



# 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

---

Eixo: Política Social e Serviço Social.

Sub-Eixo: Ênfase em Gestão.

## CONTRARREFORMA DAS POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E SAÚDE: 30 ANOS DE AJUSTE NEOLIBERAL

Lúcio Willian Motasiqueira<sup>1</sup>

Beatriz Rodrigues Diniz<sup>2</sup>

**Resumo:** O artigo tem como objetivo analisar e discutir as contrarreformas do Estado brasileiro e os impactos do ajuste neoliberal nas políticas de assistência social e saúde pós-CF 1988. Evidenciando nesse percurso histórico as sucessivas investidas e tentativas de promover ‘reformas’ nestas políticas, a fim de apontar ao leitor a orientação neoliberal em todos os governos pós-redemocratização e do processo de desresponsabilização do Estado na garantia constitucional destes direitos.

**Palavras-Chave:** Neoliberalismo. Contrarreforma. Assistência Social. Saúde.

**Abstract:** The article aims to analyze and discuss the countermeasures of the Brazilian State and the impacts of the policies of social assistance and health post-CF. 1988. Highlighting in this historical path the successive advances and attempts to promote ‘reforms’ in these policies, in order to point to the reader the neoliberal orientation in all the post-decratization governments and the state’s deaccountability process in constitutional guarantee of these rights.

**Keywords:** Neoliberalism. Counter-reformation. Social Assistance. Health.

### Introdução

Com a decadência do modelo keynesiano-fordista, economistas, políticos e ideólogos do capital em resposta à crise abriram mão do liberalismo clássico e iniciaram um movimento de retorno às ideias ortodoxas, fato “que deu origem às teses monetaristas e neoliberais que passam a nortear boa parte do mundo a partir do final da década de 70” (SOARES, 2000, p. 12). O novo modelo vendido como capaz de superar a crise do capital [o ajuste neoliberal] não possui raízes fincadas apenas nas teses econômicas, vai além, pois de maneira ideológica prega uma redefinição global das relações sociais e do campo político-institucional.

O neoliberalismo se constituiu com novo modelo capitalista de acumulação numa realidade de um capital transnacionalizado oligopolista. Diante do cenário de globalização produtiva e financeira se rearranjam as estruturas hierárquicas das relações econômicas e políticas internacionais e é ao findar da década de 1980 e principalmente início dos anos de 1990, que os ajustes e reformas neoliberais se desencadeiam na maioria dos países latino-americanos.

Apesar da diferença temporal do ajuste neoliberal nas economias periféricas e dependentes da América Latina, a maioria percorreu o caminho traçado para se chegar aos objetivos impostos que, em síntese são: a racionalização da participação e intervenção do Estado na economia; estabilizar as economias e as

---

<sup>1</sup> Estudante de Pós-Graduação, Universidade de Brasília, E-mail: luciowmota@gmail.com.

<sup>2</sup> Estudante de Pós-Graduação, Universidade de Brasília, E-mail: luciowmota@gmail.com.

variáveis macroeconômicas; liberalizar e desregular os mercados, atividades produtivas e os preços e; acelerar o processo de transnacionalização do Estado [desnacionalização dos ativos públicos].

O Brasil aderiu tardiamente ao ajuste, aliás, foi o país sul-americano que mais ofereceu resistência às diretrizes das políticas de abertura irrestrita do comércio nacional e desregulamentação financeira e, somente nos anos de 1990, iniciou com grande intensidade as políticas de ajuste. Coutinho (2012) diz que “estamos diante da tentativa de supressão radical daquilo que, como vimos, Marx chamou de 'vitórias da economia política do trabalho' e, por conseguinte, de restauração plena da economia política do capital”. Nesta dinâmica estabelecida e, através da redefinição da política macroeconômica, o capital financeiro se torna o maior beneficiário.

Na agenda neoliberal “não há espaço para o aprofundamento dos direitos sociais, ainda que limitados, mas estamos diante da tentativa aberta – infelizmente em grande parte bem sucedida – de eliminar tais direitos, de desconstruir e negar as reformas já conquistadas pelas classes subalternas (...)” (COUTINHO, 2012, p. 123). É na seguridade social que estão as mais centrais políticas de proteção da classe trabalhadora, o interesse do projeto do capital é ferir esse corpo de políticas dando as diretrizes da privatização e mercantilização, desresponsabilizando o Estado do provimento destes serviços (NETTO, 1999).

Para Granemann (2017, p. 58), o capital financeiro opera de modo a “estender a lógica das finanças para a totalidade da vida social e conformar uma sociabilidade na qual as políticas sociais mínimas operadas pelo Estado sejam elementos de financeirização no cotidiano dos trabalhadores”. Os direitos do trabalho e a proteção social passam cada dia mais a ser consumidos no mercado e “validados na esfera da monetarização da vida” (ibidem).

O capital, para manter o processo de acumulação em larga escala, encontra novos espaços e nichos para sua valorização e, em tempos de crise, busca ainda que momentaneamente, suprir suas necessidades nas contrarreformas do Estado e das políticas sociais. Na concepção neoliberal o bem-estar social deve ser buscado no âmbito privado. Esta concepção é disseminada globalmente no chão social dos países, sejam centrais ou periféricos, e tem trazido consequências graves para a reprodução social da classe trabalhadora.

Retrocede-se a políticas e ações focalizadas, emergenciais, parciais e paliativas, onde a classe subalterna tem que encontrar, por conta própria, saídas de sobrevivência e superação da pobreza. Na situação de economia dependente, o Brasil, sob a condução dos princípios neoliberais e da reestruturação produtiva conforma uma realidade muito mais perversa, uma vez que condiciona o acesso da classe subalternizada aos serviços sociais à dinâmica da acumulação privada. O capital utiliza do aparato do Estado em prol dos seus interesses e, com a retração de suas funções estatais cria um dualismo discriminatório no acesso dos indivíduos aos serviços sociais: 1) serviços restritos aos comprovadamente pobres e, 2) serviços ofertados pelo o setor privado para os que possam pagar.

## **1. Contrarreforma do Estado e política social: governos Collor e FHC**

Após longos anos sob o regime de ditadura autocrática burguesa o processo de redemocratização é sinalizado, dado a intensa luta dos movimentos sociais, eclesiais de base, partidos políticos e conjunto da classe trabalhadora. A redemocratização marca um momento histórico de luta por direitos sociais e proteção social de responsabilidade do Estado – que se materializaram [em maior e menor medida dado a tensão de interesses no processo constituinte] na promulgação da CF. 1988.

Behring (2008) ressalta que a partir da CF. 1988, as políticas sociais passam a ter caráter de direito de cidadania. O reconhecimento da saúde e da assistência social como política pública e de responsabilidade do Estado é um avanço conquistado pela luta e resistência da classe trabalhadora em prol da democracia e direitos sociais. Há deste modo, um alargamento da cidadania sob as bases do aprofundamento da emancipação política dos homens e da condição de cidadão perante o Estado.

As conquistas sociais alcançadas se deram num período onde o cenário internacional colocava em xeque de diversas formas o Estado de Bem-Estar Social (NETTO, 1999), tendo como ponta de lança a ideologia neoliberal. O Brasil estava na “contramão” do plano internacional ao criar um aparato legal e jurídico expresso na Constituição e que previa um sistema de seguridade social que oportunizava espaços e mecanismos de regulação da dinâmica do capital por meio de mecanismos político-democráticos.

A eleição de Collor em 1989 é a expressão necessária promovida pela burguesia para manutenção da ordem e recuperação da estabilidade econômica, pois Lula [Partido dos Trabalhadores] representava um risco para a plena implementação dos princípios neoliberais no país – uma força contra-hegemônica. O projeto de país de Collor apresentava as promessas: controlar o quadro inflacionário originado na ditadura; promover ajuste fiscal e; recuperar a economia nacional – ou seja, elevar a taxa média de lucro do capital e fortalecer o processo de acumulação. Um governo que se afastou do marco histórico da CF. 1988 e garantiu a hegemonia dos interesses do capital. Ainda que em curto prazo tenha sido desastroso, iniciou o processo de contrarreformas (GOMES, 2016) derruindo as conquistas sociais da classe trabalhadora e aprofundou a lógica perversa do mercado através da abertura da dinâmica nacional ao capital estrangeiro.

Os interesses da burguesia na recuperação da economia política do capital e fortalecimento de sua legitimidade não obtiveram sucesso com Collor, e no processo eleitoral seguinte alça a presidência o sociólogo Fernando Henrique Cardoso derrotando o candidato Lula. Com FHC o projeto neoliberal se consolida com a contrarreforma do Estado e das políticas sociais; atacou os direitos sociais conquistados por meio de emendas constitucionais abrindo caminhos para que se implementasse a chamada reforma administrativa do aparelho do Estado (MARCH, 2012).

Coutinho (2010) diz que o conceito de contrarreforma denomina o movimento do capital executado pelo Estado no processo de restrição de direitos, já o conceito de reforma em seu sentido histórico está organicamente vinculado às lutas do proletariado explorado com o objetivo de promover transformações nas relações sociais, assumindo no campo político uma conotação ideológica de cunho progressista e de esquerda.

A contrarreforma do Estado de FHC é uma estratégia de inserção passiva e forçada do Brasil na dinâmica da reprodução do capital internacional, “[...] esta opção implicou uma forte destruição dos avanços, mesmo que limitados, sobretudo se vistos pela ótica do trabalho, dos processos de modernização conservadora que marcaram a história do Brasil” (BEHRING, 2008, p. 198). Iniciada a “reforma”, o Estado transferiu para o setor privado as atividades que poderiam ser executadas pelo mercado, promoveu uma cultura de privatizações das empresas estatais e dos serviços sociais. Transformou os serviços públicos em mercadorias disponíveis, dividiu os cidadãos em dois grupos: os cidadãos-pobres que deveriam buscar em entidades a oferta de serviços sociais e os cidadãos-consumidores que poderiam pagar por estes serviços – educação, planos de saúde e previdência privada.

Para Faleiros (2003, p. 116), “o governo Cardoso (1995-2002) permaneceu obcecado pela política monetária, pelo ajuste fiscal” e investiu fortemente na flexibilização das leis trabalhistas para retirada dos “empecilhos” da modernização e competitividade das indústrias nacionais. Com a “reforma” reduziram-se os custos do trabalho para que investimentos estrangeiros fossem atraídos, desonerando ou diminuindo encargos empresariais.

No ano de 2002, apenas 45% dos trabalhadores possuíam carteira de trabalho assinada, efetuou-se a substituição do trabalho assalariado pela informal e, “apesar de o Produto Interno Bruto ter registrado uma variação positiva acumulada em 41% de 1989 a 1997, o nível nacional de emprego regular e regulamentado caiu 6,7%, e a taxa de procura por emprego aumentou 77,3%” (POCHMAN, 2000, p.84). Já a jornada de privatizações consistiu numa profunda desnacionalização do parque industrial de base nacional, e esse processo de aniquilamento não retornou em investimentos, tão pouco contribuiu para diminuir a dívida interna e externa (BEHRING, 2008). Ao contrário, fizeram-na aumentar rapidamente pelo processo de desregulamentação da economia e desestabilização da moeda. Anulou a soberania nacional com o processo de abertura econômica para o capital financeiro e especulativo, derruindo os direitos sociais por meio de cortes em investimentos sociais (MOTA, 2013).

Como mecanismo de alocar grande fatia do fundo público para pagamento dos juros e amortizações da dívida pública, promoveu uma política de altos juros, estabeleceu metas de superávit primário, criou a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), Desvinculação de Recursos da União (DRU), isenção do Imposto de Renda da remessa de lucros e dividendos ao exterior, etc. Estas medidas estimulam a rentabilidade do capital e sua valorização, “tornando a dívida pública seu *locus* privilegiado, ou seja, o aumento da dívida pública é a expressão da valorização do capital, do capital fictício” (LUPATINI, 2012, p. 80) o que implica diretamente o desfinanciamento das políticas sociais. É a lógica perversa e de competitividade acirrada do capital que subordinou a política social brasileira à política econômica neoliberal, transferiu para o trabalho a carga fiscal, por meio da redução dos gastos sociais com políticas de caráter universal, e implementou políticas focalizadas e, principalmente pela flexibilização dos direitos do trabalho.

O governo de FHC, através da Medida Provisória n. 813, de 1º de Janeiro de 1995, cria e implementa, à margem da LOAS, o principal programa para o enfrentamento da pobreza no Brasil: o Programa Comunidade Solidária (PCS). Não há neste programa nenhuma noção de direito, ainda que a CF. 1988 e a LOAS de 1993 afirmem a Assistência Social como direito do cidadão e dever do Estado. O último programa social de combate à fome e a pobreza da era FHC foi o Bolsa-Escola, um programa regulamento pela lei nº 10.219/2001 e pelo decreto de lei nº 3.823/2001 que transferia pequenos recursos para extrema pobreza e impunha a elas a responsabilidade de manter e controlar a frequência escolar dos filhos para ter a garantia da continuidade do recebimento.

Outros ataques às políticas sociais foram tomando forma neste governo e, dois deles merecem destaque, representando o processo desresponsabilização das funções do Estado para o terceiro setor: 1) criação das Organizações Sociais (OSs) através da Lei nº. 9.637 de 1998- cuja atuação está condicionada à contratos de gestão estabelecidos que, conferem autonomia administrativa e financeira com a possibilidade de auferir recursos externos ao Estado, também é dispensada às OSs a aplicação de concurso público e licitação para aquisição de insumos e serviços; 2) Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Lei nº. 9.790 de 1999 - nascem com o mesmo esboço das OSs, porém possui maior abrangência de espaço para o desenvolvimento de suas atividades e intervenções e, em tese, ainda que seja considerada como entidade de direito privado com fins públicos não substitui o Estado, mas se constitui como um colaborador estatal na prestação de serviços de interesse coletivo.

Estas organizações foram pensadas a partir dos pressupostos da lógica gerencial para atuar nos serviços e ações consideradas “não exclusivas do Estado” e, para política de saúde, foram idealizadas como a solução para gerenciar e organizar os serviços e garantir a sobrevivência do SUS. Para o governo, o credenciamento e o repasse das atividades para as organizações “facilitaria e desburocratizaria” os processos; um movimento que contraria as diretrizes e pressupostos constitucionais da noção de público, alargando os caminhos para a ofensiva e expansão da iniciativa privada.

Já a contrarreforma da política de saúde seguindo o ajuste fiscal foi desdobrada com a aprovação da EC nº 29/2000 que regulamenta e define a participação mínima de financiamento saúde entre os entes federados – União, estados, Distrito Federal e municípios. Para Piola et al. (2013), a EC 29 traria ganho significativo para o orçamento da política de saúde, caso aplicada rigorosamente, mas o que se observou nos anos posteriores foi um desfinanciamento desta política em todas as esferas de governo. A precarização do SUS se concretiza ao ponto que o piso de investimento em saúde se torna o teto orçamentário e, o processo de sucateamento do setor saúde é estratégia para intensificação da mercadorização da saúde pelo fomento aos planos privados, assim todo e qualquer problema entre o cidadão e a empresa prestadora de serviços se torna um caso de direito do consumidor e não uma responsabilidade por parte do Estado.

Os governos neoliberais de Collor e FHC conceberam os direitos de cidadania como algo secundário, de modo a enfrentar a questão social a partir da privatização dos serviços sociais para os considerados pobres capazes e, ofertando para os considerados muito pobres ações assistencialistas, desrespeitando os princípios constitucionais de universalização do acesso às políticas públicas, conferindo robustez ao processo de mercantilização das políticas de saúde, previdência e educação.

O que se observa neste período, é que o processo de transição democrática com pilares fincados na resistência e luta da classe trabalhadora não conseguiu romper com “a estrutura estatal construída pela ditadura”, não solidificou os direitos sociais e as transformações democráticas, pois através de seus representantes políticos o grande capital por inúmeros ataques se mostrou capaz de travar, “no plano do Estado, a sua reforma democrática – com a eleição de Collor de Melo e, notadamente a partir de 1995, tendo por esfera decisiva o próprio Estado e com inteira sincronia ao movimento de reestruturação” (NETTO, 2004, p. 76), que o capital impôs os processos de contrarreformas.

## **2. Governos democrático-populares do PT: novos rumos para política de assistência e saúde?**

É na conjuntura econômica-social pantanosa deixada por FHC que Lula alcança a presidência da República, foi a ele conferida a esperança de alterações significativas nos rumos da política, economia e desigualdade social. Contudo, ao chegar ao poder, escreve a Carta ao Povo Brasileiro para afirmar seu compromisso com o mercado e acalmar o mercado financeiro. Em síntese, pronunciou seu compromisso com os acordos internacionais, em seguir com a produção de superávit primário e pagamento dos juros da dívida.

O primeiro mandato [2003-2006] foi marcado pela contradição entre a estratégia econômica e a estratégia social adotada. O combate à desigualdade social foi a máxima de seu discurso, porém caminhou no fortalecimento da focalização em detrimento da universalização do acesso. O enfrentamento da questão social pelo fortalecimento das políticas sociais novamente foi colocado à margem e subsumido pela agenda econômica. Frente a esta realidade, há “a manutenção e, por vezes, o aprofundamento da implementação das políticas neoliberais por parte do governo do Partido dos Trabalhadores não pode ser considerada grande surpresa, posto que o processo de transformismo pelo qual o PT passou, levado a cabo por suas tendências hegemônicas (...)” (MACH, 2012, p. 64).

Há a tentativa de promover a participação da sociedade como ente coparticipe da formulação das políticas públicas, contudo, os movimentos sociais, camponeses e sindicatos foram aos poucos sendo cooptados. O governo realiza um transformismo das pautas de luta, fazendo do processo de participação e representação da classe trabalhadora um instrumento esvaziado de seu real significado.

Coutinho, ao analisar o conceito de transformismo em Gramsci conclui que “o transformismo como modalidade de desenvolvimento histórico, *acontece* através da cooptação das lideranças políticas e culturais das classes subalternas, *buscando* excluí-las de todo efetivo protagonismo nos processos de transformação social (COUTINHO, 2012, p. 124 – *grifos do autor*). O Estado absorve em seu aparato estatal as forças

sociais em disputa e, ao absorver as forças antagônicas no aparato social, assume a função de passivizar as organizações dos movimentos sociais e operários.

Na política de assistência, o governo de Lula através do seu programa de combate à fome, se insere no movimento de luta composto pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), assistentes sociais e entidades para o fortalecimento desta política como política pública. Foram diversos encontros e debates em torno da Política de Assistência Social, buscando caminhos e estratégias para retirá-la do terreno da ajuda, caridade e bem-estar do Estado. Após estes seminários e conferências, no ano de 2004 em cumprimento às deliberações da IV Conferência Nacional de Assistência Social o CNAS aprovou a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) em vigor.

O desenho desta política está fundamentado na perspectiva de implementação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) que se volta para a articulação da política em todo o território nacional; das responsabilidades, vínculos e hierarquias; do sistema de serviços, benefícios e ações assistenciais de cunho permanente ou eventual, por meio de uma estrutura político-administrativa descentralizada (PNAS, 2004). O SUAS consolidou mudanças significativas na prestação de serviços socioassistenciais e nos rumos da Assistência Social como política pública. Avançou no conjunto jurídico-normativo e institucional com grande potencial para ampliação dos direitos, fortaleceu a participação social e a radicalização da democracia, bem como um espaço de tensionamento econômico e de articulação com as demais políticas sociais (BOSCHETTI, 2005).

Todavia, é preciso cautela e atenção, pois a Política de Assistência Social incorpora conceitos e estratégias de proteção social numa perspectiva estranha à lógica da garantia de direitos. É preciso problematizar o papel que cabe à Assistência Social na contemporaneidade, pois é um equívoco “[...] atribuir à política de assistência social tarefas que não lhe cabem [...]” (COUTO, et al. 2014, p. 72), como ser a “[...] solução para combater a pobreza e nela imprimir o selo do enfrentamento ‘moral’ da desigualdade” (MOTA, 2008, p. 8). Para Faleiros (2003, p. 124), as condicionalidades que envolvem a permanência das famílias nos programas sociais como a permanência da criança na escola e o acesso a serviços de saúde “não devem ficar restritos à lealdade política, mas à construção de uma rede efetiva e, a geração de renda deve ser pensada a partir das necessidades e experiências locais dos indivíduos e de forma coletiva e não ter-se em mente a geração de renda programada por burocratas [...] a geração de renda é um processo e não um para-quedas que cai em cima de um território”.

Na política de saúde esperava-se a retomada da bandeira da reforma sanitária e aprofundamento da saúde universal, pública e de qualidade, mas o que se dá é um novo modelo de pensar a reforma, dada a cooptação dos movimentos sociais e populares: surge a ideia da reforma sanitária flexibilizada, e a partir dela a radicalidade condutora do projeto de reforma sanitária foi paulatinamente cedendo espaço ao debate da saúde “concebida no interior do campo das ‘possibilidades’, isto é, o SUS possível diante do ajuste neoliberal” (SOARES, 2012, p. 90).

Para Paim (2009), este processo requer novas reflexões teóricas, uma vez que “o ‘movimento’ de Reforma Sanitária reduziu-se ao ‘sistema’ (SUS), limitou-se a questões de financiamento, organização e gestão, reduzindo o seu conteúdo reformista ou revolucionário. O instituído dominou o instituinte (...) e a dialética do menos pior continuou imperando” (PAIM, 2009, p. 33-34). Menicucci (2011) e Paim (2009) apontam como absorção da política sanitária a materialização de ações no campo da saúde, como: ao atendimento pré-hospitalar móvel através do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); criação da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CAMED); consolidação e fortalecimento da política de medicamentos genéricos; o Programa Farmácia Popular, que por meio subsídio governamental, possibilita um desconto de até 90% no valor dos medicamentos; Política de Saúde Bucal por meio do Programa Brasil Sorridente – expandindo, segundo Menicucci (2011) de 4.260 equipes em 2002 para 14.244 equipes em 2006, sublinha também como avanço complementar a esta política a criação de cerca de 500 laboratórios regionais de próteses dentárias e centros de especialidade.

O petista no segundo mandato enfrentou uma crise internacional do capital iniciada em 2006 nos EUA, uma crise financeira principiada com as “hipotecas subprime” e que alcançou o Brasil no início de 2008. Como resposta à crise, Lula acentuou o ajuste nos números orçamentários e utilizou do fundo soberano nacional para fomentar o consumo das massas populares e facilitar o acesso ao crédito.

A estratégia adotada foi capturar parcela do fundo público e apostar no “produtivismo das obras de infraestrutura e alargamento da produção nacional em consonância com a elevação do consumo” (POCHMANN, 2011, p. 2011) para as classes populares de menor renda. Investiu no acesso ao crédito público e nas políticas focalizadas de transferência de renda, como resultado há um enfraquecimento do sistema de seguridade social e uma precarização da proteção social dos trabalhadores. Sabendo da magnitude de capital em circulação que envolve o setor saúde, é criado em 2007 o Programa de Aceleração do Crescimento da Saúde (PAC da Saúde), conhecido como Programa Mais Saúde - pensado e instituído para movimentar a economia sanitária a partir de alguns pilares: emprego, renda e construção de empresas públicas, a exemplo da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobrás), sob a responsabilidade e direção do ministro da saúde José Gomes Temporão, um quadro pertencente ao Movimento Sanitário da década de 1980.

O governo Dilma Rousseff segue a mesma linha de seu antecessor. Mantém a centralidade da Política de Assistência Social dentro do sistema de seguridade social a partir dos programas de transferência de renda como sinônimo de proteção social, que não alteram os determinantes da pobreza, não atua no enfrentamento da questão social, mas de suas expressões. Neste governo o sistema de proteção social dos trabalhadores representa a permanência do sistema idealizado pela política neoliberal, ações pautadas “[...] por posturas restritivas, com adoção de critérios cada vez de maior rebaixamento do corte de renda para fixação da linha da pobreza, para permitir o acesso da população [...] aos programas de transferência de renda” (SILVA, et al., 2007, p. 26). Há neste caminho uma hipertrofia da Assistência Social que terminou por



vinculá-la, quase de modo orgânico, à cidadania. Mauriel (2010) diz que se tem operado na proteção social com a hipertrofia precária da Política de Assistência Social é a “gestação estratégica da pobreza”, que tem por objetivo fortalecer a capacidade dos pobres para superarem a condição de pobreza como sujeitos ativos desse processo.

O governo da petista aprofunda a lógica gerencialista da política de saúde ao criar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) para o gerenciamento dos Hospitais Universitários. Esta Fundação surge como fenômeno de privatização não-clássica, dado que não há a venda direta do patrimônio público, porém institui como instrumento oculto de transferência da coisa pública ao capital privado, visto que possibilita e oportuniza a transformação da dinâmica e propósito dos serviços públicos pela perspectiva da lógica do mercado (GRANEMANN, 2012). Correia (2011) ao tratar dos “novos modelos de gestão” na política de saúde, afirma que a entrada deste modelo no SUS é danoso, ao passo que “integra o processo de contrarreforma do Estado brasileiro; privatiza os serviços públicos; ameaça os direitos sociais; contraria a legislação do Sistema Único de Saúde; prejudica os trabalhadores; limita o controle e propicia o desvio de recursos públicos” (CORREIA, 2011, p. 43).

Em 2013, o governo enfrentou grande pressão de grupo sociais e populares que demandavam mais educação, saúde e segurança. Protestos que desgastaram seu governo e levaram sua equipe a pensar propostas para acalmar o movimento que ficara conhecido como jornadas de junho. Para o setor saúde criou o Programa Mais-Médicos e “apesar do sucesso do programa no curto prazo, é difícil mencionar seus custos políticos para o governo e efeitos para o sistema público de saúde em longo prazo, já que a substituição dos médicos estrangeiros seria necessária após três anos de contratação” (MACHADO et al., 2017, p. 155), ademais neste primeiro mandato não se encararam questões centrais para o setor saúde como a regulação do setor privado e o subfinanciamento. Um dos retrocessos que marcaram fortemente o segundo governo de Dilma Rousseff foi a aprovação da Lei nº. 13.097/2015 que altera a Lei nº. 8080/909 que diz respeito à abertura do setor saúde para o capital internacional, permitindo sua participação nas prestações de serviços até ações e pesquisas de planejamento familiar.

Os governos de Dilma Rousseff (2011-2016) foram marcados pela instabilidade política, contrarreformas de direitos sociais e retrocessos para as políticas de assistência social e saúde. A seguridade social voltou a enfrentar as mesmas barreiras impostas nos governos anteriores. O transformismo e a conciliação de classes serviram de agravante para as dificuldades das políticas sociais se materializarem como descrito na CF. 1988, desta maneira os avanços para assistência social e saúde foram pequenos e se deram de forma lenta.

### **3. Governo Temer: o representante ‘eleito’ pela ‘democracia’ do mercado à presidência**

Com a crise econômica mundial e a crise política brasileira, iniciada logo após as eleições de 2014 e, aprofundada pelo *impeachment* de Dilma Rousseff em 2016, o vice-presidente Michel Temer chega ao poder

para endurecer o projeto do capital. Através do seu programa “ponte para o futuro”, intensificou as diretrizes neoliberais para as políticas sociais universais e universalizantes.

O que se vê hoje é a entrega do patrimônio nacional e a abertura de amplas frentes de atuação do mercado na proteção social. Com Temer, o governo passou a operar sob a lógica mais perversa do neoliberalismo, moldando um novo tipo de proteção social e construindo nova noção de cidadania. Os primeiros e mais evidentes retrocessos deste governo foram o Decreto 8.805/2016 e a MP 739 para intensificar os ataques ao Estado Social em duas frentes: ao Benefício de Prestação Continuada (BPC), principal benefício da Assistência Social e que concentra maior parte do volume financeiro destinado à Política e, ataques aos direitos previdenciários. Tanto a MP quanto o Decreto são estratégias de subsunção de direitos dos trabalhadores para transferência de maior parte do fundo público para o capital financeiro que opera através do serviço dívida pública em detrimento à proteção social. O Estado se torna um instrumento emulador da acumulação de forma privada.

Criou-se um conjunto de medidas para viabilizar a operacionalização do processo de revisão do benefício social (BPC) e previdenciária (aposentadoria por invalidez e auxílio-doença), restrições e/ou exigências para que os trabalhadores consigam acessar os benefícios assistenciais e previdenciários. O motivo apresentado: os trabalhadores estariam fraudando o sistema e recebendo os benefícios indevidamente, onerando o Estado e inviabilizando o acesso dos que realmente necessitam.

Para o SUAS, tais medidas provocarão um impacto ainda não calculável, pois o BPC migrará da Previdência Social para a Assistência Social a partir do Decreto 8.805, onde há a obrigatoriedade dos beneficiários do BPC e daqueles que ainda irão requerer o benefício passem pela proteção básica (CRAS) e se cadastrem no Cadastro Único da Assistência Social. Esse processo de peregrinação do usuário se impõe como mais uma condicionalidade burocrática para retardar e dificultar o acesso ao direito do benefício assistencial. O fato se agrava com a aprovação da Emenda Constitucional 95, que limita os investimentos públicos por 20 anos a partir de um teto corrigido apenas pela inflação, impossibilitando o aumento de investimento para a política de assistência social e todas as outras políticas sociais – saúde, educação, habitação. O congelamento dos investimentos torna inexequível a Assistência Social nos municípios - os responsáveis pela manutenção dos serviços socioassistenciais e dos CRAS que já sofrem com baixo financiamento.

O PMDB [de Michel Temer] em 2015 apresentou a presidenta Dilma Rousseff e para a sociedade um documento intitulado Agenda Brasil, idealizado pelo Senador Renan Calheiros que, dentre as propostas para o setor saúde, apresentavam: fim do financiamento de tratamentos experimentais dentro do SUS; introduzir um sistema de copagamento no SUS - o usuário pagaria de acordo com sua renda mensal uma porcentagem definida por consultas, exames e procedimentos - esta proposta teve grande repercussão e críticas contundentes de movimentos sociais, fazendo com que o governo a abandonasse de momento; e aumento da porcentagem da DRU (BRAVO et al., 2018).

Em 2016 [no processo de impedimento de Dilma], a Fundação Ulysses Guimarães idealizou a pedido do PMBD o documento denominado de Travessia Social. O documento contém as diretrizes e metas para “saída da crise fiscal” brasileira onde o gerencialismo é apontado como método capaz de solucionar os problemas de má gestão do SUS- apontado como único problema do sistema, desconsiderando o subfinanciamento histórico. Afirma, também, que a responsabilidade do Estado deve ser com os comprovadamente pobres que não possuem condições de possuírem planos de saúde.

Em 2017 o ministério da saúde fez a revisão da Política Nacional de Atenção Básica sem a apreciação do CNS e discussão com a sociedade civil. A nova política para a atenção básica fratura a essência da Estratégia da Família e institui novas “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” (BRAVO et al., 2018, p. 16) aos princípios e diretrizes que fundamentam a Atenção Primária em Saúde brasileira. O “Teto dos Gastos” agudizará sobremaneira as precárias estruturas existentes das políticas sociais, ao passo que reafirma o compromisso do mercado financeiro com o pagamento de altos juros e desregulamentação da economia, garantindo ao capital o início de um ciclo de reprodução sem nenhuma interferência para a elevação da taxa média de lucro. É a amplificação do repasse do fundo público para o capital, expropriando a classe trabalhadora dos seus direitos.

Esse cenário do governo Temer confirma a afirmação de Demo (2003) de que “enquanto houver espaço de expansão e acumulação, o capital avança sem empecilhos, porque este é seu sentido predatório ou sociometabólico” (DEMO, 2003, p. 31).

### **Reflexão Final**

Diante a derruição dos direitos sociais, crescente desemprego e informalidade, flexibilização dos direitos trabalhistas, aumento exponencial da dívida pública é preciso resgatar e fortalecer junto à classe trabalhadora o papel primordial que as políticas sociais possuem na garantia da reprodução social dos trabalhadores nesta sociabilidade, bem como, recuperar o conceito mais amplo de cidadania [como a capacidade conquistada por todos os indivíduos de se apropriarem da riqueza socialmente produzida e dos bens criados socialmente; a autonomia crítica para atualizarem suas potencialidades de realização humana em cada tempo histórico (COUTINHO, 1999)] e da política social não limitada a ideia setorial, “ao minimalismo das práticas locais “bem-sucedidas”; ao reducionismo econômico e, sobretudo, que não se submeta a uma supostamente necessária cronologia: *estabilização– crescimento econômico– redistribuição*” (Ibidem, p. 91).

### **REFERÊNCIAS**

BEHRING, E. R. *Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.

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

CORREIA, M. V. C. *A saúde no contexto da crise contemporânea do capital: o Banco Mundial e as tendências da contrarreforma na política de saúde brasileira*. Temporalis, ano I, n.1. São Luiz: ABEPSS, 2007.

CORREIA, M. V. C. *Por que ser contra aos novos modelos de gestão do SUS?* In: Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Orgs.). 1. ed. – Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

COUTINHO, C. N. *A época neoliberal: revolução passiva ou contra-reforma?*. Novos Rumos, Marília, v. 49, n. 1, p. 117-126, Jan.-Jun., 2012.

COUTO, B. R. [et al.]. (Orgs.). *O Sistema Único de Assistência Social no Brasil: uma realidade em movimento*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

DEMO, P. Impasse Neoliberal. *Ser Social*, Brasília, n. 13, p. 0-52, jul./dez. 2003.

FALEIROS, V. P. A Democratização e as Políticas Sociais: conflitos de poder e conflitos distributivos – tendências dos anos 90. *Cadernos de Serviço Social*, PUC Campinas, São Paulo, n.17, 2000.

GRANEMANN, S. Políticas Sociais e Financeirização dos Direitos do Trabalho. *Revista Em Pauta*, nº 20, Rio Janeiro, 2017.

MACHADO, C. V; LIMA, L. D; BAPTISTA, T. W. F. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Caderno Saúde Pública*, ano 2017.

MARCH, C. A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Universidades Públicas e Autonomia: Ampliação da Subordinação à Lógica do Capital. *Universidade e Sociedade*, nº 49, jan. 2012.

MENICUCCI, T. M. A Política de Saúde no Governo Lula. *Revista Saúde e Sociedade*, V. 20, n.2, São Paulo Abr/Jun. 2011.

MOTA, A. E. A centralidade da assistência social na seguridade social brasileira nos anos 2000. In: MOTA, A. E. (Org.). *O mito da assistência social: ensaios sobre Estado, política e sociedade*. São Paulo: Cortez, 2008.

NETTO, J. P. FHC e a política social: um desastre para as massas trabalhadoras. In: LESBAUPIN, Ivo (Org.). *O desmonte da Nação – Balanço do governo FCH*. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

PAIM, J. S. Uma análise sobre o processo de Reforma Sanitária brasileira. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009.

POCHMANN, M. Políticas sociais e padrão de mudanças no Brasil durante o governo Lula. *Revista SER Social*, v. 1, n. 2. Brasília: SER Social UnB, 1998 – Semestral.

SOARES, L. T. *Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina*. São Paulo, Cortez, 2000. – (Coleção Questões da Nossa Época; v. 78)

SOARES, R. C. A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social. In: *Saúde, Serviço Social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais*. BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Orgs.). São Paulo: Cortez, 2012.