



## 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 Concepção.

### CONTRARREFORMAS NA POLÍTICA DE SAÚDE NO CONTEXTO DO GOVERNO TEMER

Rosa Lúcia Prédes Trindade<sup>1</sup>

Marcela Marcelino de Sousa Alves Monnin<sup>2</sup>

Marilice Rafaela de Moura<sup>3</sup>

Aldilany Sthephany Rocha da Silva Virtuozo<sup>4</sup>

**Resumo:** O texto aborda mudanças e retrocessos na política de saúde, no Brasil, no período de 2016 a 2018, a partir de uma revisão bibliográfica em autores que buscam situar o contexto da saúde no governo Michel Temer. O estudo é parte de um projeto de pesquisa sobre a profissão de Serviço Social no contexto contemporâneo, com apoio do CNPq (auxílio à pesquisa, bolsa PQ, bolsa Apoio Técnico e bolsas de iniciação científica).

**Palavras-chave:** Política de Saúde; Governo Temer; Privatização.

**Abstract:** The text addresses changes and setbacks in health policy in Brazil, from 2016 to 2018, based on a bibliographical review of authors who seek to situate the health context in the Michel Temer government. The study is part of a research project on the Social Service profession in the contemporary context, with the support of CNPq (research assistance, PQ scholarship, Technical Support scholarship and scientific initiation scholarships).

**Keywords:** Health Policy; Temer Government; Privatization.

Desde o golpe jurídico/midiático/parlamentar que culminou no afastamento da Presidente Dilma Rousseff e assunção do cargo por Michel Temer, do PMDB, tem havido significativas mudanças nas políticas sociais públicas no país, com uma tendência nítida de retrocessos nos direitos sociais duramente conquistados. O processo se agrava com o congelamento de gastos públicos em políticas sociais por 20 anos, seguindo-se com a reforma trabalhista, com uma pretendida contrarreforma da previdência e várias iniciativas que colaboram para a fragilização do Sistema Único de Saúde (SUS), notadamente em seu caráter público estatal. Neste texto, abordaremos alguns aspectos desses retrocessos na saúde, a partir de uma revisão bibliográfica em autores que buscam situar o contexto da saúde nesse governo. Com isso, faremos uma aproximação inicial que nos permite resgatar

---

<sup>1</sup>Professor com formação em Serviço Social, Universidade Federal de Alagoas, E-mail: rosapredes@uol.com.br.

<sup>2</sup> Profissional de Serviço Social, Universidade Federal de Alagoas, E-mail: rosapredes@uol.com.br.

<sup>3</sup> Estudante de Graduação, Universidade Federal de Alagoas, E-mail: rosapredes@uol.com.br.

<sup>4</sup> Estudante de Graduação, Universidade Federal de Alagoas, E-mail: rosapredes@uol.com.br.

as bases para entender as continuidades no contexto do novo governo federal, em 2019, o que não será explorado no âmbito deste texto<sup>5</sup>.

As análises e considerações sobre políticas sociais estatais necessitam de fundamentos que entendem o Estado como instância para onde convergem as classes sociais, visto que ele emerge das contradições de interesses divergentes, de interesses individuais e coletivos.

É precisamente dessa contradição do interesse particular com o interesse coletivo que o interesse coletivo assume, como Estado, uma forma autônoma, separada dos reais interesses singulares e gerais, [...]. Daí, se segue todas as lutas no interior do Estado, [...] nas quais são travadas as lutas reais entre as diferentes classes. [...] Além disso, segue-se que toda classe que almeje à dominação, ainda que sua dominação, como é o caso do proletariado, exija a superação de toda a antiga forma de sociedade e a superação da dominação em geral, deve primeiramente conquistar o poder político, para apresentar seu interesse como o interesse geral (MARX; ENGELS, 2007, p. 37).

Desse modo, as condições que determinam a dominação de uma determinada classe por outra, através do poder social adquire sua expressão na forma de Estado, este, existente em cada tipo de sociedade. De acordo com Teixeira (2018), o Estado tem uma natureza de classe. Assim, o Estado age como instância mantenedora das circunstâncias necessárias para a acumulação de capital.

Ou seja, a sua ação concreta está voltada para solucionar as crises inerentes ao capital, criando novas estratégias e fontes para a sua acumulação. Para alcançar tal intento, a ação estatal interferirá no conjunto da sociedade, para reorganizar tanto as condições necessárias à produção e relações de exploração quanto para a própria reprodução da força de trabalho. Logo, a mesma ação do Estado pode apresentar duas funções: o da acumulação e da legitimação. A “[...] função/acumulação é determinada fundamentalmente pelas restrições à acumulação, enquanto a função/legitimação o é pela reprodução social” (NAKATANI, 1987, p. 56 apud SILVA, 2018, p.51).

Conforme dito por Netto (1996), com a ascensão do capitalismo monopolista, o Estado ultrapassa a fronteira de “cioso guardião das condições externas da produção” (p. 20 – 21), em que atuava com intervenções emergenciais e focalizadas. A partir daí, irá intervir na organização e dinâmica desde o interior do processo de produção. Nesse processo, suas funções políticas se unem a suas funções econômicas. Converte-se, assim, em um instrumento de organização da economia, um administrador dos ciclos de crise. Desse modo, o Estado é capturado pela lógica do capital. “O Estado funcional ao capitalismo monopolista é, no nível das suas finalidades econômicas, o ‘comitê executivo’ da burguesia

---

<sup>5</sup> O estudo é parte de um projeto de pesquisa sobre a profissão de Serviço Social no contexto contemporâneo, com apoio do CNPq (auxílio à pesquisa, bolsa PQ, bolsa Apoio Técnico e bolsas de iniciação científica).

monopolista – opera para propiciar o conjunto de condições necessárias à acumulação e valorização do capitalismo monopolista” (NETTO, 1996, p. 22).

No Brasil, observou-se que o Estado, no exercício de suas funções de acumulação e legitimação, tem enfrentado um aumento da contradição entre essas funções na complexidade frente às resoluções da crise do capital, assim como tem limitado sua intervenção à reprodução da força de trabalho. De acordo com Sodré, Bahia e Bussinger (2018 apud SILVA, 2018, p. 52), “isto é resultante das novas estratégias de expansão do capital fictício e, no campo da assistência à saúde, expande suas ações de maneira a privilegiar o setor privado e filantrópico”.

Assim, vemos que há uma responsabilização da sociedade pelo atendimento de demandas antes destinadas ao Estado. Nesse contexto, as políticas sociais tornam-se cada vez mais focalizadas, destinando-se aos mais pobres entre os pobres. A seguir sinalizamos algumas mudanças ocorridas na Política de Saúde no Governo do presidente Michel Temer (2016-2018).

A Constituição de 1988 trouxe uma ampliação na democracia e no reconhecimento de direitos no Brasil. Uma das principais conquistas foi um sistema de saúde constitucionalizado e de acesso universal para toda população. No entanto, os anos 1990 foram marcados por políticas neoliberais, com uma refuncionalização do Estado<sup>6</sup>, o que trouxe desafios para consolidar o SUS, bem como a regulamentação de várias políticas sociais. Neste contexto de crise estrutural do capital iniciado em 1970 no mundo, atingindo o Brasil na década de 1990, vê-se a saúde como um campo lucrativo, daí a ameaça ao seu caráter universal e público incorporados na CF/88 (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018). Assim, o projeto de Reforma Sanitária experimenta uma constante precarização na estruturação e financiamento dos serviços do SUS, enquanto cresce um projeto privatista na área da saúde no país. Dessa maneira, o SUS estabelece-se como um sistema de saúde pobre para pobres, expandindo-se o mercado de planos de saúde privados. Vale salientar que o setor privado não tem como objetivo evitar o adoecimento dos indivíduos, pois é justamente a doença que lhes proporciona lucros (TEIXEIRA, 2018).

É relevante destacar que já nos governos em que a presidência da república foi ocupada pelo Partido dos Trabalhadores (PT), desde 2003, foram empreendidas contrarreformas alinhadas com exigências da burguesia e de seus representantes nacionais e internacionais. O processo histórico mostrará evidências de que esse projeto dominante se estenderá com o golpe tramado em 2015, mas as bases da contrarreforma estarão

---

<sup>6</sup> Em 1995, é lançado o Plano Diretor de Reforma do Estado (PDRE/1995) e o órgão que executaria esse Plano, o então Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), hoje extinto.

constituídas desde os embates na definição do SUS na constituição de 1988, quando o setor privado conseguiu manter-se como parte do sistema.

No Governo do Presidente Luís Inácio Lula da Silva (governo Lula), o Ministério da Saúde encaminhou o Projeto de Lei (PL) nº 92, de 2007, que criava as Fundações Estatais de Direito Privado, não sendo aprovado em decorrência das lutas dos movimentos sociais (TEIXEIRA, 2018). Já no início do Governo da Presidente Dilma Rousseff (governo Dilma), é aprovada a legislação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). “E antes de sua saída pelo afastamento, aprova a Lei 13.097, em 19 de janeiro de 2015 (BRASIL, 2015), cujo Artigo 142 permite a [...] Abertura ao capital estrangeiro para oferta de serviços de saúde” (BRASIL, 2015, NÃO PAGINADO apud TEIXEIRA, 2018, p. 36).

Dessa forma, encontramos no debate o registro de que ações governamentais como essas contradizem a defesa da política pública de saúde. Sobre as iniciativas dos governos do PT, Teixeira (2018) analisa que,

(...) apesar de nos documentos governamentais petistas na área da Saúde, encontrarmos referência ao PRS e a necessidade de seu resgate, como apontam os autores, percebe-se que o SUS/90 não se materializa. As razões foram colocadas acima: a opção petista em seguir a economia macroestrutural do capitalismo em sua fase financeirizada (TEIXEIRA, 2018, p. 36).

Assim, é possível observar que não se trata apenas da dimensão política, pois as conexões econômicas são definidoras nas mudanças ocorridas na política de saúde. Tais questões serão repostas na saída de Dilma Rousseff, mediante impeachment, e na continuação do mandato pelo governo Temer: “trata-se de uma restauração conservadora de um projeto político ultra neoliberal, assumidamente pró-capital, que visa resolver os impasses de acumulação e favorecer os interesses da classe dominante do país e aprofundar sua dependência junto ao capital internacional” (BRAVO; PEALEZ; PINHEIRO, 2018, p. 12).

Sobre isso, Soares (2018) acrescenta que o golpe institucional que envolveu a grande mídia, o grande empresariado, o parlamento e o judiciário foi expressão da necessidade de um governo essencialmente burguês que suprisse as necessidades do capital na contemporaneidade. Assim, era preciso ter alguém no poder com a capacidade de não só negar os direitos mínimos à classe trabalhadora, mas também de lhes retirar o que já havia sido conquistado. A autora acrescenta que a prisão do ex-presidente Lula faz parte dessa ofensiva, pois a burguesia considerava que Lula não seguiria a agenda da forma como estava sendo proposta, mas também não encontrava nenhum candidato que fosse capaz de vencê-lo nas urnas. Não por coincidência, na mesma semana de sua prisão, a Federação Brasileira de Planos de Saúde (FEBRAPLAN) divulga a organização do 1º

Fórum Brasil, com o Lema “participe do Fórum que iniciará a construção de um novo Sistema Nacional de Saúde” (SOARES, 2018, p. 29, grifos do autor).

Mas seriam as políticas sociais as responsáveis pelo desequilíbrio das contas públicas? A resposta é não. A responsável é a dívida pública que nunca foi auditada. Fatorelli, Ávila e Colares (2016 apud BRAVO; PEALEZ; PINHEIRO, 2018, p.12) apontam que em 2015 a dívida pública “[...]consumiu 42,43% do orçamento da união para pagamento de juros e amortização da dívida e somente 4,4% para a saúde”.

Assim, em consonância com o projeto neoliberal, o PMDB apresenta algumas propostas em 2015 e 2016 para a política de saúde no Brasil: Agenda Brasil (agosto de 2015); Uma Ponte para o Futuro (outubro de 2015); e Travessia Social (abril de 2016) (BRAVO; PEALEZ; PINHEIRO, 2018). A Agenda Brasil traz as seguintes propostas: impedimento de tratamentos experimentais pelo SUS, para evitar a judicialização da saúde; mais desvinculação de Receitas da União; inserção de copagamento no SUS, ou seja, de acordo com a renda do cidadão seria cobrada uma taxa pelos serviços. Essa proposta foi retirada devido à forte oposição dos movimentos sociais (BRAVO; PEALEZ; PINHEIRO, 2018).

O documento *Uma Ponte para o Futuro* propõe: maior ajuste fiscal para ampliação do crescimento econômico; findar as vinculações constitucionais, como a saúde e educação; fim das indexações; Reforma da Previdência; viabilizar maior participação do setor privado na construção de infraestrutura; ampliação da cooperação do setor privado na abertura de mercados externos; “executar uma política de desenvolvimento centrada na iniciativa privada; estabelecer uma agenda de transparência e de avaliação de políticas públicas que permita identificação dos beneficiários e análise dos impactos dos programas” (BRAVO; PEALEZ; PINHEIRO, 2018, p. 13). Para sustentar suas propostas, o documento ainda afirma que o Brasil gasta demais com políticas públicas e tem resultados piores do que outros países.

O documento intitulado *Travessia Social* propõe: cortes nos gastos sociais para contenção da inflação e realização do ajuste fiscal; retomada do crescimento; transferência de tudo que for possível para a iniciativa privada; “focalização das ações nos 40% mais pobres da população pobre” (FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES, 2016 apud BRAVO; PEALAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 13). O documento considera que o problema no SUS é a má gestão e, por isso, enfatiza o gerencialismo. Ademais, estimula a ampliação de cobertura dos planos privados e a focalização do SUS àqueles que não conseguem arcar com os custos dos planos privados. Trata-se, de fato, da transferência do fundo público para o setor privado (TEIXEIRA, 2018).

Além desses retrocessos, Soares (2018, p.24) acrescenta que o governo Temer já se iniciou abrindo o país para o capital estrangeiro com “autorização para privatização de aquíferos, avanço no processo de privatização da Petrobrás”, além de aprovar a Reforma Trabalhista, o teto de gastos públicos por 20 anos, encaminhar o projeto de reforma da previdência social draconiano, entre outras medidas. Um conjunto de autores afirma que não se trata de ajustes, mas de um austericídio (SOARES, 2018). Acrescenta, ainda, com base em Kliass (2017), que os integrantes do governo Temer receberam um ultimato para finalizar o desmonte do Estado brasileiro. O objetivo seria inserir o Brasil na ordem capitalista contemporânea sob o domínio do capital portador de juros.

Neste sentido, Soares (2018) mostra-nos que já no Governo Lula houve uma refuncionalização dos princípios do SUS, o que fez com que se concretizasse o projeto do SUS Possível/SUS flexibilizado.

[...] fragmentos descolados da totalidade do projeto de Reforma Sanitária são recuperados, o que revela não só as limitações dessa incorporação no sentido de reatualização ou modernização da Reforma Sanitária – como é apresentada - mas também expressa um caráter diverso e, muitas vezes, contrário ao sentido original, como é o caso da gestão pública segundo o marco legal original do SUS e as propostas de gestão de âmbito privado (SOARES, 2010, p. 59-60 apud SOARES, 2018, p. 26).

Teixeira (2018) considera que o projeto de Reforma Sanitária Flexibilizada implantado pelo PT segue a lógica da economia capitalista pré-estabelecida pelo capital. Na tentativa de implantar uma política de conciliação de classes, os governos petistas acabaram agindo como “Comitês Executivos da Burguesia” (MARX; ENGELS, 2003 apud TEIXEIRA, 2018, p. 35).

No Governo Temer, essa contrarreforma na política de saúde entra numa nova fase. Segundo Silva (2018), o Banco Mundial orienta que os governos capitalistas dirijam a política de saúde numa perspectiva de racionalização. Assim sendo, o SUS proposto pelo Movimento de Reforma Sanitária, integral e universal, contraria a lógica de acumulação financeira. Assim, o Governo Temer mostrou-se contrário ao projeto de Reforma Sanitária, ferindo os princípios do SUS, principalmente os de universalidade, publicidade e participação social. Houve uma focalização da política com o congelamento de gastos por 20 anos, além da regulamentação de planos populares. O direcionamento da publicidade foi dado no sentido de que todos deveriam colaborar diante do colapso e da falta de financiamento do Sistema. Por fim, o controle social ficou alijado dos processos decisórios (SOARES, 2018).

O Ministro da Saúde escolhido pelo governo, Ricardo Barros, representou bem os interesses do capital. O Ministro teve sua campanha para deputado federal vinculada a um

consórcio de planos de saúde privados. Nesse contexto, o governo lança a proposta de Planos de Saúde Populares e fala em rever o tamanho do SUS, expressando que o compromisso do governo se daria com as corporações econômicas, privadas, da saúde (SOARES, 2018).

Com a intenção de discutir o projeto de Plano de Saúde Acessível, a Portaria nº1.482, de 4 de agosto de 2016, foi editada, sendo instituído um grupo de trabalho com essa função. As discussões foram registradas no Ofício nº 60 da Secretaria de Atenção à Saúde, o qual foi encaminhado para a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para avaliação. O Ofício defende o projeto privatista, trazendo dados que mostram que em 2016, devido à crise econômica e ao aumento do desemprego, cerca de 1,5 milhões de pessoas deixaram de utilizar planos privados de saúde (BRAVO; PEALEZ; PINHEIRO, 2018). Teixeira (2018, p. 39) argumenta que “seria o caso de a instituição governamental procurar aprimorar o sistema público (SUS), para receber mais esta população e não abrir espaço para redução de danos das empresas de planos de saúde”.

De acordo com Bravo, Pealez e Pinheiro (2018), o documento traz as seguintes propostas para o Plano de Saúde Acessível:

- Plano Simplificado: cobertura para atenção primária, incluindo consultas nas especialidades previstas no Conselho Federal de Medicina (CFM) e serviços auxiliares de diagnóstico e terapias de baixa e média complexidade. Nessa proposta, não há previsão para exames ambulatoriais de alta complexidade, para internação, terapias e exames de alta complexidade, atendimento de urgência e emergência e hospital dia.
- Plano Ambulatorial + hospitalar: cobertura de toda atenção primária, atenção especializada, de média e alta complexidade. O paciente passaria obrigatoriamente por uma prévia avaliação realizada por médico da família escolhido pelo beneficiário. Caberá a esse médico encaminhar o paciente para a rede especializada, caso julgue necessário. Havendo indicação para atendimento hospitalar, o beneficiário poderá ser encaminhado para uma segunda avaliação médica que reafirme a necessidade para o encaminhamento do procedimento. Vale ressaltar que a cobertura do plano está adaptada à disponibilidade de infraestrutura no município e à capacidade operacional da rede particular. Bem como a criação de dupla autorização pela operadora, o que é vedado pela legislação, dificultando o acesso após uma única autorização.
- 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, bem como, quando necessário, atendimento ambulatorial. Fica sob a responsabilidade do beneficiário o pagamento do procedimento, de acordo com valores previstos em contrato. Os modelos de pré e pós-pagamento serão acordados, assegurando o Rol de Procedimentos da ANS. Nessa modalidade as operadoras seriam livres para cobrar um fator moderador (coparticipação) de 50% (BRAVO; PEALEZ; PINHEIRO, 2018, pp. 14-15).

Várias entidades apresentaram posicionamentos contrários a essa proposta, visto que sinaliza para uma precarização ainda maior do sistema público de saúde, que prevê um atendimento universal e integral.

Silva (2018, p. 53) ainda acrescenta que

O governo se apoia na cultura da política de crise para justificar suas ações de saúde suplementar, ou seja, a contratação do setor privado: medicina de grupo, cooperativa médica, autogestão, seguradora, hospitais filantrópicos e outras. Parte das empresas privadas de saúde (planos e seguros) expandiram e diversificaram suas atividades, vinculando-se a grandes instituições bancárias, outras abriram suas ações nas bolsas de valores, inserindo-se à lógica da acumulação financeira. Como exemplo, pode-se citar a Qualicorp, empresa de planos de saúde, cujo lucro líquido no quarto trimestre de 2017 foi de R\$ 90,4 milhões, representando um aumento de 15,3% em seus rendimentos quando comparado ao mesmo período do ano de 2016 (SELMÍ, 2018). Outro exemplo é do maior acionista da Rede de Hospitais D'OR, que segundo a lista da Revista Forbes (2018), acumulou até o dia 8 de abril de 2018, uma fortuna de US\$ 2,5 bilhões de dólares, cuja fonte dessa riqueza restringe-se a sua rede de hospitais (FORBES, 2018). Assim, a lógica de acumulação financeira criou a tendência à concentração no setor de saúde e mudanças na configuração do mercado de planos e seguros.

Além dessas ações privatizantes da saúde, o desmonte se amplia quando se analisa as demais ações desenvolvidas durante este governo. Em 2016, foi apresentada a Proposta de Emenda Constitucional nº 95, que congela os gastos em políticas públicas por 20 anos. No mesmo ano, o IPEA realizou um estudo que demonstra que, num cenário conservador em que o crescimento do PIB é de 2% ao ano, o SUS perderá nos 20 anos de congelamento cerca de R\$654 bilhões. Estimando-se um crescimento de 3% ao ano, esse valor estimado chega a R\$ 1 trilhão (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

Além dos desmontes citados até aqui, houve alterações na Política de Saúde Mental, bem como na Política Nacional de Atenção Básica. Enfatizemos, aqui, que essas decisões foram tomadas sem o Conselho Nacional de Saúde, demonstrando a postura antidemocrática e ultra neoliberal desse governo (TEIXEIRA, 2018). Certamente essa escolha se deu pela postura que o Conselho Nacional de Saúde tem sustentado, apoiando o Projeto de Reforma Sanitária, colocando-se contra a mercantilização da saúde (CORREIA, 2009 apud TEIXEIRA, 2018).

Por meio da Portaria nº 3.588/2017, o Governo Temer acenou para o retorno da lógica manicomial, ampliando os recursos para internações em hospitais psiquiátricos e criação de serviços ambulatoriais e leitos em hospitais gerais. Importante ressaltar que essa modificação foi realizada sem qualquer consulta à sociedade.

O Movimento Nacional de Luta Antimanicomial repudia tais propostas por compreender que representa retrocesso na implantação da rede de atenção psicossocial territorializada, de base comunitária e construída com participação dos movimentos sociais da luta antimanicomial e do controle social, conforme consta na Nota de Repúdio contra o desmonte da Política de Saúde Mental, de 11 de dezembro 2017. A Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) também apresenta posição contrária, por entender que a nova política traz de volta a perspectiva manicomial e secundariza o investimento em serviços de base territorial e comunitária, de acordo com reportagem do Viomundo (LEMES, 2018). (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 16).

Com relação à revisão da Política Nacional de Atenção Básica, os autores apontam que há um rompimento com a centralidade da família e uma priorização de arranjos assistenciais que não contemplam equipes multiprofissionais com Agentes Comunitários de Saúde em sua composição. Sobre isso, Teixeira (2018, p. 41) mostra-nos que,

Em 23 de março de 2018, foi realizada reunião em Brasília, organizada pela Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho do CNS. O objetivo deste encontro foi exatamente o de identificar os impactos às relações de trabalho para os ACS e Agente Comunitário de Combate às Endemias (ACE), após a publicação da Portaria 2436/2017. Para os estudiosos e para os militantes da Saúde, os dados são reveladores do desemprego e desqualificação destes profissionais, que esta medida provoca. Em meados de março de 2018, temos informações que ratificam nossos argumentos: 300 demissões de ACS e ACE na região do ABC paulista; em Santos: 164 ACS e no Rio de Janeiro: cerca de 100, com notícias de demissão em massa também em Sergipe e Espírito Santo (Federação Nacional de ACS e de Combate às Endemias (FENASCE), 2018).

Além disso, há uma diferenciação de serviços e ações essenciais e ampliados, podendo trazer restrições ao acesso, focalizando a política, destinando-a às populações mais vulneráveis. Ademais, essa revisão reduziu a carga horária da equipe que de 40 horas semanais, pode chegar a 10 horas semanais (BRAVO; PEALEZ; PINHEIRO, 2018).

Sabemos que esta redução pode ser deletéria tanto do ponto de vista do usuário, quanto para o trabalhador, visto que isso significa para o profissional de saúde, em média dois a três dias de presença concreta na Unidade de Saúde [um turno completo, ou/e dois/três turnos), com baixos salários e a possibilidade de dupla/tripla jornada em diferentes unidades. Certamente, esta reorganização dos serviços na atenção básica será deletéria para a qualidade do atendimento, tanto do ponto de vista do usuário, quanto do trabalhador da saúde. Como ficaria a busca ativa com carga horária tão restrita? Como ficaria o trabalho minucioso de contato direto com as famílias do campo territorial de atuação, ou seja, como se daria a prevenção e promoção da saúde?). Este tempo de trabalho não permite um planejamento que contemple as tarefas que combinam trabalho interno e externo, como acompanhamento dos casos a partir da singularidade dos sujeitos e o trabalho coletivo com a comunidade e com a equipe. Como corresponder às diretrizes e aos princípios do SUS para este nível de atenção? (TEIXEIRA, 2014).

Do ponto de vista do profissional (os que ainda ficarem), este tempo escasso de trabalho tenderá a provocar a intensificação da jornada de trabalho, o que também limita a atenção adequada, provocará tensões no desempenho das tarefas e possíveis conflitos entre si e com a comunidade, deteriorando as relações de trabalho, trazendo desgaste físico e emocional aos mesmos, que por óbvio, rebaterá no usuário. Acrescentamos a perspectiva de dificuldade quanto à organização e luta dos profissionais de saúde em suas respectivas entidades de classe (TEIXEIRA, 2014 apud TEIXEIRA, 2018, pp. 41-42).

Uma característica do Governo Temer foi sua ligação com o setor empresarial da saúde. Nesse contexto, destacamos, ainda, o documento *Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde*, divulgado em 2017. Este documento pretende ampliar a construção de cuidados integrados entre os setores público e privado,

visualizando uma maior participação do setor privado na gestão dos serviços. Bravo, Pealez e Pinheiro (2018, p. 17) adicionam que “há preocupação com a participação de empresários na difusão de ideias e disputa político-ideológica, bem como com a possível apropriação de conceitos do SUS de modo a atribuir outros significados”. Há uma defesa explícita do fortalecimento das parcerias público-privadas, bem como das Organizações Sociais (OS's) e do novo modelo de governança, que viabiliza a participação dos prestadores privados na definição das políticas de saúde (BRAVO; PEALEZ; PINHEIRO, 2018).

Nesse cenário, ainda há propostas de novas modalidades de Conselhos, que sejam compostos por especialistas ligados aos gabinetes dos prefeitos. A nível nacional, seria criado um Conselho Executivo formado por especialistas para definir estratégias. Essas estratégias eliminariam o controle social previsto no SUS e o MS teria seu poder diluído (TEIXEIRA, 2018).

O “Coalizão Brasil” ainda fala sobre o fortalecimento da atenção primária. Assim, Teixeira (2018, p. 43) questiona: “Como seria este fortalecimento, se o governo Temer, com sua mais recente portaria, desmontou este nível de atenção? Como ampliariam o acesso ao medicamento, de acordo com a proposta, se o governo Temer reduziu o número de farmácias populares?”.

Além dessas medidas, o Ministério da Saúde ainda propôs alterar a Lei dos Planos de Saúde, pretendendo revogar a Lei nº 9.656/1998 para, em seu lugar, criar um marco legal que beneficiasse as operadoras de planos de saúde. O MS também propôs a segmentação da cobertura assistencial; reajuste nos valores dos planos de saúde após os 60 anos de idade, proibido pelo Estatuto do Idoso; “Diminuição do valor do Ressarcimento ao SUS, o que acarreta perda de recursos pelo SUS bem como, Redução do Valor de Multas aplicadas pela ANS contra planos de saúde” (BRAVO; PEALEZ; PINHEIRO, 2018, p. 18).

De fato, no governo Temer, a defesa explícita de uma reforma do SUS e de sua inviabilidade nos anuncia que a desconstrução da concepção de direito público na saúde está andando a passos largos, agora alimentada por uma cultura da crise que anuncia a quebra do Estado em decorrência dos gastos com políticas sociais consideradas de cunho populista. Sem dúvida alguma que a inviabilização e/ou profunda restrição de alternativas emancipatórias – mesmo que sob os limites da cidadania burguesa – constitui-se o esteio para o aprofundamento da espoliação de bens e direitos públicos, precisamente o direito à saúde (SOARES, 2018, p. 29).

Mesmo diante de tais desmontes, têm sido criados mecanismos de resistência, como os Fóruns de Saúde e a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, criada em 2010. Como forma de resistência, a Frente apresenta as seguintes propostas:

- Sistema de Saúde público, 100% estatal, universal e de qualidade, sob a administração direta do Estado e contra toda forma de privatização da saúde;
- Revogação das Leis que criaram as Organizações Sociais, Fundações Estatais de Direito Privado, EBSEH e Parcerias Público-privadas e retomada da gestão pública estatal bem como auditoria e devolução dos repasses públicos pelas Organizações Sociais;
- Pela eliminação dos limites da Lei de Responsabilidade Fiscal no que diz respeito à limitação de gastos com pessoal na área de saúde que podem prejudicar a execução da prestação de serviços à população
- Reajustes salariais dignos e política de valorização do servidor público, isonomia salarial, estabilidade no trabalho e Planos de Cargos, Carreiras e Salários bem como melhoria das condições de trabalho e contra todas as formas de precarização do trabalho;
- Defesa da utilização de, no mínimo, 10% do Produto Interno Bruto (PIB) para a saúde, garantindo o investimento público e o financiamento exclusivo da rede pública estatal de serviços;
- Contra a entrada de capital estrangeiro nos serviços de assistência à saúde e pela revogação do Artigo nº 142 da Lei nº 13.097/2015;
- Pela Reforma Sanitária, Psiquiátrica e contra as Comunidades Terapêuticas (BRAVO; PEALAZ; PINHEIRO, 2018, pp. 19-20).

Num cenário em que há um avanço do conservadorismo e até do reacionarismo, vemos uma crescente necessidade de organização da classe trabalhadora em defesa de seus direitos já conquistados. Num contexto em que há um avanço do neoliberalismo, vislumbramos o aprofundamento da luta de classes. Finalizamos, aqui, com uma frase de Rosa Luxemburgo que diz “Quem não se movimenta não sente as correntes que o prendem”. É preciso se movimentar para ir contra o retrocesso vivenciado no âmbito dos direitos sociais historicamente conquistados pela classe trabalhadora.

## REFERÊNCIAS

BRAVO, M. I. S; PELAEZ, E. J; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Revista Argumentum**. Vitória: v.10, n.1, p.9-23, 2018. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19139/13218>> Acesso em: 13 mar. 2019.

MARX, Karl. ENGELS, Friedrich. **A Ideologia Alemã**: crítica da mais recente filosofia alemã em seus representantes Feuerbach, B. Bauer e Stirner, e do socialismo alemã em seus diferentes profetas (1845 – 1846). São Paulo: Boitempo, 2007, p. 29 - 42.

NETTO, José Paulo. As condições históricas-sociais da emergência do Serviço Social. In: \_\_\_\_\_. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1996. p. 15 – 30.

SILVA, A. I. da. A aceleração das contrarreformas no SUS e a transferência de valor ao setor privado pelo governo Temer. **Revista Argumentum**. Vitória: v. 10, n. 1, p. 51-56, 2018. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19497/13180>> Acesso em: 15 mar. 2019.

SOARES, R. C. Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS. **Revista Argumentum**. Vitória: v. 10, n.1, p. 24-32, 2018. Disponível: <<http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19496/13178>> Acesso em: 14 mar. 2019.

TEIXEIRA, M. J. de O. A urgência do debate: as contrarreformas na política de saúde no governo Temer. **Revista Argumentum**. Vitória: v. 10, n.1, p. 33-50, 2018. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19495/13179>> Acesso em: 15 mar. 2019.