pano de fundo a desigualdade estrutural entre negros e brancos no Brasil.

In Brazil two worlds coexist - opposite and at the same time complementary: the white and the black world. This detachment is provided by colonization, that instituted a gap in humanity itself: the human - who is white - and the Other - who are mainly black and indigenous people. Thus two main roles were established: colonizer and colonized. The rules dictated by the slavery system, once represented by the lord of wit and enslaved emerged in two antagonistic racial classes in our current economic system. When it comes to Capitalism, the White individual occupies the upper classes - bourgeoisie - whereas the Other is assigned with the subordinate classes. Even though tiny adjustments occurred on modern racism - refining it - the colonial core values are maintained, and so are the the economic classes previously defined. In face of inaugurates and continuously structures our colonized territory, this essay introduces the concept of “Coloniality Devices”. Those can be understood as a theoretical terminology that help us comprehend which factor or factors - thus the “net” concept - provides modernity with tool to sustain the colonial project - that is this essay is defined racial war and imposed eurocentric white supremacy. As earlier defined, this racial segregation brazilian society’s foundation. Public and social policies are then perpetuating this division by delivering two different policies to these worlds: one says “let them live”; the other says “let them die”. This analysis is based on the iniquity on the access to social security policies, depending on the racial status. Regardless of being the main patients at SUS and SUAS, people of color receive a treatment permeated by produced and reproduced violence. When it comes to social security black people have the lowest coverage index. This study proposes: I. to evaluate the State, highlighting its hidden and complementary face - the Colonial State; II. to elaborate the concept of “Colonial Devices” as a group of heterogeneous elements that work in favor of maintaining through modernity the colonial intent; III. to analyze brazilian social security, using black and white iniquity as a background.

As mudanças de paradigma na gestão do patrimônio da União: uma análise crítica sobre a Secretaria de Coordenação e Governança do Patrimônio da União

The changes of paradigm in the management of the State's properties: a critical analysis on the Secretary of Coordination and Governance of the State's Patrimony

Felipe Augusto Xavier

Curso: Programa de Pós-Graduação em Política Social (Doutorado)

Data da Defesa: 29/03/2019

Orientadora: Camila Potyara Pereira

Palavras-chaves: regularização fundiária; patrimônio da União; fundo público; função social; espoliação.

Keywords: land regularization; States patrimony; public fund; social function; espoliation.

A presente dissertação apresenta uma análise crítica sobre a história da Secretaria de Coordenação e Governança do Patrimônio da União – SCGPU e sobre as mudanças de paradigma na gestão dos imóveis da União desde a criação do órgão. Tomando como ponto de partida o pressuposto de que os imóveis da União representam um tipo de propriedade socialmente determinada pelos processos históricos, o primeiro capítulo traz uma discussão sobre propriedade, tendo como base o materialismo histórico dialético e fazendo uma interlocução do debate sobre propriedade em Marx com os filósofos contratualistas, com o objetivo de apresentar aos leitores o entendimento que norteia a pesquisa com relação ao papel da propriedade fundiária no capitalismo contemporâneo. No segundo capítulo são discutidas as demais categorias de análise que perpassam o objeto da pesquisa, quais sejam o Estado capitalista contemporâneo, a relação entre a cidadania e a propriedade privada no capitalismo, o direito à cidade e os processos de espoliação e expropriação dos bens públicos e o papel da terra na constituição do fundo público. No terceiro e último capítulo a gestão dos imóveis da União e a história do órgão são analisadas no curso da formação histórica do país, passando pelos antecedentes da colonização portuguesa, pelos processos de independência e proclamação da república, instauração do Estado novo, ditadura militar e pelo regim e democrático

pós-Constituição de 1988, a partir de referenciais teóricos e dados extraídos de Diários Oficiais da União, relatórios de gestão, anais da Câmara dos Deputados, Legislações e outras fontes primárias. Apesar de ser um órgão voltado majoritariamente para extração de rendas fundiárias, os resultados da pesquisa mostram que o patrimonialismo presente na formação social e histórica do país sempre impediu que os imóveis da União pudessem gerar o retorno econômico que suas potencialidades permitem. A pesquisa corrige, ainda, a narrativa convencional que vinha sendo contada sobre a história da SCGPU, que a vinculava à promulgação da Lei nº 601 de 1850, conhecida como a “Lei de Terras”, ao identificar que seu surgimento e seu desenvolvimento sempre estiveram atrelados ao Ministério da Fazenda e à criação do Tesouro Nacional em 1808.

This dissertation presents a critical analysis on the history of the Secretary of Coordination and Governance of the State's Patrimony - SCGPU and on the changes of paradigm in the management of the State's properties since the creation of the organ. Taking as a starting point the assumption that the properties of the State represents a type of property socially determined by historical processes, the first chapter brings a discussion about property, based on dialectical historical materialism and making an interlocutory discussion of ownership in Marx with the contractualist philosophers, in order to present to the readers the understanding that guides the research regarding the role of lands property in contemporary capitalism. The second chapter focus on the discussion of other categories of analysis that pervades the object of the research, such as the contemporary capitalist state, the relationship between citizenship and private property in capitalism, the right to the city and the processes of spoliation and expropriation of public goods and the role of the land in the constitution of the public fund. In the third and final chapter the management of the State's properties and the history of the organ are analyzed regarding the historical formation of the country through the antecedents of Portuguese e colonization, the processes of independence and proclamation of the republic, establishment of the new state, military dictatorship and by the democratic regime after the 1988 Constitution, based on theoretical references and data extracted from Official Federal Gazettes, management reports, annals of the Chamber of Deputies, legislations and other primary sources. Although the organ's mainly focus on extracting land rents, the research results shows that the patrimonialism present in the social and historical formation of the country have been always prevented the properties of the State from generating the economic return expected from their potential. The research also corrects the conventional narrative that have been told about the history of SCGPU, which linked it to the promulgation of Law no. 601 of 1850, known as the “Land Law”, when

identifying that its emergence and development were linked to the Ministry of Finance and the creation of the National Treasury in 1808.

Seguridade Social, família e direitos LGBT

Social Security, family and LGBT rights

Helena Godoy Brito

Curso: Programa de Pós-Graduação em Política Social (Mestrado)

Data da Defesa: 28/06/2019

Orientadora: Ivanete Salete Boschetti

Palavras-chave: política social; seguridade social; direitos LGBT; diversidade; família.

Keywords: social policy; social security; LGBT rights; diversity; family.

A sociabilidade burguesa é marcada pela opressão, exploração, desigualdade e discriminação, as bases que estruturam essa sociedade, que é dividida em classes sociais, produzem relações sociais desiguais que são perpetuadas historicamente. Esse cenário se complexifica quando inserimos nas discussões questões que vão para além do âmbito econômico. As questões de raça e etnia, sexualidade, identidade de gênero são questões importantes para entendermos a totalidade social, compreendermos a diversidade humana e suas expressões e potencialidades. Todavia, em uma sociedade que reproduz preconceitos e relações sociais desiguais e opressoras encontramos limites, os mais bárbaros, para a expressão dessa diversidade humana em toda sua potencialidade. A LGBTfobia se figura, portanto, enquanto um entrave para a plena realização da população LGBT, contribuindo para a negação dos direitos dessa população, impedindo que tais pessoas tenham seus direitos realizados. As políticas sociais são importantes espaços para a realização e garantia de direitos sociais conquistados historicamente. Essas políticas sofrem mudanças e são determinadas historicamente, sob a égide neoliberal percebe-se tendências que marcam o desenvolvimento e formulação de tais políticas, uma delas é a centralidade que a família nesses espaços e sua responsabilização pelo cuidado e bem-estar de seus integrantes. Nesse sentido, O presente trabalho procura problematizar como a concepção de família presente nas políticas da seguridade social brasileira (saúde, previdência e assistência social), que são reproduzidas

em uma sociabilidade marcadamente patriarcal e heterossexista, afeta a garantia de direitos da população LGBT e de suas famílias. A análise parte de uma compreensão marxista da totalidade social, compreendendo as contradições e mediações que estão postas da realidade concreta.

Bourgeois sociability is marked by oppression, exploitation, inequality and discrimination; the foundations that structure this society, which is divided into social classes, produce unequal social relations that are historically perpetuated. This scenario becomes more complex when we include in the discussions issues that go beyond the economic scope. The issues of race and ethnicity, sexuality, gender identity are important issues to understand the social totality, to understand human diversity and its expressions and potentialities. However, in a society that reproduces unequal and oppressive prejudices and social relations, we find the most barbaric limits to the expression of this human diversity in all its potentiality. LGBT phobia is therefore an obstacle to the full realization of the LGBT population, contributing to the denial of the rights of this population, preventing such people from having their rights realized. Social policies are important spaces for the realization and guarantee of historically conquered social rights. These policies undergo changes and are historically determined. Under the aegis of neoliberalism, trends are observed that mark the development and formulation of such policies, one of which is the centrality of the family in these spaces and their responsibility for the care and well-being of their members. In this sense, The present work seeks to question how the conception of family present in the Brazilian social security policies (health, social security and social assistance), which are reproduced in a markedly patriarchal and heterosexist sociability, affects the guarantee of rights of the LGBT population and of your families. The analysis starts from a marxist understanding of the social totality, understanding the contradictions and mediations that lie in the concrete reality.

Alienação mental e trabalho alienado: a moral capitalista na reabilitação psicossocial

Mental alienation and alienated work: the capitalist moral in the psychosocial rehabilitation

Jamila Zgiet (Jamila Zgiet Rodrigues Santos)

Curso: Programa de Pós-Graduação em Política Social (Mestrado)

Data da Defesa: 07/08/2019

Orientadora: Potyara Amazoneida Pereira Pereira

Palavras-chave: saúde mental; trabalho; capitalismo; reabilitação psicossocial.

Keywords: mental health; work; capitalism; psychosocial rehabilitation.

Esta tese propôs-se a identificar influências da moral capitalista na compreensão e na execução da política de saúde mental, enfatizando a centralidade histórica do trabalho assalariado nas perspectivas de reabilitação psicossocial. Seu objetivo foi compreender a genealogia, o caráter e o significado da relação de mútua implicação entre a categoria trabalho assalariado e as políticas de saúde mental brasileiras. A hipótese de trabalho que norteou heurísticamente a pesquisa e foi ratificada pelos seus achados afirmava que, assim como as demais políticas sociais, a política de saúde mental sofre injunções da ética capitalista do trabalho; e isso tem impactado na vida das pessoas com transtorno mental em contato com os serviços psicossociais ou demandantes de benefícios previdenciários e socioassistenciais. Outro pressuposto norteador foi o de que a interpretação de cidadania e autonomia adotada pelas práticas de reabilitação psicossocial resulta do fato de que só é possível uma vida minimamente digna no modo de produção capitalista se o sujeito for aceito pelo mercado de trabalho assalariado. O não fornecimento de dados referentes à negação da concessão do Benefício de Prestação Continuada pelo INSS prejudicou o intento desta investigação de verificar as diferenças de abordagem dos usuários conforme os diagnósticos. Mas isso não impediu a constatação de que o trabalho assalariado – formal, informal ou cooperado – é visto como uma panaceia, por meio da qual as pessoas atingiriam os objetivos de suas vidas, sem que haja, por parte dos gestores, da academia e das equipes de saúde, questionamento da participação na sociedade pela via do emprego ou do adoecimento provocado pelo trabalho alienado.

This thesis aimed at identifying influences of the capitalist moral on the understanding and implementation of the mental health policy, emphasizing the paid employment historic centrality on the perspectives of psychosocial rehabilitation. Its objective was to understand the genealogy, the nature and the significance of the relationship of mutual involvement between the paid employment category and the Brazilian mental health policies. The working hypothesis that heuristically guided the research and was ratified by its findings asserted that, as well as the other social policies, the mental health policy suffers injunctions from the capitalist work ethic; and this has impacted the life of people with mental disorders who are in contact

with psychosocial services or require social security and welfare benefits. Another guiding assumption was that the interpretation of citizenship and autonomy adopted by the psychosocial rehabilitation practices comes from the fact that to lead a worthy life at all is only possible in the capitalist method of production if the person is accepted by the paid employment market. The National Social Security Service (INSS) failed to provide information about the denial of granting the Continuous Cash Benefit (Benefício de Prestação Continuada-BPC) and harmed the purpose of this investigation of checking the customers differences of approach according to the diagnoses. However, this fact did not prevent the observation that paid employment – formal, informal or cooperative – is seen as a panacea through which people would achieve their life goals, without there being – by the managers, the academia and the health teams – questioning about the form of participation in society by means of employment and when getting sick is provoked by the alienated labor.

As implicações da nova direita nos estigmas da política social

The effects of the new right in social policy stigmas

João Pedro Pereira de Queiroz

Curso: Programa de Pós-Graduação em Política Social (Mestrado)

Data da Defesa: 09/12/2019

Orientadora: Camila Potyara Pereira

Palavras-chaves: neoliberalismo; neoconservadorismo; nova direita; estigma; política social; proteção social; pobreza.

Keywords: neoliberalism; neoconservatism; new right; stigma; social policy; social protection; poverty.

Esta dissertação de mestrado tem como objeto de pesquisa a influência neodireitista nos estigmas da política social. A nova direita, que é o amálgama do neoliberalismo com o neoconservadorismo, adota políticas sociais focalizadas para atender necessidade sociais. Entretanto, este modelo agrega estigmas associados à pobreza de seus usuários, uma vez que precisa selecionar quem será assistido pelo Estado. Ao adotar o método histórico dialético por meio do método qualitativo de análise, buscou-se avaliar a totalidade contraditória que permeia este campo. Os estigmas

estão presentes na sociedade e reverberam nas políticas sociais, sendo fomentados pelas políticas sociais extremamente focalizadas na pobreza, contribuindo para o cultivo e perpetuação de discriminações. Notou-se que a nova direita pode fomentar o estigma devido à sua reconfiguração social provocada pelas suas correntes ideológicas, favorecendo práticas individualizantes que favorecem a focalização de políticas sociais em detrimento da universalização.

This master's thesis has as its main object the neo-right-wing influence on the stigmas of social policy. The new right, which is the amalgam of neoliberalism with neoconservatism, adopts target-oriented social policies in attempt to accord social needs. However, this model aggregates stigmas associated with the poverty of its users, since it needs to select who will be assisted by the state. By adopting the dialectical historical method through the qualitative method of analysis, it sought to evaluate the contradictory totality that permeates this field. Stigmas are present in society and reverberate in social policies, being fostered by social policies extremely targeted on poverty, contributing to the cultivation and perpetuation of discrimination. It was noted that the new right can foster stigma due to its social reconfiguration caused by its ideological currents, favoring individualizing practices that advantage targeting social policies to the detriment of universalization.

Nos bastidores da loucura: diálogos acerca da família no âmbito da (des)proteção social em saúde mental

Detrás de escena de la locura: diálogos sobre la familia en el contexto de la (des) protección social en salud mental / Behind the scenes of madness: dialogues about the family in the context of social (dis) protection in mental health

Jozieli Maria Sousa Barros

Curso: Programa de Pós-Graduação em Política Social (Mestrado)

Data da Defesa: 31/07/2019

Orientadora: Andréia de Oliveira

Palavras-chave: saúde mental; família; política social; proteção social; contrarreforma do Estado.

Palabras clave: salud mental; familia; política social; protección social; contrarreforma del Estado.

Keywords: mental health; family; policy science; social protection; counter-reformation of the State.

O presente estudo teve como intuito analisar a família no âmbito da política de saúde mental, considerando o processo de contrarreforma do Estado e o recuo da proteção social por meio de políticas sociais universais na sociedade brasileira sob forte inspiração do ideário neoliberal. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa de cunho exploratório e analítico de revisão narrativa bibliográfica e documental com a utilização do método materialista histórico dialético para a apreensão dos fenômenos sociais discutidos. Nesta condição, verificou-se o predomínio entre dois modelos em disputa de saúde mental: o primeiro, privatista, de mercado, hospitalocêntrico, institucionalizante, com expansão de leitos em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, centrado na sintomatologia da “doença mental” e na psiquiatria como campo de saber/poder; e, o outro, universal, integral, de respeito aos direitos humanos e à autonomia, com tratamento nos serviços territoriais e comunitários diversificados, focado na promoção da saúde mental, na reabilitação psicossocial, na existência-sofrimento dos sujeitos e na interdisciplinaridade das intervenções. Diante destas indagações, a loucura, objeto de reflexão da natureza do ser social, se articula com outras esferas importantes para a determinação social do processo saúde-doença, como a família, instituição secular e socialmente (re)construída, que tem suas responsabilidades reforçadas para amortecer as crises estruturais do modo capitalista de produzir e reproduzir suas relações sociais, tornando-se uma parceira na proteção social a ser potencializada para responder aos riscos sociais advindos do modo de organização da sociedade, com fomento à solidariedade e ao bem-estar familiar, ou seja, à perspectiva familista. O movimento de reforma psiquiátrica coloca a família como protagonista nos cuidados em saúde mental, trazendo-a para o tratamento dos seus entes em adoecimento psicossocial, porém ciente de suas limitações e oferecendo suporte nos serviços substitutivos a esta instituição que precisa ser cuidada para proporcionar cuidados. Nesta conjuntura de retrocessos ideopolíticos e sociais, esta subárea da saúde vem se afastando dos princípios norteadores da reforma psiquiátrica e dos objetivos em prol de uma “sociedade sem manicômios”, nos quais se pretendia a reorganização dos serviços assistenciais e da concepção de saúde mental para romper com a institucionalização, violadora da dignidade humana e assentada na loucura enquanto espaço de exclusão

social. Assim, aponta-se duas tendências na relação entre família e saúde mental no contexto de aprofundamento da contrarreforma do Estado, a primeira são novas configurações ao familismo no cenário de restrição de políticas sociais universais, a segunda é a ancoragem de destinação do fundo público para os serviços manicomiais com o sucateamento dos serviços substitutivos, dando um novo sentido à Rede de Atenção Psicossocial, que antes era direcionada pelo ideal de desinstitucionalização proposto no bojo da reforma psiquiátrica brasileira.

Este estudio tuvo como objetivo analizar a la familia en el contexto de la política de salud mental, considerando el proceso de contrarreforma estatal y la retirada de la protección social a través de políticas sociales universales en la sociedad brasileña bajo una fuerte inspiración de ideas neoliberales. Fue una investigación cualitativa de naturaleza exploratoria y analítica de revisión narrativa bibliográfica y documental utilizando el método dialéctico materialista histórico para la comprensión de los fenómenos sociales discutidos. En esta condición, hubo un predominio de dos modelos en disputa de salud mental: el primero, privatista, de mercado, centrado en el hospital, institucionalizado, con expansión de camas en hospitales psiquiátricos y comunidades terapéuticas, centrándose en los síntomas de “enfermedad mental” y la psiquiatría como campo de conocimiento / poder; y el otro, universal, integral, respetando los derechos humanos y la autonomía, con tratamiento en servicios territoriales y comunitarios diversificados, enfocados en la promoción de la salud mental, la rehabilitación psicosocial, la existencia-sufrimiento de los sujetos y la interdiscipliniedad de las intervenciones. Frente a estas preguntas, la locura, objeto de reflexión de la naturaleza del ser social, se articula con otras esferas importantes para la determinación social del proceso de salud-enfermedad, como la familia, institución secular y socialmente (re) construida, que tiene sus responsabilidades reforzadas. para amortiguar las crisis estructurales de la forma capitalista de producir y reproducir sus relaciones sociales, convirtiéndose en un socio en la protección social para ser potenciado para responder a los riesgos sociales derivados de la forma de organización de la sociedad, fomentando la solidaridad y el bienestar familiar, es decir, a la perspectiva familiar. El movimiento de reforma psiquiátrica coloca a la familia como protagonista en la atención de la salud mental, llevándola al tratamiento de sus seres queridos en enfermedades psicosociales, pero consciente de sus limitaciones y ofreciendo apoyo en los servicios de sustitución a esta institución que necesita cuidado para ofrecer cuidado. En esta coyuntura de reveses ideopolíticos y sociales, esta subárea de salud se ha alejado de los principios rectores de la reforma psiquiátrica y de los objetivos de una “sociedad sin asilos”, en la que se pretendía la reorganización de los servicios de atención y la concepción de la salud

mental para romper con la institucionalización, violadora de la dignidad humana y basada en la locura como espacio de exclusión social. Por lo tanto, hay dos tendencias en la relación entre la familia y la salud mental en el contexto de la profundización de la contrarreforma del estado, la primera son las nuevas configuraciones al familismo en el escenario de restricción de las políticas sociales universales, la segunda es el anclaje del destino del fondo público para los servicios de asilo con el desecho de los servicios sustitutos, dando un nuevo significado a la Red de Atención Psicosocial, que anteriormente estaba dirigida por el ideal de desinstitucionalización propuesto en la reforma psiquiátrica brasileña.

This study aimed to analyze the family in the context of mental health policy, considering the process of state counter-reform and the retreat of social protection through universal social policies in Brazilian society under strong inspiration of neoliberal ideas. It was a qualitative research of exploratory and analytical nature of bibliographic and documentary narrative revision using the dialectical historical materialist method for the apprehension of the social phenomena discussed. In this condition, there was a predominance between two models in dispute of mental health: the first, privatist, market, hospital-centered, institutionalizing, with expansion of beds in psychiatric hospitals and therapeutic communities, focusing on the symptoms of “mental illness” and psychiatry as a field of knowledge / power; and the other, universal, integral, respecting human rights and autonomy, with treatment in diversified territorial and community services, focused on the promotion of mental health, psychosocial rehabilitation, the existence-suffering of the subjects and the interdisciplinarity of interventions. Faced with these questions, madness, object of reflection of the nature of social being, articulates with other important spheres for the social determination of the health-disease process, such as the family, secular and socially (re)built institution, which has its responsibilities reinforced. to cushion the structural crises of the capitalist way of producing and reproducing its social relations, becoming a partner in social protection to be potentiated to respond to the social risks arising from the way of organization of society, fostering solidarity and family welfare , that is, to the familist perspective. The psychiatric reform movement places the family as a protagonist in mental health care, bringing it to the treatment of their loved ones in psychosocial illness, but aware of its limitations and offering support in substitution services to this institution that needs to be cared for to provide care. . In this conjuncture of ideopolitical and social setbacks, this subarea of health has been moving away from the guiding principles of psychiatric reform and from the objectives of a “society without asylums”, in which the reorganization of care services and the conception of mental health was intended. break with institutionalization, violating human dignity and based on madness as a space of social exclusion. Thus, there are two trends in the

relationship between family and mental health in the context of deepening the counter-reform of the state, the first are new configurations of familism in the scenario of restriction of universal social policies, the second is the anchoring of the public fund's destination for the asylum services with the scrapping of substitute services, giving new meaning to the Psychosocial Care Network, which was previously directed by the ideal of deinstitutionalization proposed in the midst of the Brazilian psychiatric reform.

Estado, nova direita e contrarreforma: uma análise sobre os atuais parâmetros da política de drogas no Brasil

**State, new right and counter-reform: an analysis of the current
parameters of drug policy in Brazil**

Lara Lisboa Farias

Curso: Programa de Pós-Graduação em Política Social (Mestrado)

Data da Defesa: 13/11/2019

Orientadora: Andréia de Oliveira

Palavras-chave: Estado; nova direita; contrarreforma; política sobre drogas; necropolítica.

Keywords: State; new right; counter-reform; drugs policy; necropolitics.

Esta dissertação discute os parâmetros, tendências e perspectivas atuais da chamada “Nova” Política Nacional sobre Drogas, levando-se em consideração o contexto de contrarreforma influenciado pela ascensão da Nova Direita no país. O estudo justifica-se pela peculiaridade da política nacional atual e a incidência de normativas sancionadas no Brasil, que fazem retroceder significativos avanços que haviam sido alcançados pela Reforma Psiquiátrica, com os serviços substitutivos e com a política de redução de danos. O percurso metodológico caracterizou-se por pesquisa documental, de natureza qualitativa, tendo como foco de análise as atuais normativas, as atas do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas e documentos produzidos por importantes entidades de discussão da temática. Os dados coletados foram analisados à luz de referencial teórico produzido por meio de um movimento de abstração de categorias centrais

levantadas: Estado, contrarreforma, política sobre drogas, necropolítica e Nova Direita, tendo como orientação o método materialista histórico-dialético de compreensão da realidade em sua totalidade. Dessa forma, foi utilizada, em todo o percurso metodológico, a técnica de revisão de literatura. De acordo com as análises, evidenciou-se que o contexto de ascensão da Nova Direita no país corrobora a implementação de uma política sobre drogas centrada na moralização e criminalização do sujeito, oferecendo como forma de tratamento um cuidado embasado por uma moral cristã, típica do neoconservadorismo, ao mesmo tempo que gera grandes lucros aos detentores do capital que lucram com o proibicionismo, movido por uma lógica de mercado, tão cara ao neoliberalismo. Conformam-se, assim, o amalgamento das duas perspectivas, que caracteriza a Nova Direita. Não obstante, essa concepção aponta para o desmonte dos serviços substitutivos, fortalece os setores privados e filantrópicos, bem como renova e faz perpetuar a política de morte utilizada pelo Estado, traduzida pela necropolítica e do racismo estrutural.

This thesis discusses the parameters, trends and current perspectives of the so-called “New” National Drugs Policy considering the context of the counter-reformation carried out by the ascension of the New right in Brazil. This study justifies itself based on the peculiarity of the current national policy and frequency of rules enacted in this country whose effects caused to retreat a relevant progress that was achieved by Psychiatric Reform with substitute services and with the harm reduction. The methodological procedure is characterized by a documentary and qualitative research, whose focus consists of analyses of current rules, the minutes of the National Council on Drugs Policy and documents produced by relevant entities thematic discussions. The data was studied considering the conceptual framework made by the abstraction of central categories gathered: State, counter-reform, drugs policy, necropolitics and New Right being oriented by the historical dialectical materialism method of comprehension of the reality in its entirety. Therefore, literature review methodology was used in the entire methodological path. According to the analyses made, the context of the ascension of the New Right in the country endorses the deployment of a drug policy concentrated in the moralization and criminalization of the subject, offering as a treatment a care based on Christian morality, typical of the conservatism, at the same time offering huge profits to the capital owners that thrive through prohibition, drive by a logic of the market so beloved of the neoliberalism. So, it brings together the two perspectives which describe the New Right. Nonetheless, this design is heading to the crumbling of the substitute services, strengthening the private and philanthropic sectors as well as renewing and perpetuating the death politics used as tool by the State and reflected by the necropolitics and structural racism.

Atos de reexistência: juventude negra, reinvenções e resistência antiextermínio

Acts of reexistence: black youth, reinventions and anti-extermination resistance

Leonardo Rodrigues de Oliveira Ortegal

Curso: Programa de Pós-Graduação em Política Social (Doutorado)

Data da defesa: 22/11/2019

Orientadora: Ivanete Salete Boschetti

Palavras-chave: juventude negra; raça; reexistência; extermínio; genocídio.

Keywords: black youth; race; reexistence; extermination; genocide.

Com o objetivo de identificar e discutir as estratégias adotadas por sujeitos jovens negros diante do processo de extermínio que enfrentam, foram analisadas produções culturais, como o rap, a literatura marginal e negra, e produções audiovisuais realizadas por estes sujeitos. A análise destas produções permitiu observar que a juventude e a negritude brasileira e da Diáspora não se encontram passivas diante deste processo. A análise do comportamento do Estado brasileiro diante do extermínio, expresso nos dados públicos sobre o assunto, revela o caráter racializado destas mortes, e revela aquilo que foi denominado neste trabalho de dialética da (in) diferença. Este movimento dialético produz, a um só tempo, a diferença que permite a classificação social do jovem negro como um inimigo interno a ser combatido; e a indiferença a estas mortes e demandas de proteção e outros direitos negligenciados a tais sujeitos e suas famílias. Considerando que os aspectos raciais da realidade em questão possuem importância fundamental, e que o debate sobre raça se encontra ainda pouco consolidado neste campo, realizou-se um resgate histórico e analítico sobre o uso da raça como categoria de análise em Ciências Sociais. A partir deste processo, foi elaborada também uma proposta dialética e diaspórica de conceituação desta categoria. Para dar conta da complexidade do objeto e objetivos de pesquisa, percebeu-se a importância de se discutir e apresentar uma proposta metodológica capaz de apreender as particularidades, as dinâmicas e as múltiplas determinações da realidade em questão. A perspectiva dialética crítica combinada à perspectiva decolonial subsidiaram não apenas a compreensão do sujeito jovem negro em sua potência, mas também o resgate de trabalhos, autores e linguagens

subalternizadas no universo acadêmico. A teoria crítica da raça subsidiou o trabalho com trajetórias de vida, (auto)biografias e contranarrativas, como instrumentos capazes de abordar o tema e a problemática a partir do prisma de sujeitos ainda marginalizados nos espaços acadêmicos. Por ser o extermínio contra a juventude negra e seu enfrentamento um assunto em intenso processo de transformação na atualidade, a análise da realidade por meio de matérias jornalísticas também foram importantes no decorrer pesquisa. Entre retrocessos e avanços no enfrentamento a estas mortes, a produção cultural jovem e negra analisada evidenciou a consciência destes sujeitos acerca do problema, a capacidade de compreendê-lo, e as estratégias de enfrentá-lo, por meio da (re)elaboração de narrativas que atribuem importância e humanidade às suas vidas. A estes esforços foi atribuído o nome de atos de reexistência.

In order to identify and discuss the strategies adopted by young black subjects facing the extermination process they face, cultural productions such as rap, marginal and black literature, and audiovisual productions performed by these subjects were analyzed. The analysis of these productions showed that the Brazilian and Diaspora youth and blackness are not passive in the face of this process. The analysis of the behavior of the Brazilian State in the face of extermination, expressed in the public data on the subject, reveals the racialized character of these deaths, and reveals what was called in this work the dialectic of (in) difference. This dialectical movement produces at the same time the difference that allows the social classification of the young black man as an internal enemy to be fought; and indifference to these deaths and demands for protection and other neglected rights to such subjects and their families. Considering that the racial aspects of the reality in question are of fundamental importance, and that the debate about race is still poorly consolidated in this field, a historical and analytical rescue about the use of race as a category of analysis in Social Sciences was necessary. From this process, a dialectical and diasporic proposal of conceptualization of this category was also elaborated. In order to account for the complexity of the object and research objectives, it was realized the importance of discussing and presenting a methodological proposal capable of apprehending the particularities, dynamics and multiple determinations of the reality in question. The critical dialectical perspective combined with the decolonial perspective subsidized not only the comprehension of the young black subject in his power, but also the rescue of subalternized works, authors and languages in the academic universe. The critical theory of race subsidized the work with life trajectories, (auto) biographies and counter-narratives, as instruments capable of approaching the theme and the problematic from the perspective of subjects still marginalized in academic environment. Because the extermination against black youth and their confrontation is a subject in

intense transformation process, the analysis of reality through journalistic articles were also important in the course of research. Between setbacks and advances in coping with these deaths, the young and black cultural production analyzed showed the awareness of these subjects about the problem, the ability to understand it, and the strategies to address it through (re) elaboration of narratives that attach importance and humanity to their lives. These efforts have been referred to as acts of reexistence.

A cidade de Palmas a partir da teoria marxista sobre a renda da terra urbana

The municipality of Palmas based on marx's theory about the urban land income

Maria José Antunes da Silva

Curso: Programa de Pós-Graduação em Política Social (Doutorado)

Data da Defesa: 04/12/2019

Orientador: Perci Coelho de Souza

Palavras-chave: teoria do valor e renda da terra; processo ampliado da produção capitalista; questão urbana e condições de moradia dos trabalhadores; segregação socioespacial de Palmas; lutas de classe.

Keywords: value theory and land income; expanded process of capitalist production; urban issue and conditions of housing of workers; socio-spatial segregation of Palmas; class fights.

Com a criação do Estado do Tocantins, a cidade de Palmas foi constituída inicialmente por agentes do Estado, processo que englobou pressões provenientes tanto do capital como da força de trabalho, com destaque para frações de classes organizadas em movimentos sociais. Nesse processo, a terra urbana de Palmas foi valorizada, mediante a instalação de infraestrutura urbana e edificações, sendo seu território marcado por uma desigualdade socioespacial, reflexo da contradição entre capital e trabalho. Essa Tese tem como objeto de estudo a cidade de Palmas, capital do Estado do Tocantins no período de 2008 a 2018 e, tem, como objetivo, a busca de explicações, à luz dos ensinamentos de Marx e de alguns de seus intérpretes, para o processo de elevação da renda da terra urbana e seu impacto nas condições de vida e de moradia da classe trabalhadora,

provocando segregação socioespacial, processo esse vivenciado com lutas e resistência. De modo específico, tornou-se necessário o aprofundamento na Teoria do Valor Trabalho para compreender a renda da terra, o processo de segregação socioespacial manifestado na cidade de Palmas. Escolheu-se uma estratégia metodológica que contempla o ponto de vista teórico e de coleta de dados empíricos, tendo como suporte o resgate do debate clássico e de autores contemporâneos marxistas. Inserido no campo da Teoria Social Crítica, este estudo visa a contribuir para a produção do conhecimento sobre a realidade social do Brasil, em particular, sobre a cidade de Palmas. A ideia central desta Tese se assenta na seguinte assertiva: a elevação da renda da terra, ancorada na teoria do valor de Marx, é questão determinante na produção da segregação socioespacial na cidade de Palmas.

With the creation of the State of Tocantins (BRAZIL), the municipality of Palmas was initially constituted by agents of the State, a process that encompassed pressures from both the capital and the workforce, with emphasis on fractions of organized classes in social movements. In this process, the urban land of Palmas was valued, through the installation of urban infrastructure and buildings, being its territory marked by a socio-spatial inequality, a reflection of the contradiction between capital and work. This Thesis has as object of study the city of Palmas, capital of the State of Tocantins from 2008 to 2018, and it aims the search for explanations, in the light of the teachings of Marx and some of his interpreters, for the process of raising the income of the urban land and its impact on the living and on the living conditions of the working class, causing socio-spatial segregation, a process experienced with struggles and resistance. The Theory of Value Work was analyzed in order to understand the income of the land, and the process of socio-spatial segregation manifested in the city of Palmas. A methodological strategy was chosen to contemplate the theoretical and empirical data collection point of view, based on the rescue of classical debate and on marxist contemporary authors. Inserted in the field of Critical Social Theory, this study aims to contribute to the production of knowledge about social reality of Brazil, in particular, about the city of Palmas. The central idea of this Thesis is based on the following assertion: the increase in the land income, anchored in Marx's Theory of Value, is a determining question in the production of socio-spatial segregation in the city of Palmas.

A expropriação de terras em Brasília (DF): urbanização a interesse de quem?

Expropriation of land in Brasília (DF): Urbanization for whom?

Marina Leite Melo

Curso: Programa de Pós-Graduação em Política Social (Mestrado)

Data da Defesa: 25/02/2019

Orientadora: Maria Lúcia Lopes da Silva

Palavras-chave: Estado; política urbana; habitação; capital incorporador, indústria da construção; expropriação.

Keywords: State; urban policy; housing; incorporating capital; construction industry; expropriation.

A constituição do espaço urbano desigual é um processo histórico beneficia os capitais nas suas diversas expressões. A atuação do Estado, na instituição dos parâmetros da política urbana, pode contrariar os interesses dos representantes destes capitais, ao incidir sob o monopólio das empresas incorporadoras em relação a propriedade privada do solo urbano. A cidade de Brasília, cuja recente formação social se deu pela centralidade do Estado na gestão das terras, teria condições frear a valorização imobiliária criada pelas entidades privadas que concentram a propriedade do solo urbano. Porém, a realidade recente aponta para a direção oposta. A responsabilidade sob a regulamentação fundiária e oferta de terrenos urbanos pela empresa estatal TERRACAP tem sido orientada para o crescimento do mercado imobiliário. Esta empresa é fundada em 1972, antes suas funções eram desempenhadas pela Companhia estatal responsável pela construção de Brasília – NOVACAP – responsável pela remoção histórica das moradias populares instaladas no centro da cidade. Ao expropriar as terras urbanas ocupadas pelos trabalhadores, a NOVACAP construiu uma reserva de solo urbano para futura valorização imobiliária. Neste sentido, a presente tese tem como objeto: O favorecimento do capital imobiliário pelo Estado via urbanização do Distrito Federal por meio da expropriação de terra, tendo como referência a recente construção do Bairro Noroeste. Trata-se de uma pesquisa fundamentalmente traçada por fontes secundárias de natureza oficial e pública. Os dados encontrados demonstram que o Setor Noroeste reatualiza o processo de expropriação de terras realizado pelo Estado, ao promover a redução drástica do território do “Santuário dos Pajés” ocupado por uma comunidade formada por quatro etnias que lutaram historicamente pela demarcação destas terras pela FUNAI. O processo de expropriação se

estende à privatização de área com vegetação nativa e dos recursos naturais da cidade para a construção de um bairro supostamente sustentável. E por fim, trata-se de uma expropriação do solo urbano destinado para construção de quadras econômicas para a população de baixa renda, como propõe o projeto (GDF/IPHAN, 1987). A análise dos dados identificou que a expansão de áreas habitacionais com o perfil do Setor Noroeste tem alto potencial de valorização. O Estado favoreceu a valorização imobiliária por meio: de instrumentos legislativos da Política Urbana e no campo dos licenciamentos ambientais; do investimento em infraestrutura e elementos urbanísticos essenciais para este tipo de expansão; pela abertura de Fundos de Investimento Imobiliários pela TERRACAP para projetos no Setor Noroeste; da aceleração do mercado imobiliário e aumento da produtividade das empresas na construção da nova área habitacional. O que possibilita concluir que o investimento do Estado na política urbana voltada para a expansão das áreas habitacionais favorece a valorização imobiliária.

The constitution of unequal urban space is a historical process and benefits capital in its various expressions. The role of the state in setting urban policy parameters may be contrary to the interests of the representatives of these capitals by influencing the monopoly of incorporating companies in relation to private ownership of urban land. The city of Brasília, whose recent social formation is a product of the centralization of land management by the State, would be able to restrain the real estate valuation created by the private entities that concentrate the ownership of urban land. However, recent reality points to the opposite direction. The responsibility under the land regulations and supply of urban land by the state-owned company TERRACAP has been oriented towards the growth of the real estate market. This company was founded in 1972. Previously, its functions were carried out by the State Company responsible for the construction of Brasília – NOVACAP – responsible for the historical removal of the popular dwellings installed in the city center. By expropriating the urban lands occupied by the workers, NOVACAP built a reserve of urban land for future real estate valuation. In this sense, the present thesis aims at: The favoring of real estate capital by the State through the urbanization of the Federal District through the expropriation of land, with reference to the recent construction of the Noroeste Neighborhood. It is a research fundamentally drawn by secondary sources. The data show that the Northwest Sector re-amplifies the state's land expropriation process by promoting a drastic reduction in the territory of the "Pajés Sanctuary" occupied by a community formed by four ethnic groups that have historically fought for the demarcation of these lands by FUNAI. The expropriation process extends to the privatization of an area with native vegetation and the city's natural resources for the construction of a supposedly sustainable neighborhood. And finally, it is an

expropriation of the urban land destined for the construction of economic blocks for the low- income population, as proposed by the project (GDF / IPHAN, 1987). Data analysis identified that the expansion of housing areas with the Northwest Sector profile has a high valuation potential. The State favored real estate valuation through: legislative instruments of the Urban Policy and in the field of environmental licensing; investment in infrastructure and urban elements essential for this type of expansion; by the opening of Real Estate Investment Funds by TERRACAP for projects in the Northwest Sector; of the acceleration of the real estate market and increase of the productivity of the companies in the construction of the new housing area. We identified companies representing the capital and builder who invested in the area. It was observed that there is a trend of merger of these capitals into the same business groups. In addition, the difference between the capitals of companies coming from the Southeast region and the capital stock of local companies was clear. The ads for real estate sales in the region, as well as the simulation of real estate financing, demonstrate that the Northwest Sector is a residential area inaccessible to the majority of the population of the Federal District. This allows us to conclude that the State's investment in urban policy, aimed at expanding housing areas, favors real estate valuation.

Crise do capital, contrarreforma trabalhista e luta de classes no Brasil

Capital crisis, labour counter-reform and classes struggle in Brazil

Neivion Sérgio Lopes de Sousa Júnior

Curso: Programa de Pós-Graduação em Política Social (Mestrado)

Data da Defesa: 19/03/2019

Orientador: Reginaldo Ghiraldelli

Palavras-chave: contrarreforma trabalhista; golpe de 2016; reforma trabalhista; direitos sociais; direitos trabalhistas.

Keywords: labor counter; reformation; brazilian coup of 2016; labor reform; social rights; labor rights.

Este trabalho interpreta os elementos da realidade que sustentam a contrarreforma trabalhista e identifica as consequências para a classe trabalhadora. Para interpretar esses elementos discutimos a partir da teoria

marxista os motivos da crise de superprodução e a necessidade do capital de retirar direitos trabalhistas. A partir deste fundamento, relacionamos o entendimento marxista da teoria da dependência com a realidade econômica, histórica, social e política do Brasil. E então discernimos as consequências da contrarreforma trabalhista no Brasil para a classe trabalhadora. Ao final deste trabalho fazemos uma avaliação sobre as bases de sustentação da contrarreforma trabalhista e relacionamos com o golpe de 2016, com as experiências dos governos petistas. Por fim, concluímos que o saldo final do governo Temer não foi capaz de reduzir substancialmente o desemprego. E ainda ampliou a precarização do trabalho no Brasil. O problema que buscamos identificar para desenvolver este estudo foi: quais fundamentos ideopolíticos e econômicos que sustentam a aprovação da contrarreforma trabalhista no contexto de golpe no Brasil. No decurso do trabalho utilizamos literaturas acadêmicas, estudos teóricos e livros que fizeram análises de perspectiva sobre a contrarreforma trabalhista antes dela ser aprovada. Ainda recorremos às publicações de organizações sindicais, do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE), decisões judiciais do Tribunal Superior do Trabalho (TST) que tratam do tema da contrarreforma trabalhista no Brasil, ou então que contribuía para o entendimento destas mudanças. Ainda analisamos dados quantitativos desenvolvidos pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), dados do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), entre outros. Também foi utilizado uma agenda de pesquisa em que anotamos os principais acontecimentos do período entre 2017 e 2019. Tais anotações registraram os acontecimentos políticos e da luta de classes no período.

This paper interprets the elements of reality that underpin the labor counter-reform and identifies the consequences for the working class. To interpret these elements, we discuss from Marxist theory the reasons for the crisis of overproduction and the need for capital to withdraw labor rights. From this foundation, we relate the Marxist understanding of dependency theory to the economic, historical, social, and political reality of Brazil. And then we discern the consequences of the labor counter-reform in Brazil for the working class. At the end of this work we make an evaluation on the bases of support of the counterreform labor and relate to the coup of 2016, with the experiences of the PT governments. Finally, we conclude that the final balance of the Temer government was not able to substantially reduce unemployment, and also increased the precariousness of labor in Brazil. The problem we seek to identify in order to develop this study was: what ideopolitical and economic foundations underpin the approval of the labor counter-reform in the context of a coup in Brazil. In the course of the work we used academic

literatures, theoretical studies and books that made analysis of perspective on the counterreformation before it was approved. We also have recourse to the publications of union organizations, the Inter-union Department of Statistics and Socioeconomic Studies (DIEESE), judicial decisions of the Superior Labor Court (TST) that deal with the subject of the labor counter-reform in Brazil, or that contributed to the understanding of these changes. We also analyze quantitative data developed by the International Labor Organization (ILO), the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE), the Institute of Applied Economic Research (IPEA), data from the Ministry of Labor and Employment (MTE), among others. We also used a research agenda in which we recorded the main events of the period between 2017 and 2019. These notes recorded the political events and the class struggle in the period.

O que se faz quando há violência? A Política de Assistência Social no combate a violência intrafamiliar

**What do you do when there is violence? The Social Assistance
Policy for the fight against intra-family violence**

Priscilla Maia de Andrade

Curso: Programa de Pós-Graduação em Política Social (Doutorado)

Data da Defesa: 28/06/2019

Orientadora: Marlene Teixeira Rodrigues

Paravras-chave: violência intrafamiliar; assistência social; família; Política Nacional de Assistência Social (PNAS).

Keywords: intra-familiar violence; social assistance; family; National Policy on Social Assistance (PNAS).

A presente tese de doutorado teve como objetivo investigar como se conformam e se desenvolvem os serviços socioassistenciais no atendimento à violência intrafamiliar tendo em vista a centralidade da família como princípio norteador da política de assistência social. Considerando que violência intrafamiliar tem como uma de suas causas o poder patriarcal e as desigualdades de gênero dele decorrente, assume-se que as ideias são mediadas pelas relações de poder na sociedade e que as investigações

científicas têm de questionar estruturas e valores da sociedade, por isso elegeu-se como método de investigação a perspectiva crítica e a epistemologia feminista. A abordagem de pesquisa foi qualitativa, recorrendo-se à análise bibliográfica, documental e entrevistas semi-estruturadas. O âmbito federal e o Distrito Federal compuseram o campo para o levantamento e análises documentais, bem como para a realização de entrevistas com dez gestoras. No Distrito Federal se entrevistou também dez operadoras da política, que coordenavam os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS). Para a interpretação das informações obtidas se utilizou o método “análise de conteúdo”. De modo a cumprir o objetivo proposto, a presente Tese foi organizada em quatro capítulos, a fim de: a) apreender a contemporânea emergência do papel dialético da família como instituição a ser protegida e, ao mesmo tempo, como aporte protetivo empregado pelo Estado na implementação de políticas sociais; b) analisar o processo de transição da assistência social do âmbito da caridade e do favor, para a esfera dos direitos, descrevendo como esse histórico influenciou a atual estruturação da política de assistência social e as implicações da escolha da matricialidade sociofamiliar como um dos seus eixos estruturantes; c) identificar os determinantes da violência intrafamiliar, o porquê da política de assistência social ser evocada para responder a esse fenômeno, e como as regulações dos serviços socioassistenciais atendem tal demanda; e d) averiguar a compreensão das gestoras e operadoras da política de assistência social sobre a matricialidade sociofamiliar: como tal compreensão influencia nos meios interventivos e abordagens empregadas pelos serviços socioassistenciais voltados à prevenção e o enfrentamento da violência intrafamiliar, e como repercute na materialização de medidas de caráter protetivo e de acesso aos direitos à todos os membros das famílias em situação de violência intrafamiliar. Os resultados confirmaram a hipótese de que a política de assistência social reitera o modelo patriarcal de família, fato que determina a naturalização e invisibilidade da ocorrência de violência em seu âmbito. Isso porque assume a violência como elemento presente na família, mas não redefine a expectativa quanto às funções tradicionais a serem desempenhadas por esta, nem assume que um dos elementos centrais da violência intrafamiliar são as desigualdades de poder e autonomia entre seus membros, o que naturaliza e perpetua o papéis tradicionais de gênero e as relações patriarcais como princípio organizativo das famílias. Ainda foram constatados como o familiarismo brasileiro e o familismo das políticas sociais conformam os serviços socioassistenciais – justificados como repercussão da matricialidade sociofamiliar dessa política, apesar de pontualmente emergirem sinais em direção à democratização das relações familiares. Observou-se

que o combate à violência intrafamiliar constitui importante ação no âmbito socioassistencial, todavia é preciso de contribuição estatal: a) na formação dos profissionais, sobretudo no que concerne às causas da violência passíveis de intervenção em tais serviços, em especial as relações desiguais estabelecidas no âmbito familiar, bem como no suprimento de suas necessidades básicas; b) no desenvolvimento de redes intersetoriais de apoio às famílias; e c) na oferta de aportes públicos capazes de apoiar nas atribuições designadas às famílias, em particular, às mulheres.

The objective of this doctoral thesis was to investigate how social assistance services are shaped and developed in the treatment of intra-family violence, considering the centrality of the family as the guiding principle of the services and in the social assistance policy management. Considering that the intra-family violence has as one of its causes the patriarchal power and the gender inequalities resulting from it, it is assumed that ideas are mediated by the power relations in society and that scientific investigations have to question the structures and society values, therefore the critical perspective and the feminist epistemology were chosen as the investigative method. The research used a qualitative approach, resorting to bibliographical analysis, documentary and semi-structured interviews. The federal scope and the Federal District comprised the field for the survey and documentary analyzes, as well as for interviews with ten managers. In the Federal District, ten policymakers were also interviewed, those were the coordinators at the Social Assistance Reference Centers (CRAS) and Specialized Reference Centers for Social Assistance (CREAS). The “content analysis” method was used in the interpretation of the obtained information. In order to fulfill the proposed objective, the present thesis was organized in four chapters in order to: a) apprehend the contemporary emergence of the dialectical role of the family as an institution to be protected and, at the same time, as a protective contribution made by the State in implementation of social policies; b) analyze the transition process of social assistance from the field of charity and favor to the sphere of rights, describing how this history influenced the current structuring of social assistance policy and the implications of choosing socio-family matrixity as one of its structuring axes. c) identify the determinants of intra-family violence, why social assistance policy is evoked to respond to this phenomenon, and how the regulations of social assistance services meet such demand; and d) to verify the understanding of the managers and operators of the social assistance policy on socio-family matrixity: how this understanding influences the intervention methods and approaches used by social assistance services for the prevention and confrontation of intra-family violence, and how it affects the materialization of protective measures and access to rights for all members of families in situations of intra-family violence. The results confirmed the hypothesis

that the social assistance policy reiterates the patriarchal family model, a fact that determines the naturalization and invisibility of the occurrence of violence in its scope. This is because it assumes violence as a present element in the family, but it does not redefine the expectation regarding the traditional functions to be performed by the family, nor does it assume that one of the central elements of intra-family violence is the inequalities of power and autonomy among its members, which naturalizes and perpetuates traditional gender roles and patriarchal relations as the organizing principle of families. It was also observed how Brazilian familism and the familism of social policies conform the social assistance services - in essence, justified as repercussions of the socio-familial matriciality of this policy, although signs of democratization of family relations are emerging. It was observed that the fight against intra-family violence constitutes an important action in the socio-assistance field, but a state contribution is necessary: a) in the training of professionals, moreover with regard to the causes of violence that can be intervened in these services, especially unequal relationships established within the family, as well as, in meeting their basic needs; b) in the development of intersectoral networks for families support; and c) in the provision of public contributions capable of supporting the attributions assigned to families, in particular, to women.

Novas concepções em torno da assistência social, velhos desafios para os direitos sociais: um olhar sobre os benefícios eventuais

**New conceptions around Social Assistance, old challenges for
social rights: a look at the eventual benefits**

Rafaella da Câmara Lobão Barroso

Curso: Programa de Pós-Graduação em Política Social (Mestrado)

Data da Defesa: 29/03/2019

Orientadora: Camila Potyara Pereira

Palavras-chave: assistência social; benefícios eventuais; contingência social; vulnerabilidade; risco.

Keywords: social assistance; eventual benefits; social contingency; vulnerability; risk.

Esta dissertação aponta o debate sobre concepções teórico-políticas que têm norteado as ações do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, com ênfase naquelas que constituem os benefícios eventuais. Esses benefícios integram organicamente as garantias do SUAS como um direito social, porém enfrentam resistências para que sejam assim reconhecidos e impõem desafios aos gestores, profissionais e usuários desta política uma vez que a sua regulamentação por si não garante a sua execução, tampouco o seu lugar no universo dos direitos. Este campo, ainda pouco explorado, tem sido fortemente demandado pela população pobre, haja vista o acirramento das desigualdades sociais no país. Portanto, exigem a análise sobre os parâmetros teórico-conceituais adotados para regulamentação e concessão desses benefícios e sobre as implicações que essa concessão, de frágil identidade e normatização, produz na afirmação da política de assistência social como direito, considerando, sobretudo, que todos esses elementos passam pela fronteira dos aspectos político e ideológico que os orientam e determinam. Esta pesquisa, sob a perspectiva dialética e método histórico-estrutural, busca identificar o lugar e o sentido dos benefícios eventuais na assistência social e buscando responder a seguinte questão: “O que é eventual: a incidência de contingências sociais que demandam respostas estatais como os benefícios eventuais ou a oferta destes?”.

This dissertation points out the debate about theoretical-political conceptions that have been guiding the Unified Social Assistance System's actions, with emphasis on those that compose eventual benefits. These benefits organically integrate the SUAS' assurances as a social right, but they face resistances to be recognized as it and lay on challenges to managers, professionals and users of this policy since its own law ensure neither its fulfillment nor place in the universe of rights. This field, still little explored, has been strongly demanded by the poor, given the worsening of social inequalities in the country. Therefore, they require the analysis over the theoretical-conceptual parameters adopted for these benefits' regulation and grant and over the implications that this grant, of fragile identity and regulation, produces in the affirmation of the social assistance policy as a right, considering mainly that all these factors pass by the borders of the ideological and political aspects that conduct and determine them. This research by dialectical perspective and historical-structural method aims to identify the eventual benefits' place and meaning in the social assistance, seeking the answer for the following question: “What is eventual: the frequency of social contingencies that demand state response as the eventual benefits or their offer?”

SER Social

ESTADO, DEMOCRACIA E SAÚDE

Brasília, v. 22, n. 46, janeiro a junho de 2020

Consultores Ad Hoc

Adriana Freire Pereira Ferriz – Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Departamento de Serviço Social

Alfredo Aparecido Batista – Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) – Serviço Social

Berenice Rojas Couto – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC/RS) – Departamento de Serviço Social

Carolina Cassia Batista Santos – Universidade Federal do Amazonas (UFAM) – Departamento de Serviço Social

Cristiana Costa Lima – Universidade Federal do Maranhão (UFMA) – Departamento de Serviço Social

Eliane Martins de Souza Guimarães – Universidade Federal Fluminense (UFF) – Departamento de Serviço Social

Evilásio Salvador – Universidade de Brasília (UnB) – Departamento de Serviço Social

Fabiola Xavier Leal – Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) – Departamento Serviço Social

Gilson Dantas de Santana – Universidade de Brasília (UnB) – Núcleo de Estudos e Pesquisas em Política Social (NEPPOS)

Gisele Aparecida Bovolenta – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – Departamento de Serviço Social

Hayeska Barroso – Universidade de Brasília (UnB) – Departamento de Serviço Social

Jamila Zgiet Rodrigues Santos – Universidade de Brasília (UnB) – Núcleo de Estudos e Pesquisas em Política Social (NEPPOS)

Janaina Lopes do Nascimento Duarte – Universidade de Brasília – Departamento de Serviço Social

Jordeana Davi Pereira – Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) – Departamento de Serviço Social

Lucélia Pereira – Universidade de Brasília (UnB) – Departamento de Serviço Social

Maria Cristina de Souza – Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) – Departamento de Serviço Social

Mariana Beatriz Mataluna Botelho – Universidade Católica de Brasília (UCB) – Programa de Pós-Graduação em Educação

Mariléia Goin – Universidade de Brasília (UnB) – Departamento de Serviço Social

Marinete Moreira Cordeiro – Universidade Federal Fluminense (UFF) – Departamento de Serviço Social

Marlene De Jesus Da Silva Santos – Universidade de Brasília (UnB) – Departamento de Serviço Social

Marly de Jesus Sa Dias – Universidade Federal do Maranhão (UFMA) – Departamento de Serviço Social

Michelly Laurita Wiese – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Departamento de Serviço Social

Nayara Hakime Dutra Oliveira – Universidade Estadual de São Paulo (UNESP) – Departamento de Serviço Social .

Patricia Krieger Grossi – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC/RS) – Departamento de Serviço Social

Patrícia Soraya Mustafa – Universidade Estadual de São Paulo (UNESP) – Departamento de Serviço Social

Priscilla Maia Andrade – Universidade de Brasília (UnB) – Departamento de Serviço Social

Reginaldo Ghiraldelli – Universidade de Brasília (UnB) – Departamento de Serviço Social

René Mendes – Associação Brasileira de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – ABRASTT.

Rita de Cássia Santos Freitas – Universidade Federal Fluminense (UFF) – Departamento de Serviço Social

Rosa Lúcia Prêdes Trindade – Universidade Federal de Alagoas (UFAL) – Departamento de Serviço Social.

Rosane Maria Alencar da Silva – Universidade de Pernambuco (UFPE) – Departamento de Sociologia

Sandra Teixeira – Universidade de Brasília (UnB) – Departamento de Serviço Social

Silvina Julia Fernandez – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Faculdade de Educação

Tais Pereira de Freitas – Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) – Departamento de Serviço Social

Vera Maria Ribeiro Nogueira – Universidade Católica de Pelotas (UCPel) – Centro de Ciências Jurídicas Sociais e da Administração

Wederson Rufino dos Santos – Universidade de Brasília (UnB) – Departamento de Serviço Social

Wivian Weller – Universidade de Brasília (UnB) – Faculdade de Educação