



SERVIÇO SOCIAL, POLÍTICA DE SAÚDE E CONSERVADORISMO - ENTRE RETROCESSOS E RESISTÊNCIAS

ADRIANA RAMOS
LETÍCIA BATISTA SILVA
LUCIANA GONÇALVES PEREIRA DE PAULA
(organizadoras)

Adriana Ramos
Letícia Batista Silva
Luciana Gonçalves Pereira de Paula
(organizadoras)

Serviço social, política de saúde e conservadorismo: entre retrocessos e resistências

**EDITORIA
U F J F**

1° Edição
Juiz de Fora
2024



Reitora: Gislene Alves da Silva

Vice-reitor: Telmo Mota Ronzani

Pró-reitora de Pós-graduação e Pesquisa: Priscila de Faria Pinto

Pró-reitora Adjunta de Pós-graduação e Pesquisa: Isabel Cristina Gonçalves Leite

Selo Editorial Serviço Social

Diretora Editorial: Profa. Dra. Edneia Alves de Oliveira

Editora: Profa. Dra. Carina Berta Moljo

Diretores Associados: Prof. Dr. Alexandre Aranha Arbia, Prof. Dr. Marco José de Oliveira Duarte

Conselho Editorial:

Alcina Martins (Instituto Superior Miguel Torga - Portugal)

Ana Elizabeth Mota (Universidade Federal de Pernambuco)

Carina Berta Moljo (Universidade Federal de Juiz de Fora)

Cláudia Mônica dos Santos (Universidade Federal de Juiz de Fora)

Elaine Rossetti Behring (Universidade Federal do Rio de Janeiro)

José Paulo Netto (Universidade Federal do Rio de Janeiro)

Marco José de Oliveira Duarte (Universidade Federal de Juiz de Fora)

Margarita Helena Rozas Pagaza (Universidad Nacional de La Plata - Argentina)

Maria Carmelita Yazbek (Pontifícia Universidade Católica de São Paulo)

Maria Lúcia Duriguetto (Universidade Federal de Juiz de Fora)

Marilda Villela Iamamoto (Universidade Federal do Rio de Janeiro e Universidade do Estado do Rio de Janeiro)

Miguel Ángel Oliver Perelló (Universitat Illes Balears - Espanha)

Paula Vidal Molina (Universidad de Chile - Chile)

Rodrigo Souza Filho (Universidade Federal de Juiz de Fora)

Vassilis Ioakimidis (University of Essex - Inglaterra)

Projeto Gráfico, Editoração e Capa: Sabrina Binotti Alves

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da UFJF.

Serviço social, política de saúde e conservadorismo [recurso eletrônico]: entre retrocesso e resistências / organizadoras, Adriana Ramos, Letícia Batista Silva, Luciana Gonçalves Pereira de Paula . – Juiz de Fora, MG: Editora UFJF, 2024.
Dados eletrônicos (1 arquivo: 2,1 mb)

ISBN: 978-85-93128-84-4

1. Serviço social. 2. Saúde. 3. Política de saúde. I. Ramos, Adriana. II. Silva, Letícia Batista. III. Paula, Luciana Gonçalves Pereira de. IV. Título.

CDU: 36:613



Rua Isaías Régis de Miranda, 680
Hauer, Curitiba, PR, Brasil
contato@reflexaoacademica.com.br



Campus Universitário, bairro São Pedro
Juiz de Fora, MG, Brasil
editora@ufjf.br / propp@ufjf.br / ufjf.br/editora



Faculdade de Serviço Social
Campus Universitário, bairro São Pedro
Juiz de Fora, MG, Brasil



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	1
CAPÍTULO I CONJUNTURA, RETROCESSOS E DESAFIOS NA DEFESA DE DIREITOS <i>Eblin Farage</i> <i>Fernando Lacerda</i>	3
CAPÍTULO II CRISE CAPITALISTA E IRRACIONALISMO: FUNDAMENTOS DAS EXPRESSÕES CONSERVADORAS E REACIONÁRIAS <i>Letícia Batista Silva</i> <i>Adrianyce Angelica Silva de Sousa</i>	20
CAPÍTULO III POLÍTICAS PÚBLICAS NA DINÂMICA DO CAPITAL MUNDIALIZADO E CONSERVADORISMO - IMPLICAÇÕES PARA O TRABALHO EM SAÚDE <i>Márcia Valéria Morosini</i> <i>Ialê Falleiros Braga</i>	38
CAPÍTULO IV CONJUNTURA DE CONTRARREFORMAS, PROJETOS DE GOVERNO E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS <i>Tathiana Meyre da Silva Gomes</i> <i>Rachel Gouveia Passos</i> <i>Júlia Figueiredo Do Amaral Cruz</i> <i>Thamires Mendes Raposo</i>	64
CAPÍTULO V POLÍTICA DE SAÚDE E RACISMO ESTRUTURAL: UMA POLÍTICA EUGÊNICA NO BRASIL <i>Débora Cristina Lopes Santos</i>	81
CAPÍTULO VI TRABALHO PROFISSIONAL E TENDÊNCIAS CONSERVADORAS: A RELAÇÃO COM O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL <i>Adriana Ramos</i>	99
CAPÍTULO VII FAMÍLIAS E CONSERVADORISMO: ALGUNS DESAFIOS PARA AS/OS ASSISTENTES SOCIAIS INSERIDOS NA POLÍTICA DE SAÚDE <i>Isabella da Paixão Alves</i> <i>Marina Monteiro de Castro e Castro</i>	117
CAPÍTULO VIII TRABALHO COM GRUPOS NA SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: IMPACTOS DA PANDEMIA <i>Alexandra Aparecida Leite Toffanetto Seabra Eiras</i> <i>Luciana Gonçalves Pereira de Paula</i>	134

CAPÍTULO IX

157

LUTAS SOCIAIS EM DEFESA DA SAÚDE: AS RESISTÊNCIAS DA FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE

*Maria Inês Souza Bravo
Juliana Souza Bravo de Menezes*

CAPÍTULO X

176

A UNIVERSIDADE, A EXTENSÃO E A TRANSFORMAÇÃO DA SOCIEDADE: EXPERIÊNCIAS JUNTO AOS MOVIMENTOS SOCIAIS E A LUTA PELA SAÚDE

*Maria Valéria Costa Correia
Maurílio Castro de Matos
Morena Gomes Marques*

CAPÍTULO XI

197

DEBATENDO AS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE SOBRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA NA MIRA ULTRANEOLIBERAL: UMA REFLEXÃO PARA O SERVIÇO SOCIAL

Mary Jane de Oliveira Teixeira

APRESENTAÇÃO

A presente coletânea, intitulada *Serviço Social, Política de Saúde e Conservadorismo: entre retrocessos e resistências*, começou a ser concebida a partir da vontade de refletir, analisar e debater a conjuntura atual, bem como os seus impactos no campo da Política de Saúde e no Serviço Social.

Pensar sobre os elementos que conformam a conjuntura atual significa apreender o amálgama das relações sociais, suas implicações, suas incidências e suas determinações econômicas, sociais e políticas, em meio a uma sociedade regida pela lógica do capital, em um contexto de pós-pandemia.

Esse exercício nos fez, em um primeiro momento, identificar a necessidade de construir reflexões mais densas e profundas sobre um dos elementos que consideramos centrais para a compreensão do momento presente: o conservadorismo e suas atuais configurações.

Identificamos claramente um espalhamento de tendências conservadoras e neoconservadoras em todos os âmbitos da vida social, com ênfase acentuada no primeiro quadrante do século XXI. Essas tendências e os processos concretos desencadeados por elas já estavam presentes em âmbito mundial desde os anos de 1960/70, e mais explicitamente no Brasil, a partir da década de 1990. No entanto, no percurso que viemos trilhando ao longo do ainda inicial século XXI, essas tendências e esses processos ascenderam a um outro patamar, provocando uma série de retrocessos, especialmente sentidos e vivenciados pela classe trabalhadora.

Esse período vem consolidando uma ofensiva generalizada do capital e do Estado contra a classe trabalhadora e contra todos os direitos, conquistados na processualidade histórica e que até então, estavam assegurados a esta. Essa nova configuração em tela tem um dos seus polos centrais localizado no setor financeiro que ganha autonomia por meio das complexas relações de liberação e mundialização dos capitais e do processo produtivo. O cenário posto nos revela a competição intercapitalista, a corrida pelo desenvolvimento tecnológico, a devastação do meio ambiente e a ação destrutiva, em escala mundial, contra a força de trabalho humana, que teve enormes contingentes precarizados ou mesmo relegados à margem do processo produtivo. Em meio a esses processos, ganha destaque o desemprego estrutural e seus rebatimentos imediatos na forma de organização dos trabalhadores, mas se mantém potencializado o processo de acumulação de riquezas.

Todos esses retrocessos se fazem presentes no campo das políticas sociais incidindo em sua fragmentação, precarização, redução sistemática de recursos e desvalorização das profissões que atuam nessas áreas. Assim, vivemos um tempo em que cada vez mais diversos segmentos da classe trabalhadora precisam recorrer às políticas sociais para a manutenção da sua sobrevivência, muitas vezes básica e imediata, mas, por outro lado, essas políticas não conseguem oferecer a esses sujeitos um mínimo de resposta.

Em um contexto de pós-pandemia de COVID-19, identificamos a necessidade de refletir de forma mais séria sobre esses retrocessos que ocorreram, especialmente, no campo da Política de Saúde. E sendo o Serviço Social uma profissão, hoje, reconhecida nesse campo de atuação, percebemos

também a necessidade de articular algumas destas reflexões com o exercício profissional de assistentes sociais.

É desse movimento que nasce a presente coletânea. Da preocupação e da vontade de nos oferecer subsídios teórico-metodológicos que nos permitam compreender as dinâmicas postas no tempo presente para que assim possamos construir a crítica e a resistência a ele. Porque a capacidade de tecer análises críticas sobre a realidade é um processo que só se torna possível quando estamos devidamente abastecidos de um conhecimento prévio que nos permita esse movimento de observação, curiosidade, reflexão e construção do pensamento.

Desse modo, a presente coletânea traz debates sobre a conjuntura, os retrocessos presentes nela e os desafios postos. Discorre sobre a crise do capital e o irracionalismo para nos ajudar a pensar sobre o conservadorismo. Discute os impactos desse conservadorismo no trabalho em saúde. Se preocupa em identificar como os elementos que compõem o conservadorismo atravessam os variados campos da Política de Saúde, pensando o cenário da Saúde Mental, com especial atenção. Apresenta de que forma o racismo estrutural tem se organizado historicamente no campo da saúde, em nosso país. Aborda reflexões sobre as incidências desse conservadorismo no exercício profissional de assistente sociais. E, nesse sentido, lança luzes sobre dois aspectos importantes da atuação profissional de assistentes sociais: o trabalho com famílias e o trabalho com grupos. Por fim, a coletânea destaca o campo das resistências, da luta organizada e das iniciativas coletivas que buscam enfrentar os retrocessos cotidianos vivenciados no campo da Política de Saúde. Por isso, os debates finais se referem à Frente Nacional contra a privatização da saúde; a extensão universitária como potência para o fortalecimento dos movimentos sociais e suas lutas por direitos; e as Conferências de Saúde como espaço propício para a atuação críticas de assistentes sociais.

Sabendo que esses tempos duros não estão com seu fim tão próximo, esperamos que os elementos apresentados por meio desta coletânea possam nos inspirar e nos abastecer de novo folego para que a luta — necessariamente travada por todos nós — possa fazer com que esse fim não esteja assim tão distante.

*Adriana Ramos
Letícia Batista Silva
Luciana Gonçalves Pereira de Paula*

Junho de 2023.

CAPÍTULO I

CONJUNTURA, RETROCESSOS E DESAFIOS NA DEFESA DE DIREITOS

Eblin Farage

Assistente Social, Mestre em Serviço Social pela UFRJ e Doutora em Serviço Social pela UFF. Professora da Escola de Serviço Social e do Programa de Pós-graduação em Serviço Social e Desenvolvimento Regional (PPGSSDR) da UFF. Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Favelas e Espaços Populares (NEPFE) da UFF.

E-mail: farage.eblin@gmail.com

Fernando Lacerda

Fernando Lacerda Júnior. Graduação e doutorado em Psicologia pela PUC-Campinas. Professor associado da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Goiás. Foi membro das diretorias nacionais da Associação Brasileira de Psicologia Política (2015/2016, 2017/2018, 2019/2020) e da Sociedade Brasileira de História da Psicologia (2019-2021). É membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas “Crítica, Insurgência, Subjetividade e Emancipação” (Crise) da Universidade Federal de Goiás.

1. INTRODUÇÃO

O presente artigo, a partir da experiência intelectual militante dos autores, nos termos de Florestan Fernandes, traz reflexões sobre a conjuntura política e social do país, visando contribuir para pensarmos sobre os seus rebatimentos nas áreas de atuação do Serviço Social. Não sendo objeto deste artigo, a profissão, mas tendo como referencial analítico os elementos que circunscrevem o fazer profissional, busca-se um diálogo com dados da realidade que se apresentam como expressões da questão social.

Partindo do método materialista histórico e dialético, e de uma revisão bibliográfica que conjuga autores clássicos e contemporâneos, busca-se desvelar a conjuntura para além do aparente e imediato, considerando a estruturação da sociedade brasileira a partir de sua particularidade: país colonizado, escravocrata por mais de 300 anos, com um capitalismo dependente

que traz as marcas do racismo, machismo, do sexismº e da subalternização violenta da classe trabalhadora pelas elites. Elementos que estruturam a exploração e a apropriação privada da riqueza socialmente produzida dirigidas pela busca incessante por mais lucros.

Como afirmava Marx (2007), para interpretar o mundo, é necessário transformá-lo. É a partir dessa tese que entendemos que compreender os processos, as conquistas e as contradições sociais no âmbito da luta de classes são elementos centrais da análise da conjuntura e das tarefas históricas postas pela realidade.

Nem sempre a realidade em que vivemos nos revela de forma imediata a estrutura social que a origina. Daí que um dos principais desafios que temos, ao pensar na conjuntura, é compreender que as determinações imediatas e aparentes nos indicam apenas alguns elementos do todo, mas não conformam a totalidade. No marxismo, isso é decisivo: “Essa é uma marca de origem. O marxismo não se contenta em ler o real, não se limita à imediaticidade aparente” (Dias, 2005, p. 53). A perspectiva de totalidade do marxismo permite que a análise dos acontecimentos e das relações de forças ultrapasse a mera descrição das questões prementes em uma dada conjuntura. De fato, a análise de conjuntura nessa perspectiva significa analisar o imediato em conexão com tendências e processos mais profundos e estruturais.

Partir do imediato é importante, pois nos ajuda a identificar as questões prementes para a classe trabalhadora e os grupos oprimidos, mas ficar no imediato nos leva a leituras parciais da realidade e nos distancia da compreensão de processos estruturantes que devem ser considerados se buscamos a superação do ordenamento capitalista. O ponto de partida, para uma boa análise de conjuntura, é a base real e material da vida social (Marx, 2007). Não estamos tratando de outra realidade que não a humana! É no mundo concreto de homens e mulheres, seres genéricos, que queremos intervir para construir uma nova sociedade. Uma sociedade marcada pela emancipação humana, na qual a produção parte de necessidades humanas e não do lucro, só é possível somente pelo controle consciente e coletivo dos seres humanos sobre a produção, a distribuição e o consumo. Somente assim, criam-se as condições necessárias para uma relação equilibrada com a natureza (Marx, 2004). Assim, além desta introdução sobre as contribuições de Marx para a análise de

conjuntura, o capítulo apresenta uma análise dos elementos da conjuntura internacional que são centrais para a compreensão da conjuntura nacional, eivada de contradições e de constituição de uma sociabilidade violenta enquanto forma contemporânea de gestar o desenvolvimento capitalista dependente. Terminamos com algumas reflexões que buscam instigar a leitura da realidade, tendo em vista a necessária e urgente superação da sociabilidade violenta do capital.

2. ELEMENTOS DA CONJUNTURA INTERNACIONAL QUE REVERBERAM NA PARTICULARIDADE BRASILEIRA

2.1 Um pouco de história: da crise estrutural à ofensiva neoliberal

O aprofundamento da violência no capitalismo dependente, hoje, emana da chamada “Grande Recessão” do capitalismo iniciada entre 2007-2008. A crise atual não é temporária, mas duradoura, mundial e abrange todas as esferas da vida social. Essa nova dinâmica do capital resultou de processos que estão em curso desde os anos 1970, quando começou a crise estrutural do capitalismo mundial (Mészáros, 2009).

Após o final da Segunda Guerra Mundial, começou o que Hobsbawm (1994) chamou de “Era de Ouro” do capitalismo mundial. Nesse período, que durou aproximadamente três décadas, houve um surto de crescimento econômico e altas taxas de lucro alimentado por aceleradas transformações tecnológicas e pelo incremento das intervenções do Estado. De fato, houve uma onda longa de expansão econômica em que as crises inerentes às sociedades capitalistas tiveram seus impactos sociais reduzidos. Isto abriu espaço para a ilusão de que o taylorismo-fordismo, o keynesianismo e as mudanças tecnológicas seriam capazes de garantir uma produção em larga escala que encontraria um mercado em expansão infinita (Mandel, 1982).

Porém, após o contágio de uma recessão detonada pela alta dos preços do petróleo entre 1974 e 1975, surgiu uma crise que, explicitando velhas contradições do capitalismo, resultou em drástica redução das taxas de lucros, estagnação do crescimento e dificuldades para o reestabelecimento dos padrões de anteriores de acumulação. Frente a essa situação, a burguesia em nível mundial organizaram uma série de medidas para reverter a queda das taxas de

crescimento dos Estados nacionais e das taxas de lucro dos monopólios (Mandel, 1990).

A partir da elevação da produtividade e das mudanças tecnológicas acumuladas no período anterior, o capital tentou resolver a crise, a partir de meados da década de 1970, inaugurando uma grande ofensiva contra a classe trabalhadora e suas formas tradicionais de organização em sindicatos. É nesse período que começa o processo de reestruturação produtiva que impôs a acumulação flexível¹. No plano político-ideológico, a principal mudança se deu com a articulação da ofensiva neoliberal² em nível mundial (Anderson, 1995; Harvey, 2011).

Enquanto a reestruturação produtiva intensificava a exploração, e o neoliberalismo eliminava toda barreira extraeconômica para a livre movimentação mercantil, houve um aprofundamento, sem precedentes, do processo de financeirização do capital em escala mundial. O resultado imediato da reestruturação produtiva e do neoliberalismo foi a manutenção de níveis existentes de acumulação e lucro, apesar da redução da capacidade de consumo real necessária para a valorização do capital (Tonelo, 2021).

Com exposto, nota-se que a entrada do capital em um período de crise estrutural significou: (a) ampliação da dimensão destrutiva do capital; (b) bancarrota de todas as tentativas de controlar ou impor limites à expansão do capital. Por isto, tanto as experiências reformistas de Estado de Bem-Estar Social, lideradas por partidos social-democratas, quanto as experiências de

¹ Antunes (2000) oferece um didático sumário das principais características da acumulação flexível: (1) redução gradual da gestão da força de trabalho estável e manual, tal como existiu sob o modelo taylorista-fordista; (2) aumento agudo de formas de subproletarização ou de empregos instáveis, parciais e/ou temporários; (3) aumento significativo do emprego precarizado da força de trabalho feminina; (4) aumento de empregos mal pagos especialmente no setor de serviços; (5) exclusão de jovens e “velhos” trabalhadores do mercado de trabalho; (6) restituição de formas brutalizadas de exploração de trabalho imigrante, infantil ou até mesmo escravo, principalmente em regiões específicas da América Latina e da Ásia; (7) aumento explosivo do desemprego estrutural (o chamado exército de reserva); (8) expansão do chamado trabalho social combinado mediante um complexo processo de fragmentação, complexificação e heterogeneização da força de trabalho; (9) apropriação pelo capital dos conhecimentos e das habilidades dos trabalhadores criando formas profundamente manipulatórias de alienação do trabalho, como o chamado toyotismo, os círculos de controle de qualidade etc.

² A doutrina neoliberal parte da tese de que o ser humano é essencialmente competitivo, possessivo e calculista e a sociedade é apenas meio para o indivíduo realizar seus fins privados. Por isso, desigualdade e livre mercado são forças básicas para o desenvolvimento econômico. Por isso, combater toda função democrática do Estado, flexibilizar medidas político-econômicas para favorecer a livre circulação de capital e reduzir ao “mínimo” ou privatizar os serviços públicos se tornaram prioridades dos governos que aplicaram o receituário neoliberal (Anderson, 1995; Harvey, 2011).

“socialismo realmente existente”, dirigidas por ditaduras de Partidos Comunistas, passaram a ruir e, gradativamente, a se adaptar ao receituário neoliberal. Esse processo alcançou seu clímax com a Queda do Muro de Berlim em 1989, fato histórico que representou simbolicamente o fim da União Soviética e a gradativa adaptação e submissão de governos de partidos reformistas de esquerda na Europa aos preceitos do neoliberalismo (Mészáros, 2009). Nesse cenário, a devastação do mundo do trabalho foi avassaladora:

As principais resultantes desse processo foram desde logo evidenciadas: deu-se uma ampliação descomunal de novas (e velhas) modalidades de (super)exploração do trabalho, *desigualmente impostas e globalmente combinadas* pela nova divisão internacional do trabalho na era dos impérios. Para tanto, foi preciso que a *contrarrevolução burguesa de amplitude global* exercitasse sua outra finalidade precípua, qual seja, a de tentar destruir a medula da classe trabalhadora, seus laços de solidariedade e consciência de classe, procurando recompor sua nova dominação *em todas as esferas da vida societal* (Antunes, 2020, p. 288).

No contexto de desmantelamento das organizações sindicais, restauração do capitalismo no leste europeu, aprofundamento de processos de exploração, crescimento do desemprego e derrotas das tentativas de transformação global da sociedade, os movimentos tradicionais da classe trabalhadora perderam enorme espaço e força em nível mundial. Por isso, apesar dos níveis crescentes de desigualdade e exploração em todo o mundo, a nova dinâmica reprodutiva do capital não encontrou forças sistêmicas de oposição. As lutas de resistência quase sempre eram defensivas, isto é, não serviam para conquistar direitos, mas para reduzir os danos impostos pela ofensiva neoliberal (Antunes, 2020; Tonelo, 2021).

2.2 Neoliberalismo na América Latina: da resistência à conciliação de classes

A ofensiva neoliberal na América Latina ampliou a desigualdade social, mas não se deu sem intensificação dos antagonismos sociais. Nos anos 1990, a agenda neoliberal foi adotada pelos primeiros governos “democráticos” da América Latina. A resistência não foi pequena, ocorreram diversas mobilizações, sua implementação enfrentou inúmeras e inspiradoras lutas indígenas,

camponesas, populares, estudantis e operárias contra a devastação neoliberal (Antunes, 2000; Coggiola, 2019)³.

As lutas no cenário latino-americano, além de terem barrados algumas contrarreformas neoliberais foram canalizadas politicamente por partidos de centro-esquerda que iniciaram uma onda de governos “progressistas” no início dos anos 2000. O chamado “progressismo latino-americano”, que tem na vitória eleitoral de Lula e do PT em 2002 um marco decisivo, produziu governos de conciliação de classes que realizavam concessões à classe trabalhadora por meio de programas sociais compensatórios, ao mesmo tempo em que realizavam contrarreformas neoliberais que aprofundavam a dependência latino-americana e, portanto, deixavam a região mais vulnerável para enfrentar as consequências da Grande Recessão de 2008/2009. Este é o cenário de fundo que preparou uma conjuntura marcada por ataques contra liberdades democráticas, de retirada de direitos e ampliação da violência na sociabilidade do capital.

2.3 A Grande Recessão e uma era de desordem capitalista

A “Grande Recessão” foi “expressão da falência da dinâmica de acumulação do capital internacional durante quase três décadas, período conhecido como neoliberalismo” (Tonelo, 2021, p. 17). Em outras palavras, as recentes mudanças políticas, econômicas e sociais do capitalismo contemporâneo são parte de uma profunda crise econômica iniciada em 2008. Segundo a periodização proposta por Tonelo (2021), pode-se identificar quatro momentos importantes da Grande Recessão:

(1) Início da recessão com a queda abrupta na economia mundial entre 2007-2009: após o estouro da bolha imobiliária no mercado financeiro dos EUA⁴,

³ Nas palavras de Coggiola (2019, p. 79): “Durante o verão de 2000, houve uma ampla onda de lutas operárias, camponesas, indígenas e populares, com epicentro na convulsionada região andina, mas que abarcou outros países: Costa Rica, Paraguai, Argentina. Uma onda de convulsões políticas e mobilização social começou a se estender: o levante indígena em Equador; a greve geral de março de 2001 na Colômbia; a incessante agitação na Bolívia; a polarização política e social na Venezuela; a agonia do governo e a massiva mobilização camponesa no Paraguai”.

⁴ Como afirmado anteriormente, a partir de Mandel (2000), o processo de financeirização do capital possibilita a realização de taxas de lucro sem aumento real do poder de consumo da classe trabalhadora por meio da utilização do acesso ao crédito. No entanto, essa medida, ainda que alivie no nível imediato os efeitos das crises capitalista, no médio e no longo prazo, o

houve quebra de bancos e falência de grandes empresas e rebatimentos, queda do PIB em nível mundial provocado pelos reflexos da crise em toda a Europa. A crise foi, inicialmente, respondida com a utilização de bilhões de dólares provenientes de Bancos Centrais dos EUA e Europa para salvar empresários e banqueiros e com o crescimento do protagonismo da economia chinesa no cenário internacional;

(2) Implementação de planos de austeridade entre 2010-2011: governos capitalistas em todo o mundo implementaram planos de austeridade e ajuste fiscal que, para aprofundar o processo de saque dos cofres públicos, retiravam direitos, privatizavam serviços públicos, elevavam taxas sobre bens básicos (em especial recursos naturais) e facilitavam formas avançadas de exploração da classe trabalhadora;

(3) Estancamento no crescimento e na produtividade mundiais e chegada da crise nos países emergentes entre 2012-2015: período em que ficou evidente que a crise seria de longo prazo e generalizada, pois, de um lado, as taxas de crescimento econômico continuaram pequenas (jamais ultrapassando o nível dos 2,8%) enquanto cresciam a concentração de capital e os índices de desigualdade e pobreza em todo o mundo; e, por outro lado, a crise arrebatou os chamados países emergentes (o que inclui a América Latina e os chamados BRICS: Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul);

(4) Início de uma nova dinâmica capitalista mundial a partir de 2016: que tem como marco a eleição de Donald Trump, um político de extrema direita na maior potência capitalista do mundo em 2016, indicando o aprofundamento da polarização social, do tensionamento das relações interimperialistas, e da emergência da extrema direita como agente importante para efetivar os ataques do capital contra a classe trabalhadora.

Certamente, a pandemia de Covid-19 apenas agravou todos os processos destrutivos em curso desde a detonação da crise de 2008. Se desde os anos

crescente endividamento das famílias prepara as condições para crises mais intensas e explosivas. Este foi precisamente o caso da crise imobiliária nos EUA: “A situação de 2008 foi desencadeada a partir da inadimplência cada vez maior dos *subprimes*, que, em termos gerais, desenvolveu-se de acordo com o seguinte processo: ao não serem efetuados os pagamentos das hipotecas, o banco retirava a casa das famílias e a colocava à venda. Uma vez que o processo de desencadeava em uma escala crescente, o efeito concreto foi o aumento de casas à venda, o que levou necessariamente à queda cada vez mais abrupta do interesse dos investidores na compra de novas hipotecas” (Tonelo, 2021, p. 24).

1970, a resposta do capital à sua crise estrutural tem sido a devastação da classe trabalhadora e a destruição da natureza, com a pandemia, a situação piorou ainda mais. Segundo Antunes (2022), a pandemia foi uma grande oportunidade para aprofundar modalidades avançadas de exploração por meio do teletrabalho e do home office, assim como para intensificar as divisões sociossexual e racial do trabalho.

Em resumo, abriu-se uma nova era de desordem do capital, marcada por profunda instabilidade econômica, grande volatilidade política e profunda crise social. Nesse novo período, os rebatimentos da crise de 2008 sobre a nossa realidade podem ser identificados por, pelo menos, três tendências: (1) uma nova ofensiva imperialista na América Latina; (2) um processo de aguçamento das lutas de classes que se manifesta pela polarização social e emergência da extrema direita; (3) e o aprofundamento da barbárie.

Os ataques realizados por governos de conciliação de classes provocaram um reaquecimento das lutas de classes. Certamente, o exemplo mais significativo é o Brasil. As Jornadas de Junho de 2013 foram um ponto de inflexão na conjuntura: manifestações massivas por todo o país, mostraram que os governos petistas e a direita moderada tinham perdido sua capacidade de pacificação da classe trabalhadora e revelavam o aguçamento das lutas de classes (Coggiola, 2019).

O desgaste dos governos de conciliação de classes indicava a magnitude do processo de polarização social, no qual a tática de conciliação de classes perdia espaço por não conseguir mais equilibrar concessões para o trabalho, enquanto priorizava a agenda do capital. Isto ocorreu em diferentes países em que governos de conciliação de classes foram derrotados em disputas eleitorais: na Argentina, Macri venceu em 2015; no Peru, Kuczynski derrotou a centro-esquerda em 2016; no Chile, Piñera foi eleito em 2017; etc. No Brasil, o golpe de 2016 colocou no poder Michel Temer, um tradicional político de direita responsável por realizar, de maneira acelerada e intensa, privatizações e uma agressiva contrarreforma trabalhista.

A polarização social ficou ainda mais evidente com o crescimento do protagonismo de figuras e forças políticas da extrema direita. Como resposta ao aguçamento das lutas de classes e expressando a natureza destrutiva e regressiva do capital no atual momento histórico, a extrema direita ressurgiu em

todo o mundo. O obscurantismo, o fundamentalismo e o militarismo que caracterizam a extrema direita não são fenômenos extraordinários, mas o “novo normal” do capitalismo contemporâneo. Por exemplo, a crescente militarização do tratamento da “questão social” que é defendida por Bolsonaro e outras figuras da extrema direita no mundo expressa tão somente a resposta mais efetiva, do ponto de vista do capital, para preservar uma ordem social dividida em classes sociais que enfrentam antagonismos cada vez mais agudos.

3. A PARTICULARIDADE BRASILEIRA NA ATUAL QUADRA HISTÓRICA

Queremos centrar nossa análise da particularidade brasileira nessa quadra histórica, como uma formação estruturada a partir de um passado colonial e escravocrata e, também, pela subordinação ao capitalismo internacional. A lembrança do colonialismo não é fortuita, pois, como afirmava o intelectual, professor e militante negro e comunista nascido na Martinica, Aimé Césaire (2020, p. 11): “da colonização à civilização, a distância é infinita; que, de todas as expedições coloniais acumuladas, de todos os estatutos coloniais elaborados, de todas as circulares ministeriais despachadas, não sobraria um único valor humano”.

No Brasil da última década, ficaram visíveis os grilhões da colonização e como estão entranhados na cultura. O entulho autoritário é anterior à ditadura empresarial-militar, pois tem origem na colonização branca e escravocrata que, há mais de 500 anos, vem dizimando populações indígenas, seja pela escravização, seja por transmissão de doenças, assassinato, fome, contaminação das águas, garimpo ilegal em terras demarcadas, expropriação de territórios ou negação de serviços médicos e assistenciais.

As marcas da colonização foram potencializadas pelo autoritarismo da ditadura empresarial-militar das experiências devastadoras do fascismo na Europa, as quais se articularam à “moda brasileira” pela simbiose entre fundamentalismo religioso, militarização da vida e negação da ciência. Tal processo indica que a conjuntura brasileira transita para uma forma de sociabilidade atravessada pela violência.

Certamente, a crescente presença da violência em nossa sociabilidade é o resultado imediato da reestruturação produtiva em uma formação social

capitalista dependente. O mundo do trabalho, base material de todo análise materialista e histórica da sociabilidade capitalista, hoje é pautado pelo chamado capitalismo de plataforma, a indústria 4.0, a subsunção real do ser humano à máquina e à tecnologia, assim como tende a invisibilizar a classe trabalhadora, considerando trabalhadoras e trabalhadores cada vez mais descartáveis (Antunes, 2020; 2022).

Ao mesmo tempo em que a desertificação neoliberal contribuiu para ampliar desigualdades sociais (Antunes, 2020), o ataque aos serviços públicos nos últimos anos ganhou novas tonalidades. Com o apoio da grande mídia, pouco a pouco se construiu no imaginário social a ideia de que as políticas públicas não funcionam e que isso acontece porque os servidores públicos são “preguiçosos”, “privilegiados” e têm estabilidade. Não por acaso, o ministro da economia do governo de Bolsonaro, Paulo Guedes, em reunião ministerial, indicou que era necessário “colocar a granada no bolso do funcionalismo público”⁵. Servidores públicos, em sua maioria, estão em contato diário com a população em escolas, universidades, institutos federais, postos de saúde, centros de referência de assistência social, hospitais, agências do INSS, na receita federal, realizando estudos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ou pesquisas em universidades e institutos. Em outras palavras, o desmonte dos serviços públicos, em uma conjuntura de agravamento da crise econômica, amplia as desigualdades e amplia processos de precarização, terceirização, subemprego, superexploração, redução de salários e aumento do desemprego.

O resultado imediato na nossa conjuntura foi a generalização e intensificação da exploração e opressão, mazelas inerentes ao sistema do

⁵ A presente declaração era uma defesa de uma das maiores tentativas de refuncionalização do Estado e dos serviços públicos no Brasil: a realização de uma contrarreforma administrativa pelo governo Bolsonaro por meio da aprovação da Proposta de Emenda à Constituição (PEC) nº 32/2020. Essa PEC, aliando antigas propostas que passaram inclusive pelos governos de conciliação de classe do Partido dos Trabalhadores (PT), é a expressão das orientações dos organismos internacionais para os países de capitalismo periférico e dependente como o Brasil. Explicita o lugar subalternizado que querem dar ao Brasil na economia mundial, e ao mesmo tempo, o lugar designado à população. Mesmo não tendo sido aprovada, permanece como elemento conjuntural que requer nossa atenção. Assim como permanece o desafio de revogação da Emenda Constitucional nº 95 que instituiu o teto de gastos para as políticas públicas e sociais. Sua revogação, assim como a recomposição orçamentária para o desenvolvimento adequado para as políticas públicas e sociais, é um elemento central da luta política conjuntural, como condição para a melhoria das condições de vida da classe trabalhadora.

capital, configurando um “sociometabolismo da barbárie” (Alves, 2011) ou um “sistema de metabolismo antissocial do capital” (Antunes, 2022). Nesse processo, fome, pobreza absoluta e morte por doenças infectocontagiosas voltaram a crescer descontroladamente. Contingentes populacionais cada vez maiores da classe trabalhadora e a juventude se tornam cada vez mais descartáveis. Tudo piora em uma formação social capitalista dependente, em que pessoas negras, pessoas LGBTQIA+, mulheres e populações indígenas sofrem de forma ainda mais intensa os impactos da crise e isto fica evidente no caso brasileiro.

As reflexões de Silva (2008) contribuem para a compreensão da generalização de um certo tipo de sociabilidade, denominada “sociabilidade violenta”. Segundo o autor: “a característica mais essencial da sociabilidade violenta como [é] a transformação da força, de meio de obtenção de interesses, no próprio princípio de coordenação das ações” (Silva, 2008, p. 41). Interessante identificar, assim como Silva (2008), que os grupos criminosos armados não se organizam a partir de conceitos de honra, amizade, etc. e esta é, também, a tônica dos grupos de extrema direita e neofascistas, que se organizam no Brasil e em outras partes do mundo. O que os une, pelo menos aqui no Brasil, além do ódio, é a necessidade de subordinação, pela força e/ou pelo medo, de todos aqueles e aquelas que ousam questionar a “tradição” colonialista e, portanto, também a exploração do homem sobre o homem na busca incessante pelos lucros.

Nesse sentido, é preciso considerar o papel de figuras como Jair Bolsonaro, para além do indivíduo isolado e compreendendo que manifesta um movimento político mais amplo e organizado. Assim, Behring (2019, p. 224) diferencia Bolsonaro do bolsonarismo:

O bolsonarismo expressa no Brasil um projeto de extrema-direita com traços de fascismo que encontra parceiros e eco no mundo (articulações com Steve Bannon e outros), e está deixando marcas destrutivas, indeléveis e cada vez mais profundas na medida em que o tempo segue seu curso e são implementadas suas medidas reais – formais e informais.

Em sentido semelhante, Coggiola (2019, p. 240) caracteriza o governo de Bolsonaro demonstrando sua relação com sujeitos políticos decisivos do capitalismo no Brasil.

O resultado foi um governo semibonapartista, apoiado pelo capital financeiro internacional, com uma componente fascista, dominada pelo alto comando militar, que visa destruir os direitos civis e sociais, pôr a educação sob o comando da reação evangélica e clerical, combater a oposição política com métodos violentos e destruir o movimento dos trabalhadores.

A emergência da extrema direita é, também, manifestação do aprofundamento da barbárie apontada anteriormente como uma das tendências fundamentais da nova dinâmica capitalista mundial. A emergência da extrema direita coincide com o aumento no número de feminicídios, na permanência e intensificação do genocídio da população negra e na piora significativa das condições de vida das pessoas LGBTQIA+. Recentemente, a tragédia humanitária dos povos Yanomami demonstrou de maneira didaticamente brutal a profundidade da destruição capitalista intensificada pela extrema direita.

Vivenciamos, no Brasil, uma “guerra” contra negros e negras, mulheres, LGBTQIA+, ribeirinhos, quilombolas, povos indígenas e tradicionais, moradores de periferias, pessoas com deficiência. Estes são considerados pela extrema direita — conformada, majoritariamente, por homens brancos de uma opulenta elite — os “inimigos internos” que causam as mazelas do país.

A intolerância se expressa de diferentes formas no cotidiano da sociabilidade violenta e é intensificada pelas políticas implementadas pela extrema direita. Foi durante a presidência de Jair Bolsonaro, entre 2019 e 2022, que ocorreram: ampliação do número de armas de fogo; crescimento dos grupos nazistas pelo Brasil; aumento da incidência de feminicídios e diferentes formas de violência contra mulheres; multiplicação do assassinato de ativistas defensores de direitos humanos; aprofundamento da banalização da vida de negros e negras, independentemente de estarem ou não em periferias.

A reorganização das “direitas” no Brasil e no mundo está associada com o incentivo ao ódio e, como afirma Demier (2016), da aversão ao “cheiro de povo”. Aproveitando o esgotamento do projeto de conciliação de classes e a fragmentação das organizações dos trabalhadores, a reorganização da extrema direita vem alimentando pautas antidemocráticas e/ ou reacionárias que se ancoram na ideia do mercado como força reguladora das relações sociais, no fundamentalismo religioso e no anticomunismo militante que, a partir de uma

definição genérica e abstrata (é comunismo qualquer coisa que a extrema direita considera como problema), vê o seu espectro rondando em todo o mundo.

Segundo Iasi (2015), o conservadorismo que se apresenta na ação política de direita hoje não é algo do passado que se apresenta anacronicamente no cenário de uma democracia, nem algo novo que brota do nada. O conservadorismo, nas suas dimensões política, cultural e econômica, sempre esteve ao lado da burguesia⁶ e das elites como elemento importante para garantir sua hegemonia. Porém, em cada período histórico, apresenta-se de forma distinta, com nuances diferentes, mas sempre referendando o *status quo*.

O tratamento das diferentes formas de violência ainda parece ocupar um lugar secundário nos estudos e nos debates sobre conjuntura. Como se por todos os cantos, em diferentes medidas, houvesse uma certa banalização da violência ou, o que nos parece mais apropriado, uma certa banalização da vida das vítimas de violência em um país estruturalmente desigual. A questão é que a violência estranhada apenas por alguns estudiosos, como Arendt (2022), ao se tornar uma forma de ser, naturaliza a invisibilização do “outro”, subalternizado por sua condição de classe, raça, gênero ou identidade sexual. Para Arendt (2022, p. 22):

Ninguém que se tenha dedicado a pensar a história e a política pode permanecer alheio ao enorme papel que a violência sempre desempenhou nos negócios humanos, e, à primeira vista, é surpreendente que a violência tenha sido raramente escolhida como objeto de consideração especial. [...] Isso indica quanto a violência e sua arbitrariedade foram consideradas corriqueiras e, portanto, negligenciadas; ninguém questiona ou examina o que é óbvio para todos.

Nesse processo de uma certa naturalização das formas de violência, como afirmava a escritora Marina Colasanti “a gente se acostuma a abrir o jornal e a ler sobre a guerra. E, aceitando a guerra, aceita os mortos e que haja números para os mortos”⁷. A banalidade da violência e da morte foi indicada por Hobsbawm (1994) como uma das características marcantes da “Era dos Extremos” e podemos afirmar que ela se agravou na crise atual. São inúmeros

⁶ Netto (2011) oferece as bases para a caracterização do conservadorismo clássico e, em sua contribuição, destaca que o pensamento conservador, a partir de 1848 e do abandono de qualquer projeto revolucionário pela burguesia, passa a ser marcado pelo repúdio a qualquer possibilidade de revolução progressiva e a qualquer coisa que emana do proletariado e seu projeto societário.

⁷ Colasanti, Marina. Crônica Eu sei mas não devia, publicado no Jornal do Brasil em 1972.

os números e as qualidades das guerras hoje: guerras mundiais ou que acontecem em partes específicas do mundo (como a recente guerra da Rússia contra a Ucrânia, que já passa de um ano); guerras entre facções e milícias que disputam espaços nas favelas do Brasil; guerras urbanas que exterminam jovens negros e negras; ou, ainda, formas contemporâneas de extermínio, como o genocídio provocado pelo negacionismo liderado pelo presidente da república diante a pandemia do coronavírus no Brasil ou o genocídio dos povos Yanomami.

Nesse contexto, revitaliza-se o pacto da branquitude. Esta, segundo Bento (2022, p. 18): “possui um componente narcísico, de autopreservação, como se o ‘diferente’ ameaçasse o ‘normal’, o ‘universal’. Esse sentimento de ameaça e medo está na essência do preconceito, da representação que é feita do outro e da forma como reagimos a ele”. Essa sociabilidade violenta tende a se reproduzir como uma espiral cuja forma e estrutura se autonomiza e se solidifica a partir da base material de uma sociedade em profundo processo de transformação.

A sociabilidade violenta é o produto necessário das transformações do mundo do trabalho impostas pela nova fase do desenvolvimento capitalista e pela reformulação da intervenção do Estado no neoliberalismo, marcada por refuncionalização dos serviços públicos e desinvestimento em políticas públicas.

Se, por um lado, os fatores destacados aqui não esgotam a compreensão da realidade com suas contradições e potencialidades, por outro são centrais para qualquer tentativa de superação da sociabilidade capitalista no Brasil hoje. Compreender as profundezas dessas relações desiguais é uma das chaves para construir processos que impulsionem a superação de um ordenamento social que explora o ser humano, desumaniza as relações sociais e coisifica sujeitos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Basear-se em um método para analisar a realidade social, que parte da realidade material e concreta, ou seja, das relações sociais, já impõe uma importante diferenciação com o método dos idealistas clássicos. Marx (2007) opõe-se ao idealismo e à lógica formal, ao afirmar que “o modo de produção da vida material condiciona o processo de vida social, política e intelectual” (Marx, 2007.p. 45), ou seja, não são as ideias que movem o mundo, mas sim as

relações sociais materiais de existência e de produção intrinsecamente ligadas entre si.

A compreensão de que a base material da sociedade é o nosso ponto de partida, ou seja, a existência humana e suas necessidades, coloca um primeiro elemento central para os processos de análise da conjuntura, que é o desafio de compreensão da totalidade da vida social a partir do real. Como afirma Marx (2007), partimos da base material, a qual deve ser compreendida em sua processualidade e historicidade porque a história não está pronta e acabada, mas em permanente movimento, “o próprio capital é a contradição em processo” (Marx, 2011, p. 588).

Em um período de crise do capitalismo, a combinação entre arcaico e moderno ganha contornos dramáticos. Em boa parte de nossa história recente, vimos que a luta de classes produziu mediações para que seja garantida a sobrevivência da classe trabalhadora. Desse processo, fazem parte as conquistas no âmbito das políticas públicas e sociais, as quais, mesmo dentro da ordem capitalista, são uma expressão dos tensionamentos entre as classes: de um lado, contribuem para a reprodução material da classe trabalhadora, por outro guardam a contradição de também contribuir para o processo de apassivamento ao estabelecido pelo ordenamento da sociabilidade capitalista.

Com o aprofundamento da crise capitalista, a retirada de direitos tem indicado um aprofundamento do processo de “devastação do trabalho” no século XXI que vem sendo realizado e produzindo uma crescente polarização social, algumas vezes resultando em desastrosas experiências dirigidas pela extrema direita, tal como ocorreu nos anos recentes no Brasil. Compreender esses processos exige compreender a natureza, as raízes e a direção da crise atual.

REFERÊNCIAS

ALVES, G. **Trabalho e subjetividade:** o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório. São Paulo, Boitempo, 2011.

ANTUNES, R. **Capitalismo pandêmico.** São Paulo: Boitempo, 2022.

ANTUNES, R. **O Privilégio da Servidão:** o novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo, Editora Boitempo, 2020. 2^a Edição.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho:** ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2000. 3^a Edição.

ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (Orgs.), **Pós-neoliberalismo:** as políticas sociais e o estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000. 5^a edição. p. 9-23.

ARENDT, H. **Sobre a Violência.** Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2022. 15^a Edição.

BEHRING, E. (2020). Devastação e urgência. In: CISLAGHI, Juliana Fiuza; DEMIER, Felipe (Orgs.), **O neofascismo no poder (ano 1):** análises críticas sobre o governo Bolsonaro. Rio de Janeiro: Consequência, 2020. p. 223-237.

BENTO, C. **O Pacto da Branquitude.** São Paulo: Editora Companhia das Letras, 2022.

CÉSAIRE, A. **Discurso sobre o colonialismo.** São Paulo: Editora Veneta, 2020.

COGGIOLA, O. **De FHC a Bolsonaro:** Elementos para uma História Econômico-política do Brasil. São Paulo: Ed. LiberArs, 2019.

DEMIER, F.; HOEVELER, R. (Orgs.). **A onda conservadora:** ensaios sobre os atuais tempos sombrios no Brasil. Rio de Janeiro: Mauad X, 2016.

DIAS, E. Sobre o marxismo no capitalismo contemporâneo. In: ABRANTES, Angelo Antonio; SILVA, Nilma Renildes; MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira (Orgs.). **Método histórico-social na Psicologia Social.** Petrópolis: Vozes, 2005. p. 52-60.

HARVEY, D. **O neoliberalismo:** história e implicações (Trad. A. Sobral e M. S. Gonçalves). São Paulo: Loyola, 2011.

HOBSBAWM, E. **Era dos extremos:** O breve século XX, 1914-1991 (Trad. M. Santarrita). São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil** – Esboço de uma interpretação histórico metodológica. São Paulo: Editora Cortez, 1995.

IASI, M. **De onde vem o conservadorismo?** Disponível em <https://blogdabotempo.com.br/2015/04/15/de-onde-vem-o-conservadorismo>. Publicado em 15/04/2015.

MANDEL, E. **O capitalismo tardio**. Trad. C. E. S. Matos, R. C. Andrade e D. A. Azevedo). São Paulo: Abril Cultural, 1982.

MANDEL, Ernest. *A crise do capital*: Os fatos e sua interpretação marxista (Trad. J. Guimarães e J. M. Borges). São Paulo: Ensaio, 1990.

MARX, K. **Contribuição à Crítica da Economia Política**. São Paulo: Editora Expressão Popular, 2007.

MARX, K. **Manuscritos econômico-filosóficos** (Trad. J. Ranieri). São Paulo: Boitempo, 1844/2004.

MÉSZÁROS, I. **A crise estrutural do capital** (Trad. F. R. Cornejo e outros). São Paulo: Boitempo, 2009.

NETTO, L. S. **O conservadorismo clássico**: elementos de caracterização e crítica. São Paulo: Cortez, 2011.

SILVA, L. A. M. Violência urbana, sociabilidade violenta e agenda pública. In: SILVA, Luiz Antonio Machado da (Org) **Vida Sob Cerco**: violência e rotina nas favelas do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 2008. p.35-45.

TONELO, I. **No entanto ela se move**: a crise de 2008 e a nova dinâmica do capitalismo. São Paulo: Boitempo, 2019.

CAPÍTULO II

CRISE CAPITALISTA E IRRACIONALISMO: FUNDAMENTOS DAS EXPRESSÕES CONSERVADORAS E REACIONÁRIAS

Letícia Batista Silva

Assistente Social. Doutora em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Pesquisadora em Saúde Pública da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz) e docente do Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde. Também é docente do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense (UFF/Niterói). Membro Pesquisadora do Núcleo Interinstitucional de Estudos e Pesquisas sobre Teoria Social, Trabalho e Serviço Social – NUTSS. Também pesquisadora do Núcleo de Estudos em Democratização e Sociabilidades na Saúde – NEDSS, da Fundação Oswaldo Cruz.

E-mail: leticiabatista@gmail.com

Adrianyce Angelica Silva de Sousa

Assistente Social. Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ. Pós-Doutora pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP. Docente do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-graduação em Serviço Social e Desenvolvimento Regional da Escola de Serviço Social da UFF/Niterói. Coordenadora do Núcleo Interinstitucional de Estudos e Pesquisas sobre Teoria Social, Trabalho e Serviço Social NUTSS/UFF da Escola de Serviço Social – UFF/Niterói.

E-mail: adrianyce@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

Estranhem o que não for estranho. Tomem por inexplicável o habitual. Sintam-se perplexos ante o cotidiano. Tratem de achar um remédio para o abuso. Mas não se esqueçam de que o abuso é sempre a regra.

(Berlott Brecht – A exceção e a regra)

Na dinâmica capitalista mundial, ganhou audiência nos meios de comunicação, jornais e redes sociais, processos associados aos avanços da extrema direita. Como destacado por Lowy, há uma ascensão inquietante “de governos de extrema direita, autoritários e reacionários, em alguns casos com traços neofascistas: Shinzo Abe (Japão), Modi (Índia), Trump (USA), Orban

(Hungria) e Bolsonaro (Brasil)" (Löwy, 2020), como exemplos mais conhecidos, tendo, inclusive, em comum, o fato de terem reagido de forma negacionista ao perigo representado pela pandemia por SARS-COVID-19.

Nesse processo, há um aumento significativo da produção que, buscando compreender esses fenômenos, vem dedicando reflexões em torno do conservadorismo, reacionarismo, fascismo/neofascismo a partir de uma discussão epistemológica. Contudo, como sinaliza Lukács,

a história da filosofia, assim como a da arte e da literatura, não é - como acreditam os historiadores burgueses - simplesmente a história das ideias filosóficas ou das personalidades que as sustentam. É o desenvolvimento das forças produtivas, o desenvolvimento social, o desenvolvimento da luta de classes que coloca problemas à filosofia e que assinala os caminhos para a sua solução (Lukács, 1968, p.03).

Nesses termos, sem desconsiderar a relevância das produções existentes, e, valendo-se delas, no presente capítulo, enfocamos que, tanto o fascismo/neofascismo, o conservadorismo e o reacionarismo são produtos de processos histórico-sociais, e, por isso, para análise da contemporaneidade, consideramos importante retomar o elemento histórico social que reputamos como seu fundamento, qual seja: entendendo-os como processos desencadeados pelo ciclo de crise estrutural⁸ do capital — que determina sua lógica, essência, totalidade, mediações e contradições —, e que tem como grande e amplo campo de sustentação ideológica o irracionalismo, para explicar a dinâmica geral do processo. E que as nuances, ênfases e aprofundamentos desse fundamento assumirão, a nosso ver, a forma histórica particular pela qual o capitalismo se desenvolveu na periferia. Nesse sentido, seguimos a pista de Santos, para a qual

[...] nas atuais condições, de crise econômica profunda e da aparente incapacidade de recuperação da acumulação de anos anteriores por meios das formas e arranjos políticos "convencionais", coloca-se para o capital a exigência da aplicação de um ajuste estrutural tão atroz que parece só poder se efetivar por meio de um novo regime político, cada vez menos democrático (Santos, 2019, s/n).

⁸ Compreendemos, assim como Mészáros, que o mundo contemporâneo não se encontra "frente a uma crise cíclica do capitalismo mais ou menos extensa, mas a uma crise estrutural, profunda, do próprio sistema do capital" (Mészáros, 2002, p. 07).

Nosso capítulo, assim, reflete de maneira ampla sobre os fundamentos que configuram a dinâmica capitalista, em suas determinações sócio-históricas, para, a partir desse pressuposto, buscar explicar porque em certos países, como é o caso do Brasil, o reacionarismo de tipo fascista se explicitará como uma dimensão irracionalista particular.

2. O PRESSUPOSTO GERAL: A CRISE CAPITALISTA É BASE DA IRRACIONALIZAÇÃO DA VIDA

Não é uma ação do destino que o irracionalismo ascenda historicamente, justamente quando o capitalismo, ao se consolidar, agudiza suas contradições com sua entrada na fase imperialista. Nesse patamar, o capitalismo assumiu um perfil significativamente novo em face da sua lógica concorrencial, uma vez que

[...] os preços das mercadorias (e serviços) produzidas pelos monopólios tendem a crescer progressivamente; as taxas de lucro tendem a ser mais altas nos setores monopolizados; (...) o investimento se concentra nos setores de maior concorrência, uma vez que a inversão nos monopólios se torna progressivamente mais difícil (logo, a taxa de lucro que determina a opção do investimento se reduz); cresce a tendência a economizar trabalho vivo, com a introdução de novas tecnologias (Netto, 1996, p.17).

Nesse processo, como tratam Mandel (1982) e Netto (1996), a monopolização faz ingressar na vida social o fenômeno da supercapitalização, ou seja, a dificuldade encontrada de valorização do montante de capital acumulado, que, por sua vez, leva a constituição de inúmeros mecanismos que visam dar solução a essa supercapitalização. Tem-se a emergência da indústria bélica, a migração dos capitais excedentes por cima dos marcos estatais e nacionais, e até a própria “queima” do excedente em atividades que não criam valor.

E, também, o fenômeno do parasitismo que se instaura na vida social em razão do desenvolvimento do monopólio. Esse parasitismo deve ser tomado por dois ângulos.

Um que engendra a oligarquia financeira e divorcia a propriedade da gestão dos grupos monopolistas o que traz a tona à natureza parasitária da burguesia, outro que dá corpo a uma generalização da burocratização da vida social, multiplicando ao extremo (...) as atividades improdutivas stricto sensu, e todo um largo espectro de

operações que, no setor terciário, tão-somente vinculam-se as formas de conservação e/ou de legitimação do próprio monopólio (NETTO, 1996, p.19).

Dessa forma, a concentração monopolista permitiu a feitura de inventários aproximados de todas as fontes de matérias-primas no mundo, facilitando sua apropriação por essas empresas. Permitiu também o cálculo aproximado da capacidade do mercado, bem como de sua partilha. Monopolizou a mão de obra qualificada, contratando os melhores técnicos e cientistas, bem como controlando as vias e meios de comunicação (Lenin, 1986, p. 29). O capitalismo, na sua fase imperialista, conduziu à socialização integral da produção nos seus mais variados aspectos sem, no entanto, deixar de privatizar a apropriação de seus produtos.

Assim, a lógica capitalista anteriormente efetivada em um patamar de “livre concorrência” entre os capitalistas industriais é convertida em uma luta de vida ou morte entre os grupos monopólicos e entre eles e os outros, nos setores ainda não monopolizados. Esse processo aumenta a taxa de afluência dos trabalhadores e trabalhadoras ao exercício industrial de reserva, e também a um rearranjo da divisão internacional capitalista do trabalho, dando curso a renovadas políticas neocolonialistas.

No âmbito da sociabilidade, isto significou uma mercantilização universal das relações sociais, a partir da qual há o crescente investimento em modalidades de valorização próprias do capitalismo monopolista para invadir e metamorfosear a esfera da vida privada (Netto, 1996). Em outras palavras, à proporção que a ordem monopólica invade e devassa, com sua própria lógica de valorização, o universo simbólico afetivo familiar, mais apartadas se tornam as mediações entre indivíduo e sociedade.

Esta é a ambiência que possibilita a reificação do sujeito social no “eu” atomizado e que abre caminho para uma estruturação filosófica-ideológica em torno do irracionalismo. Inaugura-se no patamar epistemológico a pseudo-objetividade dos mitos e a intuição como o instrumento do conhecimento verdadeiro. Lukács é categórico nesse entendimento quando afirma que

A finalidade verdadeira dessa tendência é impedir o descontentamento engendrado pela crise, de se voltar contra as bases da sociedade capitalista (...) não se trata mais de fazer o elogio direto e grosseiro da

sociedade capitalista. (...) a crítica da cultura capitalista constitui, ao contrário, o tema central dessa filosofia nova. (...) à medida que a crise se prolonga, a concepção de um ‘terceiro caminho’ progride cada vez mais no plano social: é uma ideologia segundo a qual nem o capitalismo, nem o socialismo correspondem às verdadeiras aspirações da humanidade (Lukács, 1968, p. 44).

O irracionalismo explicita, assim, que o desenvolvimento do capitalismo é não só a estruturação de uma nova sociabilidade, mas na mesma e contraditória medida, a estruturação de uma forma fenomênica desse social, doravante pseudo-objetivo, cujos traços regressivos da formação econômica burguesa assumem o primeiro plano, voltando a práxis humana contra os próprios homens e mulheres. Essa determinação, ao nosso ver, acentua-se quanto mais se aprofundam as contradições do capitalismo e suas crises. E, dessa forma, nesse movimento, o irracionalismo assume uma função de ser o dinamizador da ideia de falta de alternativa para o sistema capitalista.

Ainda no marco do estágio clássico⁹ do imperialismo, as transformações político-institucionais do Estado burguês promoveram — incorporando demandas postas pelas lutas do movimento dos trabalhadores à dinâmica própria da organização monopólica (com a instauração das primeiras formas de políticas sociais), na sequência da Segunda Guerra Mundial, e, no processo de reconstrução econômica e social que então teve curso, especialmente na Europa Ocidental — uma larga conjuntura de crescimento econômico¹⁰. O capitalismo experimentou o que se denominou de “as três décadas gloriosas”¹¹ — da reconstrução do pós-guerra à transição dos anos 1960 aos 1970.

Contudo, como bem observa Netto “o que se efetiva nesse modelo é uma proposta de controle, redução e reforma dos aspectos mais deletérios e brutais

⁹ Mandel comprehende como estágio “clássico” aproximadamente, entre 1890 e 1940 (Mandel, 1982, p. 380).

¹⁰ Não por acaso, a primeira metade dos anos 1960 assistiu à caracterização da sociedade capitalista — evidentemente desconsiderado o intenso patamar de suas desigualdades em sua periferia, o então chamado “terceiro Mundo” — como “sociedade afluente”, “sociedade de consumo” etc. (Harvey, 1992).

¹¹ Não podemos desconsiderar que a construção do Welfare States constituiu para a lógica capitalista elementos necessários a uma “legitimização social”. Como bem analisa Netto, “para exercer, no plano estrito do jogo econômico, o papel de ‘comitê executivo’ da burguesia monopolista, ele deve legitimar-se *politicamente* incorporando outros protagonistas sócio-políticos. O alargamento da sua base de sustentação e legitimação sociopolítica, mediante a generalização e a instituição de direitos e garantias cívicas e sociais, permite-lhe organizar um consenso que assegura o seu desempenho” (Netto, 1996, p. 23). Ou seja, este processo também possibilita elementos de uma suposta “humanização” ou, ao sabor da socialdemocracia, uma “gestão social” do capitalismo.

da ordem burguesa, sem a vulnerabilização dos seus fundamentos” (Netto, 2012, p. 52). Ao mesmo tempo, a crise¹² do socialismo realmente existente¹³ também teve importante papel na reverberação ideológica da falta de contrapontos e possibilidades de superação da ordem burguesa.

Dessa forma, na entrada dos anos 1970, na confluência desses processos (esgotamento da “onda longa expansiva” do capital e, da crise do socialismo realmente existente), abre-se a via para uma grande ofensiva do capital, que explicita com toda a sua intensidade que no sistema capitalista não há nenhum tipo de compromisso social. Nos termos de Mazzeo,

Objetivamente, essas crises se interligam, quer dizer, após os anos 1980 a crise do capital – que enuncia, por suposto, a crise do *Welfare State*, nada mais é que o prenúncio de uma crise de superprodução e superacumulação que se aprofunda – torna-se permanente ou, se quisermos, *sistêmico-estrutural* e sua essencialidade reside pois, na necessidade de se estreitar as conquistas sociais dos trabalhadores para aumentar a extração de mais valor, no contexto de um aumento implacável e tendencial da queda da taxa de lucro que, simultaneamente produz o aumento tendencial da massa de lucro e engendra contradições agudas e crescentes no seio do processo de produção e reprodução do capitalismo (Mazzeo, 2022, p. 40).

A restauração do capital, significou uma reestruturação produtiva do trabalho e uma ofensiva política (neoliberalismo) capazes de romper com qualquer regulação política democrática, extramercado, da economia. No que toca às exigências imediatas do grande capital, o projeto restaurador se viu resumido no tríplice mote da “flexibilização” (da produção, das relações de trabalho), “desregulamentação” (das relações comerciais e dos circuitos financeiros) e da “privatização” (do patrimônio estatal). Ao capital financeiro é oferecida a mais radical liberdade de movimento e, para tanto, reconfigura-se o papel do Estado para operacionalizar os cortes dos direitos sociais de modo a diminuir o ônus do capital no esquema geral de reprodução da força de trabalho (e das condições gerais da reprodução capitalista).

Instaura-se assim a fase em que o capitalismo não apresenta mais possibilidades civilizatórias (Mészáros, 2000). Nas palavras de Netto,

¹² Para maiores aprofundamentos, considerando que não podemos fazê-lo nesse material, consultar (Lukács, 2007, 1968; Netto, 2012; Mazzeo, 2022).

¹³ Nas palavras de Netto “a crise do socialismo” é apresentada como a agonia de ideários que, prometeicos, buscavam a superação da ordem burguesa” (2012, p. 13).

[...] o tardo-capitalismo¹⁴ (o capitalismo contemporâneo, resultado das transformações societárias ocorrentes desde os anos 1970 e posto no quadro da sua crise estrutural) esgotou as possibilidades civilizatórias que Marx identificou no capitalismo do século XIX e, ainda, que este exaurimento deve-se ao fato de que o estágio atual da produção capitalista é necessariamente destrutivo (...) O esgotamento em tela, que incide sobre a totalidade da vida social, manifesta-se visivelmente na barbarização que se generaliza nas formações econômico-sociais tardo-capitalistas (Netto, 2013, p. 20).

Essa ambiência possibilita que o irracionalismo cumpra a função anteriormente mencionada, pois, conforme elabora Lukács,

O irracionalismo como concepção de mundo fixa esta vacuidade da alma humana de qualquer conteúdo social, contrapondo-a rígida e exclusivamente ao esvaziamento do intelecto. Assim, o irracionalismo não se limita a ser uma expressão filosófica da cada vez mais intensa barbarização da vida sentimental do homem, mas a promove diretamente. Paralelamente à decadênciça do capitalismo e à agudização das lutas de classe em decorrência da sua crise, o irracionalismo apela – sempre mais intensamente – aos piores instintos humanos, às reservas de animalidade e de bestialidade que necessariamente se acumulam no homem em regime capitalista (Lukács, 1981, p. 127).

Assim, na medida em que “o último terço do século XX assinala o exaurimento das possibilidades civilizatórias da ordem do capital. Em todos os níveis da vida social, (...) não tendo mais condições de propiciar quaisquer alternativas progressistas para a massa dos trabalhadores” (Netto, 2013, p. 25), os processos de crise supõem em proporcional medida as práticas irracionalistas para a legitimação da ordem, que se atualizam e particularizam a partir das dinâmicas sociais em que se desenvolvem. Não se trata, pois, de transladar a contextos particulares, sem as devidas mediações¹⁵, essa compreensão, como

¹⁴ Para Netto, a dinâmica cultural do capitalismo contemporâneo, o que chama de *tardo-capitalismo*, é parametrada por dois vetores. “Um de natureza econômico-política e técnica. a translação da lógica do capital para todos os processos do espaço cultural (criação/produção, divulgação, fruição/consumo) e o desenvolvimento de formas culturais socializáveis pelos meios eletrônicos (a televisão, o vídeo, a multimídia). Essa cultura incorpora as características próprias da *mercadoria* no tardo-capitalismo: sua obsolescência programada, sua fungibilidade, sua imediaticidade reificante. Embora à sociedade burguesa contemporânea não caiba legitimamente, como vimos, a identificação como uma ‘sociedade de consumo’, a cultura que nela hoje se afirma é uma *cultura de consumo*: ela cria a ‘sensibilidade consumidora’ que se abre à devoração indiscriminada e equalizadora de bens materiais e ideais – e, nela, a própria distinção entre realidade e representações é esfumada: promove-se uma *semiologização do real*, em que os significantes se autonomizam em face dos referentes materiais e, no limite, se entificam” (Netto, 2013, p. 16-17).

¹⁵ Barroco destaca ainda que “A difusão de ideologias irracionalistas, assim como o fortalecimento de movimentos neoconservadores, vinculados a partidos de extrema direita e a

bem observa Barroco (2013), e muito menos homogeneizar o debate em torno dos traços conservadores, reacionários, fascistas/neofascistas. Significa compreender como essas determinações, tratadas anteriormente, explicam o fio de continuidade com que as antigas práticas irracionalistas — que, reconhecidas cientificamente, objetivaram novas formas de violência e poder — legaram ao século XX e século XXI uma ilimitada herança de desumanização, reatualizando manifestações inéditas de barbárie, por meio das quais se observa elementos de caráter irracionalista, fascista, reacionários e conservadores: genocídios, xenofobias, estupros coletivos, trabalho análogo a escravidão, fundamentalismos, conflitos religiosos e étnico-raciais, tortura, experiências científicas fatais com populações vulneráveis, linchamentos, formas de violência subjetiva vinculada às redes sociais, extermínio de indivíduos e grupos marginalizados, entre outras (Barroco, 2013, p. 264).

3. EXCERTOS SOBRE A PARTICULARIDADE BRASILEIRA

A peculiaridade do desenvolvimento e consolidação do capitalismo no Brasil é marcada por nosso vínculo colonial e pelo peso do escravismo (Moura, 2020). Entre nós, a opressão, a exploração e o extermínio dos povos originários, e posteriormente das negras e negros traficadas/os do continente africano, ilustram a face impermeável que o projeto burguês vai assumir diante dos valores, práticas democráticas, e uma pauta progressista.

É esse quadro que demarca uma complexa articulação da dinâmica econômica e social brasileira com o mercado mundial. Na medida em que as colônias se constituíam como estruturas produtivas integradas ao modo de produção capitalista, a produção baseada no trabalho escravo serviu basicamente para adensar a acumulação de capitais em países centrais de capitalismo avançado, demarcando, dessa forma, a relação de subordinação e dependência da economia brasileira.

Nesse processo, como bem analisa Mazzeo

grupos organizados de inspiração racista e nazifascista como a Ku Klux Klan 40 e os skinheads, são fenômenos contemporâneos” (2013, p. 264).

O Estado nacional brasileiro será a imagem e semelhança de seu fundamento sociometabólico, cujo resultado é uma *sociedade civil* (*bürgerliche Gesellschaft*) fragmentada, no contexto de uma Revolução Burguesa incompleta, que se processa lentamente e “pelo alto”, no âmbito de uma “revolução passiva” (Gramsci), nos moldes de um “prussianismo” (Lenin) de vezo *colonial*. Assim, no quadro do capitalismo brasileiro, o *elemento colonial* apresenta-se como decisivo. Esse é o aspecto histórico que determinará o caráter da vigência da *Autocracia Burguesa* – a forma político-econômica através da qual a burguesia vem se perpetuando no poder –, e que se constitui no pilar do reacionarismo e da contrarrevolução permanente, que se objetiva na continuidade do núcleo dirigente burguês (Mazzeo, 2022, p.04).

Destituída de um projeto nacional, com parâmetros mínimos, a burguesia brasileira vem atuando sempre no sentido de “manter restrinidas as liberdades democráticas, para garantir uma superexploração do trabalho e, consequentemente, os lucros resultantes desse tipo de economia predatória e espoliativa” (Mazzeo, 2022, p.02).

Efetiva-se um processo lento de substituição do trabalho escravo pelo chamado trabalho livre nas grandes unidades agrárias, articulando momentos de mudança e de permanência, sentenciando a marginalização e a pobreza de milhões de negros “libertos”. Esse processo garante que essa “burguesia transformista” (Mazzeo, 2022) modernize e amplie a exploração do trabalho, para os trabalhadores livres, mantidos em permanente arrocho salarial e em condições precárias de trabalho, de vida, de moradia, de escolaridade e de saúde. A marca desse processo, como analisa Mazzeo, é que a “tradição reacionária constitui o núcleo das ações das classes dominantes contra a organização dos trabalhadores” (Mazzeo, 2022, p.5).

Na interpretação de Fernandes (1976), no processo de modernização brasileiro havia a necessidade de convergência dos interesses burgueses externos e internos, e essa convergência se realizava mediante procedimentos autocráticos de dominação que garantissem benefícios e conveniências à elite brasileira. Procedimentos estes “herdados do passado ou improvisados no presente” (Fernandes, 1976, p. 207).

Nesse sentido, não há em nosso país lugar para o “idealismo burguês”, o que se efetiva como peculiar é o caráter autocrático que atua sistemática e preventivamente na perspectiva do controle social; um poder que se realiza internamente com a exclusão e o silenciamento dos protagonistas sociopolíticos de resistência, derivando daqui uma inconclusa socialização política; e o

importante papel do Estado na desarticulação, repressão e exclusão dos setores da sociedade, que expressam os interesses das forças populares, sendo aquela exclusão a sua marca antissocial (Netto, 1998; Mazzeo, 2022).

Esses elementos, grosso modo, nos possibilitam uma ponte reflexiva com a conjuntura recente que se abriu com o golpe parlamentar, empresarial, jurídico e midiático, que sofreu a presidenta democraticamente eleita Dilma Rousseff, em 2016, e as eleições em 2018, que elegem Jair Bolsonaro como expressão da extrema direita reacionária¹⁶. Compreendemos que essa processualidade, em termos de fundamentos, deve ser entendida tanto como produto histórico das determinações sumariadas que marcam e intensificam os traços da nossa formação social, como expressão dos fundamentos tratados no primeiro item deste capítulo. Ou seja, a ascensão da extrema direita no Brasil como produto da crise capitalista, particularmente, a crise de 2008, e da irracionalização da vida que lhe é sustentáculo.

Como bem sistematizado por Figueiras e Druck,

No plano internacional, a crise geral do capitalismo, eclodida em 2008, assim como a resposta dada pelos diferentes Estados nacionais (socialização dos prejuízos do sistema financeiro, através do endividamento dos Estados) e, na sequência, o aprofundamento das políticas e reformas neoliberais nos países periféricos (a partir da crise da Zona do Euro em 2010), se constituem na base material dessa ascensão da nova direita e extrema-direita em escala mundial. Elas conseguiram capturar a raiva e o ressentimento dos “perdedores” do processo de mundialização do capital dos últimos quarenta anos (conduzido pelas finanças e o neoliberalismo) e direcioná-los contra inimigos imaginários e o establishment em geral (a democracia liberal); raiva e ressentimento derivados do desemprego, da pobreza, da insegurança e da precarização do trabalho e da vida (Figueiras, Druck, 2019, p.02).

Assim, na particularidade brasileira, amalgamam-se — a partir das necessidades de aprofundamento da pauta neoliberal do capital financeiro, industrial e do agronegócio que, para garantirem o aumento de sua taxa de lucro, necessitam amplificar os processos de superexploração dos trabalhadores e aniquilação de direitos e proteções sociais; os elementos que mobilizam os

¹⁶ Destacamos aqui a observação de Lowy (2021) para o qual — distanciando-se de análises que apontam a ascensão da extrema direita como “ofensiva conservadora”, “onda conservadora” ou “neoconservadorismo” — indica ser inapropriado definir a conjuntura como “conservadora”, pois, “não se trata de uma corrente conservadora, no sentido de tradicionalista, nostálgica do passado, mas de um autoritarismo violento, moderno, geralmente, neoliberal” (Lowy, 2021, s/n).

traços mais deletérios na nossa formação, eivados de conservadorismo, reacionarismos e traços fascistas, legitimando amplos processos de barbárie. No dizer de Marques, “é a bem-sucedida reivindicação dos setores ultraconservadores da burguesia ao lugar que sempre identificaram como seu – o monopólio do poder do Estado, trazendo a nu, sem qualquer constrangimento, o sentido da superexploração da força-de-trabalho ao cotidiano dos de baixo” (Marques, 2018, p. 145).

A ascensão de Bolsonaro expressou esse amalgama que, cristalizado no indivíduo, “o líder”, mobilizou em homens e mulheres um conjunto de irracionalismo.

[...] sensibilizados por frustrações, medos, rancores e pelo ódio e o ressentimento contra o ‘outro’- que pode ser identificado em vários tipos de sujeitos: o imigrante, o comunista, o nordestino, o gay, o negro, a mulher, o artista, o intelectual, o professor, o político, o funcionário público etc. Mobilização que assume um caráter permanente de luta político-ideológica agressiva, que aponta para a negação e eliminação dos adversários - responsáveis, supostamente, por todos os problemas do país. Adicionalmente, esse movimento se caracteriza por forte conotação emocional e de irracionalidade: anti-iluminista, antiintelectual e desprezo à teoria - com o uso sistemático da mentira e da falsidade histórica, praticando a distorção da linguagem e dos objetos que ela designa. Para completar, reacionarismo moral e cultural (culto às tradições), associado a uma explicação mítica, mágico-religiosa, do mundo e da política (Figueiras, Druck, 2019, p. 04).

O (des)governo de Bolsonaro significou a aceleração de políticas ultraconservadoras e ultraneoliberais (Castilho, Lemos, 2021) combinadas ao negacionismo e ao reacionarismo moral e cultural (Figueiras, Druck, 2019). O resultado foi a combinação de superexploração da força de trabalho com um contexto de crise sanitária pandêmica. O processo de privatizações e contrarreformas¹⁷ encontrou na conjuntura da pandemia do novo coronavírus novas formas de agudização das desigualdades sociais (Silva, Castro, Souza, 2021) e do conservadorismo reacionário (Lopes, 2018).

Retomando o contexto pandêmico, os números e as características da pandemia no Brasil apontaram a ineficiência na gestão da crise sanitária,

¹⁷ Como exemplos desse processo de desmonte, dentre outros, citamos a Emenda Constitucional nº 95/2016 (a chamada Lei do Teto de Gastos) que além do congelamento dos gastos públicos por 20 anos, no que tange a saúde e a educação, há a desvinculação das despesas primárias; e a contrarreforma trabalhista de 2017, a Lei nº 13.467/2017: com essa legislação está posta a possibilidade de terceirização de todas as atividades, o que indica para os trabalhadores a queda do nível salarial e a perda de direitos sociais e de estabilidade.

especialmente em seus momentos mais agudos. Houve uma sistemática incapacidade em atender as necessidades de saúde da população, de prestar os cuidados que o enfrentamento da Covid-19 demandava. E, nessa incapacidade, residem variáveis que se entrelaçam, vão dos limites na cobertura dos serviços de saúde — destacando que abertura de qualquer leito e especialmente de leitos de UTI exige não só uma estrutura física diferenciada, como também a alocação de profissionais de saúde especializados — até ao negacionismo do governo Bolsonaro, expresso em uma não-atuação para a efetivação de ações articuladas e em tempo oportuno no enfrentamento do novo coronavírus.

É fundamental destacarmos que o genocídio pandêmico no Brasil se realizou mesmo havendo aqui a existência de um sistema de saúde único e organizado territorialmente pelo federalismo e coordenado pela União. A não-atuação deliberada da União induziu estados e municípios a realizarem medidas distintas e dissonantes no contexto da pandemia. Com destaque para o colapso no sistema de saúde do estado do Amazonas.

Observando o contexto do primeiro ano da pandemia, 2020, um levantamento realizado pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) apontou que foram perdidos cerca de 255 milhões de empregos em tempo integral em todo o mundo. A análise aponta ainda que esse número foi aproximadamente quatro vezes maior que o número de empregos perdidos durante a crise financeira global de 2008-2009. Os dados da OIT indicaram que 1,6 bilhão de trabalhadores e trabalhadoras se encontravam na economia informal — quase a metade da força de trabalho global (ILO, 2021).

Olhando para a particularidade brasileira em 2020, observou-se que o patrimônio dos 42 bilionários do Brasil cresceu com a crise do novo coronavírus, passando de US\$ 123,1 bilhões para US\$ 157,1 bilhões apenas entre os meses de março e julho de 2020 (OXFAM Brasil, 2020). Ou seja, a crise sanitária foi para os capitalistas uma oportunidade de negócio.

Retomando a particularidade brasileira, tomaremos como exemplo a questão racial. De acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2021 (IBGE, 2022), 43% dos brasileiros se declararam como brancos, 47% como pardos, 9,1% como pretos e 0,9% como amarelos ou indígenas. Desse modo, atualmente, a maioria (56,1%) da população brasileira

é negra (composta de pretos/as e pardos/as). Negros e negras vivenciam as piores condições de vida, trabalho e acesso às necessidades humanas básicas, na pandemia ou fora dela.

Durante o (des)governo de Bolsonaro foi comum ouvirmos falas — do então presidente e de seus asseclas — que remetiam a ideia de que o Brasil não é um país de pessoas racistas, tratava-se de uma espécie de revisitar negacionista da ideia do “mito da democracia racial” (Fernandes, 2008) no Brasil agora também com toques reacionários. Analisando a formação social brasileira, Almeida (2014) nos aponta que:

O pano de fundo que se movimenta e se transmuta historicamente são as ideologias raciais que estruturam as relações sociais no Brasil, sobre as quais se reafirmam os preconceitos e as práticas discriminatórias que dão materialidade ao racismo à ‘brasileira’. Este racismo, cuja existência material é reconhecida pela população, dialeticamente nega a existência dos agentes, pois, no Brasil, ‘ninguém é racista’. Desconhecidos esses agentes, nutre-se a impunidade, a invisibilidade, o silêncio e, consequentemente, maiores são as dificuldades para seu enfrentamento através de políticas públicas (Almeida, 2014, p. 132).

Queremos destacar da elaboração de Almeida anteriormente que o racismo não é um assunto ou questão externa ou paralela à formação social brasileira; discutir a questão racial no Brasil é debater sobre nossa formação social e histórica. Quando olhamos para o contexto pandêmico e a questão racial, o que encontramos é que a mortalidade de pessoas negras foi significativamente maior que de pessoas brancas. Os estudos de Baqui *et al.* (2020) observaram que mesmo quando houve uma taxa hospitalar de admissão semelhante entre brancos e negros, houve, tendencialmente, uma maior taxa de internação de pacientes brancos em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). O que significou que a taxa de mortalidade de brasileiros negros e negras por covid-19 deu-se também por falta de acesso à internação em UTI.

A pesquisa de Ribeiro *et al.* (2021), sobre a relação entre desigualdade social e mortalidade por Covid-19 na cidade de São Paulo, teve como base de análise o Sistema de Informações sobre Mortalidade da cidade. O estudo observou que condições sociais e econômicas como o acesso à educação, local de moradia, perfil de renda e raça/cor são variáveis fundamentais para a compreensão do perfil de mortalidade. Conforme os autores, negros e negras

(pretos/as e pardos/as) apresentavam maior risco de morte por Covid-19 em comparação com brancos e brancas. A pesquisa apontou que na capital paulista a possibilidade de uma pessoa parda tem de morrer por Covid-19 era 42% maior que uma pessoa branca. Quando se observa a comparação entre a mortalidade de pretos e brancos esse percentual aumenta: a possibilidade de uma pessoa preta morrer por Covid-19 era 77% maior que de uma pessoa branca. A partir do cruzamento de variáveis, o estudo concluiu que havia uma relação direta entre maior letalidade e piores condições de vida que passavam também pela questão racial. Destacamos que no caso da composição das classes trabalhadoras no Brasil não é possível tratar de classe desconsiderando raça.

Negar a realidade é negacionismo, mas é também uma forma de fomento à dinâmica do capital e de seus interesses. O documento “Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil”, produzido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019), aponta que negros e negras (pretos/as e pardos/as) são a maioria da força de trabalho no Brasil. No ano de 2018, trabalhadores negros e negras correspondiam a 57,7 milhões, os brancos correspondiam a 46,1 milhões. Observemos que mesmo sendo a maior da força de trabalho, os dados demonstram que, tomando por base o ano de 2018, enquanto 34,6% das pessoas ocupadas autodeclaradas brancas estavam em ocupações informais, entre pretos e pardos esse percentual era de 47,3%. Quando se observa a relação entre população desocupada e população subutilizada (inclui, além dos desocupados, os subocupados e a força de trabalho potencial), trabalhadores negros e negras representam 64,2% dos desocupados e 66,1% dos subutilizados, mesmo sendo, como já dito, mais da metade da força de trabalho (54,9%).

A mesma tendência é observada quando destacamos o quesito rendimento médio mensal, pois o estudo nos aponta que o rendimento das pessoas ocupadas brancas em 2018 foi de R\$ 2.796,00, já o rendimento mensal de pretos e pardos foi de R\$ 1.608,00, ou seja, o rendimento mensal das pessoas brancas foi 73,9% superior ao das negras (IBGE, 2019).

Com o exemplo do debate raça/classe, nosso intuito foi expressar elementos estruturais e estruturantes da dinâmica da forma histórica particular do capitalismo no Brasil. Retomando o já apontado, o irracionalismo deixa claro que o desenvolvimento do capitalismo não é só a estruturação de uma nova

sociabilidade, mas na mesma e contraditória medida, a estruturação de uma forma fenomênica desse social, cujos traços regressivos da formação econômica burguesa assumem o primeiro plano. E é nesse movimento que o irracionalismo assume uma função de ser o dinamizador da ideia de falta de alternativa para o sistema capitalista.

Por fim, longe de buscar dar conta do conjunto complexo de questões levantadas até aqui, indicamos que essa dinâmica reforça a hegemonia para permanecer realizando tanto a manutenção dos privilégios da burguesia antinacionalista brasileira como também revitaliza a superexploração das classes trabalhadoras que seguem expropriadas de suas próprias vidas.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Queremos reiterar que o fascismo/neofascismo, o conservadorismo e o reacionarismo são produtos de processos histórico-sociais, e que as crises capitalistas são motores que incrementam e aprofundam a barbárie em geral e na particularidade brasileira.

As classes trabalhadoras sobrevivem sob uma lógica sempre atualizada do sistema capitalista, baseando-se na propriedade privada e na apropriação privada do excedente. Como buscamos demonstrar ao longo do texto que o irracionalismo ascende historicamente quando o capitalismo se consolida e agudiza suas contradições com sua entrada na fase imperialista. Em termos de sociabilidade, houve a mercantilização universal das relações sociais, produzindo um crescente investimento em modalidades de valorização próprias do capitalismo monopolista para invadir e metamorfosear a esfera da vida privada (Netto, 1996). O fio condutor das antigas e novas práticas irracionalistas de caráter fascista, reacionários e conservadores, pode ser visto em processos de desumanização que se materializam em genocídio, xenofobia, racismo, trabalho análogo a escravidão, fundamentalismos, entre outros (Barroco, 2013). Nesse sentido, nossa expectativa é que o debate de ideias possa contribuir para a análise da realidade e, assim, somar forças na luta real e concreta.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. S. **Desumanização da população negra**: genocídio como princípio tácito do capitalismo. Revista Em Pauta. Rio de Janeiro: 2014 - n. 34, v. 12, p. 131- 154.

BAQUI, P. O. et al. **Ethnic and regional variations in hospital mortality from COVID-19 in Brazil**: a cross-sectional observational study. Lancet Global Health, [S. l], v. 8, n. 8, p. 1-9, 2020.

BARROCO, L. M. S. Lukács e a crítica do irracionalismo: elementos para uma crítica da barbárie contemporânea. In: DEL ROYO, M. (org.) **György Lukács e a emancipação humana**. São Paulo: Boitempo, 2013.

CASTILHO, D. R.; LEMOS, E. L. S. Necropolítica e governo Jair Bolsonaro: repercussões na seguridade social brasileira. **R. Katálysis**. Florianópolis, v.24, n. 2, p. 269-279, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/75361>. Acesso em: 13 maio 2023.

FERNANDES, F. **A revolução burguesa no Brasil**: ensaio de interpretação sociológica. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

FERNANDES, F. **A integração do negro na sociedade de classes**: no limiar de uma nova era, v. 2. São Paulo: Globo, 2008.

FIGUEIRAS, L. DRUCK, G. O neoliberalismo neofascista do governo Bolsonaro e os desafios para a esquerda. **Marxismo21.org.**, 2019, p. 1-12. Disponível em: <https://marxismo21.org/wp-content/uploads/2019/12/Luiz-Filgueiras-e-Gra%C3%A7a-Druck.pdf>. Acesso em: 20 de março de 2023.

HARVEY, D. **Condição Pós-moderna**: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. 5. ed., São Paulo: Loyola, 1992.

IBGE. **Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil**. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica n.41. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

IBGE. **Síntese dos Indicadores**: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2021. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

ILO. **ILO Monitor**: COVID-19 and the world of work. Seventh edition. Updated estimates and analysis, 2021. Disponível em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms_767028.pdf. Acesso em: 20 de março de 2023.

LENIN, V. I. **Obras Escolhidas**, v. 01. 3. ed., São Paulo: Alfa-Omega, 1986.

LOPES, J. B. Acirramento da luta de classes no Brasil com o PT na presidência: o avanço do conservadorismo reacionário transmutado em “antipetismo” e a incidência no Serviço Social. **Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**, V1, n.1, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22837>. Acesso em 20 de março de 2023.

LÖWY, M. O Neofascista Bolsonaro Diante da Pandemia. **Blog da Boitempo**, 2020. Disponível em: <https://blogdaboitempo.com.br/2020/04/28/michael-lowy-o-neofascista-bolsonaro-diante-da-pandemia/>. Acesso em 20 de março de 2023.

LÖWY, M. Dois anos de desgoverno- a ascensão do neofascismo. **Instituto Humanitas Unisinos**. 2021. Disponível em: <https://www.ihu.unisinos.br/categorias/606674-dois-anos-de-desgoverno-a-ascensao-do-neofascismo-artigo-de-michael-loewy>. Acesso em: 20 de março de 2023.

LUKÁCS, G. **El assalto a la razon**: la trayectoria del irracionalismo desde Schelling hasta Hitler. Barcelona: Grijalbo, 1968.

LUKÁCS, G. **A decadência ideológica e as condições gerais da pesquisa científica**. In: Lukács – sociologia. Netto, J. P. e Coutinho, C. N. (Orgs.). São Paulo: Ática, 1981.

MANDEL, E. **O Capitalismo Tardio**. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

MARQUES, M. G. Capitalismo dependente e cultura autocrática: contribuições para entender o Brasil contemporâneo. **Revista Katalysis**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 137-146, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/45Hqxk8QY5qgvWjtNgDkH8F/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 20 de março de 2023.

Mazzeo, A. C. Neofascismo: expressão ideológica da crise sistêmico-estrutural do tardo-capitalismo - reflexões preliminares. In: Mazzeo, A. C.; PINHEIRO, M.; PERICÀS, L. B. (Orgs.). **Neofascismo, autocracia e bonapartismo no Brasil**. 1.ed. São Paulo: Instituto Caio Prado Jr. v. 1, p. 33-55, 2022.

MÉSZÁROS, I. A Crise Estrutural do Capital. **Revista Outubro**, ed. 04, 2000. Disponível em: <http://outubrorevista.com.br/wp-content/uploads/2015/02/Revista-Outubro-Edic%CC%A7a%CC%83o-4-Artigo-02.pdf>. Acesso em 20 de março de 2023.

MOURA, Clóvis. **Dialética radical do Brasil negro**. São Paulo: Anita Garibaldi, 2020.

NETTO, J. P. **Crise do Socialismo e Ofensiva Neoliberal**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

NETTO, J. P. Uma face contemporânea da barbárie. **Revista Novos Rumos**, v. 50, n. 01. 2013. Disponível em:
<https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/novosrumos/article/view/3436/2657>
Acesso em 20 de março de 2023.

NETTO, J. P. **Ditadura e Serviço Social**: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64, 4. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

NETTO, J. P. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1996.

OXFAM BRASIL. **Bilionários da América Latina aumentaram fortuna em US\$ 48,2 bilhões durante a pandemia**. 2020. Disponível em:
<https://www.oxfam.org.br/noticias/bilionarios-da-america-latina-e-do-caribe-aumentaram-fortuna-em-us-482-bilhoes-durante-a-pandemia-enquanto-maioria-da-populacao-perdeu-emprego-e-renda/>. Acesso em 20 de abril de 2023.

RIBEIRO, K.B., RIBEIRO, A.F., VERAS M. A. S. et al. Desigualdades sociais e mortalidade por COVID-19 na cidade de São Paulo, Brasil. **International Journal of Epidemiology**, 2021, 1–11 doi: 10.1093/ije/dyab022. Disponível em: <https://academic.oup.com/ije/advance-article/doi/10.1093/ije/dyab022/6154379?login=true>. Acesso em 24 de abril de 2023.

SANTOS, S. A Forma Necessária: ultraneoliberalismo, política social e conservadorismo moral sob o governo Bolsonaro. **Esquerda Online**, 2019. Disponível em: https://esquerdaonline.com.br/2019/08/30/forma-necessaria-ultraneoliberalismo-politica-social-e-conservadorismo-moral-sob-governo-bolsonaro/#_ftn3. Acesso em 20 de março de 2023.

SILVA, L. B.; CASTRO, M. M. de C.; SOUZA, R. de O. (2021). Crises Econômica Sanitária: notas de continuidade. **Temporalis**, 21(41), 34–52. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/34822/23565>. Acesso em 20 de março de 2023.

CAPÍTULO III

POLÍTICAS PÚBLICAS NA DINÂMICA DO CAPITAL MUNDIALIZADO E CONSERVADORISMO - IMPLICAÇÕES PARA O TRABALHO EM SAÚDE

Márcia Valéria Morosini

Professora-pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fiocruz, coordenadora do Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde e do Observatório dos Técnicos em Saúde. Doutora pelo Programa de Políticas Públicas e Formação Humana e Mestre em Saúde Coletiva, ambos pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Tema de pesquisa: políticas públicas e trabalho em saúde, em especial na APS e dos agentes comunitários de saúde, enfocando os processos de precarização. Coordenadora do projeto “Desafios do Trabalho na Atenção Primária à Saúde na Perspectiva dos Trabalhadores”.

E-mail: marcia.morosini@fiocruz.br

Ialê Falleiros Braga

Pesquisadora e professora da EPSJV/Fiocruz, integrante do Observatório dos Técnicos em Saúde, sediado no Laboratório do Trabalho e da Educação Profissional em Saúde – Lateps - EPSJV/Fiocruz. Doutora em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz e Pós-Doutora em sociologia do trabalho pela Uminho - Portugal. Tema de estudo: políticas voltadas ao trabalho em saúde e os impactos para os trabalhadores do SUS, em especial os da Atenção Primária à Saúde (APS).

E-mail: iale.braga@fiocruz.br

1. INTRODUÇÃO

Este capítulo desenvolve discussões sobre o trabalho no campo das políticas públicas, em particular da saúde pública, articulando questões na interface entre política, trabalho e saúde, particularizadas na realidade social brasileira. Compreende-se a categoria trabalho em seu duplo sentido — ontológico (ou ontocriativo) e histórico. A dimensão ontológica do trabalho está relacionada ao fato de ser esta uma condição necessária à existência humana em qualquer tempo e espaço, enquanto sua dimensão histórica decorre de essa condição assumir diferentes formas nos diversos modos pelos quais a existência humana se produz (Frigotto, 2009; Ramos, 2007). No modo de produção capitalista, o trabalho assume a forma assalariada por meio da qual os

trabalhadores vendem a sua força de trabalho, transformada em mercadoria, aos detentores dos meios de produção, em um processo que visa a extração da mais-valia e o lucro pelos capitalistas. A propriedade privada e a exploração são bases dessa relação salarial que opera a subsunção do trabalho ao capital, a partir de uma relação de desigualdade que tende a se reproduzir e se aprofundar.

Essas duas faces do trabalho — ontológica e histórica — possibilitam que se apreenda a sua importância para todos os seres humanos e, ao mesmo tempo, que se percebam os impactos deletérios aos trabalhadores, resultantes das condições e relações sociais que caracterizam historicamente o trabalho no modo de produção capitalista.

A realidade brasileira caracteriza uma formação social inserida na dinâmica do capital mundializado em condições de subordinação que configuram o capitalismo dependente. Em linhas gerais, o capitalismo dependente é a forma particular que o desenvolvimento capitalista, em sua fase monopolista, assume nas economias não clássicas, que associam o atraso à modernidade, caracterizando o chamado desenvolvimento desigual e combinado. Sua integração à dinâmica mundial do capital se diferencia principalmente pela falta de autonomia, de capacidade de dar direção à produção e à reprodução capitalista, em relação aos centros dominantes (Fernandes, 2009; Cardoso, 1997).

A partir desses pontos delimitadores, convoca-se a ideia de conservadorismo compreendido em sua expressão contemporânea, como o conjunto de ideias, valores e processos mobilizados em resposta aos movimentos de transformação radical da ordem social capitalista ou que coloquem em perigo a dominação burguesa (Souza, Oliveira, Souza, 2020).

Em sua manifestação no contexto histórico e sociocultural brasileiro, trata-se de um processo marcado pelas relações coloniais e pelo escravismo que persistem na definição das bases das relações sociais, hegemonizadas por uma burguesia de viés autoritário e pela aparelhagem estatal que promove a legitimação das condições de dominação por meio do aparato legal e exerce a violência coercitiva e a repressão contra os movimentos insurgentes.

Souza, Oliveira e Souza (2020) chamam a atenção para a importância do racismo estrutural para a sociabilidade burguesa no Brasil e para como essa sociabilidade é tributária do pensamento conservador reacionário e de uma

cultura autocrática. Na conjuntura recente de um sistema sociopolítico econômico de hegemonia neoliberal radicalizada ou ultraneoliberal (Antunes, 2020a), que abriu mão, nos últimos quatro anos, de boa parte do verniz civilizatório da democracia liberal, aproximando-se da extrema direita, o conservadorismo contemporâneo reforça pautas discriminatórias, de cunho racial, de gênero, de religiosidade, entre outros, ampliando as formas de segregação e de reforço dos obstáculos de acesso aos direitos sociais conquistados pela classe trabalhadora.

O campo material em que se aborda a política e o trabalho nesse texto é o Sistema Único de Saúde (SUS), cujo surgimento está relacionado à luta social por direitos e democracia, mas cuja trajetória vem sendo marcada pelo neoliberalismo que passou a vigorar no Brasil a partir dos anos 1990. A conversão brasileira ao neoliberalismo implicou que o Estado passasse por um amplo processo de transformações que modificaram suas funções e atribuições, de modo a tornar possível o ajuste estrutural que o capital precisava promover (Castro *et al.*, 2006). Nesse pacote de ajustes, destacam-se a desregulamentação e a flexibilização da legislação trabalhista, a privatização do setor público e a incorporação de novos paradigmas de gestão, de inspiração gerencialista, com repercussões nas políticas sociais, dentre as quais, as de saúde.

O SUS se desenvolveu sob a vigência desse ideário e de um aparato institucional contrarreformista, que limita a participação direta do Estado na área social e produz intervenções particularistas e compensatórias, em detrimento das políticas universais, acumulando um legado de perdas e concessões, resistências e conquistas, como toda política em disputa nas formações sociais capitalistas.

Cabe lembrar que, ao longo dos anos 1990, o neoliberalismo assumiu uma feição “amenizada”, atribuída ao arrefecimento do ideário socialista e à maior aproximação de Estados de Bem-Estar Social europeus em relação ao bloco capitalista hegemonizado pelos Estados Unidos. A adesão ao neoliberalismo passou a envolver a criação da chamada Terceira Via, com pretensões de construir um programa político “para além da esquerda e da direita”, como definiu Giddens (1996), visando promover a reforma gerencialista

dos países sob regimes social-democratas e “humanizar” regimes neoliberais clássicos.

É interessante notar o grau de difusão e consolidação do ideário propagado pela Terceira Via, nomeada em um estudo crítico como “a nova pedagogia da hegemonia” (Neves, 2005). Nas duas primeiras décadas do século XXI, estreitou-se o horizonte dos Estados social-democratas ditos “tradicionais”, possibilitando o avanço de regimes autoritários de cunho conservador no mundo. No Brasil, a democracia liberal que sucedeu as duas décadas de ditadura militar se moldou na interação com o cenário mundial de reconfiguração neoliberal “adocicado” pela Terceira Via, bem como de avanço da dominância financeira¹⁸.

A financeirização, sob os imperativos da globalização e do neoliberalismo, vem impactando as políticas sociais de diversas formas, influenciando as condições da produção e da reprodução social e, mais diretamente, o conteúdo, a forma e o processo de elaboração dessas políticas (Fine, 2014). Alteram-se as bases do pacto entre capital e trabalho — com investimento nas finanças e retração dos recursos destinados ao trabalho, maior residualismo na abordagem das políticas sociais em detrimento dos princípios de redistribuição e equidade, alteração do papel do Estado, de provedor a regulador, com privatização na provisão, e alteração nas relações entre entidades estatais, mercado e sociedade, transferência de recursos e responsabilidades para os poderes locais na execução dessas políticas (Bayliss *et al.*, 2013).

Entre as vertentes de estudo sobre as relações entre financeirização e políticas sociais, uma delas aproxima a financeirização da pressão das políticas macroeconômicas neoliberais sobre o orçamento público, discutindo a restrição dos gastos sociais e a implementação de mecanismos de transferência direta ou indireta do orçamento existente para setores privados ou financeiros. Um segundo viés aborda a relação entre a financeirização e o fortalecimento em nível local e internacional de grupos financeiros ou ligados ao setor financeiro com poder de influência sobre as políticas públicas. Outra vertente, ainda,

¹⁸ Entende-se aqui a dominância financeira como um novo modo de ser da riqueza global, no qual a busca por gerar e valorizar recursos líquidos se torna a lógica geral do modo de produção capitalista. É indissociável das atividades de produção industrial, de serviços ou da esfera de manutenção e reprodução da vida social em geral, não constituindo uma qualidade extrínseca incorporada em maior ou menor grau pelos variados setores da vida econômica e social a partir apenas de ações originadas na esfera institucional (Braga, 1997; Sestelo *et al.*, 2017).

aproxima a financeirização ao processo de formulação de políticas sociais sob os imperativos neoliberais, alterando as formas de gestão no setor público, promovendo a descentralização e a participação associadas ao protagonismo de organismos internacionais. Uma quarta perspectiva aponta a ligação entre a financeirização e o avanço do capital privado no âmbito das políticas sociais, expresso nas privatizações, que além de mercantilizar a provisão pública em áreas antes sob responsabilidade direta do Estado, transformaria essas áreas em ativos para o mercado financeiro (Bayliss *et al.*, 2013) e, ainda, consolidaria os novos fluxos de recursos e receitas absorvidos pelo setor privado na prestação de serviços sociais como ativos financeiros, sobretudo quando envolvem grandes empresas já inseridas em uma dinâmica financeirizada (Fine, 2014; Sestelo *et al.*, 2017).

A situação do trabalho no SUS é expressão das determinações que circunscreveram o seu desenvolvimento. As proposições relativas ao direito universal à saúde — atendimento integral a todos os brasileiros, garantido mediante políticas, ações e serviços públicos; participação e controle popular; e trabalhadores qualificados, estáveis e bem remunerados — seguiram tensionando para romper os limites impostos pela hegemonia neoliberal e do capital financeiro.

Fato é que, em seus 35 anos de existência constitucional, o SUS obteve avanços significativos na ampliação da cobertura da atenção à saúde. O acesso aos serviços foi ampliado, principalmente por meio da Atenção Básica (AB), com base no modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF). Essa ampliação vem se dando de modo incompleto, delimitado, com restrições no escopo de ações, na abrangência da população e no acesso aos demais níveis de atenção, comprometendo as possibilidades de efetivação da universalidade do direito e da integralidade da atenção à saúde. Além disso, essa expansão se baseia na incorporação de trabalhadores com vínculos precários de trabalho.

Se por um lado se abrem postos de trabalho para uma parte significativa da classe trabalhadora, por outro, reforçam-se e se perpetuam as condições de desigualdade e de exploração do trabalho de frações dessa mesma classe. Caracteriza-se, assim, uma importante contradição: a ampliação do direito da classe trabalhadora de acesso aos serviços públicos de saúde, na dupla condição de trabalhadora e usuária, no contexto do SUS, deu-se mediante a

precarização do trabalho e a segmentação do direito à saúde de frações da classe trabalhadora. Trata-se de um conjunto de relações interligadas, complementares e interdependentes, que associam a precarização do trabalho em saúde, a composição mínima do pacote de ações e serviços oferecidos, a focalização dessa oferta em frações da classe trabalhadora submetidas a condições de trabalho e existência mais precarizadas, como condição para a expansão do direito à saúde. Promovem-se, assim, as bases limitantes das possibilidades de realização da universalização do direito à saúde, da integralidade da atenção e das relações e condições de trabalho favoráveis a essa mesma classe.

2. APONTAMENTOS SOBRE A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO

Compreende-se a precarização como um processo histórico, expressão da correlação de forças entre capital e trabalho, que diz respeito às condições nas quais o trabalho vivo se submete à produção capitalista, promovendo sistematicamente a precariedade social. A precariedade corresponde a uma condição intrínseca ao modo de produção e reprodução capitalista, associada à constituição da força de trabalho como mercadoria que atinge “aqueles que são despossuídos do controle dos meios de produção das condições objetivas e subjetivas da vida social” (Alves, 2007, p. 114),

O processo de precarização em curso desconfigura o trabalho assalariado característico do modelo fordista de organização da produção e do Estado de Bem-Estar Social, especialmente nos países de economia central. Expressa-se no desmonte das estratégias que sustentaram a relação salarial protegida, ainda que parcial e desigualmente distribuída, no período do pós-guerra: a economia regulada; a ideia do pleno emprego; o trabalho regulamentado com prazo indeterminado, em tempo integral; as condições do trabalho protegido, com certo grau de previsibilidade no que diz respeito à produção, ao processo de trabalho e aos direitos presentes e futuros advindos desse trabalho; e a segurança.

Desde a segunda metade dos anos 1970, a desregulamentação do trabalho e a supressão ou enfraquecimento dos direitos associados ao emprego elevam a institucionalização de formas precárias de exploração da força de trabalho a novos patamares.

Ganhou mundo a ideia de que o novo período de crise do capital, com configuração estrutural, e os correspondentes problemas para a realização da acumulação capitalista são devidos, principalmente, a um quadro geral de rigidez nas mais diversas áreas: no investimento de capital, na produção, no mercado de trabalho e nos compromissos e gastos públicos do Estado com as políticas sociais. Eram considerados rígidos os investimentos de capital fixo de larga escala e de longo prazo em sistemas de produção em massa, com pouca flexibilidade de planejamento e que supunham um crescimento estável em mercados de consumo sem variações (Harvey, 2013). No mercado de trabalho, a rigidez residia na regulamentação, nos contratos praticados e nas formas de alocação da força de trabalho. E, finalmente, encontrava-se rigidez na atuação do Estado, atribuída aos compromissos crescentes com os gastos sociais, em um momento em que a arrecadação fiscal sofria restrições.

Diante do diagnóstico da rigidez como um elemento estruturante das dificuldades que o capitalismo passou a apresentar, o principal remédio proposto não recebeu outro nome senão o da “flexibilidade”. Para mitigar a crise do capital, deveria ser construída uma transição rápida do fordismo para um novo tipo de acumulação, ou seja, uma reestruturação produtiva que implicava um movimento amplo de flexibilização em diversos âmbitos das relações sociais, tanto econômicas quanto culturais, especialmente do sistema produtivo, da legislação trabalhista e do mercado de trabalho.

Essas mudanças impuseram novas dinâmicas no âmbito da produção industrial e dos serviços, entre eles, os serviços sociais. Edificou-se uma nova relação Estado-sociedade civil pautada na privatização de instituições públicas, flexibilização do mercado de trabalho, mercantilização dos serviços sociais e desvinculação dos gastos sociais no orçamento público, fomentadas pela versão “requentada e requintada” do neoliberalismo pelo Programa Político da Terceira Via e pela dominância financeira global (Neves, 2005; Giddens, 2000).

O desenvolvimento tecnológico e a microeletrônica aumentaram a produtividade e ampliaram a extração de mais-valia relativa, contribuindo também para o desemprego estrutural, por meio do enxugamento de postos de trabalho formais e ampliação dos postos de trabalho informais. Ao mesmo tempo, o trabalho sofreu um processo de desqualificação, resultante da incorporação dos conhecimentos dos trabalhadores nos sistemas

informatizados. Mais trabalho vivo foi transformado em trabalho morto, possibilitando a incorporação de cada vez menos trabalhadores, e de trabalhadores pouco qualificados em postos de trabalho simplificados e precarizados.

A gestão do trabalho introduziu mecanismos de participação, com espaços e estratégias que funcionam como instrumento de captação dos conhecimentos tácitos dos trabalhadores, aprimorando o processo de apropriação pelas empresas de capacidades intelectuais e cognitivas desenvolvidas por eles em relação ao seu trabalho. Aparentemente mais democrática, a gestão do trabalho em um regime de acumulação flexível pratica o que Sennett (1999) chama de uma concentração sem centralização de poder. Em vez de serem controlados fisicamente, ou “cara a cara”, como diz o autor (p. 68), os trabalhadores são controlados eletronicamente, muitas vezes à distância, graças à informatização dos processos de trabalho. Ainda que o trabalho seja descentralizado, como é o caso do trabalho em casa (home office), o poder sobre o trabalhador se exerce mais diretamente, pois faz parte dos sistemas que ele opera no processo de trabalho.

Multiplicaram-se os tipos de vínculo, restringiram-se os direitos, flexibilizaram-se os salários, modificou-se o processo de trabalho e a relação do trabalhador com a empresa e os outros trabalhadores, alterou-se a composição da classe trabalhadora em aspectos quantitativos e qualitativos. Os efeitos desse processo se projetaram nos meios de organização e luta da classe trabalhadora, alvos da ideologia neoliberal que, ao mesmo tempo, reforça o individualismo e as “leis do mercado” e desqualifica as ações solidárias e os coletivos políticos. Romperam-se formas históricas de solidariedade e ação conjunta entre os trabalhadores, cada vez mais heterogêneos e multifacetados, ampliando a experiência da insegurança.

O processo de precarização no contexto de hegemonia das políticas neoliberais, da economia globalizada e da acumulação flexível, associando a insegurança às exigências das novas formas de organização do trabalho, à corrosão das relações de trabalho, ao enfraquecimento das formas coletivas de representação, ao desmonte dos direitos e da proteção social, compromete os vários trabalhadores, empregados ou não. Tornou-se vetor de sofrimento e adoecimento, que afeta as múltiplas dimensões da vida das pessoas que vivem

do seu trabalho, mobilizando efeitos objetivos e subjetivos que extrapolam para as relações sociais em geral as condições e relações precarizantes produzidas a partir do mundo do trabalho.

3. PRECARIZAÇÃO NA PARTICULARIDADE DA REALIDADE BRASILEIRA E IMPACTOS PARA OS TRABALHADORES

A configuração que a precarização do trabalho assume hoje resulta, em boa parte, das transformações operadas no mundo do trabalho, nas esferas políticas, econômicas e sociais, modificando as bases da relação salarial e as formas de sociabilidade humana. Isso se deu em escala mundial e na particularidade das realidades nacionais.

No Brasil, as transformações operadas no processo de mundialização do capital incidem em um contexto social marcado pelas condições concretas relativas ao modo particular pelo qual o capitalismo se objetiva no Brasil e às especificidades da constituição da sociedade brasileira. Tais condições dizem respeito especialmente à via colonial-escravista de nossa formação social e o caráter dependente e subalterno da economia produtora de mercadorias que explicam, em grande medida, porque a desigualdade social e a concentração de renda, comuns aos países capitalistas industrializados, atingem graus tão elevados entre nossa população.

O chamado espírito do toyotismo e a flexibilidade (nas formas de contratação, de gestão e de organização da força de trabalho) se sobrepõem aos problemas que historicamente assolam a classe trabalhadora brasileira, notadamente a desigualdade estrutural, a expressiva informalidade, a insuficiente e frágil proteção social e a superexploração. Nesse contexto desigual, as alterações impostas pela cartilha neoliberal e o regime de acumulação flexível incidem sobre um mercado de trabalho estruturalmente desigual que convive, de modo funcional, com o emprego de caráter formal e as ocupações ditas informais, a terceirização e o desemprego elevado. Nesse contexto, a desregulamentação das relações laborais, a introdução dos mecanismos de gestão flexível, a ampliação da terceirização e a intensificação do trabalho, entre outros aspectos, tornam ainda mais graves e múltiplas as condições em que a classe trabalhadora brasileira trabalha e vive.

A agenda neoliberal, associada à lógica da produção flexível, ocupou-se da difusão de ideias que promoveram a individualização, a competitividade e a naturalização das desigualdades sociais e da meritocracia como bases ético-políticas para as relações sociais. A instância pública foi vinculada fortemente à ideia do Estado burocrático, prejudicando o sentido político universal. Propagou-se a imagem do Estado provedor como um agente do atraso, intrinsecamente incompetente para a gestão de atividades produtivas e a promoção e oferta de serviços sociais. A responsabilidade sobre a execução desses serviços deveria ser transferida ao setor privado ou seus congêneres — sob a forma de sociedade civil *empresariada* — mediante financiamento público.

A terceirização avançou sobre o mercado de trabalho. As formas individualizadas de trabalho e a competição entre os trabalhadores também se fortaleceram e se tornaram aspectos cada vez mais importantes da gestão do trabalho no regime de acumulação flexível (Alves, 2013). Enquanto isso, as formas de solidariedade entre os trabalhadores, típicas do modo de regulação fordista, entraram em uma crise de grandes proporções. Em consequência, os trabalhadores ficaram ainda mais frágeis e com menos capacidade de se defenderem coletivamente das ofensivas do capital. Com o aumento do desemprego e da informalidade, a base da representação sindical diminuiu. Modificaram-se as condições da negociação capital-trabalho e cresceu o chamado “sindicalismo de resultados”, em oposição ao sindicalismo de confronto, investindo na criação e gestão de fundos de pensão, espécie de previdência complementar que, segundo alguns autores, movimenta o equivalente a 20% do PIB brasileiro; participando ativamente nos espaços do mercado financeiro; e defendendo o investimento dos recursos dos fundos de pensão em atividades consideradas socialmente responsáveis e éticas (Oliveira *et al.*, 2021).

A participação ativa de grupos empresariais e sindicais nos fundos de investimento influenciou o processo de financeirização brasileiro, com desdobramentos para todos os setores da economia inclusive para os serviços públicos.

No setor público, as políticas neoliberais promoveram a privatização de empresas estatais, incentivadas por programas de desestatização conduzidos inicialmente pelo governo Collor de Mello e aprofundados pelos dois governos

de Fernando Henrique Cardoso. Houve extinção de instituições e implementação de uma rígida política de não-reajuste salarial e não-realização de concursos públicos na esfera federal. As alterações normativas e legislativas também alcançaram o setor público, incidindo diretamente sobre o trabalho ou sobre a gestão das instituições e serviços públicos, com repercussões para os trabalhadores. A terceirização e outras formas de contratação baseadas no novo arcabouço legal fomentador dos negócios sociais se multiplicaram, assim como os meios de transferência de responsabilidades e recursos do setor público para o privado.

Na primeira década de 2000, durante os governos de Lula e Dilma, o panorama relativo ao trabalho e ao mercado de trabalho se tornou ainda mais complexo. Modificou-se o padrão de desenvolvimento brasileiro e o crescimento foi retomado após quase 20 anos de regressão econômica e social ditados pela hegemonia neoliberal. O mercado de trabalho sofreu transformações importantes, apresentando um duplo movimento: a redução do desemprego e a ampliação do emprego assalariado formal. Os novos postos de trabalho, entretanto, concentraram-se na faixa salarial de até um salário-mínimo e meio e foram criados, em sua grande maioria, no setor de serviços.

As novas ocupações de baixa remuneração produzidas principalmente no setor de serviços seriam compatíveis com a reincorporação ao mercado do imenso excedente de trabalho produzido pelas medidas implementadas no contexto político, econômico e social anterior. Uma fração expressiva da classe trabalhadora teria sido resgatada da pobreza, ainda que com rendimentos limitados, mesmo considerando o aumento do valor real do salário mínimo. Outra característica das ocupações de baixa remuneração geradas na década de 2000 foi a contratação maior de mulheres. As trabalhadoras passaram a ocupar cerca de 60% do total dos novos empregos. Em relação à composição etária, a maioria dos contratados se encontrava entre 25 e 34 anos (Pochmann, 2012; Antunes, 2014).

Ao mesmo tempo em que houve a expansão da participação dos ocupados com até um salário mínimo e meio, chegando próximo a 59% do total de postos de trabalho, as demais faixas de remuneração reduziram a sua participação relativa nesse total (Pochmann, 2012; 2014). Observa-se também o aumento da clivagem dos estatutos salariais e uma composição

crescentemente híbrida dos contratos formais no interior dos espaços de trabalho reestruturados. Desse modo, no mesmo ambiente empresarial, trabalhadores assalariados com relações mais estáveis de trabalho convivem com trabalhadores assalariados sob relações precárias. Os precários intermitentes e os estáveis sob a pressão do exército de reserva vivem, cada um a seu modo, sob o domínio do trabalho flexibilizado, inseguro, descontínuo. Portanto, apesar de ter aumentado o contrato por tempo indeterminado, deve-se considerar também que esse aumento se concentrou em uma faixa salarial mais baixa e que novas modalidades de contratação atípicas também cresceram relativamente, alcançando, inclusive, o núcleo mais protegido do trabalho assalariado, como alerta Alves (2013).

Entretanto, ainda que repleta de contradições e de continuidades, especialmente na condução da política econômica, a conjuntura do início dos anos 2000 não é igual àquela dos anos 1990. Em termos sociais, as políticas de transferência de renda aos segmentos empobrecidos contribuíram para a retirada de crianças e jovens do trabalho infantil e das condições análogas ao trabalho escravo, que foi alvo de medidas específicas de enfrentamento (Pochmann, 2014).

Cabe notar que, na segunda década do século XXI, a partir do reagrupamento e fortalecimento dos grupos sociais regressivos e autoritários no cenário da democracia liberal brasileira, certos aspectos recrudesceram. Pode-se afirmar que, desde o golpe promovido em 2016 que retirou Dilma Rousseff da Presidência da República — particularmente —, nos governos Temer e Bolsonaro, os interesses do capital encontraram mais espaço e facilidade para se impor e se reproduzir na esfera política brasileira, com efeitos cada vez mais prejudiciais à classe trabalhadora. Nessa conjuntura, foram implementadas medidas que colidiram ainda mais fortemente com os direitos dos trabalhadores e das trabalhadoras brasileiras, como é o caso das mudanças operadas na regulamentação do trabalho pela Lei 13.467/17 (Brasil, 2017a) e na previdência pela Emenda Constitucional 103/2019 (Brasil, 2019), do alargamento das possibilidades de terceirização do trabalho e da regulamentação do trabalho temporário feitos pela Lei 13.429/2017 (Brasil, 2017b) e da restrição aos gastos públicos imposta pela Emenda Constitucional 95 de 2016 (Brasil, 2016).

As políticas sociais de caráter universal sofreram constantes ataques, ao mesmo tempo em que se fortaleceu a pauta baseada em princípios discriminatórios, baseados no mérito, na desigualdade de gênero, de raça e etnia, de religião, entre outros aspectos que fortalecem as barreiras à fruição dos direitos sociais. O horizonte do acesso equânime às políticas sociais se retraiu e o conservadorismo se impôs na esfera contraída, diversificada e precarizada das relações e condições de trabalho no setor público, tornando ainda mais graves as consequências do aumento do desemprego, da precarização das relações de trabalho e da deterioração das condições de vida, com efeitos deletérios para a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras.

As relações capitalistas contemporâneas, atravessadas pelas relações de dominação e exploração arcaicas e persistentes em nossa sociedade, impactam a saúde da classe trabalhadora de muitas e distintas formas. Processos de trabalho que combinam jornada laboral longa, custo calórico alto, esforço físico duro, tempo insuficiente de descanso, nível salarial baixo e insegurança alimentar, continuam marcando os trabalhadores e de suas famílias, como mostram os dados recentes da sobre o retorno do Brasil ao Mapa da Fome das Nações Unidas (FAO *et al.*, 2021). Nos processos em que houve incremento da produtividade por meio de máquinas e tecnologias mais complexas, verifica-se um aumento da intensidade do trabalho, bem como a exposição a maiores riscos químicos e de acidentes, e ainda situações de stress e de fadiga, causando alterações fisiológicas que originam predisposições patológicas a curto e longo prazo, como doenças cardíacas, hepáticas, câncer, diabetes, hipertensão (Laurell, 1978).

Nas últimas três décadas, a introdução da microeletrônica nos processos de trabalho elevou a Lesão por Esforços Repetitivos (LER) e o Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho (Dort) a campeões na lista de doenças ocupacionais definida pelo Ministério da Saúde. Doenças ocupacionais respiratórias continuam recorrentes em ambientes de trabalho com presença de fumaça e agentes químicos e perda auditiva irreversível vem sendo registrada entre operadores de telemarketing (Silva, 2018).

Nas duas primeiras décadas do século XXI, destaca-se o aumento expressivo das doenças psicossociais, na maior parte das vezes não “visíveis”, como ansiedade, pânico, depressão, síndrome de Burnout (esgotamento) —

derivadas do stress do trabalho, em ambientes em que há pressão constante, desentendimentos ou cargas horárias excessivas e/ou intensivas. Segundo o Boletim Epidemiológico: Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho no Brasil - 2006-2017 (ISC/UFBA, 2019), com base em dados extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan/MS), a maior parte das notificações de transtornos mentais relacionados ao trabalho é composta por pessoas do sexo feminino (59,7%), na faixa de 30-49 anos, de cor branca, com nível médio de escolaridade, que trabalham em serviços e em administração, com vínculos formais.

No setor privado, o sofrimento psíquico produzido sobre os funcionários de empresas geridas por fundos de investimento transnacionais (*private equity*), e que tem como *modus operandi* elevar a produtividade no mais curto prazo possível para garantir o retorno do investimento às custas da exaustão dos trabalhadores, vem contribuindo brutalmente para o aumento dos índices de transtornos mentais relacionados ao trabalho no Brasil (Merlo, 2017).

No contexto brasileiro mais recente, constata-se que os efeitos da precarização do trabalho se potencializaram pela radicalização das contrarreformas trabalhista e previdenciária, aprofundando a desregulamentação do trabalho e a perda de direitos. A terceirização avançou nas mais diferentes frentes de trabalho, inclusive finalísticos, ampliando a sua presença no campo das políticas públicas e se expandindo como forma de capilarização da privatização do setor público, entre os quais o da saúde.

4. TRABALHO EM SAÚDE NO CAMPO PÚBLICO

O trabalho em saúde se caracteriza como um trabalho coletivo, intersubjetivo que se organiza de modo hierarquizado e reproduz a divisão social e técnica do trabalho que caracteriza as relações de produção na vigência da sociabilidade capitalista. É marcado por desigualdades relativas à remuneração, às condições e às relações de trabalho, especialmente entre os chamados trabalhadores técnicos e aqueles de nível superior. Inseridos de modo subordinado/subalternizado no processo de trabalho, os técnicos são fortemente invisibilizados nas equipes, nas instituições e nas políticas de saúde; recebem menor valorização social do seu trabalho, são mais facilmente substituíveis

devido à qualificação mais frágil e à maior oferta de trabalhadores e, consequentemente, estão mais expostos à insegurança e menos protegidos da deterioração das relações e condições de trabalho.

Se o trabalho remete à produção da existência humana, o trabalho em saúde é essencial para a continuidade e a qualidade dessa existência, ou seja, está localizado no conjunto das relações sociais de reprodução da vida dos homens em sociedade. Em seu sentido ontológico, o trabalho é o que permite e diferencia o viver dos homens e o trabalho em saúde é um dos elementos que contribui para definir as condições em que a vida das pessoas se dá, desenvolve-se e se reproduz. Destarte, a saúde não corresponde somente a um campo de trabalho, a uma área técnica específica do conhecimento ou a um setor em que um sujeito ou um coletivo desenvolve o seu trabalho, mas a uma dimensão essencial da vida humana em sociedade.

Entendida como um direito universal, a saúde é tomada, aqui nesse duplo sentido, como dimensão essencial da vida humana em sociedade e como campo de desenvolvimento de um tipo específico de trabalho: o trabalho em saúde no âmbito das políticas sociais. O trabalhador e a trabalhadora da saúde são produtores do cuidado, da vigilância, da atenção, da educação, da pesquisa em saúde, e de outras formas que o produto do trabalho assume nas diversas frentes do trabalho na área. Podem ser entendidos como operadores do direito à saúde, intermediadores da realização da expectativa de direitos contida nas políticas públicas nas quais atuam. Sendo assim, o trabalhador e a trabalhadora da saúde estão inseridos na zona de conflito entre os interesses privatistas que buscam mercantilizar as formas de reprodução da força de trabalho e dos interesses públicos, universalistas, que defendem a saúde como direito humano.

É desse ponto que se pretende olhar a precarização do trabalho em saúde: na tensão constituída pelo que se espera e o que se alcança na materialização da política pública, na obtenção ou frustração do direito, intermediado pelo trabalho em saúde, realizado por sujeitos em certas condições e relações de trabalho. O desenvolvimento das capacidades humanas e o aperfeiçoamento das forças produtivas que ampliam o controle dos homens sobre as forças da natureza, obtidos pelo avanço das ciências e o progresso tecnológico, potencialmente, criariam as condições para uma melhor vida humana. Essas condições, entretanto, dependem do acesso da população a

bens e serviços capazes de responder às suas necessidades. Tal acesso, por sua vez, depende da capacidade que determinada sociedade tem de coletivizar esses bens e serviços.

A composição da força de trabalho em saúde, a configuração das formas de contratação, as relações e a organização do processo de trabalho estão relacionadas com a forma como se comprehende a saúde, a sociedade e as relações entre público e privado. Em um contexto de crescente mercantilização das relações sociais, a saúde pública tem sido alvo de políticas e medidas normativas que favorecem a reprodução no campo da saúde do processo mais geral de precarização do trabalho no setor público. O chamado funcionalismo público do setor vem sendo desmontado, com imposição de restrições aos seus direitos e deterioração do seu padrão salarial e das condições de trabalho.

O fortalecimento e a difusão do gerencialismo, compreendido como um elemento da contrarreforma do Estado brasileiro, por meio da “Nova Gestão Pública” (NGP), caracterizada pela substituição da administração de base burocrática pela incorporação de estratégias gerenciais importadas do setor privado (Andriolo, 2006), provocou, na saúde, uma combinação de processos chamados “racionalizantes”, com ênfase na prevenção, promoção e proteção, articulados a medidas privatizantes e de transferência de responsabilidades, de recursos e de serviços do Estado para o mercado. Nesse mercado, incluem-se as instituições não-estatais, conhecidas como organizações sociais, organizações da sociedade civil de interesse público, fundações de apoio e cooperativas de profissionais da saúde (Chinelli, Lacerda, Vieira, 2011).

Nesse processo, cumpre papel fundamental a terceirização, que passou a ser difundida entre os serviços considerados essenciais — como a saúde — e entre as atividades de caráter finalístico (Druck, 2016), tornando-se vetor de expansão da privatização do SUS, tanto pela participação no provimento dos serviços quanto na gestão da força de trabalho. O crescimento da gestão dos serviços e da força de trabalho em saúde por meio da contratação de Organizações Sociais (OS) se tornou uma das vias de capilarização da terceirização no setor saúde — que avança, por exemplo, na Atenção Primária. Trata-se de transferir a responsabilidade de prover os serviços de saúde da esfera pública para a esfera privada, e a execução do trabalho em saúde do servidor público, com maior estabilidade e autonomia, para o trabalhador

terceirizado, mais facilmente substituível e, portanto, vulnerável às determinações dos gestores públicos e privados.

Segundo o relatório do IBGE de 2016 sobre as Fundações e Associações Sem Fins Lucrativos (Fasfil), mais de 2 milhões de pessoas estavam ocupadas como assalariadas nessas instituições, mais de 800 mil desse total na área da saúde. O salário médio mensal do pessoal ocupado em instituições na saúde foi em média de 3,17 salários-mínimos (Brasil. IBGE, 2016).

As Fasfil são instituições privadas, sem fins lucrativos, legalmente constituídas, autoadministradas ou capazes de gerenciar as suas próprias atividades, registradas no Cadastro Central de Empresas (Cempre). Seu crescimento se refere ao fomento das Organizações da Sociedade Civil (OSCs), prestadoras de serviços sociais no modelo de Estado gerencial. No Censo IBGE/2005, as Fasfil de saúde são divididas em dois campos: 1) “Hospitais”, incluindo hospitais e casas de saúde, serviços de hospitalização prestados a pacientes internos realizados em hospitais gerais e especializados, sanatórios, centros de medicina preventiva e outras instituições de saúde com internação, bem como serviços prestados pelas unidades mistas de saúde, compostas por centros de saúdes e unidades de internação com características de hospital local de pequeno porte; 2) “Outros Serviços de Saúde”, abrangendo: centros de atenção à saúde e os agentes comunitários de saúde, atividades de atendimento a urgência e emergência, atenção ambulatorial, serviços de complementação diagnóstica e terapêutica, associações e institutos de terapias alternativas, entre outras atividades relacionadas à atenção em saúde (Brasil. IBGE, 2008). Prevê-se, assim, que esse universo diversificado de instituições atue no campo da saúde por meio de formas variadas de obtenção de recursos públicos repassados, direta ou indiretamente, pelos três entes governamentais, como o pagamento de serviços e de trabalhadores e isenção fiscal (Melo, Lessa, 2017).

Sob a hegemonia do pensamento neoliberal e dos arranjos institucionais sob sua inspiração impressos no Brasil atual, as questões de caráter ético-político, relacionadas ao atendimento das necessidades de saúde das pessoas, são transformadas em problemas “gerenciais” para os quais são oferecidas soluções administrativas, estratégias de gestão, avaliação e controle, com metas definidas pelo alto e monitoradas por dispositivos que passam a compor o

processo de trabalho em saúde. Amparada por novos instrumentos legais que permitem a redefinição da natureza jurídica de instituições e serviços e o desenho de novas modalidades de contratação precária dos trabalhadores, a racionalização de viés gerencialista ampliou a privatização do setor, com formas variadas de participação do segmento privado, inclusive em áreas antes exclusivas do Estado (avaliação de serviços e vigilância sanitária, por exemplo), e a terceirização de serviços e da própria força de trabalho (Rizzotto, 2000; Pires, 2004; Chinnelli, Lacerda, Vieira, 2011).

O processo de precarização do trabalho repercute em sofrimento para os trabalhadores. Pinto (2017) indica um rol de situações produtoras de adoecimento dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde. Dizem respeito às características do trabalho, como a precarização e a verticalização das relações e a rigidez da hierarquização. Incluem também as características das organizações de saúde como as condições materiais inadequadas para o atendimento aos usuários; a baixa remuneração; o ritmo desgastante; a fragmentação do trabalho; o trabalho realizado em turnos, especialmente o noturno; entre outros. O sofrimento produzido abrange, por exemplo, desgastes de diversas ordens (física, emocional), estresse, sentimento de impotência, de descrédito, resultando em pedidos de licença e afastamento (Pinto, 2017).

No contexto da pandemia de COVID-19 no Brasil, a face mais cruel da desigualdade e da precarização do trabalho na saúde ficou exposta. Mais de 4.500 profissionais da saúde pública e privada morreram na primeira onda da pandemia, entre março de 2020 e dezembro de 2021. O impacto da doença foi maior nas ocupações com menores salários e mais próximas à linha de frente: auxiliares e técnicos de enfermagem (70%) morreram proporcionalmente mais do que enfermeiros (25%), e estes proporcionalmente mais do que os médicos (5%). Oito em cada dez trabalhadores que morreram salvando vidas eram mulheres, sendo que quase a metade, 47%, eram mulheres pretas e pardas, que normalmente estão mais presentes nas atividades com menor remuneração. Dois terços desses profissionais muito provavelmente não tinha contrato formal de trabalho, segundo cruzamento entre os dados do Ministério da Saúde e informações sobre desligamentos por morte no Novo Caged (Cadastro Geral de Empregados e Desempregados) (PSI, 2022).

Aqui, retoma-se a pauta do conservadorismo. De um modo geral, as manifestações do conservadorismo estiveram bastante visíveis nos diversos âmbitos da condução política da pandemia de Covid-19 pelo governo federal, cuja postura anticiência se traduziu em negligência na distribuição de insumos para profissionais de saúde e pacientes, atrasos na aquisição de vacinas e resultou em um índice de óbitos da população muito acima da maioria dos países atingidos. Em 2020, o desrespeito do governo Bolsonaro com as orientações sanitárias internacionais, o descaso praticado em relação às recomendações de base científica e o atraso na aquisição de vacinas resultaram na triste condição do Brasil de 2º país em número de mortes e o 13º em óbitos proporcionais à população, no ano seguinte (Bohnert, Pavão, Silva, 2023)

A precarização do trabalho, justificada pelo discurso do empreendedorismo, da competitividade, do “fazer-se por si mesmo”, associada às ideias discriminatórias, de base étnico-racial, religiosa, de orientação sexual, de capacitismo e do machismo que remontam às bases escravistas e patriarcais de nossa formação social, compõem a multiplicidade de expressões do conservadorismo autocrático promovido pelas forças reacionárias cujos interesses se reuniram no governo Bolsonaro. Trata-se de um processo de retroalimentação que, ao mesmo tempo que contribui para a piora das condições e relações sociais, põe obstáculos ao acesso da classe trabalhadora aos serviços que deveriam atender às suas necessidades crescentes. Tais obstáculos são tanto pela privatização e redução dos serviços de saúde como pela disseminação de preconceitos que também promovem exclusão pelo não reconhecimento dos direitos da alteridade.

O governo Bolsonaro, representativo das forças conservadoras mais duras da sociedade brasileira, foi derrotado nas últimas eleições para a Presidência da República em 2022, à custa de um esforço imenso que exigiu a formação de um bloco amplo de diferentes filiações políticas. Mas a derrota do projeto conservador no Brasil exigirá esforços ainda maiores e mais diversificados, ao longo prazo, na disputa pela conformação dos sujeitos políticos coletivos representantes dos interesses da classe trabalhadora aqui e mundo afora.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Enquanto escrevemos este texto, estamos prestes a completar a marca dos 100 dias do novo governo Lula, que iniciou graças a uma coalizão de forças de amplo espectro político — reunindo partidos de centro-direita, centro e de esquerda. A vitória sobre a agenda conservadora da ultradireita, que usou e abusou das fake news e da máquina pública, deu-se, ainda assim, por uma margem muito estreita. Mesmo com todos os percalços envolvendo ainda atentados terroristas durante o processo de diplomação e posse, a nomeação e composição de parte expressiva dos ministérios vem se dando no sentido do cumprimento de uma agenda engajada com os movimentos sociais e de aumento dos gastos públicos com políticas redistributivas e de combate às desigualdades.

A crise política instalada com a ameaça de guerra entre os países do bloco capitalista sob hegemonia norte-americana e um bloco que se conforma entre Rússia e China, bem como as crises econômicas persistentes, alcançando a ponta da economia capitalista, como uma instituição financeira no Vale do Silício, nos Estados Unidos, evidenciam que o capitalismo não é “natural”, mas um modo histórico de organização da vida social extremamente instável e que, nas brechas de suas perturbações, é possível avançar por novas possibilidades.

A medida desse avanço ou, em um sentido mais radical, a possibilidade de superação da ordem capitalista é proporcional à capacidade de organização da classe trabalhadora, motivo pelo qual o conservadorismo tem como alvo primordial a desarticulação das formas de organização e representação dos interesses dessa classe. A promoção do individualismo, da competitividade e a difusão da noção de irreversibilidade das relações sociais contemporâneas são fundamentais para a produção do consenso e a adesão mais ou menos voluntária da sociedade à racionalidade neoliberal.

O SUS se orientou pela perspectiva de reforma social, envolvendo a construção de um Estado social-democrático e a ampliação da visão de saúde de modo a abranger as condições de vida, como resultado das relações sociais e não apenas como fenômeno biológico. Nessa perspectiva, a participação social é princípio organizativo do sistema e implica a atuação política dos usuários e dos trabalhadores, na definição da política, no planejamento e na avaliação dos

serviços de saúde. Instituídos pela lei n.º 8.142 de 1990 (Brasil, 1990), os conselhos de saúde, com caráter deliberativo, têm como atribuições a “formulação de estratégias”, bem como o “controle da execução da política de saúde”. Devem ser compostos por “representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários” na proporção de 50% de usuários, 25% de trabalhadores da saúde e 25% por prestadores de serviços e gestores.

As novas formas de obtenção do consenso dos trabalhadores ao longo das três décadas de implementação do SUS envolveram uma contradição fundamental: a ampliação das formas de participação política e, ao mesmo tempo, a concentração das decisões e do poder. Além disso, sindicatos de trabalhadores passaram a atuar sob um novo *ethos* no mercado financeiro em busca de rentabilidade para as previdências dos funcionários de carreira e com vínculos estáveis (Oliveira *et al.*, 2021), enquanto se vivencia no país o aumento das terceirizações e dos contratos instáveis de trabalho adotados para vinculação da maior parte da população empregada. No caso dos profissionais de saúde, a adoção de formas temporárias e precárias de vinculação aos serviços, a partir dos anos 1990, impôs obstáculos à tomada de posição autônoma dos trabalhadores em relação aos prestadores e gestores nos espaços participativos. A paridade envolvida na organização dos Conselhos e nas Conferências de Saúde precisa que os trabalhadores e as trabalhadoras que atuam no SUS tenham vínculos públicos com garantia de estabilidade. Também por isso, afirma-se que a precarização do trabalho em saúde é funcional aos interesses do mercado no setor, ao mesmo tempo em que é condição para o enfraquecimento das possibilidades de efetivação do direito à saúde.

A transformação da realidade do trabalho no país e a reconstrução do horizonte da saúde como direito universal implicam o combate político-ideológico ao conservadorismo, a ressignificação da participação política no SUS, a retomada e ampliação das bases populares de defesa da saúde como direito social e o projeto democrático de transformação das relações sociais no Brasil. Implica a produção de um projeto de sociedade em que a riqueza socialmente produzida seja apropriada de modo justo e igualitário e que as pessoas possam ser diversas, com condições semelhantes de fruição da vida.

REFERÊNCIAS

- ALVES, G. **Dimensões da Reestruturação Produtiva: ensaios da sociologia do trabalho.** 2^a edição, Londrina: Praxis; Bauru: Canal 6, 2007.
- _____. **Dimensões da Precarização do Trabalho: ensaios da sociologia de trabalho.** Bauru: Canal 6, 2013.
- ANDRIOLO, J. L. A Reforma do Estado de 1995 e o contexto Brasileiro. Artigo apresentado ao **Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração Pública 30, 2006**. Salvador. Disponível em: https://cdn.administradores.com.br/app/uploads/2022/01/29173017/academico_706_190226_181917.pdf Acesso em: 04 abr. 2023
- ANTUNES, R. Desenhando a nova morfologia do trabalho no Brasil. **Estudos Avançados**. São Paulo, v. 28, n. 81, p. 39-53, 2014 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/zDCryfbtfD3Yw6YXTTB3YXL/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 15 maio 2023.
- _____. **O Privilégio da Servidão:** o novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo, 2020a.
- _____. Trabalho intermitente e uberização do trabalho no limiar da Indústria 4.0. In: ANTUNES, Ricardo (ORG.) **Uberização, Trabalho Digital e Indústria 4.0.** São Paulo: Boitempo, 2020b, p. 11-22.
- BAYLISS, K.; FINE, B.; ROBERTSON, M. The role of the state in financialised systems of provision: social compacting, social policy, and privatization. Geneva, Switzerland: UNRISD, 2013. (UNRISD Working Paper, n. 2).
- BOHNERT, M. K.; PAVÃO, C. M. G.; SILVA, F. C. C. Visualização de Dados de Saúde Pública: um estudo de caso sobre a Covid-19. **Revista de Ciência da Informação e Documentação**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 283-304, set. 2022/fev. 2023.
- BRAGA, J. C. S. Financeirização global. O padrão sistêmico de riqueza do capitalismo contemporâneo. In: TAVARES, M. C.; FIORI, J. L. (Ed.). **Poder e dinheiro. Uma economia política da globalização.** Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 1997. p. 195-242.
- BRASIL. Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31dez. 1990, p. 25694, col. 1. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/550018/publicacao/15715902> Acesso em: 04 abr. 2023
- _____. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 dez. 2016d, seção 1, p. 2. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm
Acesso em: 14 abr. 2018.

_____. Lei Nº 13467 de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. **Diário Oficial da União**, Brasília, 14 jul. 2017a, p. 1. Disponível em:
<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=14/07/2017> Acesso em: 04 abr. 2023.

_____. Lei Nº 13.429, de 31 de março de 2017. Altera dispositivos da Lei nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, que dispõe sobre o trabalho temporário nas empresas urbanas e dá outras providências; e dispõe sobre as relações de trabalho na empresa de prestação de serviços a terceiros. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 mar. 2017b, seção 1, edição extra, p. 1. Disponível em:
<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2017/lei-13429-31-marco-2017-784561-publicacaooriginal-152293-pl.html> Acesso em: 04 abr. 2023.

_____. Emenda Constitucional N º 103 de 12 de novembro de 2019. Altera o sistema de previdência social e estabelece regras de transição e disposições transitórias. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 nov. 2019, seção 1, p. 1. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/emenda-constitucional-n-103-227649622> Acesso em: 04 abr. 2023.

BRASIL. IBGE/IPEA. As fundações privadas e associações sem fins lucrativos no Brasil-2005. 2.ed. Brasília: ABONG/GIFE/IBGE/IPEA, 2008.

_____. **As fundações privadas e associações sem fins lucrativos no Brasil: 2016 / IBGE**, Coordenação de Cadastro e Classificações. - Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

CARDOSO, M. L. Capitalismo Dependente, Autocracia Burguesa e Revolução Social em Florestan Fernandes. Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo, jul. 1997. Disponível em:
<http://www.iea.usp.br/publicacoes/textos/limoeirocardosoflorestan1.pdf> Acesso em: 04 abr. 2023.

CASTEL, R. As metamorfoses da questão social. Uma crônica do salário. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

CASTRO, J. L. et al. Programa Saúde da Família: flexibilidade e precarização no trabalho. Relatório de pesquisa. Observatório RH, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. Natal: Universidade do Rio Grande do Norte, 2006. Disponível em:
http://www.observervarh.org.br/observervarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/NES_C-RN/PSF_flexibilidade_precarizacao.pdf Acesso em: 28 jul. 2016.

CHINELLI, F.; LACERDA, A.; VIEIRA, M. A Reconfiguração gerencial do Estado brasileiro e os trabalhadores da saúde nos anos 1990. In: VIEIRA, Monica; DURÃO, Anna V.; LOPES, Marcia Raposo. **Para Além da Comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2011, p. 33-78.

DRUCK, G. **A Terceirização na Saúde Pública:** formas diversas de Precarização do Trabalho. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 15-43, 2016. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/tes/a/ZzrBrfcK75czCSqYzjhRgk/?format=pdf&lang=pt>
Acesso em: 10 maio 2023.

FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO. 2021. **The State of Food Security and Nutrition in the World 2021.** Disponível em: The State of Food Security and Nutrition in the World 2022 (fao.org) Acesso em: 05 maio 2023.

FERNANDES, F. **Capitalismo dependente e classes sociais na América Latina.** 4a. ed. rev. São Paulo: Global, 2009.

FINE, Ben. **The continuing enigmas of social policy Geneva, Switzerland:** UNRISD, 2014. 59 p. (UNRISD Working Paper, n. 10). Disponível em: The Continuing Enigmas of Social Policy (ethz.ch) Acesso em: 05 maio 2023.

FRIGOTTO, G. Trabalho. In: PEREIRA, Isabel Brasil e LIMA, Júlio César França. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2009, p. 258-262. Disponível em:
<https://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Trabalho.pdf> Acesso em: 05 maio 2023.

GIDDENS, A. **Para além da esquerda e da direita. O futuro da política radical.** São Paulo: Editora da Unesp, 1996.

_____. **Terceira Via:** reflexões sobre o impasse político atual e o futuro da social-democracia. Rio de Janeiro: Record, 2000.

HARVEY, D. **Condição pós-moderna.** São Paulo: Edições Loyola, 2013.
Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. *Boletim Epidemiológico Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho no Brasil, 2006–2017*, 13(9), 1-5., Centro Colaborador da Vigilância dos Agravos à Saúde do Trabalhador, 2019. Disponível em:
https://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/ccvisat_bol_transtmentais_final_0.pdf Acesso em: 05 maio 2023.

LAURELL, A. C. **Proceso de trabajo y salud.** Cuadernos Políticos, número 17, México, D.F., editorial Era, julio-septiembre de 1978, pp.59-79. Disponível em:
<http://cuadernospoliticos.unam.mx/cuadernos/contenido/CP.17/17.7.AsaCristina.pdf> Acesso em: 10 maio 2023.

MELO, M. P.; LESSA, S. E. C.; **Políticas de Saúde, Neoliberalismo e o Crescimento do Chamado Terceiro Setor:** uma análise das FASFIL do

campo da saúde no Censo IBGE 2005. In. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 16, n. 1, p. 262 - 274, jan./jul. 2017.

MERLO, Á. R. C. Trabalho globalizado, patologias da solidão e atenção a saúde mental. In. Braga, Ialê Falleiros et al (Org.) **Debates e síntese do seminário O trabalho no mundo contemporâneo: contradições e desafios para a saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2017, p.174-186.

MOROSINI, M. V. G. C. **Transformações no trabalho dos agentes comunitários de saúde nos anos 1990-2016**: a precarização para além dos vínculos. 2018, 357 f. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Centro de Educação e Humanidades, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/33269> Acesso em: 05 maio 2023

NEVES, L. M. W. (Org). **A nova pedagogia da hegemonia**: estratégias do capital para educar o consenso. São Paulo: Xamã, 2005.

OLIVEIRA, J.; JARDIM, M. C.; SILVA, S. J. Sindicalismo, reestruturação produtiva e capitalismo financeiro no Brasil. **Revista de Economia Política**, vol. 41, nº 2, pp. 426-443, abril-junho/2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rep/a/tRVxfYrKChqSWJPk34C7c5b/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 10 maio 2023.

PINTO, I. C. M. Condições de trabalho e o sofrimento invisível dos trabalhadores da saúde. In. BRAGA, I. F. et al. (Org.) **Debates e síntese do seminário, o trabalho no mundo contemporâneo: contradições e desafios para a saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2017, p.187-193.

POCHMANN, M. **Nova Classe Média?**: o trabalho na base da pirâmide social brasileira. São Paulo: Boitempo, 2012.

_____. **Brasil: segunda grande transformação no trabalho? Estudos Avançados**, São Paulo, v. 28, n. 81, p. 23-38, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/wWSJLsTPgGxPNqJHDCcdLWy/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 05 maio 2023

PSI - Internacional de Serviços Públicos. **Profissionais de Saúde e a Covid-19 no Brasil - relatório especial em dados e gráficos**. Lagom Data. Outubro de 2022. Disponível em:<<https://publicservices.international/resources/news/pesquisa-revela-como-negacionismo-de-bolsonaro-ajudou-a-matar-4500-trabalhadorxs-da-saude-no-brasil?id=13415&lang=pt>> Acesso em: 04 abr. 2023.

RAMOS, M. N. Conceitos Básicos sobre Trabalho. In: **O Processo Histórico do Trabalho em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

RIZZOTTO, M. L. F. **O Banco Mundial e as Políticas de Saúde nos Anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. 2000. 260f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Federal de

Campinas, Campinas, 2000. Disponível em:
<https://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/205276> Acesso em: 05 maio 2023.

SENNETT, R. **A corrosão do caráter: as consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo**. Rio de Janeiro: Record, 1999.

SESTELO, J. A. F. et al. **A financeirização das políticas sociais e da saúde no Brasil do século XXI**. Economia e Sociedade, Campinas, v. 26, Número Especial, p. 1097-1126, dez. 2017. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/ecos/a/8qNN5wJT68gcPWYkfzJd6wg/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 05 maio 2023.

SILVA, B. G. **Exposição ao ruído em call center: headsets, sintomas auditivos e extra-auditivos de operadores de telemarketing**. Dissertação (Mestrado), São Paulo, USP, Faculdade de Medicina, 2018. Disponível em:
<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5170/tde-20032019-154223/publico/BarbaraGabrielaSilva.pdf> Acesso em: 05 maio 2023.

SOUSA, A. A. S.; OLIVEIRA, A. C.; SOUZA, G. **Pandemia e conservadorismo no Brasil: fundamentos e conjuntura recente**. In: SILVA, Letícia Batista e DANTAS, André Vianna. *Crise e pandemia: quando a exceção é regra geral*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2020.

CAPÍTULO IV

CONJUNTURA DE CONTRARREFORMAS, PROJETOS DE GOVERNO E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Tathiana Meyre da Silva Gomes

Professora adjunta na Escola de Serviço Social na Universidade Federal Fluminense (ESS/UFF). Docente colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Desenvolvimento Regional da Universidade Federal Fluminense (PPGSSDR/UFF).

E-mail: tathianagomes@id.uff.br

Rachel Gouveia Passos

Professora adjunta na Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ESS/UFRJ). Docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PPGSS/UFRJ) e colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal Fluminense (PPGPS/UFF).

Júlia Figueiredo Do Amaral Cruz

Graduanda em Serviço Social na Universidade Federal Fluminense e bolsista em iniciação científica PIBIC do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Serviço Social e Saúde (NUEPESS/UFF).

E-mail: juliafacruz@gmail.com

Thamires Mendes Raposo

Graduanda em Serviço Social na Universidade Federal do Rio de Janeiro e bolsista de iniciação científica Faperj do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Serviço Social e Saúde (NUEPESS/UFF).

E-mail: thamiresmendes30uff@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

O ano de 2019 foi um ano símbolo do alastre da extrema direita no Brasil. O período colaborou para sua ocupação em grande parte do poder político nacional, caracterizando, naquela conjuntura, a derrota de setores populares. Mara (2021) aponta que com a vitória de Jair Messias Bolsonaro ainda em 2018, houve um retorno do termo "fascismo" no vocabulário político corrente, o que se

deveu, entre outras coisas, a movimentos que grupos afetos ao governo faziam lembrar regimes autoritários como o de Hitler e Mussolini ao utilizar termos de ódio, racistas e sexistas como arma política.

Além de deslegitimar a democracia, entre outras situações que remontam a conjuntura de regime autocrático no país. Dar um passo atrás e observar o retrocesso brasileiro em relação a história é requisito para identificar determinantes histórico-conjunturais do rumo que nos trouxe até aqui.

Em 2002, a eleição de Lula como presidente trazia a promessa de mudança, uma vez que um representante da classe trabalhadora chegara ao poder democraticamente eleito. Contudo, a promessa foi frustrada, uma vez que o governo Lula “deu sequência às reformas do Estado e manteve a prioridade do capital, remunerando os rentistas como nunca, à custa de enorme sacrifício imposto à sociedade” (Carneiro, 2006, p.9).

Ao longo dos anos de mandato, Lula deixou de lado os objetivos de campanha e adotou uma postura de conciliação entre o mercado financeiro e a classe trabalhadora, promovendo a reforma da previdência e outras medidas que colocavam barreiras aos trabalhadores. Além disso, posteriormente, o governo ficou marcado por denúncias de corrupção, as quais permanecem recentes na memória dos eleitores de 2022 que são constantemente relembradas pelos opositores.

No contexto de disputa de projetos político-ideológicos explícitos na eleição de 2022, apresentaram-se dois candidatos principais, a saber Lula e Bolsonaro. Para este texto, buscou-se analisar tópicos no projeto de governo dos dois candidatos relacionados à saúde, sobretudo aqueles que dialogam diretamente com o setor da Saúde Mental e Drogas, com intuito de compará-los, identificando alguns determinantes do governo anterior que deixaram o campo da saúde mental e droga, perto de um cenário de terra arrasada. Além disso, perspectivar as possibilidades que seguirão com o mandato do presidente eleito, iniciado em janeiro de 2023.

Durante os meses de tensionamento político por conta das eleições de 2022, levantamos quais seriam as propostas dos dois principais candidatos e buscamos identificar qual espaço que a saúde mental ocuparia. O movimento de análise de conjuntura é inerente às atividades do Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Serviço Social e Saúde (NUEPESS/UFF) e nos fez acompanhar os

desdobramentos para política de saúde mental nos governos anteriores, contribuindo para o estudo dos projetos de governo para a área da saúde mental, objeto de análise deste texto.

A ascensão da extrema direita na política é um movimento mundial que não se limita apenas ao Brasil. Ideias racistas, xenófobas e conservadoras de exaltação nacional ganharam destaque em diversos países da Europa. Como destaca Löwy, a conjuntura atual se difere da abordagem clássica nazista dos anos de 1930 “mas já naquele período o fascismo não se limitava apenas a esse modelo” (Lowy, 2015, p. 654). Portanto, ao analisarmos a conjuntura eleitoral brasileira, é preciso atentarmos para os elementos e particularidades locais, uma vez que o fascismo tem diversas formas de expressão e organização.

Ao levantar hipóteses sobre o sucesso crescente da extrema direita, Lowy a associa ao processo de globalização capitalista neoliberal, que cria “pânicos de identidade” e gera “a obsessiva procura por fontes e raízes que leva a formas chauvinistas de religião, formas religiosas de nacionalismo” (Lowy, 2015, p.657). No caso brasileiro, é de fundamental relevo a compreensão sobre nosso processo de formação social, marcado pela exploração, expropriação, silenciamento e apagamento histórico das identidades dos povos originários nativos e dos povos traficados e escravizados de diversas partes da África.

Esse desconhecimento de sua própria história, somado ao ódio direcionado às diversas minorias tende a ser um dos fatores que promove, em parcelas da sociedade brasileira, a negação da própria identidade. O nacionalismo religioso evidenciado nos anos de governo findo colocou em pauta sob a ótica conservadora, temas como família, religião e moral, contribuindo para que o debate político estivesse subsidiado, majoritariamente, por esses direcionamentos e invalidando o debate técnico científico. Essa ideologia se estende e contamina as diversas políticas e a de saúde mental e drogas não saiu ilesa, tendo como carro chefe do processo de regressividade, o incentivo público às Comunidades Terapêuticas¹⁹ (CTS), em detrimento da ampliação e fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial.

¹⁹ As Comunidades Terapêuticas (CTs) são regulamentadas no Brasil pela Resolução nº 1, de 19 de agosto de 2015, sendo caracterizadas como entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância

O fomento às demandas com pautas mais conservadoras foi a estratégia utilizada durante a campanha eleitoral a fim de camuflar a péssima gestão do governo durante a pandemia de COVID-19 e os variados escândalos envolvendo a família Bolsonaro e os representantes do governo. Criou-se, como o esperado, um ambiente de tensão acirrado entre os candidatos.

De um lado, o candidato que se colocava à extrema direita realizava constantes declarações antidemocráticas que semeavam dúvidas quanto à veracidade do resultado eleitoral caso perdesse, insultando minorias como forma de fortalecer sua base de campanha. De outro lado, o candidato que se colocava à esquerda precisou fazer alianças com antigos rivais, além de concessões a diferentes grupos políticos e limitou suas propostas à manutenção do Estado neoliberal, sem mudanças drásticas (tal qual nos seus mandatos anteriores) — como veremos adiante.

2. PLANOS DE GOVERNO E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

A política de saúde mental, álcool e outras drogas foi precarizada como consequência do processo que atingiu o conjunto das políticas sociais nos últimos sete anos. Contudo, há particulares presentes nesse campo que são exacerbadas em um contexto de hegemonia conservadora. Exemplifica-se as forças conservadoras representadas pela psiquiatria tradicional que se mantiveram afirmando a centralidade da internação, medicalização, do isolamento e, por conseguinte, questionam ainda que não diretamente, as bases da Reforma Psiquiátrica — a liberdade, a emancipação e os direitos humanos (Passos, 2017). Entretanto, as reconfigurações conjunturais trouxeram para a cena disputas que outrora não ganharam repercussão pública e destaque na política.

De acordo com Passos (2017), no campo da saúde mental temos pelo menos três projetos em disputa: 1º) a proposta radical de Reforma Psiquiátrica,

psicoativa. São conhecidas pelo tripé: trabalho, disciplina e espiritualidade, pautadas em um modelo intervintivo de abstinência e proibição, “por meio de internação em isolamento por alguns meses, com abstinência, com práticas de autoajuda, psicologizante, moralizante, dentre outras.” (CFESS, 2018).

pautada na Luta Antimanicomial; 2º) a proposta de uma Reforma Psiquiátrica “simpática” às mudanças de carácter meramente legislativo e assistencial e 3º) a proposta de manutenção da perspectiva manicomial tradicional, na qual se destaca a proposta conservadora em defesa das comunidades terapêuticas.

As comunidades terapêuticas germinaram, no país, no final dos anos 1960 (Lima, 2017) e, atualmente, colocam-se na cena política para a disputa não só da gestão pública, mas principalmente do financiamento e gerenciamento da Rede de Atenção Psicossocial (Passos et al., 2020).

Os retrocessos no campo da política de saúde mental, álcool e outras drogas se agudizaram a partir de 2015 com a nomeação de um psiquiatra conservador e crítico da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial para a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde. Esse fato expressa as diferentes disputas que ocorreram por dentro do aparelho estatal. Portanto, o avanço do conservadorismo religioso e do neofascismo também atravessam e marcam os embates e tensionamentos no interior da saúde mental.

Nessa esteira de regressividade, nos primeiros dias de 2019, no início da gestão de Jair Bolsonaro, foi publicada a Nota Técnica nº 11, que orientava sobre novas e severas medidas para a política nacional de saúde mental, álcool e outras drogas. Entre as medidas anunciadas podemos destacar: compras de aparelhos para aplicação da eletroconvulsoterapia (ECT); internação de crianças e adolescentes em hospitais psiquiátricos violando, inclusive, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA); inclusão dos hospitais psiquiátricos e ambulatórios multiprofissionais como unidades ambulatoriais especializados; negação da política de redução de danos e a afirmação e defesa das comunidades terapêuticas. O documento também ressaltava que não haveria mais o fechamento de leitos psiquiátricos e nem que iria considerar nenhum serviço substitutivo ao modelo asilar, descaracterizando o lugar do CAPS, dentre outras atrocidades (Guimarães; Rosa, 2019). Salienta-se que diversas entidades, coletivos e movimentos sociais manifestaram notas de repúdio. Com isto, dois dias depois do lançamento da nota técnica, o Ministério da Saúde retira o documento dos meios de comunicação e informa que irá rever o material.

A gestão da política nacional de álcool e outras drogas passou a compor o “superministério” da Cidadania, que incorporou Desenvolvimento Social,

Cultura e Esporte. O titular da pasta, Osmar Terra, declarou publicamente apoio às comunidades terapêuticas e se colocou contrário à estratégia de redução de danos (Delgado, 2019). Além disso, o referido ministro “impediu a divulgação do 3º Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira, realizada ao longo de três anos e que custou R\$ 7 milhões aos cofres públicos, afirmando que ‘não tinha validade científica’, pois o estudo não confirmava a existência de uma epidemia de drogas no país” (Pereira, 2020, p. 83).

Já, em 2020, durante uma conjuntura adversa acentuada pela pandemia da COVID-19, foi promulgada a Resolução nº 3 do Conad (Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas) que “Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas” (Brasil, 2020, p.1). Algumas entidades e coletivos do campo da saúde mental se manifestaram contrárias a normativas gerando repercussões importantes para a problematização desse momento de tratamento como alternativa para adolescentes. Apenas em julho de 2021, a juíza Joana Carolina Lins Pereira, da 12º Vara Federal de Pernambuco, suspendeu, em todo território nacional, a internação de crianças e adolescentes nas comunidades terapêuticas, além do investimento previsto para os espaços.

No final de 2020, os representantes do Ministério da Saúde criaram um grupo de trabalho com objetivo de rever os serviços e revogar as portarias da política de saúde mental, álcool e outras drogas que consubstanciam o processo de reforma psiquiátrica brasileiro. A proposta teve como alvo mais de 100 portarias que subsidiam a Reforma Psiquiátrica e os serviços que seguem na contramão da lógica manicomial. Em contrapartida, inúmeras entidades, coletivos e sujeitos militantes do campo da saúde mental e da luta antimanicomial iniciaram diferentes movimentos contestatórios, o que acarretou o recuo e no surgimento da Frente Ampliada em Defesa da Saúde Mental, da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial.

Ao longo de 2021, tivemos mobilização em diferentes estados levando a criação de Frentes Estaduais e Municipais, como foi o caso do Rio de Janeiro. Com tamanha articulação nacional foi possível a realização da 1ª Conferência Popular Nacional de Saúde Mental Antimanicomial, ocorrida nos dias 09 a 12 de julho, de maneira remota. Dessa forma, foi possível a construção de diálogos

entre os diferentes grupos, coletivos, entidades e sujeitos que compõem o campo da saúde mental e atenção psicossocial.

O ano de 2022 iniciou com inúmeras mobilizações para a realização da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental e das etapas distritais, municipais, regionais e estaduais. Na tentativa de garantir a defesa das conquistas, até aqui existentes, têm-se realizado convocações para a garantia da participação de usuários, familiares, gestores e trabalhadores nesse espaço democrático importante. Destaca-se que a última Conferência ocorreu em 2010 depois de nove anos sem termos uma convocatória.

3. O PLANO BOLSONARO: O APROFUNDAMENTO DA CONTRARREFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

O plano de governo do ex-presidente da República Jair Messias Bolsonaro foi composto por diversos aspectos que serviram como materialização de princípios e valores que caracterizam uma direção sobre as relações sociais, reforçando uma economia neoliberal, e uma sociedade conservadora.

“Não se negocia a liberdade e a vida”. Esse é o slogan dos primeiros pilares de seu plano de governo: a liberdade e a vida, sendo a liberdade a base da felicidade e prosperidade individual e social. Segundo o plano, a verdadeira liberdade é aquela em que se proporciona transformação social, e consequentemente uma certa independência do Estado para quaisquer ações. Liberdade econômica, política, religiosa e criativa são mencionadas com grande ênfase, sendo a liberdade protagonista de todo plano.

A concepção de não dependência do Estado, trazendo à memória o Estado mínimo, carrega consigo diversos significados. Fontes (1996, p. 1) caracteriza o pensamento de “menos Estado” como um poder político limitado e distribuído como forma de preservar o direito de liberdade dos indivíduos. Para Friedman (2002), o liberal teme a concentração de poder no governo, o que limitaria a liberdade em diversas áreas:

O liberal tem fundamentalmente a concentração do poder. Seu objetivo é o de preservar o grau máximo de liberdade para cada indivíduo em separado – compatível com a não-interferência na liberdade de outro indivíduo. Acredita o liberal que este objetivo exige que o poder seja dispersado. Não vê com bons olhos entregar ao

governo qualquer operação que possa ser executada por meio do mercado – primeiro porque tal fato substituiria a cooperação voluntária pela coerção na área em questão e segundo porque dar ao governo um poder maior é ameaçar a liberdade em outras áreas (Friedman, 2002, p. 24).

Portanto, para o neoliberal, a ideia de Estado de bem-estar interventor nas relações sociais, caracteriza-se como uma clara ameaça à liberdade tanto prezada e defendida, contrapondo-se ao desenvolvimento econômico. Fontes (1996) menciona que, na lógica neoliberal, as despesas públicas destinadas à proteção social encorajam os pobres a continuarem em situação de pobreza e os desempregados a se conformarem com seu estado de desemprego. A redução de gastos direcionados à política social faz parte do pensamento neoliberal.

Estamos certas de que a liberdade criativa é necessária a cada sujeito, mas nesse processo, o Estado atua como um parceiro viabilizador de recursos para tal, não sendo um peso nos ombros para concretização.

Importante sinalizar a relevância da figura do Estado nas relações capitalistas, porém, de um Estado liberal, defensor dos interesses da hegemonia burguesa. Tal premissa ignora os desdobramentos de uma economia que se pauta em um único pilar: o contínuo e permanente processo de extração de mais valor. Confirmado o cenário de "menos Estado", o plano de governo do ex-presidente da República pressupõe mais constrições aos direitos sociais. Destaca-se:

retirar da população o peso do Estado de seus ombros e deixar cada cidadão, com o apoio necessário do governo exercitar sua criatividade, sua capacidade gerencial, sua visão empresarial e sua liberdade para escolher como vai prover sua existência de maneira a ser feliz naquilo que faz, dentro da legalidade (Plano de governo, p. 15)

Em relação à saúde mental, o plano de governo do ex-presidente não menciona grandes objetivos, exceto no campo das drogas. No referido projeto, a temática é desenvolvida no tópico 3.3, destinado para “segurança e defesa”, o que nos mostra com nitidez o posicionamento do então candidato em relação ao tema. A análise do plano demonstra a disposição em direção à continuidade e aprofundamento do trato do uso abusivo de drogas não como uma expressão de saúde pública o que demandaria de ações de cuidado, mas como expressão de polícia, que demanda ações bélicas alinhadas ao projeto de guerra às drogas.

A abordagem às drogas se apresenta como limitada ou reduzida ao combate ao tráfico, seguido de prisão de "delinquentes". E, relacionando-a a resultados obtidos em um comparativo entre os anos de 2018 com 2021, demonstra-se a "queda de 6,5% das taxas de homicídio, apreensão de 16.026 armas de fogo ilegais, e apreensão de drogas, aumentando em 131% a apreensão de cocaína, em 172% a apreensão de maconha, e em 470% a prisão do que chamam de "delinquentes". É nesse tópico que a questão das drogas se apresenta. Em relação a isso, fica referendado o trato da droga como combate à criminalidade, instaurando um conjunto de ações que juntas se caracterizam como "guerra às drogas".

Apesar de não se apresentar de forma nítida no plano de governo, em seu mandato houve muitas medidas que fomentaram o avanço de Comunidades Terapêuticas (CTs), apontando para uma direção manicomial de (des)cuidado de pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas. Ilustrativos desse incentivo são os editais de financiamento liberados em seu mandato, como, por exemplo, o edital Federal 17/2019²⁰, disposto pelo Ministério da Cidadania, que credenciou 492 CTs, concedendo R\$1172,23 por mês para os serviços de acolhimento de adultos, homens e mulheres, e R\$1527,37 para mães nutrizes.

Segundo uma publicação de 2021 da *Agência Brasil*, a estimativa de um investimento para as Comunidades Terapêuticas era de 90 milhões e seriam selecionadas por meio de editais públicos. Entretanto, entre 2020 e 2021, estas instituições passaram a receber R\$193,2 milhões de reais, cifra superior ao anunciado. Com base nisso, pode-se afirmar uma direção política pautada na remanicomialização dos serviços de saúde mental.

Outro ponto a se destacar em seu plano de governo, é o subtópico "liberdade religiosa", localizado dentro do tópico 1.1 de liberdade. Nesse item, fica explícita a garantia por parte do governo da livre possibilidade de exercer ou não atividades religiosas, destacando que "cada cidadão se torna completo, tem o livre arbítrio sobre sua visão de mundo e desfruta de sua felicidade" (p. 9). Aponta, então, para um Estado defensor da liberdade religiosa de cada cidadão.

²⁰ Edital de Credenciamento público nº 17/2019. Disponível em:
https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cuidados_prevencao_drogas/Edital%2017/Edital%20172019%20-%20MC-SENAPRED.pdf

Dialogando com a defesa das Comunidades Terapêuticas, o ponto de liberdade religiosa deve ser destacado, pois a espiritualidade é componente do tripé de cuidado das CTs (trabalho, espiritualidade e disciplina). Aqui, a laicidade do Estado é deixada de lado, contribuindo para o avanço desses espaços em que a fé em um ser superior é fundamental para o caminho de “cura” dos sujeitos.

“As CTs brasileiras, em sua maioria, configuram-se, em espaços em que a religião se torna instrumento de tratamento, sem atentar para a realidade social, ética, cultural e religiosa do sujeito” (CFESS, 2018, p.15). O fomento na expansão dessas instituições limita a oferta de serviços, entrando em conflito com valores espirituais e éticos de muitos daqueles que se caracterizam como “público-alvo”, impedindo que o serviço chegue à totalidade de cidadãos.

A pesquisa do Ipea (2017) levantou o perfil das Comunidades Terapêuticas presentes em todo Brasil. Das 82% das CTs ativas, encontram-se vinculadas a igrejas e segmentações religiosas, notadamente de matriz cristã. Ainda aquelas não vinculadas às instituições religiosas, verbalizaram fomentar a fé no divino para um possível êxito no tratamento. A espiritualidade não se caracteriza como o tratamento em si, mas como parte dele, o que dá uma certa “sustentação” ética para que haja a recuperação do interno nas CTs e fora dela. Assim, segundo o Ipea (2017), a fé se configura como algo transformador na medida em que reconhecem a necessidade de submissão às leis e ordens estabelecidas dentro e fora das Comunidades Terapêuticas.

A luz do debate, é possível observar a defesa de uma liberdade relativa, apenas quando convém. A relativa liberdade em que o cidadão não tem tempo para sonhar e expressar com totalidade seus desejos e anseios para uma vida mais digna. Além da própria liberdade ser cerceada com muros e a ideologia do outro passar a ser a sua, não por opção, mas por obrigação. A relativa liberdade que não acolhe, não reduz danos, não escuta. Aquela que aponta, e exclui possibilidade de novos rumos e caminhos. A que pune e torna escravo, a que mata mesmo vivendo.

4. O PLANO LULA: CONCILIAÇÃO DE INTERESSES OU REAFIRMAÇÃO DE UMA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E OUTRAS DROGAS NÃO MANICOMIAL?

Ao analisarmos o plano de governo Lula-Alckmin 2023-2026, divulgado em agosto de 2022 e intitulado como “Diretrizes para o Programa de

Reconstrução e transformação do Brasil", podemos ressaltar algumas observações. Dos 121 tópicos enumerados, nenhum descreve especificamente as propostas para com a saúde mental, apenas o compromisso número 34 aborda o tema sobre drogas. Portanto, explora-se, nessas considerações, os tópicos descritos no plano de governo que podem se relacionar direta ou indiretamente com a política de saúde mental. Ademais, considera-se a sinalização que Lula fez aos evangélicos por meio de uma carta²¹, a qual foi divulgada com posicionamentos acerca de pautas em disputa por esse grupo, que será mencionada a seguir.

De acordo com o plano de governo, as políticas sociais assumem centralidade, as quais são indicadas como "conquistas civilizatórias" (item 4). O documento apresenta o posicionamento da chapa: "Estamos comprometidos com a dignidade humana de todos os brasileiros e brasileiras e com a defesa da população historicamente privadas de direitos no Brasil" (item 9). Aqui, subentende-se que estão contempladas as pessoas que possuem o perfil dos usuários das políticas de saúde mental. Contudo, é preciso de mais elementos para prospectar como a chapa eleita implementará as formas de cuidado com esse público.

Pode-se entender que no item 16 há a proposta de retomar a política de valorização do salário-mínimo que refletirá na concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC). O que pode ampliar o número de pessoas que terão acesso, uma vez que esse benefício assistencial tem como condicionante a renda per capita inferior a $\frac{1}{4}$ de salário-mínimo e tem, historicamente, mostrando-se fundamental no processo de desinstitucionalização, uma vez que esse público raramente é absorvido pelo mercado de trabalho. No decorrer do texto, são colocadas outras ações que podem impactar aqueles que fazem o uso da política de saúde mental, como a "reconstrução e fortalecimento do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e a ampliação do Programa Bolsa Família" (itens 19 e 20, respectivamente).

Em relação à saúde, o item 24 reafirmou o compromisso de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), como um sistema público e universal. Como

²¹ Carta de Lula aos evangélicos durante reunião com pastores em SP. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/politica/lula-divulga-carta-aos-evangelicos-durante-reuniao-com-pastores-em-sp/>

já explicitado, o plano de governo segue sem detalhamentos sobre a política de saúde mental. Entretanto, podemos salientar o item sobre drogas:

O país precisa de uma nova política sobre drogas, intersetorial e focada na redução de riscos, na prevenção, tratamento e assistência ao usuário. O atual modelo bélico de combate ao tráfico será substituído por estratégias de enfrentamento e desarticulação das organizações criminosas, baseadas em conhecimento e informação, com o fortalecimento da investigação e da inteligência (item 34).

É interessante, primeiro, notarmos que a posição que esse item se encontra é entre compromissos de segurança pública e desempenho policial, o que pode demonstrar uma tendência da chapa a orientar a abordagem sobre as drogas como pauta de segurança e não de saúde. Outro ponto a ser observado é a semântica quando se escolhe o termo redução de riscos e não redução de danos.

Sabe-se que a redução de danos é o paradigma defendido pela Luta Antimanicomial por ser uma forma de cuidado aos usuários de álcool e outras drogas o qual se baseia na autonomia do sujeito em fazer escolhas quanto ao uso de substâncias psicoativas e às suas vivências. Considerando que este é um conceito amplamente utilizado, escolher não o utilizar em detrimento de palavras que podem ser sinônimos, mas não expressam o mesmo significado pode ser entendido como uma tentativa de não gerar nenhum compromisso que possa atrapalhar futuras parcerias com vertentes que se opõem à redução de danos.

As comunidades terapêuticas se opõem abertamente ao paradigma da redução de danos ao assumirem a abstinência como paradigma central. Cabe salientar que, desde 2011, as CTs vêm ampliando o espaço de atuação com recursos públicos, concorrendo a editais de financiamento a nível federal, estadual e municipal.

Considerando o avanço e o engajamento político das CTs ao longo dos últimos anos, principalmente no mandato do ex-presidente Jair Messias Bolsonaro, supõe-se que a forma a como o tema das drogas é abordado no plano de governo da Chapa Lula-Alckmin expressa uma tendência a não impor barreiras a esses serviços. Portanto, por mais que a chapa coloque o

comprometimento com o fortalecimento das políticas públicas, observa-se uma escolha política e até eleitoral em não romper com esse segmento.

É fundamental lembrar que as CTs têm forte base religiosa, evangélica em sua maioria, com intervenção pautada na moral sob o tripé da disciplina, espiritualidade e trabalho. Com isso, algumas questões como a família tradicional, religião, uso de drogas se tornam presentes de forma que estão em consonância com o que foi colocado nos últimos quatro anos do governo Bolsonaro. Lula tem ciência desse fato e a partir disso se observa a tentativa conciliatória com parcelas do eleitorado de Bolsonaro.

No item 74 do plano de governo, é colocado que “o investimento privado também será parte importante da reconstrução do Brasil e será estimulado por meio de créditos, concessões, parcerias e garantias”. O item claramente se refere de forma ampla às propostas gerais de relações econômicas entre o Estado e o setor privado, sem colocar de forma específica como pretende estabelecer essa relação na política de saúde mental. Levando em conta o avanço das CTs com apoio financeiro do Estado por meio de editais, é importante ressaltar o item para a reflexão da centralidade proposta para a relação público-privada.

O plano de governo pode deixar brechas para algumas interpretações, por isso, entendemos como necessária, também, a análise da Carta Pública ao Povo Evangélico, escrita por Lula e divulgada nos veículos de imprensa em 19 de outubro de 2022. De acordo com matéria publicada pela *Carta Capital* (2022), a intenção de Lula era desmentir informações falsas que estavam circulando durante o período eleitoral. De maneira ampla, o documento relembrava os governos anteriores e reafirma o compromisso com a liberdade religiosa.

A carta, além acenar para o possível eleitorado destacando avanços da igreja evangélica no passado, também coloca propostas para o futuro “Se Deus e o povo brasileiro permitirem que eu seja eleito, além de manter esses direitos, **vou estimular sempre mais a parceria com igrejas (grifos nossos)** no cuidado com a vida das pessoas e famílias brasileiras”. Lula dá a entender que o espaço que a igreja evangélica conquistou ao longo dos anos não está em risco, não nomeia concretamente quais serão os possíveis lugares de ocupação de igrejas, mas comenta sobre as pautas que estiveram no centro do debate nos últimos tempos.

Declaro meu respeito e minha admiração pela fé, dedicação e amor com que os evangélicos realizam sua missão, seja na área da difusão do evangelho, seja na área da assistência social, proteção da infância, da juventude, das mulheres, dos idosos e das pessoas com deficiência (Lula, Carta Pública ao Povo Evangélico, 2022).

Além disso, pontua novamente sobre a questão das drogas, de forma que carrega evidentemente o viés proibicionista: “outro compromisso que assumo: fortalecer as famílias para que os nossos jovens sejam mantidos longe das drogas” (*grifos nossos*). É interessante observarmos que a época de elaboração e divulgação dos dois documentos era o período eleitoral. A tentativa de Lula em marcar compromisso, fazer concessões e se comunicar diretamente com o eleitorado que tradicionalmente não é sua base mais forte reflete o acirramento da disputa eleitoral. Uma vez que mesmo antes de ser eleito precisou se comprometer e conciliar grupos para chegar ao poder.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mesmo que os dois representantes se coloquem como figuras opostas, percebemos que em ambos os planos de governo a saúde mental na perspectiva de cuidado defendida pelo movimento da luta antimanicomial não assume centralidade, a questão das drogas tende a ser tratada como questão de segurança e não como pertencente ao campo da saúde. Após a vitória de Lula e sua posse, tivemos a introdução da nova Ministra da Saúde, Nísia Trindade. A escolha por Nísia mostra que há a valorização de profissionais com conhecimentos técnicos para assumir o Ministério, o que se difere do governo anterior. Em sua posse, Nísia revela que “a agenda da saúde mental por exemplo voltará a se alinhar com a reforma psiquiátrica brasileira e às produções coletivas da luta antimanicomial garantindo políticas de cuidado integral e humanizado no campo do SUS” (Trindade, 2023).

Essa declaração dá uma direção da forma pela qual se pretende direcionar a política pública. Todavia, devemos considerar que os setores conservadores ganharam maior destaque durante o governo Bolsonaro e, por mais que as declarações se direcionam a favor da luta antimanicomial, há diversas barreiras que dificultam essa efetivação, como, por exemplo, a Frente Parlamentar em defesa das Comunidades Terapêuticas. A frente é dirigida pelo

deputado Eros Biondini, que vem lutando ferrenhamente para a concessão de benefícios a esses espaços. Completando 11 anos em 2023, a Frente Parlamentar legitimou as CTs e conseguiu trazê-las para a Nova Política de Drogas.

Portanto, podemos reconhecer que a nova Ministra carrega consigo uma trajetória de contribuição para o SUS, contudo, observamos que Lula precisou se conciliar com grupos que não representavam tradicionalmente seu eleitorado e que ampliaram seus espaços de poder. Considerando que a política de saúde mental não estava mencionada no plano de governo e o aceno aos evangélicos, supõe-se que a política poderá ser alvo de concessões para alinhar interesses futuros de forma estratégica.

A análise feita a partir dos primeiros governos Lula nos permitiu compreender o avanço da saúde mental na direção das pautas antimanicomiais, com forte participação dos movimentos sociais, por parte de amigos, familiares e usuários dos serviços de saúde mental. Naquele momento, havia grande expectativa de que o governo defendesse os interesses da classe trabalhadora, visto que o candidato eleito era um sindicalista e um personagem que se diferenciava dos demais presidentes anteriores, justamente pela trajetória entre os movimentos sociais.

Já no governo Bolsonaro, não houve tentativa de conciliação, uma vez que Bolsonaro declaradamente atacava minorias, como os movimentos sociais. Ao longo da sua gestão, as igrejas foram incentivadas, por meio de editais, chamamentos públicos e nomeações, a se aproximarem da política de saúde mental e a promoveram uma intervenção manicomial que tem como objetivo a reforma moral do sujeito.

Ao analisarmos o plano de governo tanto de Lula como de Bolsonaro, observamos que a política de saúde mental não se colocou como uma prioridade. Trata-se novamente de um governo de conciliação de interesses, em que, na atual conjuntura, a saúde mental passou a ser um campo intensamente ocupado por Comunidades Terapêuticas com forte ligação religiosa. Os rumos que a saúde mental terá durante o governo Lula ainda não estão definidos, a eleição de um governo progressista não apaga o lastro da extrema direita deixado pelo anterior. Contudo, assim como as conquistas anteriores desta política, vislumbram-se possibilidades ante as dificuldades a partir da luta coletiva e participação popular.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Edital de chamamento público nº 17/2019. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cuidados_prevencao_drogas/EditaI%2017/Edital%2017-2019%20-%20MC-SENAPRED.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cuidados_prevencao_drogas>EditaI%2017/Edital%2017-2019%20-%20MC-SENAPRED.pdf) Acesso realizado em 10/01/2023.

BRASIL. Resolução CONAD nº 01/2015. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas. 19 de agosto de 2015.

BRASIL. Resolução nº 3, de 24 de julho de 2020. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-3-de-24-de-julho-de-2020-268914833> Acesso em: 22/09/2020.

CARNEIRO, M. L. F. A Corrupção Venceu a Esperança. **Revista Universidade e Sociedade.** Ano 16, n.38, 2006, Brasília, p. 9 - 17.

CARTA CAPITAL. Carta de Lula aos evangélicos. Carta Capital, 2022. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/politica/leia-a-integra-da-carta-de-lula-aos-cristaos/> Acesso realizado em: 14/02/2023.

CFESS. Serviço Social e a Inserção de Assistentes Sociais nas Comunidades Terapêuticas. Conselho Federal de Serviço Social, Brasília, 2018.

DELGADO, P. G. Reforma Psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Revista Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, 17(2), 2019.

DIRETRIZES PARA O PROGRAMA DE RECONSTRUÇÃO E TRANSFORMAÇÃO DO BRASIL. Lula Alckmin 2023-2026. Coligação Brasil da Esperança. Brasil, 2022.

FONTE, S.S.D. O discurso neoliberal do Estado mínimo. **Comunicações**, v. 3, n.1, São Paulo, p. 67-74, 1996.

FONTE, E.M.M. Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. **PPGS**, v. 1, n.18, p. 1-21, 2012.

FRIEDMAN, M. **Capitalismo e liberdade.** Nova cultural, 2ed, 1985, São Paulo.

GARCIA, M. L. T.; LEAL, M. L. X.; ABREU, C. C. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. **Revista Psicologia & Sociedade**, v.2, n. 20, p. 267-266, 2008.

GUIMARÃES, T. A. A.; ROSA, L. C. S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **Revista O Social em Questão**, Ano 21, n. 44 - mai.-ago./2019.

IPEA. **Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília, 2017.

LIMA, R. C. C. As comunidades terapêuticas religiosas e a política social de drogas. In: **Ciência e Saúde coletiva**, v.27, n.4, p. 1557 - 1566, 2022.

PASSOS, R. G. *et al.* A (re) manicomialização da política de saúde mental em tempos bolsonaristas: a volta do eletrochoque e das internações psiquiátricas. **Cadernos brasileiros em saúde mental**, v. 13, n.17, p. 42-64, Florianópolis, 2021.

PASSOS, R. G. Luta antimanicomial no cenário contemporâneo: desafios atuais frente a reação conservadora. **Revista Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 23, n° 2, p. 55-75, jul./dez., 2017.

PLANO DE GOVERNO. **Governo Bolsonaro 2023-2026**. Brasil, 2022.

PEREIRA, S. L. B. A política de saúde mental brasileira em tempos neoliberais: projetos em disputa. **Revista Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 26, n.1, jan./abr. 2020.

RODRIGUES, A. O Ministério vai contratar 6,3 mil vagas em comunidades terapêuticas. **Agência Brasil**, 2021. Disponível em:
<https://agenciabrasil.ebc.com.br/politica/noticia/2021-12/ministerio-vai-contratar-63-mil-vagas-em-comunidades-terapeuticas> Acesso realizado em: 10/ 02/2023.

TRINDADE, N. **Discurso da Ministra da Saúde, Nísia Trindade, durante a cerimônia de posse**. Ministério da Saúde, Brasília, 2023. Disponível em:
<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/janeiro/confira-o-discurso-da-ministra-da-saude-nisia-trindade-durante-a-cerimonia-de-posse> Acesso realizado em 14/02/2023.

CAPÍTULO V

POLÍTICA DE SAÚDE E RACISMO ESTRUTURAL: UMA POLÍTICA EUGÊNICA NO BRASIL

Débora Cristina Lopes Santos

Assistente Social com formação na Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) - (2017). Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) - (2022). Atuação profissional: Unidade de Acolhimento Institucional (Abrigo - Casa da Juventude) - Prefeitura Municipal de Ubá (MG). E-mail: deboracristinalopessantos@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

O presente artigo apresenta como o Estado brasileiro construiu políticas públicas que por séculos reforçaram a tradição racista criada pelo contexto da escravidão de africanos no país (1535 - 1888), como a política de imigração ocorrida no Brasil a partir de 1850. Esses dois processos são marcos da construção de uma cultura racista que foi amplamente acolhida pelo campo da saúde pública brasileira. A cultura eugênica estabelecida, pela via do higienismo, resultou em prejuízos históricos para a saúde da população negra brasileira, possíveis de serem observados ainda nos dias atuais.

Um exemplo recente desse processo foram as assimetrias sociais provocadas pela emergência sanitária global, da pandemia da Covid-19, que colocaram grupos populacionais em situações mais precárias de adoecimento e morte, dado o diferente impacto que teve tal doença na vida dos sujeitos de determinada raça ou classe social, em decorrência das suas condições de vida e saúde, refletindo assim, as desigualdades historicamente construídas neste país (Santos *et al.*, 2020).

O Brasil foi marcado por uma narrativa historiográfica e social que disseminou para o mundo a ideia de que aqui existiu harmonia entre as diferentes raças, negando, portanto, a existência do racismo no país. Entretanto, Ianni (1987) apresenta que, no Brasil, o mito da democracia racial está em boa parte apoiado na ambiguidade com que o branco lida com o negro.

Por conseguinte, um dos traços do racismo no Brasil se apresentou na política de branqueamento, que teve como objetivo higienizar o país, eliminar a população negra da nação, utilizando-se da força de trabalho dos imigrantes europeus, selecionados para esse fim. Observa-se, portanto, que uma política de Estado foi construída no Brasil a fim de reforçar a cultura racista já estabelecida pelo período colonial no país.

Diante disso, Moura (1994) apresenta o racismo como uma arma ideológica de dominação, pois busca justificar a dominação de um povo, de uma nação ou de uma classe sobre a outra, invocando argumentos “científicos” provenientes de uma ciência eurocêntrica.

Nesse sentido, Stepan (2005), Moura (1994) e Formiga *et al.* (2019) apontam que a política de imigração esteve imbricada nas adaptações feitas no Brasil das ciências eugenistas e higienistas da Europa, que na realidade se tratou de um projeto político-social de controle da população, que sob o discurso da defesa do melhoramento humano ideou “limpar” o país de pessoas pobres, negras, mestiças, prostitutas, homossexuais e portadores de deficiências físicas ou mentais. Chamamos de adaptações, porque enquanto na Europa os movimentos dessa linha de pensamento acreditavam na degeneração da raça e, portanto, defendiam a pureza de raças “superiores”, ou seja, do branco europeu, os políticos, os sociólogos e os médicos brasileiros vislumbraram na perspectiva da miscigenação uma “salvação” para a nação enegrecida e tropical.

Isto posto, a política eugenista de imigração teve como objetivo resgatar o país da “miséria da mestiçagem” (Stepan, 2005). Consistiu-se, portanto, em uma política racista, instrumentalizada e legitimada pelo Estado Brasileiro, que serviu para reforçar a cultura racista construída no período colonial, e que criou e continua a criar desvantagens e desigualdades na vida e na saúde da população negra no Brasil (Santos, 2022).

Esse processo se relaciona à política de saúde na medida em que a categoria médica foi selecionada para tratar o país, para higienizar e eugenizar a questão social, ou seja, as desigualdades sociais produzidas pela sociedade capitalista que se apropria privadamente da riqueza socialmente produzidas às custas da exploração da maioria dos sujeitos sociais. Dessa forma, a medicina foi eleita, pelo próprio Estado, a ser agente do aperfeiçoamento da raça humana,

e atribuiu aos negros e pobres da sociedade características degenerativas que lhes negaram a humanidade.

Dessa maneira, o objetivo deste artigo é corroborar na associação entre alguns caminhos percorridos pela política de saúde brasileira, especialmente no que diz respeito às décadas de 1920-1930, marcadas pelo debate da utilização do sanitarismo para o melhoramento da raça humana, e o racismo estrutural que inviabiliza e coloca barreiras para o acesso, a promoção, a proteção e a recuperação da saúde da população negra no Brasil, até os dias atuais.

Este artigo propõe, também, demonstrar que assim como o mito da democracia racial tentou mostrar que no Brasil as relações raciais foram harmônicas e cordiais, a eugenia brasileira ousou se apresentar mais tolerante e assimilacionista à diversidade racial, mas na realidade atendeu mais uma vez aos interesses dos setores dominantes da sociedade.

2. A POLÍTICA DE IMIGRAÇÃO E A EUGENIA NO BRASIL

O Brasil viveu sob o regime da escravidão por mais de três séculos, nos quais a força de trabalho utilizada foi majoritariamente a força de trabalho da população negra que no primeiro momento foi trazida forçadamente do continente Africano e, posteriormente, foi conformando o brasileiro por meio da miscigenação, ou seja, da mistura de povos indígenas, africanos e imigrantes europeus (Fernandes, 1972); (Viotti da Costa, 1989); (Gorender, 2011); (Moura, 1994).

Durante o século XIX, o Estado brasileiro impôs a substituição da força de trabalho escrava pela imigrante. O poder público estimulou direta e indiretamente as correntes migratórias, por meio da propaganda e do financiamento das viagens dos imigrantes. Formiga *et al.* (2019) explicam que esse movimento ocorreu porque a ideia de “imigrante ideal” se ligou ao determinante biológico que remetia à superioridade europeia. Por isso, a absorção de imigrantes foi rápida nos setores econômicos, o que provocou tensões com a classe trabalhadora brasileira emergente, principalmente com a fração negra, ex-escravizada e seus descendentes.

Conforme Nascimento (2016), o Estado se apresentou nas políticas de cunho essencialmente racistas no Brasil. Esse autor explica que a política

imigratória considerou a população nacional feia e geneticamente inferior por causa da presença do sangue africano, e observou que as teorias científicas forneceram sustentação que propuseram dizimar a população negra brasileira.

Nesse contexto, o trabalhador branco foi eleito o modelo ideal de trabalhador, considerado superior do ponto de vista racial e cultural, o único capaz de construir uma sociedade “civilizada”.

Moura (1994) problematiza como historicamente as classes dominantes se autoafirmam como a “raça eleita”, e atribuem aos não brancos o lugar do não humano, os tratando como bárbaros e selvagens, para então justificar a invasão e a dominação de territórios, como a América Latina, e reafirmar a superioridade do homem branco e europeu.

Desse modo, a política imigratória, que ficou conhecida como a política do branqueamento, teve implicações no campo da saúde pública, especialmente no que se refere à saúde da população negra brasileira, uma vez que a “degeneração” era o termo utilizado pela medicina social para descrever tudo aquilo que ela considerava como anormal, hereditário e sem cura como, por exemplo, a “inferioridade” de pessoas negras. A ideia da degeneração estabeleceu como patológico e hereditário tudo aquilo que fugia à “normalidade”, e associou a “degeneração” à pobreza (Gioppo, 1996).

Durante o contexto histórico, político, econômico e social do século XIX, um debate teórico circulou entre os cientistas de que algumas doenças eram causadas por contágio ou miasmas. Essa teoria afirmou que as enfermidades tinham origem em determinadas condições atmosféricas e climáticas, e atribuiu tais doenças à pobreza e a outras condições sociais como a mestiçagem, por exemplo (Gioppo, 1996); (Nunes, 1998); (Schwarz, 2020).

Destarte, diante da exclusão histórica de acesso, posse e propriedade da terra (Lei de Terras de 1850); da condição de escravidão; do impedimento e da dificuldade colocada na inserção do mercado de trabalho assalariado; os corpos negros, pobres e mestiços foram considerados patológicos, perigosos e inadequados, representando uma ameaça para a humanidade, incorporando medos de raça e classe (Schwarz, 1993).

Foi durante esse processo que a eugenia emergiu no Brasil. Stepan (2005, p. 149) problematiza a eugenia como “um movimento estético-biológico

preocupado com beleza e feiura, pureza e contaminação, conforme estas se apresentavam na raça”.

A eugenia se constitui enquanto um movimento científico e social, cuja palavra, que significa “bem-nascido”, foi criada pelo cientista britânico Francis Galton, em 1883, para representar as possíveis aplicações sociais do conhecimento da hereditariedade para se obter uma desejada “melhor reprodução”. Galton defendeu que a aptidão humana seria função da hereditariedade e não da educação, e para alcançar o objetivo da idealização do humano, um dos caminhos encontrados foi a promoção de casamentos criteriosos ao longo de várias gerações, a fim de selecionar apenas as melhores características humanas (Stepan, 2005).

Nesse sentido, a eugenia foi definida também como um movimento pelo aprimoramento da raça humana, e pela preservação da pureza de determinados grupos:

como ciência a eugenia se baseou nos entendimentos supostamente novos das leis da hereditariedade humana. Como movimento social, envolveu propostas que permitiram à sociedade assegurar a constante melhoria de sua composição hereditária encorajando indivíduos e grupos “adequados a se reproduzirem e, talvez mais importante, desencorajando ou evitando que os “inadequados” transmitisse suas inadequações às gerações futuras (Stepan, 2005, p. 9).

Schwarz (1993), por sua vez, apresenta a eugenia como uma prática avançada do darwinismo social, que comprehende a mestiçagem como sinônimo de degeneração não só racial, mas também social, cuja meta foi intervir na reprodução das populações.

Nos últimos anos do século XIX, os cientistas e os eugenistas, inspirados pelos pensamentos de Galton²², que propunha a seleção dos “adequados” em detrimento dos “inadequados”, elaboraram que doenças como tuberculose, sífilis, alcoolismo e diferentes quadros de sofrimento psíquico grave eram hereditárias doenças que afigiam majoritariamente a população negra e pobre, por questões de miséria, insalubridade e pouco ou nenhum grau de alfabetização.

²² Francis Galton foi um matemático inglês. Fundou o termo “eugenia” em 1883. Ele acreditava que o Estado deveria intervir na reprodução de pessoas que tivessem características “degenerativas”, como o alcoolismo, a prostituição, e até mesmo o sonambulismo e outros “vícios”, porque estaria em curso o fracasso racial, em que os indivíduos degenerados suplantariam os mais aptos, prejudicando, assim, o desenvolvimento de uma sociedade (Formiga *et al.*, 2019, p. 77).

É importante considerar o contexto internacional do final da década de 1920, que foi marcado por um cenário de favelização (crescimento de cortiços e favelas) diante de um adensamento do desemprego intensificado pela crise estrutural do capitalismo, em 1929, e, com isso, um consequente aumento da pobreza.

Tal contexto de crise afetou a América Latina, e o Brasil de modo particular, dada a sua condição de dependência e periferia no capitalismo mundial e o seu alto grau de desigualdade social (Fernandes, 1972); (Moura, 1983; 1988). O Brasil adentrou no século XX como uma sociedade altamente estratificada, social e racialmente. Durante a segunda metade do século XX, a pobreza foi grande e a saúde foi deplorável, passando a despertar a consciência pública como uma “questão social”. Eram péssimos os padrões de habitação e saneamento das cidades brasileiras. E apesar dos serviços públicos embrionários no combate às doenças epidêmicas, a morbidade se mantinha alta, e os programas de saneamento promovidos pelo Estado eram geralmente autoritários, o que gerava resistência por parte da população (Stepan, 2005).

Dentro desse cenário de crise, o grupo que mais preocupou os especialistas em saneamento foi o de negros e mestiços (“mulatos”). Esses profissionais acreditavam que os pobres estavam na condição de pobreza não por uma questão histórica de desigualdade social e racismo, mas porque se portavam de modo anti-higiênico, eram sujos, ignorantes e hereditariamente “inadequados”. Assim, os preconceitos de raça e classe se alinharam na linguagem da hereditariedade (Stepan, 2005).

3. A EUGENIA COMO UMA POLÍTICA DE ESTADO

No Brasil, durante o século XX, a palavra “raça” esteve em alta, porque intelectuais e cientistas buscaram invocar a noção da “miscigenação construtiva”, que significa: a mistura entre as raças eugenicamente “superiores”, e/ou até mesmo o incentivo à mistura destes (os “racialmente superiores”) com as raças “inferiores” no sentido de os branquear e, assim, “melhorar” racialmente a população, até suprimir a população negra do país a fim de construir um tipo nacional homogêneo (Stepan, 2005).

Segundo Moura (1994), o racismo moderno nasceu com o modo de produção capitalista. Esse autor entende por racismo moderno aquele que justifica a dominação de um povo, nação, ou classe sobre a outra invocando argumentos “científicos” de uma ciência eurocêntrica.

Conforme Almeida (2018), o racismo enquanto um elemento estrutural, histórico e socialmente construído é funcional ao modo de produção capitalista, está integrado nas relações econômicas, sociais, culturais e políticas dessa sociabilidade, e confere sentido, lógica e normalidade para as formas de desigualdade e violência que a circunscrevem.

Perante o exposto, nas últimas décadas do século XIX, a eugenia emergiu na América Latina como parte dos debates sobre evolução, degeneração, progresso e civilização. Depois da Segunda Guerra Mundial, o movimento se ampliou no continente, com o estabelecimento das sociedades e organizações eugênicas específicas, e passou a influenciar a histórica da medicina, da família, da maternidade, da população, da criminologia, da saúde pública e do bem-estar (Gioppo, 1996).

Prova dessa influência está nas medidas de saúde pública do final do século XIX e início do século XX, que tem destaque na política de imigração que atendeu aos interesses de branqueamento da população nacional. Mas outras aparecem como: a reconstrução das cidades; a transferência da classe média para os bairros saudáveis; a construção de laboratórios; o “saneamento” dos pobres por meio da vacinação compulsória e outras medidas de saúde pública (Stepan, 2005).

O resultado dessas ações foi a imbricação da eugenia com a higiene social, ou seja, a eugenização da saúde pública. Na lógica defendida pela sociedade eugênica de São Paulo, fundada em 1918, pelo médico Renato Kehl, com objetivo de discutir a nacionalidade brasileira a partir do viés biológico e social, sanear significou eugenizar. No Brasil, a eugenia lamarckiana, que considerou a influência do meio ambiente sobre o indivíduo e sua hereditariedade, conquistou adeptos em prol do saneamento.

Assim, a saúde pública nacional se mobilizou para o controle e o aperfeiçoamento da raça, pela via da “eugenia preventiva” — que englobou a puericultura; a educação sexual; a orientação pré-natal — ligado ao projeto reformista proposto pelo movimento sanitarista. Esse projeto teve foco na saúde

individual, por meio da puericultura, ligada à saúde da mãe e da criança, a fim de produzir um “bem-nascido”, com aconselhamento genético, e exames pré-nupciais, para controlar uma reprodução seletiva daqueles que estariam aptos para reproduzir e gerar filhos “saudáveis”, para construir uma nação homogênea, ou seja, para construir uma nação branca, “livre” de vícios e comorbidades (Schucman, 2012).

Formiga *et al.* (2019) defendem que, embora as interpretações da eugeniose tenham se dado de maneira particular em cada sociedade/país, houve sempre uma similitude em torno da padronização da raça. Assim, mesmo não havendo a defesa de uma esterilização, segregação ou eliminação dos doentes, foi estabelecida a ideia de que o país era um “vasto hospital”, que exigia um programa de saneamento para a erradicação das doenças que o assolavam. Tais doenças, como foram observadas, foram prevalentes entre os pobres e negros, pois essa população foi percebida pela comunidade médica e científica como “ignorante”, “doente” e “cheia de vícios”, com altas taxas de alcoolismo, imoralidade, mortalidade e morbidade (Kobayashi *et al.*, 2009); (Gioppo, 1996).

No ano de 1918, foi criada em São Paulo a Sociedade Eugênica, em 1918, no mesmo ano em que foi criado o Departamento de Higiene junto à faculdade de Medicina e Cirurgia, também na cidade de São Paulo, sendo a primeira organização do tipo na América Latina; entre seus sócios estavam Renato Kehl e Monteiro Lobato²³. A sociedade logo teve sucesso com as propagandas sobre o fortalecimento físico e moral da “raça” brasileira; apesar de jamais ter realizado nenhuma pesquisa a respeito do tema, voltaram seus esforços para introduzir ideias sobre a “purificação” e a eugenização da nação (Stepan, 2005).

Como um dos grandes expoentes da corrente ideológica, Kehl acreditava, assim como os demais eugenistas da época, que os médicos teriam a cura para o Brasil, e, por isso, defendeu que a categoria médica deveria estar inserida no governo, à frente das políticas públicas e das decisões estatais.

De acordo com Stepan (2005), entre os anos de 1920 e 1930, temas sobre raça e gênero passaram a ter relação direta com o debate sobre a nação. Tal discurso foi alinhado com o desejo de “purificar” a nação em termos biológicos,

²³ José Bento Renato Monteiro Lobato foi um importante escritor da literatura infantil. Criou um famoso personagem, o Jeca Tatu, que caracterizou bem a imagem que os europeus tinham acerca do brasileiro: um homem mestiço, preguiçoso, sujo e doente.

de branquear as populações, definindo quais as raças poderiam fazer parte da nação e quais deveriam ser eliminadas. Isso porque, para os eugenistas, uma nação deveria compartilhar de uma língua, um propósito e uma cultura comum, porém, o mais importante para eles era uma população homogênea. Em função disso, os países da América Latina não eram, nem de longe, considerados como nações, especialmente pela sua miscigenação racial.

Assim sendo, a população brasileira foi considerada, especialmente para os europeus, como “feia” e “degenerada” devido à miscigenação de sua população. Além disso, o território nacional foi considerado nocivo à saúde por ser tropical. Portanto, a justificativa dos eugenista para um país “sujo”, “feio” e “subdesenvolvido”, como o Brasil, estava na raça/cor de seus habitantes, oferecendo os fundamentos para uma ideologia nacional racista, mas não somente: isso também explica as políticas racistas, os serviços de saúde racista e a conformação e consolidação de uma sociedade racista no Brasil (Santos, 2022). Por isso, a eugenia aqui produzida (Brasil) foi a “expressão do pensamento conservador, espelhando-se no modelo do branco cristão e civilizado” (Formiga *et al.*, 2019, p. 78).

Por tudo isso, nas primeiras décadas do século XX, a intelectualidade nacional sofreu grande influência da perspectiva eugênica, especialmente a medicina, que acreditou na eugenia como um projeto de aperfeiçoamento da nacionalidade, como forma de reverter o atraso civilizatório do país, e recolocar o Brasil no cenário internacional como um país civilizado e desenvolvido (Formiga *et al.*, 2019).

4. A MEDICINA: UMA VIA PARA A “SALVAÇÃO” DA RAÇA HUMANA

A eugenia latino-americana teve as suas particularidades se comparada ao movimento eugenico geral, e construiu seus próprios movimentos e atividades eugênicas, porque os latino-americanos foram considerados, pelos demais eugenistas, como tropicais, atrasados, racialmente degenerados, portanto, não eugenicos.

A diferença da eugenia da Europa para a eugenia desenvolvida na América Latina foi que nesta última os eugenistas não tiveram a intenção de distinguir e/ou separar a eugenia do ambiente, pois acreditavam que o

melhoramento da raça humana dependia de ambos, ou seja, da hereditariedade e do ambiente.

Stepan (2005) apresenta que a eugeniose se apresentou como neutra e confiável, o que permitiu que os eugenistas investigassem a vida social e propusessem políticas sociais em nome da ciência da hereditariedade. Apesar disso, sua real intencionalidade foi conhecida: representar os interesses dos setores dominantes, ou seja, embranquecer a população brasileira (Santos, 2022). Dessa forma, Stepan (2005) defende que a eugeniose não deve ser considerada uma pseudociência, porque apesar de ter se apresentado como um conhecimento supostamente neutro, sua natureza política, sua intencionalidade e funcionalidade serviram e defenderam os interesses dos setores dominantes, articulando as teorias científicas aos desejos políticos.

Nesse sentido, Moura (1994) explica que embora a ciência condene o racismo ele não deixa de existir, e muito menos de desempenhar o seu papel de agressividade e violência, porque o racismo tem um conteúdo de dominação não somente étnico, mas também, ideológico e político, visto que “ao longo da história, o racismo foi a justificação dos privilégios das elites e dos infortúnios das classes subalternas. Agora ele se renova como instrumento de dominação” (Moura, 1994, p. 1). Sendo assim, serve como justificativa de dominação de uns sobre outros, e, nesse caso, de brancos sobre negros.

À vista disso, no Brasil e na América Latina, os problemas estruturais de ordem social, econômica e histórica foram tratados por meios técnicos a partir de uma ótica biomédica que atribui aos médicos a capacidade de alterar o ordenamento societário ao aplicar a “nova ciência” no aperfeiçoamento da raça humana (Stepan, 2005); (Santos, 2022).

Nas primeiras décadas do século XX, a saúde pública foi um objetivo politicamente aceito, tendo o Estado como o seu financiador e os médicos como os encarregados definidores das políticas sociais, pois as populações saudáveis eram essenciais para o progresso econômico e social do país.

Os médicos latino-americanos defenderam que a sua eugeniose era uma “eugeniose preventiva”, também chamada de “eugeniose social”; “eugeniose e medicina social”; ou ainda “higiene eugênica”. Independentemente do nome adotado, tratou-se de uma eugeniose que relacionou o ambiente sanitário à saúde racial. Distinguiu-se, portanto, da eugeniose positiva que se preocupou em incentivar a

reprodução dos "adequados", e também da eugenia "negativa" que buscou controlar e evitar a reprodução dos "inadequados", com o uso da eutanásia, segregação e esterilização sexual, comuns nos Estados Unidos e na Alemanha, por exemplo.

Os debates da corrente alternativa escolhida pelos brasileiros decorreu de um estilo francês, e estruturou debates em torno da degeneração e da ciência do saneamento na interação com a eugenia, possibilitando um alinhamento da eugenia ao racismo (Stepan, 2005); (Formiga *et al.*, 2019); (Gioppo, 1996); (Kobayashi *et al.*, 2009); (Schucman, 2012).

Acerca disto, Arouca (1975) elaborou uma importante tese acerca do "Dilema Preventivista" para demonstrar a articulação da medicina preventiva com as profundas mudanças sociais decorrentes da chamada revolução industrial.

Esse autor abordou a medicina preventiva como parte da higiene, como um dos meios para defender a saúde, para cuidar do indivíduo, do corpo, mas além disso, para cuidar da espécie humana e da raça. Para Arouca (1975), a medicina preventiva "é a eugenia e a previsão da herança mórbida, a regeneração se possível; são os agravos à saúde e os meios de os evitar; acidentes, intoxicações, infecções, doenças de carência e até doenças comuns evitáveis".

Nesse sentido, "a medicina preventiva colaborou com a eugenia no Brasil a fim de selecionar coletividades humanas, e realizar um aperfeiçoamento médico da raça humana" (Santos, 2022, p. 66).

Um exemplo da intervenção dos médicos nas políticas públicas da época foram as campanhas de saúde pública de combate à varíola, a peste bubônica e à febre amarela, ocorridas entre os anos de 1903-1909, promovidas pelo Instituto Oswaldo Cruz, do diretor e médico de mesmo nome. Outra amostra da forte vinculação do Estado com o movimento eugenista pode ser constatada no fato de que, em 1931, após ser criada uma nova Comissão Central Brasileira de Eugenia, um de seus membros, Belisário Penna, um médico sanitarista brasileiro, foi nomeado diretor do novo Ministério da Educação e Saúde Pública, durante o governo Vargas.

Nesse ínterim, os projetos de medicina social estavam vinculados não só ao controle social, na perspectiva da higiene e do controle sanitário da

população, mas também ao controle jurídico e administrativo, por parte da medicina legal (Nunes, 1998).

À vista disso, Formiga *et al.* 2019 discorrem que a eugenia no Brasil influenciou não somente a intelectualidade nacional, mas também interferiu nas propostas feitas para várias políticas públicas da época, o que envolveu, inclusive, o campo da saúde pública. Tal como em 1920, quando foi criada a Lei dos Indesejáveis, que incluiu a fiscalização policial e médica, delimitando que o Departamento Nacional de Saúde Pública fizesse inspeções nos portos a partir de métodos higienistas no momento de desembarque.

Por conseguinte, durante os anos da década de 1920, no Brasil, o discurso da eugenia teve um caráter mais relativo à reforma sanitária em detrimento do campo propriamente genético (Formiga *et al.*, 2019).

Dessa forma, a higienização, ou a higiene, foi o termo substituto para se referir à eugenia, cujo objetivo principal foi a disciplinarização e a orientação da população (Gioppo, 1996).

De acordo com Kobayashi *et al.* (2009), até a segunda década do século XX, a eugenia foi sinônimo de saneamento. Portanto, a teoria neolamarckista, que considerou a influência do meio ambiente sobre o indivíduo e sua hereditariedade, ganhou maior prestígio dentre os intelectuais da época. Esta foi a baliza da eugenia no Brasil, o higienismo, logo, a influência do meio, do ambiente, refletiu nas análises eugênicas sobre a raça, pois acreditavam que a crescente mistura racial proporcionaria um branqueamento completo da população, devido à crença na superioridade da raça branca sob as demais.

A hegemonia da teoria neolamarckista no Brasil se justificou pelo alto grau de miscigenação da população e demonstrou a preocupação dos eugenistas com o meio social. Assim, os problemas sociais, políticos e econômicos, como a pobreza, a criminalidade, a imigração e os vícios, passaram a ser combatidos pelo Estado e pela saúde pública nacional, pela via higienista-eugenista.

Ademais, é possível observar que, no início do século XX, em decorrência das explicações racistas e climáticas de degeneração que circulavam na Europa acerca da América Latina, muitos eugenistas latino-americanos acreditaram nos progressos do saneamento, e, portanto, na visão eugênica neolamarckiana, a fim de questionar a visão propagada de que a raça e o clima latino-americano

produziam nações degradadas e atrasadas. Nesse contexto, a higiene pública foi considerada o meio de resgatar o país da degeneração racial e climática.

Stepan (2005) explica que o argumento central da visão lamarckista sobre eugenia preventiva foram os “venenos raciais”, que fizeram menção ao álcool, às drogas, às doenças venéreas e às infecções diversas. Para a autora, o controle dos “venenos raciais” significou ou a combinação da eugenia com o saneamento preventivo ou a ampliação do saneamento preventivo, para incluir o saneamento da hereditariedade humana.

Nesse sentido, a “eugenia preventiva” tratou a questão social e as suas variadas expressões como representações biológicas da hereditariedade e do melhoramento da raça. Tal foco nas degenerações provocou por parte do Estado a necessidade de programas de registro e controle sanitário dos pobres, doentes, negros e prostitutas, para uso das técnicas de higiene mental, na busca de purificar os “indisciplinados” e promover a virtude moral, objetivo central da educação sanitária (Stepan, 2005); (Formiga *et al.*, 2019); (Gioppo, 1996); (Kobayashi *et al.*, 2009); (Schucman, 2012).

Em vista disso, durante o governo Vargas, a Constituição Federal incluiu a eugenia como noção de melhoramento racial no país, por meio das obras de higiene popular, previstas pelo artigo de número 138, alínea b, da Constituição Federal de 1934; e pelo artigo de número 18, alínea c, da Constituição Federal de 1937.

Na América Latina, como já mencionado, a eugenia negativa, que se baseou na eutanásia, na segregação e na esterilização sexual compulsória, não ocorreu, porém Stepan (2005) afirma que no Primeiro Congresso Brasileiro de Eugenia ocorrido em 1929, Ernani Lopes, então presidente da Liga Brasileira de Higiene Mental, disse que um médico de nome Álvaro Ramos havia executado a prática da esterilização eugênica em mulheres com diagnóstico de distúrbios sexuais e “síndrome de perversidade”. De mais a mais, por volta de 1930, os eugenistas latino-americanos tiveram suas próprias formas de realizar a eugenia reprodutiva negativa, a fizeram por meio da “eugenia matrimonial”, uma forma de eugenia que controlou e restringiu os casamentos entre os “anormais”; os “degenerados” e os eugenicamente insalubres, portadores de doenças venéreas ou os racialmente insalubres negros e mestiços, por exemplo.

Portanto, no Brasil, o certificado pré-nupcial foi defendido como a solução para a despopulação e a “saúde racial”, e ao Estado foi atribuído o papel de intervir para evitar “riscos” permanentes à hereditariedade da espécie humana (Stepan, 2005).

Em suma, pode-se afirmar que o movimento eugenista no Brasil serviu de alicerce para o higienismo do movimento sanitário, exaltou a entrada de imigrantes brancos no país, e introduziu, com êxito, seus ideais nas políticas imigratórias brasileiras, por exemplo, a política de branqueamento (Santos, 2022).

A política de branqueamento, como exposto, constituiu-se no processo massivo da entrada de imigrantes no Brasil. O governo brasileiro teve a clara intenção de reduzir o contingente da população negra no país. Kobayashi *et al.* (2009) apresentam o branqueamento como um elemento, cujo fim foi “regenerar” a sociedade mestiça. Por isso, defendeu-se a imigração de homens e mulheres brancas no país, e por meio da omissão e do descaso estatal deixou com que a população negra caísse em situações de extrema pobreza, abandono, encarceramento/repressão, violência e adoecimento físico e mental.

Tal política foi pautada pela ideologia da branquitude, que foi hegemônica nas sociedades colonizadas e se refere aos privilégios materiais e imateriais desfrutados pela raça/classe dominante, pela população branca burguesa, “pois trata-se de uma hegemonia que se sustenta paralelamente à ausência de afirmações da história e do pensamento intelectual das populações negras” (Silva, 2018, p. 4).

Silva (2018), Bento (2002; 2007) e Almeida (2018, p. 58) apresentam que a supremacia branca, ou seja, a dominação exercida pelo grupo racialmente branco “[...] atribui vantagens e privilégios políticos, econômicos e afetivos às pessoas brancas”. Schucman (2012) entende a branquitude como uma posição em que os sujeitos que a ocupam foram sistematicamente privilegiados no que diz respeito ao acesso a recursos materiais e simbólicos, “gerados inicialmente pelo colonialismo e pelo imperialismo”, e que se mantêm e são preservados na contemporaneidade (Schucman, 2012, p. 23).

Portanto, a questão da branquitude colocou e coloca a população branca como um grupo de referência, como um ideal humano, sendo necessário, para

isso, desqualificar o grupo racialmente subordinado. Logo, sob esta perspectiva, o conceito de humanidade se destina exclusivamente aos homens brancos.

Apesar disso, Bento (2002) defende que o branqueamento não passou de um processo inventado pelo branco, que se estabeleceu historicamente como modelo universal de humanidade, que tem um forte componente narcísico de autopreservação, por colocar a si próprio como referência da condição humana, como modelo ideal do homem europeu universal.

Dessa forma, observou-se que, no Brasil, o racismo na sua forma mais violenta e evidente, construído no contexto da escravidão, passou primeiro pela negação dos corpos negros, por meio de uma versão da eugenia que defendeu a melhora das condições de saúde e saneamento, mas que na realidade atendeu diretamente aos interesses das elites de branquear o país, de reduzir e eliminar com o contingente de negros e mestiços do território sul-americano, com o apoio e a legitimidade do Estado, do poder público, pela via higienista e sanitarista. E seguidamente, foi sendo substituída pela negação da existência do racismo, por intermédio do Mito da Democracia Racial, que construiu uma narrativa que se propôs disseminar para o mundo a ideia de que no Brasil existiu harmonia entre as diferentes raças, sabiamente tais narrativas foram consideradas como um mito quando a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) estimulou um amplo programa de pesquisa sobre as relações raciais e identificou a existência da desigualdade e da discriminação racial no Brasil.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dessa forma, ao situar o processo saúde-doença em termos de degeneração hereditária e racial, ou seja, ao apresentar para o conjunto da sociedade que os “venenos raciais” eram hereditários e deveriam ser combatidos pelo saneamento, por intervenções no meio, os eugenistas brasileiros estrategicamente utilizaram do poder e da legitimidade do Estado interventor para alcançar seus reais objetivos, branqueando a sociedade brasileira. Fizeram uso, também, da legitimidade possibilitada pela ciência por meio da saúde pública e dos programas de saneamento para “sanear” os pobres e negros.

Tratou-se, portanto, do empreendimento de uma dupla limpeza no Brasil, social e racial.

Infelizmente, a história se repete, e o advento da pandemia da Covid-19 tratou de desvelar, mais uma vez, que as desigualdades sociais produzidas pelo racismo estrutural vitimaram pessoas negras e pobres no Brasil, que mesmo com a subnotificação dos dados, em decurso da inclusão tardia do quesito raça/cor no formulário de notificação de casos leves de Síndrome Gripal da Covid-19, mostraram uma carga desproporcional de doenças e mortes entre os grupos minoritários raciais e étnicos²⁴, revelando, mais uma vez, quais são os grupos historicamente negligenciados por essa sociedade.

Em razão disso, pode-se inferir que assim como o mito da democracia racial tentou mostrar que no Brasil as relações raciais foram harmônicas e cordiais, a eugenia brasileira arriscou se apresentar mais tolerante e assimilacionista à diversidade racial. Contudo, não passou de mais um mito; uma estratégia moralmente aceita de apresentar suas próprias formas de racismo estrutural que são mantidas e renovadas cotidianamente (Santos, 2022).

²⁴ O boletim epidemiológico referente à semana 21 da pandemia Covid-19 como referência, evidenciou que o número de casos confirmados com estratificação da raça/cor ignorada totalizava 51,3 % (60.382) do total de 117.598 casos confirmados. Isso representa mais da metade de casos confirmados cuja raça/cor é desconhecida (Brasil, 2020).

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. S. **Desumanização da população negra: genocídio como princípio tácito do capitalismo.** In: Em Pauta, v. 18, n. 45, p. 116-129, 2020.
- ALMEIDA, S. L. **O que é racismo estrutural?**. Belo Horizonte: Letramento, 2018.
- AROUCA. A. S. S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Tese (Doutorado em ciências médicas) - Faculdade de medicina, Universidade Estadual de Campinas. 1975.
- BENTO, M. A. S. **Pactos narcísicos no racismo: branquitude e poder nas organizações empresariais e no poder judiciário**. São Paulo, s.n, 2002.
Disponível em:https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-18062019-181514/publico/bento_do_2002.pdf. Acesso em: 02/11/2020.
- BENTO, M. A. S. Branquitude e poder: a questão das cotas para negros. In: SANTOS, Sales Augusto dos. (Org.). **Ações afirmativas e o combate ao racismo nas Américas**. Brasília: MEC e UNESCO, 2007, p. 165-177.
- CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA DOS ESTADOS UNIDOS DO BRASIL**, DE 16 DE JULHO DE 1934. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao34.htm.
- CONSTITUIÇÃO DOS ESTADOS UNIDOS DO BRASIL**, DE 10 DE NOVEMBRO DE 1937. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao37.htm.
- FERNANDES, Florestan. **Sociedade de Classes e Subdesenvolvimento**. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1972.
- FORMIGA, D. O.; PAULA, A. B. R.; MELO, C. A. S. “**O Pensamento Eugênico e a Imigração no Brasil (1929-1930)**”, Intelligere, Revista de História Intelectual, nº7, p. 75-96. 2019. Disponível em:
<https://www.revistas.usp.br/revistaintelligere/article/view/142881>. Acesso em 20/05/2021.
- GIOOPPO, C. **Eugenio: a higiene como estratégia de segregação**. Editora da UFPR. Curitiba, 1996. p. 167-180.
- GORENDER, J. O escravismo colonial. Editora Fundação Perseu Abramo, 2011.
- HASENBALG, C. **Discriminação e desigualdades raciais no Brasil**. Belo Horizonte: Editora UFMG; Rio de Janeiro: IUPERJ, 2005.
- IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. de. Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. São Paulo: Cortez; Lima: Celats, 1982.
- IANNI, O. **Raça e Classes Sociais no Brasil**. 3º edição. São Paulo: editora Brasiliense, 1987.

KOBAYASHI, E; FARIA, L; COSTA, M. C. **Eugenio e Fundação Rockefeller no Brasil: a saúde como proposta de regeneração nacional.** Sociologias, Porto Alegre, ano 11, nº 22, jul./dez. 2009, p. 314-351.

MOURA, C. **Dialética Radical do Brasil Negro.** São Paulo: editora Anita, 1994.

MOURA, C. **O racismo como arma ideológica de dominação.** São Paulo, Edição 34, p.28-38, 1994.

MOURA, C. **Escravismo, colonialismo, imperialismo e racismo.** São Paulo, IBEA, 1983.

MOURA, C. **Sociologia do Negro Brasileiro.** São Paulo: editora Ática s.a, 1988.

NASCIMENTO, A. **O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado.** São Paulo: Perspectivas, 2016.

NUNES, E. N. Saúde Coletiva: história e paradigmas. Interface Comunic, **Saúde, Educação**, 1998.

Disponível:<https://www.scielo.br/j/icse/a/bLxskrzHKHVxDV6kwzTWrN/?lang=pt>
format=pdf.

SANTOS, D. C. L. **RACISMO ESTRUTURAL E SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA:** contribuições para a crítica da ideologia racista na saúde brasileira. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora. 247. 2022.

SANTOS, M. P. A. et al. **POPULAÇÃO NEGRA E COVID-19: reflexões sobre racismo e saúde.** Estudos Avançados 34 (99), 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/LnkzjXxJSJFbY9LFH3WMQHv/?lang>. Acesso em: 25/05/2023.

SILVA, A. P. P. **Racismo estrutural, crise do capital e ofensiva conservadora: desafios à consolidação da igualdade racial nas políticas sociais públicas.** In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social- Enpess: em tempos de radicalização do capital, lutas, resistência e serviço social, xvi; 2018, Vitória. anais, Vitória: UFRJ, 2018. p.1-p.18.

SCHUCMAN, L. V. **Entre o encardido, o branco e o branquíssimo: branquitude, hierarquia e poder na cidade de São Paulo.** São Paulo, 2012. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-21052012-154521/publico/schucman_corrigida.pdf. Acesso: 02/11/2020.

SCHWARZ, L. M. **O espetáculo das Raças:** Cientistas, Instituições e questão racial no Brasil 1870-1930. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

STEPAN, N. L. **"A hora da eugenia": raça, gênero e nação na América Latina.** Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 2005.

VIOTTI DA COSTA, E. **Da senzala à colônia.** São Paulo: Brasiliense, 1989.

CAPÍTULO VI

TRABALHO PROFISSIONAL E TENDÊNCIAS CONSERVADORAS: A RELAÇÃO COM O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL

Adriana Ramos

Assistente Social, Doutora em Serviço Social pelo PPGSS/UFRJ. Professora Associada do curso de Serviço Social da UFF/Niterói da graduação e pós-graduação. Coordenadora do Núcleo de Estudos dos Fundamentos do Serviço Social (NEFSS).

E-mail: adriana.ramos.4791@gmail.com

1. CONSERVADORISMO: UMA CONCEITUAÇÃO PANORÂMICA

Vivemos em tempos adversos, em que a onda conservadora se apresenta de forma avassaladora no cenário internacional e nacional. Mas anterior a um movimento de análise da realidade, aqui considerada eivada de conservadorismo, fazem-se necessárias algumas considerações sobre o que é o conservadorismo, seu desenvolvimento sócio-histórico e como suas expressões se manifestam hoje, particularmente na sociedade brasileira. Portanto, a proposta deste item é buscar essa articulação entre o conservadorismo e a realidade da cena contemporânea compreendendo os conceitos básicos sobre sua gênese e sua atualidade. Partindo dessa premissa, busca-se também identificar as “novas expressões” que o conservadorismo vem assumindo, pois certamente ainda que consideremos que sua essência se mantém, ele apresenta novas facetas.

Remeter-se a origem do pensamento conservador é retomar sua essência a partir dos escritos de Edmund Burke, o seu representante e fundador, quando na escrita de “Reflexões sobre a Revolução na França”, publicado em 1790. Conforme Scorsim Netto (2011), pode-se indicar que o conservadorismo em sua perspectiva clássica expressa, em um primeiro momento, uma resposta reativa, uma reação contrária no que se refere à ruptura com um determinado passado, assumindo assim, características fundamentadas em uma proposta restauradora e antiburguesa. Portanto, sua referência política e ideológica é, em si, antirrevolucionária diante dos processos revolucionários ocorridos na França.

Nessa direção, a característica mais acentuada desse pensamento conservador clássico será uma aversão significativa a qualquer tipo de mudança estrutural na sociedade vigente. Diante das modificações engendradas pela burguesia, à época revolucionária, Burke defenderá a manutenção, e conservação do *status quo*, sobretudo das instituições políticas e as estruturas sociais existentes anteriores a este período, particularmente as que foram produzidas pela aristocracia feudal.

Na concepção do autor, “[...] esse tipo insurrecional de revolução é tomado de maneira unilateral, como momento de decadência e degradação, no qual a ordem estabelecida é destruída e as tradições, rebaixadas” (Souza, 2016, p. 363). Com essa compreensão, assume um papel de defensor da propriedade privada, da permanência do protagonismo da Igreja e a manutenção de seu poder político, dos privilégios da nobreza, e da manutenção da família, compreendida na sua função social como base moral da sociedade. Sendo assim, podemos caracterizar o pensamento conservador, na sua gênese, como uma forma de resistência às mudanças ocorridas naquele momento histórico, entendidas como progressistas. Na sua acepção, o autor defende a continuidade da tradição, dos valores e princípios como manutenção de elementos do passado, considerando que não podem ser derruídos de forma abrupta e violenta como faziam as ações revolucionárias da burguesia. Com tais particularidades, “[...] o pensamento conservador é uma expressão cultural [...] particular de um tempo e um espaço sócio-histórico muito preciso: **o tempo e o espaço da configuração da sociedade burguesa [...]**” (Scorsim Netto, 2011, p. 40-41, grifos da autora).

Em seu processo sócio-histórico, o pensamento conservador também expressará uma negação a todos os princípios que a cultura da modernidade, instaurada pela burguesia revolucionária, traz como fundantes da sociedade capitalista: a racionalidade, a liberdade, a igualdade. “Com essa operação reificada, o conservantista elabora [...] a negação da razão e a entronização de uma concepção pragmática, imediatista, de ação e pensamento” (Souza, 2016, p.369). Conforme Scorsim Netto (2011), para o pensador conservador, a questão relacionada às desigualdades sociais é compreendida como algo natural, constitutiva da própria sociedade e sem possibilidades de modificações, naturalizando, dessa forma, as contradições que fundamentam a sociedade

capitalista e o conjunto das relações sociais que são engendradas entre burguesia e proletariado.

Mas, conforme se assiste o desenvolvimento das forças produtivas e a consolidação do capitalismo como um sistema de produção hegemônico, opera-se a mudança dessa mesma sociedade na sua processualidade histórica, que introduz modificações também no pensamento conservador que se torna, na realidade, a base dessa sociedade. Notadamente, a partir da revolução de 1848, a classe burguesa, que agora detém o poder econômico e político, necessita de fundamentações teóricas que justifiquem sua existência como classe e, por conseguinte, a sua manutenção no poder. Nesse contexto da luta de classes, as Ciências Sociais se constituem no âmbito científico e são construídas como uma referência teórica para a justificativa da presença da burguesia no poder. Essas Ciências se conformam como o substrato ídeo-político e teórico da sociedade burguesa e, portanto, acentua-se a “[...] vinculação histórico-genética entre o pensamento conservador e as ciências sociais [...]” (Scorsim Netto, 2011, p. 17). Especificamente nesse processo, a burguesia processualmente abandona sua perspectiva revolucionária, para sua permanência no poder, constituindo-se como uma classe dominante e, portanto, conservadora e hegemônica em relação à classe proletária.

O acirramento das contradições e antagonismos das relações sociais no cotidiano da sociedade capitalista burguesa que lhe são constituintes demandou elaborações mais refinadas, a partir de estudos sobre o pensamento conservador por outros autores, considerando que sua espinha dorsal, ou seja, o sentido de não alteração do instituído, da ordem vigente, se manteve como pilar. Devido à proposta deste artigo, não serão desenvolvidas aqui as maturações e modificações pelas quais passarão o pensamento conservador no seu desenvolvimento sócio-histórico, mas não se pode deixar de explicitar que este teve representantes expressivos como Durkheim, Tocqueville, Nisbet, dentre outros. Um elemento importante a se destacar é que, nesse processo, várias alterações foram sendo agregadas e redesenhando esse pensamento, sem perda de sua essência. Ou seja, o conservadorismo valoriza a tradição expressa por um conjunto de valores e princípios que mantém a “coesão social”, a “integração social”, partindo de discursos distintos, mas recusando qualquer mudança no instituído. Por isso, observa-se que a manutenção da tradição é

elemento central no pensamento e em ideologias conservadoras. Nesse sentido, considera-se que na atualidade “a característica mais imediata do conservadorismo contemporâneo [...] consiste em que ele não se apresenta como conservadorismo e, portanto, oculta e escamoteia sua raiz e conteúdos conservadores” (Scorsim Netto, 2011, p. 16).

2. CONSERVADORISMO E SUAS EXPRESSÕES CONTEMPORÂNEAS NO CONTEXTO BRASILEIRO

O processo de formação sócio-histórica brasileira se assenta na presença constante do conservadorismo que constitui as relações sociais aqui construídas historicamente: desde as elites latifundiárias agrícolas inicialmente fundadas no trabalho escravo e que “modernamente” se constitui como o agronegócio, até as práticas do coronelismo, que apresentam como expressão maior o voto de cabresto. Além das práticas do nepotismo, do clientelismo e do assistencialismo. Esse contexto é marcado pela formação da tacanha, insípida e parasitária burguesia nacional, particularidades dos países de capitalismo periférico dependente que marca uma subalternidade ao grande capital e que apresenta como suas características as práticas de corrupção, “revoluções pelo alto”, acompanhadas pelo desapreço à democracia e desprezo pela classe trabalhadora, em suas lutas singulares e coletivas. Mas, conforme mencionado, o conservadorismo, compreendido como “[...] uma ideologia, ou seja, trata-se de um conjunto sintético de ideias que consegue orientar as ações de uma determinada classe, [...] a dominante [...]” (Souto Maior, 2019, p. 323) modifica-se na dinâmica da história, acompanhando as alterações na sociedade, alterando sua aparência, sem, no entanto, modificar sua essência. Conforme Barroco (2015),

Para enfrentar ideologicamente as tensões sociais decorrentes da ofensiva neoliberal, no contexto da crise mundial do capitalismo dos anos 1970, o conservadorismo se reatualizou, incorporando princípios econômicos do neoliberalismo, sem abrir mão do seu ideário e do seu modo específico de compreender a realidade. O neoconservadorismo apresenta-se, então, como forma dominante de apologia conservadora da ordem capitalista, combatendo o Estado social e os direitos sociais, almejando uma sociedade sem restrições ao mercado, reservando ao Estado a função coercitiva de reprimir violentamente todas as formas de contestação à ordem social e aos costumes tradicionais (Barroco, 2015, p. 624-625).

Essa reflexão demonstra, no âmbito do cenário internacional, que houve um revigoramento do pensamento conservador, mas que não aboliu sua essência, considerando sua funcionalidade à lógica capitalista e à reprodução do capital. Defensor do livre mercado, produz mecanismos distintos e padrões de respostas às questões contemporâneas, que desconsideram as contradições presentes na totalidade das relações sociais, fundamentando-se em uma direção moralista e individualizante dos problemas sociais. Esse movimento tende a ocultar o conjunto de determinações socioeconômicas que compõem as relações sociais. Como seu aliado, conta com o braço coercitivo do Estado em uma perspectiva de criminalização das expressões da questão social e nas contradições entre a ideologia da guerra contra a concepção de direitos humanos (Barroco, 2015). Apresenta como suas especificidades a militarização da vida cotidiana, com soluções punitivas para os segmentos mais pauperizados da classe trabalhadora. Nesse espectro, tem como alvo o ataque aos direitos sociais, duramente conquistados pela luta de classes, fazendo com que ocorra um esvaziamento no campo das conquistas e direitos sociais, sobretudo pela forma cada vez mais crescente da precarização do trabalho. Na realidade brasileira, a esse pensamento “remodelado” também se incorporam posturas sexistas, xenofóbicas, misóginas, racistas, homofóbicas, dentre outras, vincado pela intolerância com o diferente, sobretudo a partir de fundamentos religiosos, que vem representando um retrocesso histórico no campo dos direitos sociais nas sociedades democráticas.

De acordo com estudos de Scorsim Netto (2011), o conservadorismo, como um fenômeno heterogêneo que guarda particularidades a partir da realidade social que se insere, na sua retomada, está organicamente vinculado a um projeto do capital que se manifesta no aprofundamento do padrão de acumulação neoliberal que abrange reformas estruturais. O conservadorismo emerge “não no sentido de manter o que está aí, mas no pior viés do conservadorismo político, econômico e moral. Uma virada à direita” (Keller, 2019, p. 162).

No Brasil, esse processo ocorre quando do esgotamento do pacto conciliatório de classes que possibilitava articular crescimento econômico junto a uma distribuição de renda, marca dos anos 2000, e que entrou em um processo

de estagnação produzindo uma crise no final dos governos petistas. Este fato levou a uma descredibilização dos governos de centro-esquerda, produzindo uma crise de popularidade que propiciou um terreno fértil para a consolidação do ideário neoliberal (Sampaio, 2022). O ascenso do conservadorismo no Brasil pode ser entendido a partir das Manifestações de Junho de 2013, ainda que o impeachment de Dilma tenha a causalidade em alguns fatores como “[...] a) intensificação da crise econômica; b) a perda da base política de sustentação do governo no Congresso Nacional; c) vinculação do Partido dos Trabalhadores (PT) ao processo judicial que investiga crime de corrupção [...]” (Keller, 2019, p. 169).

Particularmente a partir dos anos 2016, a sociedade brasileira atravessa um período de intensas alterações na sua conjuntura econômica, social e política. Fim os 13 anos dos governos petistas, assistimos a um golpe de Estado, levando ao poder o governo ilegítimo de Michel Temer, a partir do *impeachment* de Dilma Rousseff, que contribuiu para a perspectiva veiculada de derrota da esquerda, ascensão da direita e a reverberação de uma ofensiva reacionária especialmente para a classe trabalhadora, sendo solo fértil para o espalhamento das perspectivas conservadoras que supostamente estavam latentes em nosso país. Todo esse movimento representa um ataque direto à frágil democracia brasileira produzindo o surgimento de uma “nova direita” subsidiada em crenças e em teorias conspiratórias.

A fortificação e consolidação dessa “nova direita” traz para o cenário a vitória nas urnas de Jair Bolsonaro, no ano de 2018. Uma das características dos governos de direita, conservadores, é o direcionamento político protagonizado pelo ajuste fiscal, em detrimento dos gastos sociais. Ênfase em políticas que incentivem investidores externos, criando uma credibilidade para atrair capitais externos, visando a acumulação do capital e o aumento nas margens de lucratividade. Esse movimento se subsidia no discurso de medidas necessárias para que se reestabeleça a retomada do crescimento econômico, executando políticas de austeridade e de privatizações, processo marcado por um ultraconservadorismo político. Para isso, torna-se necessário uma governança pública voltada a interesses empresariais, o controle de gastos públicos aliado a um conjunto de reformas como a trabalhista e previdenciária que atingem diretamente a classe trabalhadora, marcando um retrocesso nas

suas conquistas históricas. “Sucedendo a guinada à esquerda dos anos 2000, optou-se pelo aprofundamento do modelo “liberal-periférico” de inserção internacional, acompanhado por uma retórica conservadora [...]” (Sampaio, 2022, p.473).

O empreendedorismo e a defesa de um Estado mínimo é o tônus da “nova direita”, alicerçada no neoliberalismo e em uma retórica conservadora cristã que questiona debates sobre as pautas referentes à questão de gênero, de educação e diversidade sexual (Sampaio, 2022), apresentando apego ao tradicional, à fundamentação religiosa e à valorização da família como eixo central da sociedade. “O conservadorismo reacionário brasileiro, retomado no tempo presente, explicita características históricas das classes dominantes no país: mentalidade escravocrata, desprezo pelos setores subalternizados, retórica anti-intelectual, práticas fisiologistas [...]” (Lima, 2022, p. 245). Portanto, identificam-se grandes retrocessos no governo de Bolsonaro, considerando que há um recuo no padrão civilizatório de humanidade, a partir do fomento à moralidade e a intensificação da proliferação dos discursos de ódio que apresentam uma significativa capilaridade na sociedade brasileira. Com isso, assiste-se ao desmonte do sistema educacional, dos avanços da Ciência, a partir de um discurso negacionista, o ataque ao meio ambiente, aos povos originários e o incentivo a ocupação ilegal do solo amazônico por garimpeiros. Esses que destroem a natureza e instauram a cultura da violência e do medo no campo, caracterizando esse movimento como a favor da expansão da fronteira agrícola da monocultura (Lima, 2022).

De acordo com Behring (2023), o bolsonarismo é a expressão política e ideológica da ascensão da extrema direita brasileira, marcada por “[...] uma pilhagem aprofundada pelo saque ao fundo público, pela extorsão e violência sobre a população por milícias armadas e forças paramilitares [...]” (Behring, 2023, p. 39). Também podemos afirmar que ele está para além da figura de Jair Bolsonaro, caracterizando-se como um fenômeno político que apresenta como especificidades uma ênfase no discurso nacionalista, a defesa e o retorno aos “valores tradicionais”, assumindo uma dimensão resgatada do patriotismo. Também estabelece uma repulsa ao que se identifica com a esquerda, ainda que se tenha uma visão despolitizada e reduzida sobre os movimentos esquerdistas. Na sociedade brasileira, assume uma intensidade de divulgações

ideológicas que conta com seu avanço na utilização dos recursos tecnológicos para seu espraiamento. Nos discursos inflamados, faz ode ao combate à corrupção e a toda proposta que se pretende progressista, o que demonstra a articulação entre o conservadorismo moral e o liberalismo econômico.

O governo de Bolsonaro, articulado com a elite economicamente dirigente, fundamenta-se em um extremo liberalismo econômico (Fontes, 2019), ou seja, em um ultra-neoliberalismo articulado às forças políticas autocráticas. No que se refere ao campo ideológico, há um “anticomunismo primário” (Fontes, 2019) que reduz e despolitiza a concepção de esquerda brasileira, tratando-a de forma homogênea, mesmo sendo heterogênea. Portanto, há um apelo a determinados valores e princípios muito ao gosto de tendências保守adoras que esvaziam os conteúdos políticos, em troca da construção das verdades a partir da empiria, ratificando uma irracionalidade baseada no “obscurantismo da razão”.

No âmbito econômico, assiste-se a um índice alarmante do aumento do desemprego e subemprego, dos processos de “uberização” e “pejotização”²⁵, do trabalho em conjunto com o trabalho intermitente. A pauta de privatização é acentuada e o desmantelamento das políticas sociais recrudescido. Essa dinâmica política e institucional demonstra a agudização do ajuste fiscal já em processo articulado à contrarreforma do Estado. Tais dinâmicas se respaldam em ações, como mencionado, favorecedoras dos interesses dos capitais internacionais aliados ao empresariado nacional. Esses se encontram sintonizados com os ditames das instituições multilaterais, como o Banco Mundial (BM) e o Fundo Monetário Internacional (FMI) que atendem atualmente às organizações financeiras, mas também as do agronegócio.

Retomando, a chegada de Bolsonaro ao poder (re)inaugura, como mencionado, as propostas de uma extrema direita, vinculada a uma tendência mundial, quando se analisa a totalidade de processos de governos internacionais que avançam na perspectiva da direita e da extrema direita. Com o ascenso do bolsonarismo na sociedade brasileira, ratifica-se a prevalência dos interesses das camadas dominantes em detrimento das dominadas, que também se caracterizam por relações autoritárias, preconceituosas, intensificando a

²⁵ Conferir Antunes (2020).

naturalização da violência como ações cotidianas

Na esfera política, apresenta-se uma recusa ao verdadeiro entendimento do que é a democracia, subsidiada na participação popular, ratificando a histórica aversão que as classes dominantes brasileiras têm da participação das massas na política. Esse governo apresenta um discurso que se denomina democrático, mas não considera as demandas e interesses da classe trabalhadora, governando para determinados grupos políticos corporativos. Importante também destacar a formação e potencialização de algumas categorias na cena política, como a denominada no Congresso Nacional, de “bancada da bala”, constituída basicamente por militares, e que inclusive apresenta um forte apelo para o retorno da ditadura; a bancada evangélica, que contribui para um processo de deslaicização do Estado, que tem como base valores religiosos e coloca como protagonista a família, em detrimento do reconhecimento da pauta de direitos como os da população LGBTQIA+, entre outros; e a bancada liberal ou a dos ruralistas, que representa os grandes latifúndios, por meio do agronegócio e que também defende o livre mercado e o corte de gastos sociais para a políticas sociais.

Tais dinâmicas, em suas totalidades e contradições, são atravessadas por expressões contemporâneas de um conservadorismo constituído por um “[...] pensamento antidemocrático, antipopular e antiprogressista [...]” (Scorsim Netto, 2011, p.15). Esses elementos identificam uma “nova onda conservadora” que trará impactos para as políticas sociais, que “[...] são definidas a partir da direção societária que o governo deseja imprimir em seu mandato, permeadas pelas relações políticas, econômicas e sociais que interferem no poder decisório” (Keller, 2019, p.172-173). No conjunto das políticas sociais, identifica-se a presença de outras formas que o pensamento conservador adquire na sociedade brasileira como, por exemplo, “[...] elementos de precarização dos serviços públicos, focalização nas situações de pobreza extrema, [...], privatização de setores públicos [...] [e um] processo de refilantropização da política pública” (Keller, 2019, p.173). Esse conjunto de fatores ocasiona modificações em alguns aspectos da sociedade como: a moralização da questão social, a naturalização da barbárie, a defesa exacerbada da família e as incidências neopentecostais.

3. SERVIÇO SOCIAL NA RUPTURA COM O CONSERVADORISMO: PROJETO ÉTICO POLÍTICO COMO MECANISMO DE RESISTÊNCIA

Na profissão, a perspectiva da hegemonia conservadora foi rompida, ainda que o conservadorismo esteja presente, nos anos de 1980, pelo Projeto Ético-Político (PEP), de bases progressistas e democráticas, representa um momento diferenciado, marcando uma aproximação com uma perspectiva crítica marxista. Mesmo com uma determinada hegemonia desse projeto no Serviço Social brasileiro, o conservadorismo, por ser orgânico ao padrão da sociabilidade burguesa, ainda se faz presente. Mas a hipótese aqui levantada é que o pensamento conservador se manifesta com novas configurações. Identifica-se que, na atualidade, a sociedade brasileira, com suas particularidades, vivencia um momento em que novas formas de conservadorismo são constituídas, como indicado no item anterior. A questão atual que se coloca é: de que forma tendências保守adoras hoje influenciam o Serviço Social e qual a relação com o projeto ético-político?

De acordo com os estudos de Iamamoto (1982), comprehende-se que a profissão na sua origem está organicamente vinculada ao pensamento conservador: seja a partir da apropriação do positivismo norte-americano, seja pela Doutrina Social da Igreja Católica. “A influência positivista impregnada na profissão, molda as dimensões ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa da mesma, [...] que resultará em uma visão psicologizante, culpabilizadora e individualista da ‘questão social’ [...]” (Moljo e Carvalho, 2022, p.194-195), demarcando a presença de uma racionalidade formal abstrata, ambos antagônicos ao marxismo, a uma forma crítica de analisar as contradições do conjunto das relações sociais. Notadamente, nas décadas de 1960/70, devido às várias modificações estruturais nos países latino-americano, com o desenvolvimento do capitalismo em sua fase monopolista, o Serviço Social iniciou um questionamento àquele pensamento conservador e à sua própria razão de ser na sociedade capitalista. Ainda que as primeiras aproximações com o marxismo não tenham ocorrido sem problemas, ela foi fundamental para estimular o processo de ruptura com o Serviço Social Tradicional. É no Movimento de Reconceituação que esse eixo emerge e passa a dominar os debates sobre a profissão no continente. Portanto, esse movimento

pode ser caracterizado como um fenômeno profissional que questiona as bases do Serviço Social de heranças conservadoras, buscando superar no trabalho profissional, práticas empíricas, burocratizadas e paliativas.

Na realidade brasileira, a expressão desse Movimento de Reconceituação será denominada por Netto (2002) de “processo de renovação do Serviço Social”, que apresentará: a “perspectiva modernizadora”, a “reatualização do conservadorismo” e a “intenção de ruptura”. E é a esta última que devemos nos centrar para a análise da construção do projeto ético-político. É nessa perspectiva de romper com as bases conservadoras por meio da apropriação da teoria do campo da tradição marxista que o Serviço Social brasileiro inicia o processo de construção do que hoje denominamos de projeto profissional crítico, considerando que “a tradição revolucionária inaugurada por Marx é diametralmente oposta ao positivismo, centrada na análise radicalmente crítica da sociedade burguesa e da ordem do capital” (Moljo e Carvalho, 2022, p.196). Portanto, nesse contexto de efervescência social brasileira, na qual se vivencia o processo de redemocratização, o Serviço Social encontra terreno fértil para amadurecer a perspectiva crítica que ainda aparece incipiente, mas que engendrará uma nova direção social a profissão “[...] aprimorando seus debates e posições políticas em torno de determinados valores e princípios, como a liberdade, a cidadania e a democracia. Tais debates e posições [...] recebem os influxos construídos internacionalmente pela própria classe trabalhadora e seus intelectuais, como também daqueles afirmados em solo brasileiro” (Ortiz, 2022, p. 65). Nesse contexto, são várias as mudanças que ocorrem na realidade brasileira e como marco distintivo desse processo de mudança no Serviço Social temos como emblemático o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (III CBAS), coordenado pelas vanguardas profissionais, conhecido como o “Congresso da Virada”, ocorrido em 1979. Os rumos assumidos pela profissão a partir desse evento caminharam na direção contrária do conservadorismo tão presente na profissão, caracterizando um giro político, teórico-metodológico bem como político-ideológico. “Neste sentido, a aproximação com os aportes teóricos, políticos e filosóficos da tradição marxista permitiu ao Serviço Social a adesão aos valores e ao projeto societário antagônico ao capital [...]” (Ortiz, 2022, p.62). Naqueles debates, o Serviço Social foi construindo uma atuação diferenciada não somente no processo de formação profissional, mas também no exercício

profissional. Efetivamente, o III CBAS alterou de forma substantiva os rumos da profissão no Brasil, contribuindo para o fortalecimento da “intenção de ruptura” com o conservadorismo e com a aproximação amadurecida com as obras de Marx. “Desta forma, foi a partir de todo este caldo político-cultural existente no Brasil e fora dele, bem como do relativo acúmulo crítico do Serviço Social, [...], que se proporcionou a ‘Virada’ do Serviço Social brasileiro em relação ao conservadorismo [...]” (Ortiz, 2022, p. 64), processo esse que propiciou uma alteração expressiva no percurso da profissão.

Fundamentado em valores democráticos e progressistas, construído por um sujeito coletivo, em que apresenta a liberdade como valor central, o projeto ético-político contém os saberes teóricos e práticos, a autoimagem da profissão, os valores que a subsidiam, um conjunto de normativas e marca sua afinidade com outro projeto societário, o projeto socialista (Netto, 1999). Nesse sentido, relembramos que o PEP não se configura como discurso, mas como um movimento vivo e que se expressa basicamente em três documentos: as Diretrizes Curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) de 1996, e a Lei de regulamentação da profissão de 1993 e o Código de Ética do/a Assistente Social de 1993. Este último, “[...] como expressão de seu tempo, [...] retratou as experiências e opções teórico-metodológicas e ético-políticas da categoria profissional, que não estão isentas de contradições [...]” (Ortiz, 2022, p.71).

Esse projeto com tais características é que vem sendo colocado em xeque pelas perspectivas conservadoras que existem na sociedade e influem na profissão, pois o fato de PEP ser hegemônico, não significa em absoluto que ele é único, e como vimos, a sociedade capitalista é assentada no conservadorismo, portanto teremos uma influência significativa do pensamento conservador e suas novas expressões não só na sociedade, mas também no Serviço Social. Este, portanto, é o desafio que se coloca na pauta do dia para a profissão: como manter e garantir a direção social estratégica do PEP em uma conjuntura conservadora e adversa que apresenta novas facetas?

No item anterior, identifica-se de forma breve alguns elementos de como o conservadorismo aparece na sociedade brasileira e, portanto, devemos verificar como o lastro do pensamento conservador perpassa o Serviço Social. Nesse sentido, podemos dizer que uma das expressões atuais que assume o

conservadorismo na profissão são as precarizações das condições objetivas de trabalho, considerando que as políticas sociais vêm sendo desmanteladas. Por outro lado, tem-se o retorno para a execução de atividades pontuais que se apresentam como demandas institucionais como, por exemplo, a triagem socioeconômica que impõe condicionalidades e não permite o acesso universal a bens e serviços. Com relação às atribuições e competências, identificam-se funções equivocadas impostas pelas instituições, que são organicamente conservadoras, mas também se constituem como um espaço de contradições e, portanto, de disputa entre as classes sociais fundamentais. No âmbito do atendimento direto ao usuário, identificam-se formas de construir respostas que assumem um aspecto moralizante da atuação profissional. Exerce-se um trabalho pragmático, burocrático e imediatista que “[...] redimensiona as respostas às múltiplas faces da “questão social” e impõe aos profissionais uma atuação cada vez mais ‘polivalente’ [...] e contribui assim para uma apreensão alienada e, [...] naturalizada da realidade” (Moljo e Carvalho, 2022, p.200). Essa compreensão impossibilita o exercício de leitura crítica da realidade, bem como a dificuldade no cotidiano, de defesa de um projeto emancipatório. Esse movimento pode proporcionar um “retorno ao passado” criando “[...] práticas conservadoras, individualizadoras, culpabilizadoras e atomizadas que não dialogam com a totalidade e, menos ainda com questões macro societárias que rebatem diretamente no modo de ser e de fazer da profissão” (Moljo e Carvalho, 2022, p. 201). Mediante essas questões, há uma tendência de se configurar um profissional desconectado da realidade social e de suas contradições, alheio à possibilidade de exercer uma análise econômica para além da sua superficialidade, e que, portanto, tem dificuldades de exercer elaborações mais complexificadas em uma abordagem da totalidade e do universal (Lima, 2022).

De acordo com Mota e Rodrigues (2020), o cenário conservador também pode impactar o Serviço Social de algumas formas, como: a tendência a uma afirmação de um Serviço Social anti-intelectual, pragmático e neutro, o que valoriza a empiria e o pragmatismo; uma defesa da tecnificação da profissão; uma aversão a maturidade intelectual na direção contrária de um Serviço Social livre de ideologia; o choque entre as ideologias cristãs e o materialismo histórico dialético e o tratamento das expressões da questão social como problemas

morais. Por isso, é fundamental o entendimento crítico do significado social da profissão, ou seja, de quem somos, o que fazemos e precisamos fazer e a que viemos, na direção do exercício de um trabalho profissional alinhado a um projeto profissional crítico, “[...] a despeito de suas eventuais tensões e considerando sua historicidade em si, bem como a conjuntura regressiva contemporânea que insiste em nos acompanhar [...]” (Ortiz, 2022, p.71).

Nessa conjuntura de tendências conservadoras na profissão, deve-se estar atenta/o para propostas que emergem com características modernas, mas que na sua essência possuem influxos conservadores. Nesse sentido, não há como defender, por exemplo, as propostas relacionadas à economia solidária ou muito menos ao empreendedorismo, que colocam a responsabilidade de uma “vida melhor” unicamente no indivíduo, como aquele capaz de mudar sua realidade, sem um questionamento sério sobre as contradições sociais e o conjunto de desigualdades sociais forjadas pelo capitalismo. Parecem propostas sedutoras, de superação dos problemas sociais, mas que na sua essência não questionam as raízes de tais problemas e muito menos se pretende alterá-las ou resistir por meio da luta política. E essa é uma proposta que vem ganhando corações e mentes no Serviço Social, inclusive no âmbito da gestão.

O momento atual nos impõe constantes desafios como alguns elencados anteriormente e precisamos construir cada vez mais estratégias de resistência para o enfrentamento dessa conjuntura. Por mais que se reconheçam as dificuldades institucionais, não podemos nos imobilizar diante do que está posto. Assistente Social tem a capacidade de ser propositivo, de analisar criticamente a realidade nas suas contradições e construir alternativas de intervenção profissional, que não necessariamente estejam no escopo das políticas sociais, considerando que estas, apesar dos avanços, também podem incorporar características conservadoras. A defesa do PEP deve ser intransigente, garantindo ao usuário um atendimento qualificado, dentro das possibilidades institucionais que, se reconhece aqui, constitui-se um obstáculo na medida em que as instituições não estão direcionadas para o atendimento direto das reais demandas dos usuários. Este também é um desafio, mas que com aprimoramento intelectual podemos enfrentar compreendendo os fundamentos, a direção social e a finalidade do projeto profissional crítico, considerando que a particularidade da profissão é ser intervenciva.

Devemos criar estratégias coletivas para o enfrentamento dos desafios que são postos para a profissão, que trabalha na lógica da defesa dos direitos humanos e da construção de uma sociedade sem opressões. O que se assiste também é um aumento significativo da intolerância às diferenças e dos discursos de ódio, que se expressam no cotidiano institucional e social. Aliado a este cenário, como desafios, também encontramos o aumento exponencial das desigualdades sociais pressionando os profissionais a produzirem respostas imediatas além da explicitação de determinados posicionamentos (Silva, 2023).

Considerando os elementos anteriormente destacados, é importante chamar atenção para o projeto ético-político como um instrumento de resistência da categoria profissional. Como mencionado, é uma construção social da categoria que expressa determinados valores antagônicos a essa sociabilidade instaurada. Logo, partindo dos seus princípios, torna-se fundamental que ele seja não meramente um conjunto de documentos, mas que ele possa verdadeiramente ser o referencial para o trabalho profissional, mesmo diante da conjuntura adversa. A luta de classes não sumiu do horizonte, ela pode estar amortecida, mas ela também se expressa de formas diferenciadas e, por isso, não podemos, como profissionais com capacidade de leitura crítica da realidade, arrefecer o processo de luta e resistência que pode ocorrer em várias instâncias e de formas diferenciadas. “[...] O projeto ético-político da profissão, comprometido com os direitos humanos e sociais, com a ampliação da democracia e com a qualificação das políticas públicas, [...] está em um contexto de disputa entre vários projetos societários” (Keller, 2019, p.162). Logo, torna-se fundamental a reafirmação da defesa dos interesses da classe trabalhadora, reconhecendo-nos enquanto tal e, portanto, reconhecendo a existência da luta de classes bem como a existência concreta das múltiplas expressões da questão social (Silva, 2023). Ainda que nossa atuação se materialize no cotidiano marcado pela sua superficialidade, imediaticidade, heterogeneidade, precisamos exercer o movimento de superação desses elementos constituintes ou minimamente reconhecê-los como uma dimensão do real. Esse movimento de reconhecimento pode contribuir para que não nos alienemos diante das questões que são postas para a/o assistente social nesse mesmo cotidiano.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pela nossa exposição, verifica-se que o conservadorismo, em suas novas nuances, vem se espraiando na sociedade brasileira e também atinge o Serviço Social que geneticamente tem uma relação com o pensamento conservador. A remodelagem do pensamento conservador não somente atinge a sociedade brasileira e ameaça a constituição dos direitos sociais, mas apresenta influxos na profissão o que colide com o projeto profissional crítico. O que está sendo questionado é: até que ponto o projeto será hegemônico na profissão? Em que medida assistentes sociais efetivamente direcionam seu trabalho, nos diversos espaços sócio-ocupacionais, na lógica do projeto profissional crítico? O pensamento conservador apresenta uma capilaridade e uma aceitação, sobretudo nos últimos quatro anos na sociedade brasileira, em que suas tendências se exacerbaram em todas as esferas da vida social.

Articulando a discussão com o Serviço Social, torna-se fundamental, cada vez mais, a intensificação do que é, do que representa, qual essência do projeto ético-político. Reafirmá-lo é questão de sobrevivência dos estratos progressistas da profissão e da permanência da capacidade crítica e propositiva da/o assistente social. Certamente, como profissão, o Serviço Social se constitui como uma arena de disputas entre projetos profissionais distintos e uma das estratégias para a intensificação do projeto profissional crítico, é um investimento maciço no processo de formação profissional. Como estamos formando? Quais profissionais estão sendo formados? Nesse sentido, a centralidade da formação profissional deve ser encarada de frente como um novo desafio que deve ser tratado de forma constante, pois esse é um dos canais que pode contribuir para a defesa intransigente, nessa ordem societária, do projeto profissional crítico. Essa consciência precisa ser estimulada para que possamos fortalecer o campo da luta.

REFERÊNCIAS

- BARROCO, M. L. S. **Não passarão!** Ofensiva neoconservadora e Serviço Social. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 124, p. 623-636, out./dez. 2015
- BEHRING, E. R. **Capitalismo em crise e projetos para um Brasil.** Em Pauta. Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro Rio de Janeiro _ jan/abr 2023 _ n. 51, v. 21, p. 28 – 43
- FONTES, V. “**O núcleo central do governo Bolsonaro:** o proto-fascismo”. Disponível em: <racismoambiental.net.br>.2019, p. 1-6. Acesso em: 30 de mar.2021
- KELLER, S. B. A. **A ascensão do conservadorismo e o projeto neodesenvolvimentista:** implicações ao Serviço Social. *Ser Social. Trinta anos de Constituição Federal*, Brasília v. 21, n. 44, janeiro a junho de 2019, 157-178.
- LIMA, C. C. **Desafios da formação profissional em serviço social em tempos de conservadorismo reacionário.** Temporalis, Brasília (DF), ano 22, n. 44, p. 237-252, jul./dez. 2022.
- MOLJO, C. B. e CARVALHO, T. S. P. de. **Tendências teórico metodológicas presentes no debate do serviço social brasileiro.** Temporalis, Brasília (DF), ano 22, n. 44, p. 189-206, jul./dez. 2022
- MOTA, A.E. e RODRIGUES, M.P. **Legado do Congresso da Virada em tempos de conservadorismo reacionário.** R. Katál., Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 199-212, maio/ago. 2020
- NETTO, J.P. **A construção do projeto ético político.** Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009
- _____. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64.** 6.ed. São Paulo: Cortez, 2002.
- NETTO, L. E. **O Conservadorismo Clássico: elementos de caracterização e crítica.** São Paulo: Cortez, 2011.
- ORTIZ, F.G. **Serviço Social e democracia.** Em Pauta. Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro Rio de Janeiro _ jul/dez 2022 _ n. 50, v. 20, p. 61 – 74.
- SAMPAIO, P. H. F. D. **A onda conservadora e as novas estratégias de dominância do capital sobre o trabalho.** Revista de Políticas Públicas. Eleições presidenciais na América Latina: crise da hegemonia neoliberal, federalismo e implicações para as políticas públicas. –UFMA: Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, v. 26 n. 2 (2022), 2023, p 472-491. jul./dez. 2022.

SILVA, M. M. J. **Projeto ético-político da categoria** –. Em Pauta. Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro Rio de Janeiro _ jan/abr 2023 _ n. 51, v. 21, p. 59 – 69.

SOUTO MAIOR, N.M. **A disputa da narrativa conservadora na reforma trabalhista**. In: Ser Social, Brasília, v.21, n. 45, jul/dez, 2019, p. 321-336.

SOUZA, J. M. A. de. “**O conservadorismo moderno: esboço para uma aproximação**”. Serviço Social e Sociedade, São Paulo: Cortez, n.122, abr./jun. 2016, p.199-223.

CAPÍTULO VII

FAMÍLIAS E CONSERVADORISMO: ALGUNS DESAFIOS PARA AS/OS ASSISTENTES SOCIAIS INSERIDOS NA POLÍTICA DE SAÚDE

Isabella da Paixão Alves

Assistente Social da Prefeitura de Belo Horizonte/MG. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social/Universidade Federal de Juiz de Fora.

E-mail: isabellapaixaoalves@gmail.com

Marina Monteiro de Castro e Castro

Assistente Social. Doutora em Serviço Social/UFRJ. Professora da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora (graduação e pós-graduação).

E-mail: marinamcastro@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A relação entre políticas sociais e famílias é histórica e se fortalece no Brasil, sobretudo, a partir da Constituição de 1988 e do direcionamento imposto pela lógica neoliberal nos anos 1990. Esse processo envolve um conjunto de questões estruturais que perpassam a relação entre Estado e economia, o conjunto das expressões da questão social e as novas configurações familiares desencadeadas pelas transformações societárias nas últimas décadas.

No que tange à política de saúde, vale ressaltar que nos últimos anos esta tem vivido momentos claros de enxugamento da máquina pública. Como exemplo, destacamos o novo modelo de financiamento da Atenção Básica pela Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019, que limita a universalidade do acesso; o contingenciamento provocado pelo teto dos gastos, e o próprio impacto da pandemia da Covid-19; e a perspectiva adotada pelo governo Bolsonaro que trouxe ataques diretos ao Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios e diretrizes.

Essas mudanças impactaram substancialmente as famílias atendidas pelos serviços. Também percebemos a alavancada de discursos que dizem defender e proteger um conceito de família conservador.²⁶ As mudanças impactaram também os trabalhadores da política de saúde, uma vez que os protocolos e normas técnicas passaram a apresentar critérios cada vez mais restritos, estando atrelados à questão socioeconômica, burocratizando o acesso e fortalecendo uma concepção restrita de saúde.

Importante destacar que as políticas sociais atuais estão direcionadas, no Brasil, pela Constituição de 1988. Dessa forma, nas três décadas que se seguiram, existiram diversas mudanças que impactaram substancialmente as configurações de família que temos hoje e que, em grande parte, não são mais contempladas pelas políticas sociais na forma como foram pensadas. Tem-se, como estrutura desse processo, a deterioração da renda familiar, a inserção de novos membros no mercado de trabalho, como no caso das mulheres, que passam a somar as funções de provedoras do lar, lidando com o sustento material da casa e dos demais membros, e de cuidados com as atividades da casa e com seus membros vulneráveis que necessitam de cuidado, como crianças, idosos, pessoas com deficiência, dentre outros.

O debate sobre família apresenta importante notoriedade social, sendo tema não só de estudos, mas nos tempos de avanço do conservadorismo ganha destaque na disputa política, como também permeia o senso comum e as conversas cotidianas. Nesse sentido, avançar no debate da família envolve, assim, sua desnaturalização, sendo este um dos caminhos para o enfrentamento de um único modelo de família tido como moralmente legítimo e aceito.

Destacamos que o conservadorismo se espalha por diversos espaços societários. A política de saúde é também atravessada por essa questão. Logo, se temos quanto um importante marco para a política de saúde brasileira o projeto de reforma sanitária e a construção do SUS, temos projetos em disputa que fazem com que práticas conservadoras sigam fazendo parte do cotidiano do trabalho na saúde. O tema da família é bastante caro à política de saúde e

²⁶ Um relevante exemplo trata da criação do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Criado logo no primeiro ano do governo de Jair Bolsonaro, em 2019, tinha à sua frente a pastora evangélica Damares Alves, demonstrando um significativo alinhamento com o campo religioso-conservador.

representa um relevante direcionamento do modelo de atenção em saúde no Brasil, como podemos verificar na centralidade de sua incorporação na estratégia de saúde da família.

As/os assistentes sociais, enquanto profissionais da saúde, lidam com diversas contradições e desafios no cotidiano profissional impostos por essa realidade. Nesse sentido, este ensaio visa problematizar os desafios para assistentes sociais inseridos na política de saúde junto ao trabalho com famílias.

2. A RELAÇÃO ENTRE POLÍTICA SOCIAL E FAMÍLIAS

A relação entre política social e família não é algo novo (Campos, 2015). Porém, é a partir da Constituição Brasileira de 1988 que será dada consistência à centralidade na família, assim como as legislações que a seguem “[...] que estabelecem como princípios básicos o dever da família, da sociedade e do Estado em proteger crianças, adolescentes, idosos e pessoas com deficiência. [...] a família passou a ter status público na sociedade atual” (Nogueira; Monteiro, 2014. p.146).

As políticas sociais são, em geral, setorizadas e fragmentadas, sendo respostas às diversas expressões da questão social no capitalismo (Behring; Boschetti, 2016). Nogueira e Monteiro (2014) vão reforçar que no Brasil, inserido em contexto de capitalismo periférico, os direitos sociais e trabalhistas não se generalizaram, ao contrário, as desigualdades se reproduzem de maneira profunda, impactando nas famílias.

O agravamento das expressões da questão social, decorrente do processo de reestruturação produtiva, das transformações demográficas, da retração do Estado - sobretudo no âmbito das políticas públicas -, dentre outras e, além disso, a adoção do ideário neoliberal por parte do Estado tem repercussões diretas no âmbito das famílias (Nogueira; Monteiro, 2014, p. 142).

Ao passo que a Constituição de 1988 e suas legislações avançam no campo dos direitos, temos ainda na década de 1990 uma forte tendência à contrarreforma do Estado com grande incentivo às privatizações, transferência de responsabilidades do Estado para as famílias, a sociedade civil e as organizações não-governamentais. Os governos de orientação neoliberal seguiram dicotomizando formulação e execução das políticas públicas e essa

desresponsabilização pela política social acompanhou o crescimento do desemprego, da pobreza e das demandas sociais (Behring; Boschetti, 2016).

Com a agudização das expressões da questão social concomitante com a desresponsabilização do Estado, a responsabilização das famílias, sobretudo nas atribuições relacionadas ao cuidar, é uma tendência à responsabilização das mulheres, um acontecimento comum ao contexto capitalista em torno do globo.

Em nome da “responsabilidade individual”, o neoliberalismo cortou as verbas públicas de programas sociais. Em alguns casos, comercializa serviços públicos, transformando-os em um fluxo de lucro direto; em outros, transfere-os às famílias isoladamente, forçando-as - e em particular as mulheres - a suportar todo o ônus do cuidado (Arruza et al., 2019, p.63).

Nesse ponto, para fazer esse debate, cabe situar o lugar das políticas sociais no contexto de crise estrutural do sistema capitalista e enquanto lócus ocupacionais majoritários do trabalho de assistentes sociais. Nos dias atuais, dadas as mudanças estabelecidas no contexto capitalista nas últimas décadas e seu contexto de crise estrutural, as políticas sociais vêm sendo duramente atacadas em busca de um alargamento na taxa de lucros. Se no contexto europeu o modelo de bem-estar social não sobrevive, no contexto latino-americano, de capitalismo dependente, essa possibilidade sequer é vislumbrada (Horst; Mioto, 2017).

Assim, apesar dos inegáveis avanços que a Constituição de 1988 trouxe na concepção dos direitos sociais ainda vai perdurar um trato fragmentado das expressões da questão social, focalizado no indivíduo, com uma agenda centrada em segmentos priorizados, como idosos, crianças e adolescentes. Embora avance na questão do dever do Estado de prover tais políticas sociais, segue centrado na família o cuidado por esses membros. Dessa forma, contradicoratoriamente, as suas legislações seguem fragmentadas e pouco se aproximam da totalidade da família, de seus arranjos e realidades concretas (Nogueira; Monteiro, 2014. p. 149).

Gelinski e Moser (2015) vão enfatizar ainda que apesar do Estado transferir ações de proteção social às famílias, esse repasse de responsabilidade não é acompanhado de uma compreensão real das concepções de família e suas dinâmicas.

Uma questão central é o fato de o conceito de família ser influenciado historicamente pela ideologia patriarcal. Essa concepção penetra os marcos jurídicos que regulam a vida em família, como, por exemplo, a legislação sobre casamentos de 1890, que considera o homem o responsável pela família, podendo decidir sobre a profissão da mulher e a educação dos filhos, alicerçado em uma ideia de família legítima baseada no matrimônio.

O Código Civil de 1916 preconizava o direito ao modelo de família patriarcal e matrimonial:

(...) o conceito de família referia-se à unidade formada por um homem e uma mulher, unidos pelo vínculo do matrimônio, e sua prole. O Livro I da Parte Especial do Código Civil de 1916 (Do Direito de Família) iniciava-se com diversas disposições relativas ao casamento (celebração, impedimentos, regime de bens, regime dotal, entre outros) e estabelecia que o casamento criava a família e legitimava os filhos do casal, nascidos antes ou depois do casamento, sem apresentar qualquer outra forma de criação de uma família (Lima, 2017, p.122).

Essa concepção que atravessa a construção de nossa sociedade foi sendo contestada pelos movimentos sociais, especialmente de mulheres, contribuindo para a construção de outras concepções e de questionamento sobre o lugar das mulheres e das famílias na sociedade capitalista.

Lima (2017) ressalta que os contornos jurídicos acerca da família moderna começam a se consolidar após a segunda guerra mundial e destaca como mesmo diante de um cenário de devastação nos países europeus, seguiu-se sendo relevante “especialmente para assegurar o cumprimento das atribuições estatais conferidas à família” (Lima, 2017, p. 118).

É possível pontuar que uma outra concepção que surge com mais força nas últimas décadas é de uma compreensão de família enquanto uma teia de relações complexas. Dessa forma, diferentes concepções permeiam a construção da centralidade da família nas políticas sociais. Inegavelmente, diversos avanços jurídicos foram alcançados como: extinção do conceito de relativamente incapaz da mulher casada, o respeito à sua autonomia com relação ao marido e à escolha de sua profissão (Estatuto da Mulher Casada/Lei nº 4.121/1962) e a possibilidade de divórcio (até então só havia desquite) que efetiva a dissolução da relação matrimonial (Lei do Divórcio nº6.515/77).

Embora exista uma carência de regramento jurídico no que tange às relações homoafetivas no Brasil, a decisão histórica do Supremo Tribunal Federal em 2011, que reconhece a união de casais homoafetivos com os mesmos direitos de casais heterossexuais, dá uniformidade aos preceitos de liberdade e igualdade da Constituição Federal de 1988, partindo da compreensão que não cabe ao Estado regular a maneira como as pessoas se relacionam (Caruso, 2021, s.p.).

A Constituição de 1988 marca uma nova concepção de família: “despatrimonializada, com igualdade entre cônjuges e companheiros, igualdade entre diferentes tipos de família, plena igualdade entre os filhos independentemente da origem, atribuição de direitos e deveres aos filhos, que passaram a ser definitivamente sujeitos de direito” (Lima, 2017, p 125). Lima (2017) ressalta ainda que, embora seja um importante marco, essa Constituição tem em apenas cinco (5) dos seus duzentos e cinquenta (250) artigos referentes à família.

É apenas com a lei nº 10.406 de 2002, conhecida como Novo Código Civil, que perante a legislação brasileira passa a existir igualdade jurídica entre homens e mulheres. Destaca-se o fato de como o projeto original levou quase três (3) décadas até sua aprovação:

No que diz respeito à igualdade entre os sexos, marco desse processo foi o Novo Estatuto da Mulher, apresentado à Presidência do Congresso Nacional em 1981. Esta proposta, fruto do debate feminista acerca da igualdade de gênero na lei civil, teve seu conteúdo incorporado, em 1984, praticamente na íntegra, ao projeto original ora aprovado (Pimentel, 2002, p.26).

Assim, é possível perceber como algumas mudanças fundamentais nos direitos da família e das mulheres são extremamente recentes. Os marcos jurídicos expressam uma mudança societária, mas convivem concomitantemente com paradigmas “antigos” que permeiam o senso comum, a cultura e o imaginário social.

As informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Censo, 2010) apontam novas configurações de família, pois se no Censo de 1980 a configuração de família nuclear de casais com filhos representava 75% das famílias, já nos anos 2010 a maior parte das configurações estão fora dessa

concepção e representam 50,1% (Nogueira; Monteiro, 2014, p.145). Com todas as alterações vislumbradas no “formato” das famílias nas últimas décadas, faz-se necessário refletir sobre o modelo adotado pelas políticas sociais no que se trata da centralidade na família, já que foram políticas pensadas para modelos de família que não são mais predominantes.

Dessa forma, não é possível falar de família no Brasil, mas sim de famílias. A família é espaço fundamental da vida social e não está imune às contradições, desigualdades, diferenças, é marcada pela cultura e pela história. “A experiência familiar é universal, mas não é homogênea” (Nogueira; Monteiro, 2014, p.141).

Adentrando as análises dos anos 2000, Behring e Boschetti (2016) trazem dados do Radar Social do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada que apresenta dados até 2003 e demonstram que adentramos o século XXI com a seguinte configuração das famílias:

[...] crescimento do número de famílias chefiadas por mulheres, o que tem atingido tanto as mulheres pobres quanto não pobres, mas com consequências agudas para as primeiras. No ano de 1992, 19,3% dos domicílios eram chefiados por mulheres, percentual que saltou, em 2002, para 32,1% dos domicílios. [...] O Relatório mostra que 87,3% das mulheres chefes de família não tinham esposo, cônjuge ou companheiro. O aumento da responsabilidade feminina pelas famílias pode estar refletindo uma crescente participação da mulher nas decisões de âmbito familiar e no próprio sustento da família. Para esse estudo, raça e gênero se imiscuem para acentuar diferenças sociais. Em 1998, de acordo com a PNAD [Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios] do IBGE [Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística], a proporção de famílias cujo chefe era uma mulher negra, mas com filhos, era de 20,7% percentual que cai para 18,6% para as pardas e 15,1% para as brancas (Behring; Boschetti, 2016, p. 185-186).

Importante trazer dados do início dos anos 2000 para demonstrar como mudanças substanciais já se apresentavam nos modelos de famílias brasileiras na virada do milênio. Ou seja, famílias chefiadas por mulheres já se apresentavam como realidade concreta e apenas com o Novo Código Civil de 2002 a concepção de homem enquanto chefe da sociedade conjugal é alterada.

O Mapa Mundial da Família de 2019 demonstra, por meio dos estudos sobre família, diversos aspectos em suas características em torno do globo, como religião, violência doméstica, qualidade das relações, estrutura familiar, cenários socioeconômicos.

Sobre as famílias sul-americanas:

Los niños de África y América Central y del Sur son los que menos probabilidades tienen de vivir con ambos progenitores. En las dos regiones, es el resultado tanto de La crianza no parental como de la monoparental, pero esta última es la más común en América Central y Del Sur. (...) Las uniones de parejas que cohabitán son particularmente comunes en el norte de Europa y en América Central y Del Sur (Mapa Mundial de La Familia, 2019, p.60).

O censo de 2010 é, no momento, o que ainda temos de mais atualizado sobre as famílias brasileiras²⁷ e demonstra que elas estão cada vez menores. Se antes a realidade brasileira era de famílias numerosas, os arranjos familiares hoje estão menos numerosos. Para os demógrafos Alves e Cavenaghi (2012), essa mudança pode ser justificada, sobretudo, devido à mudança na conformação da economia brasileira que antes era rural e favorecia a configuração de uma família numerosa, transformando-se em um Brasil com características urbanas e industriais que representam maiores exigências educacionais e produtivas, impactando no número de filhos. No entanto, as relações familiares estão mais diversas e plurais.

Em 1970, 65% dos casamentos aconteciam no civil e no religioso, 14% somente no civil, 14% só no religioso e 7% eram uniões consensuais. Em 2010, o casamento no civil e religioso caiu para 43%, só no civil aumentou para 17%, só no religioso caiu para 3% e as uniões consensuais subiram para 37% (Alves; Cavenaghi, 2012, s.p.).

Os autores enfatizam ainda um aumento do número de casais sem filhos, pessoas morando sozinhas, arranjo monoparental feminino, sendo este último o mais afetado com as situações de pobreza e o perfil predominante de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, em que se torna muito mais difícil para a mulher nesse contexto cumprir as funções de provedora e de cuidado com seus membros vulneráveis.

Nesse sentido, apesar da centralidade da família nas políticas sociais ocorrer de maneira mais consistente e institucionalizada após a Constituição de

²⁷Os censos realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) são de extrema importância para a avaliação e direcionamento das políticas públicas. Embora seja reconhecido por sua regularidade e confiabilidade, o Censo de 2020 sofreu corte de verbas e boicote por parte do Governo Bolsonaro. Até o fechamento deste trabalho em março/2023, o censo demográfico do IBGE estava em fase de apuração, já com etapa de coleta finalizada.

1988, o Estado vem se ausentando de responsabilidades e repassando-as sistematicamente às famílias, desconsiderando as mudanças que ocorreram nos formatos de família nas últimas décadas e o contexto de aumento da precarização das condições de vida e trabalho (Gelinski; Moser, 2015).

Desta forma, o olhar sobre a família, instituição de grande notoriedade na dinâmica societária, é de suma importância para que as políticas sociais sejam constantemente reformuladas para que as atendam em sua diversidade.

3. CONSERVADORISMO, SERVIÇO SOCIAL E TRABALHO COM FAMÍLIAS NA SAÚDE

No esforço de analisar pesquisas recentes no que diz respeito ao trabalho com famílias, Horst e Mioto (2017) vão ressaltar a necessidade de um esforço no rompimento com o conservadorismo no trabalho com famílias, pois segue se fazendo presente a tendência de valorização de um instrumental funcional que remonta velhas práticas, embora borradas por novos discursos. Um exemplo desse novo discurso é a tônica do protagonismo das famílias que segue sendo “um processo intervencivo na lógica do disciplinamento, da responsabilização e da culpabilização das famílias” (Horst; Mioto, 2017).

Horst e Mioto (2017) ressaltam que a ausência de produções e debates sobre família nas décadas de 1970, 1980 e 1990, com base na teoria social crítica, colocam como possível motivo por essa lacuna os esforços perpetrados pela categoria no estudo e consolidação dos fundamentos teórico-metodológicos da profissão.

Dessa forma, um ponto substancial na visão lançada sobre a família é a questão do conservadorismo. Yazbek (2018) esclarece que o pensamento conservador é produto não intencional da Revolução Francesa e da Revolução Industrial, pois não constitui uma teoria social, mas é um sistema de ideias preservador da autoridade moral frente às condições históricas que ameaçam sua influência. Assim, “podemos conceber o conservadorismo como uma reação aristocrática à revolução francesa e às mudanças ocasionadas pelo desenvolvimento das forças produtivas” (Souza; Oliveira, 2018), representando um movimento de resistência à modernidade que trazia consigo mudanças em toda a vida social com a transição ao sistema capitalista.

Embora o conservadorismo passe a ser disseminado na Europa no século XIX, segundo Yazbek (2018), ao fim do século XVIII já era possível encontrar o discurso conservador em *Reflexões sobre a Revolução em França* de Edmund Burke, em que este valoriza o feudalismo e defende “a família patriarcal, a comunidade local, a região, a Igreja, as associações” (Yazbek, 2018, p.4).

Com a consolidação do novo sistema capitalista, ascende um novo sistema de exploração, ainda mais aprofundado (Souza; Oliveira, 2018) e, embora o movimento produzido pela burguesia se apresentasse como revolucionário em seu surgimento, por superar o sistema anterior, rapidamente abandona suas bandeiras de luta e sua concepção moderna deixa de ser praticável. Dessa forma, o conservadorismo vai se constituir enquanto estratégia da nova classe dominante. Sendo assim, o pensamento conservador não ficou no passado, “hoje, reativa-se fortemente o pensamento conservador, restaurador e defensor da ordem instituída e o pensamento reacionário que confronta valores democráticos e propõe a eliminação de direitos” (Yazbek, 2018, p.3).

Também é possível, no âmbito do Serviço Social, refletir sobre algumas aproximações do trabalho com famílias e suas tendências conservadoras. Para Mioto (2010), cabe ao Serviço Social demarcar os estudos acerca do trabalho com famílias, por ser de interesse tanto no âmbito profissional quanto na produção de conhecimento, ancorados pela teoria social crítica.

A família é um sujeito privilegiado nas intervenções do Serviço Social desde o seu início (Mioto, 2010). Na atual fase do capitalismo, em sua era fetichizada, há um reordenamento das políticas sociais em que o assistente social é convocado a gerenciar e monitorar a pobreza (Rodrigues *apud* Horst e Mioto, 2017). Assim, Horst e Mioto (2017) enfatizam um forte retorno ao conservadorismo, destacando, sobretudo, pontos que não avançaram tanto no estatuto teórico amadurecido do Serviço Social, como a temática do trabalho com famílias.

Desde o advento das políticas sociais no contexto brasileiro, há um forte predomínio do trabalho com famílias, como abordado na primeira parte deste trabalho. Segundo Horst e Mioto (2017), a família é erigida como estratégia, a partir do século XX, para responder às contradições suplantadas pela luta de classes e na constituição dos ideais modernos. Surgem as primeiras iniciativas, no contexto dos anos 1930, do Estado brasileiro de fomentar políticas sociais

destinadas a famílias, fortemente influenciada pelo autoritarismo nazifascista, que tinha como paradigma o ideal de “família regular” e “saudável”, paradigma esse construído pelas formulações gestadas especialmente no campo médico, jurídico e urbanístico (Neder, 1994). Essas formulações forneceram o suporte técnico e teórico, abraçado pela Igreja Católica, para a implementação de políticas públicas nessa área e para a colocação no mercado de trabalho de um conjunto de novos profissionais, dentre eles, os assistentes sociais (Neder *apud* Horst; Mioto, 2017, p.233).

Dessa forma, as/os assistentes sociais vão intervir de maneira ideológica na vida das famílias trabalhadoras, por meio das políticas sociais e com bases nesses princípios supracitados, sobretudo com mulheres e crianças. Nas décadas que se seguiram, as/os assistentes sociais passam a atuar influenciados pelo pressuposto do trabalho com famílias erigido por Mary Richmod, e, assim, com a base metodológica do Serviço Social de Caso, do Serviço Social de Grupo e do Serviço Social de Comunidade. Ademais,

Nos anos de 1950 e 1960 o CBCISS (Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviços Sociais), através de sua revista, publicou inúmeros textos relacionados à família, muitos de autores norte-americanos traduzidos para o português. Neles se divulgava e se fortalecia uma intervenção profissional pautada na perspectiva estrutural funcionalista de família (Horst; Mioto, 2017, p.234).

Como contextualiza Horst e Mioto (2017), as décadas de 1970/80 são marcadas pela influência sistêmica que vão ter no Serviço Social clínico a maior expressão no trabalho com famílias, por meio das terapias familiares. A segunda metade do século XX é, assim, permeada por bibliografias ancoradas na terapia sistêmica para direcionar o trabalho com famílias.

As maneiras de se realizar trabalho com famílias, até então, foram alvo de questionamentos por parte dos profissionais em seu momento de efervescência com relação às novas bases de sustentação da intervenção do trabalho de assistentes sociais em sua aproximação com a teoria crítico dialética (Horst; Mioto, 2017).

Dessa forma

Nessa postulação o Estado é considerado como a instância responsável pela garantia de direitos e pela oferta de atenção pública. No escopo dessa formulação, uma nova janela se abriu para o debate

da família enquanto um dos sujeitos privilegiados de intervenção direta ou indireta dos assistentes sociais, considerando-se, por um lado, ser ela o lugar de materialização das expressões da questão social e, por outro, ser ela historicamente uma instância de provisão de bem-estar (Horst; Mioto, 2017, p.236).

Não contraditoriamente, as políticas sociais são as maiores demandantes do trabalho do assistente social. Como enfatiza Iamamoto (2012), o setor público é o que mais emprega, sobretudo nas esferas estaduais e municipais. Enquanto profissão majoritariamente vinculada ao setor público, as/os assistentes sociais vêm sofrendo com os processos de reforma, precarização das relações de trabalho, perda de direitos, terceirização, dentre outros problemas.

Analizando a particularidade da política de saúde, a família assume caráter de centralidade no novo modelo de atenção evidenciado pela Estratégia de Saúde da Família que tem como um dos princípios básicos a família como núcleo de abordagem. Contudo, para as/os profissionais e as equipes existem incongruências com relação à definição e compreensão acerca da categoria família. Trata-se mais da reorientação do modelo em saúde do que de estabelecer bem o papel da família no modelo da atenção básica (Gelinski; Moser, 2015). Essa inconsistência do conceito e abordagem de família é fato que se apresenta na rotina e dinâmica das equipes nos serviços de saúde.

O Serviço Social, junto às outras profissões, é entendido como profissão da área da saúde (Matos, 2014). Embora atuantes na política de saúde, assistentes sociais lidam não somente com as legislações específicas a essa área, mas também estão providos das demais legislações, lidando rotineiramente com as que versam sobre a pessoa idosa e crianças e adolescentes, por exemplo.

Historicamente, o Serviço Social se insere na saúde, por meio dos hospitais, com o objetivo de construir um elo usuário / família / instituição. Matos (2014) vai ressaltar, com base em pesquisa de Vasconcelos do ano de 2002, que mesmo nos anos mais recentes o assistente social na saúde segue com a demanda de contato com os usuários para encaminhamentos e orientações, muito ligados ao atendimento médico, demonstrando uma estrutura rígida que, ainda hoje, materializa-se no exercício profissional, no campo da saúde.

Dessa forma, na prática profissional do assistente social, na rotina dos serviços de saúde, não é incomum que seu atendimento seja motivado pela

solicitação de um outro profissional, como o médico, e que essa demanda seja uma interpelação por uma posição coercitiva do assistente social “auxiliando” a equipe no cumprimento dos cuidados da família para com suas crianças, por exemplo. Muitas vezes o termo “negligência” acaba por ser utilizado para quaisquer situações que o cuidado da criança pela família venha a ser questionado pelo profissional de saúde.

Berberian (2013) em seu estudo sobre o conceito de negligência ressalta:

[...] os profissionais de Serviço Social que atuam na saúde lidam diariamente com as expectativas diretas dos demais profissionais, que, ao identificarem uma situação considerada como de negligência, “encamiam” ao Serviço Social e aguardam, desse profissional, as condutas que são interpretadas por eles como as de conveniência, a partir de seus repertórios técnicos e morais. [...] Tal situação representa emblemas ao Serviço Social, pois ao mesmo tempo em que a equipe não assume, muitas vezes, junto com o Serviço Social, a notificação de uma situação de negligência, (...) a mesma equipe tende a cobrar do assistente social alguma conduta (Berberian, 2013, p.111).

A inserção inicial do Serviço Social, enquanto profissão assalariada na dinâmica societária e de caráter sócio-histórico, na divisão social e técnica do trabalho, reverbera até os dias atuais, não sendo alheia à história do Serviço Social uma relação com práticas moralizantes e punitivas (Iamamoto, Carvalho, 2014).

Castro, Oliveira e Resende (2018, p.75), ao analisarem a relação entre a política de humanização e o trabalho de assistentes sociais na saúde, destacam “a família como central e tratam as expressões da questão social a partir de indicadores que contribuem para a vinculação do problema de saúde às ‘áreas, grupos e comportamentos de risco’, que culpabiliza ou psicologiza as relações sociais”.

Outro alerta que as autoras destacam se refere às atividades educativas e a incorporação de uma perspectiva funcionalista que percebe usuários e familiares como sujeitos que necessitam ser educados/reeducados para a devida saúde ou ser enquadrados em padrões de comportamento.

Dessa forma,

O trabalho socioeducativo quando voltado para sensibilização, politização e mobilização; e educação, prevenção e controle do processo saúde/doença é um diferencial posto à profissão. Estas ações podem contribuir para a participação da população no controle social e socialização das informações que visem instrumentalizar os

usuários para o exercício da cidadania (Castro, Oliveira, Rezende, 2018, p.77).

Em nome de um discurso protetivo e de cuidado em saúde, pode-se reproduzir ações e intervenções conservadoras que responsabilizam as famílias sem levar em conta a realidade concreta em que vivem. Claro que esse fenômeno não passa despercebido aos profissionais que se propõem a atuar de maneira crítica e, por isso, tem sido alvo da investigação de alguns/algumas pesquisadores/as. Na apresentação do recente “Famílias na cena contemporânea: (des)proteção social, desigualdades e judicialização”, fruto de um ciclo de estudos da PUC-SP, Fávero (2020) ressalta

No embate entre tendências conservadoras e progressistas, cada vez mais têm sido vocalizadas opiniões nas redes sociais, nas mídias impressas e virtuais, em busca de afirmação de uma ou outra tendência. Nos espaços sócio-ocupacionais do Serviço Social e de outras áreas das ciências humanas, sociais e da saúde, tal embate também está presente. Não raro, a judicialização das relações sociofamiliares tem sido acionada para fazer frente à ausência e/ou ineficiência de políticas públicas ou, ainda, diante da dificuldade de indivíduos, grupos e/ou instituições de lidar com o diferente, com o direito de escolha da/o outra/o sobre sua vida privada, ou com sua impossibilidade de escolha, ditada pela barbárie social que a/o limita ou a/o impede de ser protagonista de suas decisões (Fávero, 2020, p.15).

Dessa maneira, por exemplo, quando a equipe vislumbra uma dificuldade no acompanhamento de uma família para o tratamento de saúde pode tender a convocar o assistente social a intervir de maneira coercitiva, com objetivo de garantir um cuidado idealizado a determinado membro da família, em detrimento das condições concretas em que família vive e como suas relações se estabelecem.

Assim, é preciso ter cuidado para que práticas coercitivas não se escondam atrás de discursos que, em tese, teriam objetivos protetivos. A garantia de proteção social a essas famílias atendidas pela saúde pública e as relações com a equipe precisam ser alvo constante de reflexão. Tem-se observado importante tensionamento em decorrência das recentes mudanças no Sistema Único de Saúde, como com relação ao financiamento, sendo o Serviço Social uma categoria bastante atingida em momentos claros de crise.

A população atendida tende a estar privada de muitos direitos sociais e, a fim de garantir a proteção social, corre-se o risco de responsabilizar exclusivamente a família pelos cuidados com seus membros vulneráveis.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para desempenhar um trabalho crítico, é preciso compreender a prática profissional como espaço ímpar e privilegiado de aprendizado e apreensão da realidade, não sem contradições. O assistente social como trabalhador assalariado está inserido na divisão social e técnica do trabalho, e será chamado a responder às demandas das instituições que o empregam e aqui vale lembrar que essas respostas esperadas estão vinculadas à ordem na sociedade capitalista.

Assim, as contradições impostas no exercício da profissão colocam desafios à categoria, ao que Sousa (2014) vai ressaltar como necessidade a construção de estratégias coletivas em busca de superar a velocidade do cotidiano institucional para um exercício profissional comprometido com os valores ético-políticos.

Quando inserido/a na política de saúde, o/a assistente social vai se deparar com a forma como a saúde lida com o conceito de família. De certo, a família é eixo central da intervenção profissional. Sobretudo na Atenção Primária à Saúde, em que o modelo de atendimento se guia pela estratégia de saúde da família. Vale ressaltar a importância do Sistema de Saúde Único que atende de forma integral e gratuita a população brasileira, sobretudo seus segmentos mais pauperizados. Portanto, o/a assistente social inserido nessa política deve compreender e respeitar as possibilidades de famílias, suas dinâmicas e organizações, suas relações afetivas, contribuindo na produção de cuidado em saúde. Vale destacar a importância do projeto de reforma sanitária com sua visão ampliada de saúde.

Assim, quando falamos do trabalho com famílias na política de saúde, entendemos que fazer Serviço Social comprometido e na direção do projeto profissional, no seio da sociedade capitalista que reproduz valores conservadores, coloca as/os assistentes sociais “caminhando sobre o fio da navalha” (Vasconcelos, 2015. p.76). Porém é essa mesma contradição que nos traz a possibilidade de criar estratégias de resistência e de problematização do conceito de família e de construir um direcionamento para as ações profissionais condizentes com os princípios e valores do projeto ético-político profissional.

REFERÊNCIAS

- ALVES, J. E. D.; CAVENAGHI, S. Censo 2010. **Uma família plural, complexa e diversa.** [Entrevista]. Instituto Humanitas Unisinos, 2012. Disponível em: <https://www.ihu.unisinos.br/entrevistas/515013-censo-2010-uma-familia-plural-complexa-e-diversa>. Acesso em 05 mar. 2023.
- ARRUZZA, C.; BHATTACHARYA, T.; FRASER, N. **Feminismo para os 99% um manifesto.** Tradução Heci Regina Candiani. 1ed. São Paulo: Boitempo, 2019.
- BEHRING, E.; Rossetti, BOSCHETTI, I. **Política Social:** fundamentos e história. v2. São Paulo: Cortez, 2016.
- BERBERIAN, T. P. **Serviço Social e avaliações de “negligência” contra criança e adolescente: debates no campo da ética profissional.** 2013. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/17654/1/Thais%20Peinado%20Berberian.pdf>. Acesso em 13 out. 2020.
- CAMPOS, M. S. O casamento da política social com a família: feliz ou infeliz? In: MIOTO, Regina Célia Tamaso. CAMPOS, M S.; CARLOTO, C. M. (Orgs.) **Familismo, direto e cidadania:** contradições da política social. São Paulo: Cortez, 2015.
- CARUSO, G. B. **Os 10 anos da decisão histórica do STF que reconheceu União Homoafetiva.** Fundação Getúlio Vargas, 2021. Disponível em <https://portal.fgv.br/artigos/10-anos-decisao-historica-stf-reconheceu-uniao-homoafetiva>. Acesso em 10 mar. 2023.
- CASTRO, M. M C.; OLIVEIRA, A. S. O.; RESENDE, L. T. Humanização em saúde e Serviço Social: estado da arte, reflexões e desafios. In: RAMOS, A; SILVA, L. B; PAULA, L. G. P. **Serviço Social e política de saúde:** ensaios sobre trabalho e formação profissional. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018, p.67-81.
- FÁVERO, E. T. Apresentação: Famílias - Uma leitura na perspectiva social. In: FÁVERO, E. T. (Org.). **Famílias na cena contemporânea:** (des)proteção social, (des)igualdades e judicialização. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020.
- 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. (Orgs.) **Familismo, direto e cidadania:** contradições da política social. São Paulo: Cortez, 2015.
- HORST, C. H. M.; MIOTO, R. C. T. Serviço Social e o trabalho com famílias: renovação ou conservadorismo? In: **EM PAUTA** - Revista da Faculdade de

Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro _ 2o Semestre de 2017 - n. 40, v. 15, p. 228 - 246.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na Contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. 23ed. São Paulo: Cortez, 2012.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil:** esboço de uma interpretação teórico-metodológica. 41 ed. São Paulo: Cortez, 2014.

LIMA, J. M. Família, contemporaneidade e conservadorismo: o Direito das Famílias. In: SARAIVA, L. F. O. MANDELBAUM, B. (Org.). **Família, contemporaneidade e conservadorismo.** São Paulo: Benjamin Editorial, 2017. P.115-152.

Mapa Mundial de La Familia 2019. Cambios en las estructuras familiares y el bienestar de los niños. Institute for Family Studies, 2019. Disponível em https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Archivos_de_usuario/Documentos/Documentos_Empresa_y_Sociedad/Instituto_de_La_Familia/WorldFamilyMap-2019_Spanish-Digital.pdf. Acesso em 01 mar. 2023.

MATOS, M. C. **Serviço Social, ética e Saúde:** reflexões para o exercício profissional. São Paulo: Cortez, 2014.

NOGUEIRA, A. C. C.; MONTEIRO, M. V. C. Família e Atenção em Saúde: proteção, participação ou responsabilização? In: SILVA, L. B.; RAMOS, A. (Org.) **Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional.** Campinas: Papel Social, 2013. p.139-163

PIMENTEL, S. Perspectivas jurídicas da família: o Novo Código Civil e a violência familiar. In: **Serviço Social e Sociedade:** famílias. Ano XXIII. São Paulo: Cortez Editora, 2002. P. 26-44.

SOUSA, C. T. Práticas punitivas e Serviço Social: reflexões sobre o cotidiano profissional no campo sociojurídico. In: FÁVERO, Eunice. GOIS, Dalva Azevedo de. (Org.) **Serviço Social e Temas Sociojurídicos:** Debates e Experiências. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2014. p. 35-51.

SOUZA, J. M. A.; OLIVEIRA, M. B. Conservadorismo: ideologia e estratégia política das classes dominantes. In: **XVI ENPESS – em tempos de radicalização do capital, lutas, resistências e Serviço Social.** 2018. Disponível em <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22616/15110>. Acesso em 10 out. 2021.

VASCONCELOS, A. M. **A/o assistente social na luta de classes:** projeto profissional e mediações teórico-práticas. 1ed. São Paulo: Cortez, 2015.

YAZBEK, M. C. Fundamentos históricos e teórico-metodológicos e as tendências contemporâneas no Serviço Social. In **Serviço Social e seus Fundamentos:** Conhecimento e Crítica. Guerra, Lewgoy, Moljo, Silva e Serpa (Org), Campinas, Papel Social, 2018.

CAPÍTULO VIII

TRABALHO COM GRUPOS NA SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: IMPACTOS DA PANDEMIA

Alexandra Aparecida Leite Toffanetto Seabra Eiras

Assistente Social, Doutora em Serviço Social/UFRJ, Pós-Doutoranda/PUC-SP

e bolsista sênior CNPQ. Professora titular da Faculdade de Serviço

Social/UFJF, docente permanente do PPGSS-UFJF e membro do grupo de pesquisa Serviço Social, Movimentos Sociais e Políticas Públicas.

E-mail: alexandra.eiras@ufjf.br

Luciana Gonçalves Pereira de Paula

Assistente Social. Doutora em Serviço Social pelo Programa de Pós-

Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Pós-doutorado em Serviço Social. Professora Associada na Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora. Membro do Grupo de Estudos, Pesquisa e Extensão sobre os Fundamentos do Serviço Social.

E-mail: lugppaula@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

Este capítulo é uma nova versão, atualizada, do texto de nossa autoria, intitulado “Trabalho com grupos na saúde – contribuições do Serviço Social”, parte da coletânea “Serviço Social e Política de Saúde: ensaios sobre trabalho e formação profissional” publicada pela *Lumen Juris* em 2018.

Genericamente, entende-se o trabalho profissional com grupos enquanto uma requisição socioinstitucional²⁸ contemporânea, situada historicamente, e um conjunto de saberes e habilidades interventivas exercido por diferentes profissões, sobretudo no âmbito das ciências humanas e sociais. Trata-se de um campo teórico que se beneficia das pesquisas realizadas em diferentes

²⁸ As práticas grupais perpassam nossas organizações sociais e são constituintes e constitutivas das diferentes formas de sociabilidade. Já o “trabalho com grupos” é um termo contemporâneo que remete à profissionalização dessa intervenção, geralmente inserida ou vinculada a uma organização social ou a um espaço socioinstitucional. As pesquisas sobre os grupos e o trabalho com grupos são relativamente recentes. A “dinâmica de grupo”, muito conhecida entre os assistentes sociais, tem sua origem nas pesquisas sobre pequenos grupos e sobre os fenômenos de liderança observáveis neles, no início do século XX. Emerge vinculada à formação pedagógica, à docência e à capacitação de lideranças em diferentes inserções socioinstitucionais (Eiras, 2017 a).

produzindo-se em perspectivas interdisciplinares como a Psicossociologia, a Psicologia Social, a Análise Institucional, a Socioanálise, a Pedagogia Institucional, dentre outras (Eiras, 2017a, 2017b).

No conjunto das ações de educação em saúde, o trabalho com grupos, objeto deste capítulo, consiste em uma das estratégias no desenvolvimento de atividades socioeducativas²⁹. O desenvolvimento do trabalho socioeducativo realizado grupalmente envolve as requisições institucionais, a relação dos profissionais entre si, na equipe multiprofissional, a interação da equipe com os usuários dos serviços de saúde e a compreensão de suas necessidades e demandas. Dessa forma, em uma perspectiva teórico-crítica, ética e politicamente progressista, o foco do trabalho com grupos é a compreensão coletiva dos processos de adoecimento, apreendidos em sua complexidade, inclusive enquanto manifestações de modos de viver e de se organizar em sociedade.

No contexto em que elaboramos a primeira versão deste texto, propusemos uma análise das requisições e demandas para o trabalho com grupos na área da Saúde partindo de referências teórico-críticas (Sartre, Marx, Lapassade, Lourau, Lane, Eiras, Paula) e da experiência docente do Serviço Social nos Programas de Residência Multiprofissional desenvolvidos na Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

Essas requisições e demandas para o trabalho com grupos na área da saúde vinham ocorrendo desde os anos de 1980, impulsionadas pelo Movimento de Reforma Sanitária³⁰. Naquele processo, reivindicava-se uma compreensão articulada e de unidade na implementação dos serviços de saúde, englobando os níveis de prevenção e tratamento, indo ao encontro das necessidades e demandas sociais, com a participação popular potencializada desde o planejamento das políticas públicas até o reconhecimento dos sujeitos e de suas

²⁹ O conjunto de práticas que se denomina educação em saúde pode se configurar em atividades de caráter individual ou grupal; pode ser realizado de maneira uni ou multiprofissional; e o seu desenvolvimento pode apresentar influência de diferentes concepções de educação ou pedagógicas.

³⁰ “O movimento composto por profissionais da área, intelectuais, organizações e associações, primava por uma saúde como valor universal, garantida a partir de uma reformulação do sistema” (Paula, 2007, p. 26).

condições concretas de vida em uma perspectiva de relação ativa para a promoção da saúde.

Nos governos do Partido dos trabalhadores-PT (2003-2016), houve o reforço à institucionalização de requisições para o desenvolvimento de ações socioeducativas, coletivas, no âmbito da educação em saúde em todos os níveis de atenção³¹, enquanto estratégia fundamental para a substituição de ações isoladas pautadas em um modelo biomédico. Tais requisições intencionavam a promoção da saúde, compreendida de maneira ampliada, enquanto “[...] completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1946).

De forma geral, os serviços de saúde focalizam ou objetivam o cuidado e a recuperação da saúde, no intuito de controlar, evitar e/ou prevenir novos processos de adoecimento, contribuindo para o bem-estar e a longevidade das pessoas. Todavia, os serviços de saúde se constituem também como formas pedagógicas, ao organizarem procedimentos e implementar modos de realizar o cuidado à saúde, promovendo determinados modelos de comportamento para os usuários desses serviços.

Assim, comprehende-se que todas as atividades realizadas pelos profissionais de saúde são perpassadas por uma dimensão pedagógica, por meio da qual se transmitem, não apenas informações, mas valores, formas de agir, de pensar, de compreender a vida. Nessas ações, podem-se fortalecer padrões de comportamentos instituídos, papéis sociais e estereótipos em prol de um determinado *status quo* ou coadunar posicionamentos e reflexões que se aproximem das necessidades e demandas postas pela população e/ou público-alvo que utiliza os serviços de saúde, em franco diálogo, visando a efetivação da saúde.

Entretanto, desde 2019, sob a presidência de Jair Bolsonaro, houve uma desconstrução das políticas públicas e, na área da saúde, esse fenômeno ficou evidente na série de equívocos que se seguiram quando necessitávamos de uma

³¹ Podemos mencionar como exemplos: a Política Nacional de Humanização, de 2004; a Política Nacional de Atenção Básica, 2012; os Cadernos de Atenção Básica sobre hipertensão (2001), tuberculose (2002) e diabetes (2006), entre outros; a Portaria nº 1082/2014; etc.

política responsável e competente para o enfrentamento da pandemia de COVID-19³².

O contexto da pandemia, considerando as primeiras estratégias de distanciamento social, necessárias para conter o avanço no contágio e proliferação de novos casos, trouxe imensos desafios para o acesso da população aos equipamentos de saúde e para a educação em saúde, de um modo geral, mas sobretudo, nas ações coletivas, desenvolvidas grupalmente.

Nesse sentido, as requisições para educação em saúde foram impactadas pela desconstrução da política de saúde e pela pandemia de COVID-19 que reorganizou nos anos de 2020 e 2021 os modos de atendimento aos usuários, priorizando a contenção e o contágio, em detrimento de outras necessidades de saúde da população, conforme recomendação sanitária de alcance mundial.

Desse modo, considerando-se a conjuntura no período de 2019-2022, para tratarmos do trabalho com grupos na área de saúde, no Brasil, faz-se necessário compreender as requisições e demandas postas naquele contexto, identificando os possíveis prejuízos da ausência dessa estratégia coletiva para a saúde da população.

Para isso, organizamos este capítulo em quatro seções. Na primeira, abordamos a conjuntura de 2019-2022 e os desafios postos por ela ao campo da saúde e ao Serviço Social. Na segunda, apresentamos os horizontes sociopedagógicos que perpassam o trabalho socioeducativo no campo da saúde, realizado grupalmente, orientado por uma perspectiva teórico-crítica e ético-política progressista. Na terceira, apontamos algumas possibilidades para o desenvolvimento do trabalho com grupos nos mais variados equipamentos e serviços de saúde. Na última seção, propomos uma reflexão sobre a ausência e necessidade do trabalho com grupos, a partir da interação com residentes de Serviço Social, durante o contexto da pandemia.

O “solo concreto” que alimenta nossas reflexões e elaborações se constitui pelos Programas Multiprofissionais de Residência em Saúde³³, situados

³² A denúncia desses equívocos ficou patente no decorrer da CPI da COVID-19. A instalação da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) no Senado Federal, em abril de 2021, teve por objetivo investigar a atuação do governo federal na pandemia. E, entre tais equívocos, destacam-se as defesas infundadas de prescrições médicas pró-cloroquina. E a denúncia de um “gabinete paralelo” para sustentação da agenda negacionista (Dias; Lima; Lobo, 2021).

³³ A saber: Programa de Residência Hospitalar em Serviço Social (criado em 1998 e extinto em 2015); Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (criado em 2002);

na Universidade Federal de Juiz de Fora, nos quais professoras da Faculdade de Serviço Social e assistentes sociais residentes se inserem.

Esperamos, assim, contribuir para a realização e continuidade das ações socioeducativas, realizadas grupalmente, no campo da saúde, em especial, em diálogo com os/as assistentes sociais inseridos/as nesse espaço sócio-ocupacional, em uma perspectiva de resistência e de posicionamento ético-político em prol da satisfação das necessidades e demandas da população que utiliza os serviços de saúde.

2. PANDEMIA DE COVID-19 SOB O GOVERNO BOLSONARO (2019-2022) – IMPACTOS NA POLÍTICA DE SAÚDE E REBATIMENTOS NO SERVIÇO SOCIAL

A ordem social, política e econômica hegemônica no mundo há muito tempo vem dando claros sinais de seu fracasso, pois o sistema capitalista vem demonstrando, ao longo de décadas e de maneira contínua, a sua incapacidade de lidar com suas contradições internas. Essas contradições possuem origem na própria dinâmica de funcionamento da lógica capitalista que é baseada na acumulação e na expansão de riquezas, pautadas pelas relações de superexploração, dominação e alienação que são estabelecidas com a natureza e com a força de trabalho humana. Assim, esse modelo de sociedade se ancora em interesses vinculados à acumulação capitalista e não nas reais necessidades dos sujeitos sociais. Por isso, o modo de produção capitalista se apresenta como um modelo incapaz de assegurar as condições de vida dignas para maior parte da população mundial (Mészáros, 2011).

No primeiro quadrante histórico do século XXI, nosso planeta se apresentou mergulhado em uma crise civilizatória sem precedentes. Segundo Dourado (2020, p. 10),

A crise estrutural e sistêmica do capital se expressa na confluência de múltiplas crises: ecológica, social, política e econômica, engendradas inexoravelmente pela própria lógica de produção destrutiva imposta pelo desenvolvimento capitalista. Atualmente, soma-se a este quadro a crise de saúde pública causada pelo coronavírus, SARS-CoV-2, causador da pandemia da COVID-19.

Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto (criado em 2010); Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Hospitalar (criado em 2015); Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental (criado em 2016 e extinto em 2022).

No Brasil, experimentamos com extrema intensidade e dureza todos esses elementos da crise que vem assolando o planeta. Isso se deve, em grande medida, aos direcionamentos político-econômicos do governo Bolsonaro — implementados entre os anos de 2019 e 2022 —, especialmente no contexto da pandemia.

No momento em que construímos este artigo, o Brasil chegou à marca de 700 mil mortes provocadas pela COVID-19. Um cenário trágico, adensado pela crise provocada por um governo “[...] de coloração francamente autoritária, e mesmo protofascista. Negacionista de primeira hora, integrante do ‘clube’ dos [...] chefes de Estado que relutam em admitir a gravidade da situação pandêmica e mesmo a existência do vírus” (Yazbek, 2020, p. 06).

Em nosso país, o cenário pandêmico foi exemplarmente enfrentado e combatido nas trincheiras do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da coragem e do comprometimento dos muitos profissionais da saúde que assumiram essa linha de frente. No entanto, o SUS vem sofrendo há décadas com cortes profundos em seu orçamento, como resultado de medidas neoliberais³⁴ empreendidas por governos passados — sob o pretexto da austeridade fiscal (Dourado, 2020). O que demonstra a clara tendência de atualização do projeto privatista da saúde, por meio das propostas de reconfiguração do SUS, completamente submetidas aos interesses do mercado privado.

Com isso, em um contexto de pandemia, em que vimos crescer vertiginosamente o número de pessoas infectadas, em vários momentos, o SUS demonstrou, mais do que nunca, as suas fragilidades. A pandemia de COVID-19 expôs as feridas do SUS, escancarando décadas de subfinanciamento³⁵ e descaso com a saúde pública no Brasil.

Desse modo, em meio ao processo de desmonte das políticas sociais e do agravamento das desigualdades sociais, no contexto da pandemia, a

³⁴ Seja em seu formato clássico, durante o governo FHC; em seu modelo social-liberal empreendido pelos governos do PT; ou em sua face ultraneoliberal, como tem se apresentado agora, durante o governo Bolsonaro.

³⁵ Cujo um dos golpes mais duros foi decorrente da Emenda Constitucional 95, a “PEC da morte” — “que instituiu um novo regime fiscal que congelou os gastos primários por vinte anos, entre eles os investimentos em políticas sociais. Esse dispositivo constitucional subtraiu do SUS, nos anos de 2018 a 2020, cerca de 22,5 bilhões de reais, configurando-se, desde então, um processo de desfinanciamento da política de saúde e, consequentemente, engendrando um aprofundamento de sua precarização” (Soares; Correia; Santos, 2021, p. 121).

determinação social do processo saúde/doença influenciou tanto as condições de enfrentamento quanto os óbitos relacionados à COVID-19 (Soares; Correia; Santos, 2021).

Diante do quadro em tela, por meio de um SUS fragilizado, profissionais da saúde travaram, noite e dia, a difícil batalha do enfrentamento e da contenção de uma pandemia que se mostrou devastadora, em todo o mundo. Esses profissionais da saúde, em boa parte servidores públicos, enfrentaram a falta de infraestrutura, de equipamentos de proteção individual, de pessoal e de adequadas condições de trabalho; e têm sofrido com os contratos precários de trabalho, os salários defasados e os ânimos devastados em decorrência das políticas de enxugamento do Estado.

Entre esses trabalhadores da saúde, encontram-se os/as assistentes sociais³⁶ que têm o seu cotidiano profissional atravessado por todas essas dificuldades, além de terem, muitas vezes, as suas atribuições e competências questionadas, o seu papel mal compreendido e a sua autonomia desrespeitada — por meio das muitas requisições equivocadas que lhes chegam. Segundo Matos (2020, p. 03), a “situação de pandemia [...] certamente convoca assistentes sociais, mas estes devem atuar se limitando ao campo das suas competências profissionais e de suas atribuições privativas”.

Nesse sentido, destacamos quatro grandes desafios que vêm sendo enfrentados pelos/as assistentes sociais alocados/as na área da saúde, em seu cotidiano de trabalho: o desmonte da política de saúde; os ataques empreendidos contra os/as trabalhadores/as em geral, pela sua condição assalariada; as tendências voltadas para a desespecialização das profissões, por meio da dissolução das especificidades profissionais; e o empobrecimento acelerado e extremado da classe trabalhadora que se configura enquanto usuária dos seus serviços³⁷.

Frente a esse contexto, essa conjuntura tem, mais do que nunca, apresentado às/aos assistentes sociais requisições institucionais que reforçam

³⁶ “O assistente social é reconhecido como um profissional da saúde e, como tal, possui o campo da política de saúde como uma das suas principais áreas de atuação profissional” (Paula, 2013, p. 86).

³⁷ “Questões como a fome, a insegurança alimentar e a pobreza aprofundam-se e tornam-se mais expressivas com a crise sanitária que se alastrou no mundo e no Brasil, em 2020” (Schappo, 2021, p. 30).

muito mais os interesses dominantes do que o atendimento das reais necessidades dos nossos usuários. Em um contexto de pandemia, essas requisições, além de muitas vezes equivocadas, ou seja, não compatíveis com as atribuições e competências profissionais das/os assistentes sociais, apresentam-se com um caráter emergencial cada vez maior, impulsionando muitos/as profissionais ao caminho das ações meramente instrumentais.

Para encontrar uma saída, frente a tantos desafios, Iamamoto (2001) nos oferece algumas pistas importantes quando afirma que as possibilidades para a intervenção profissional estão dadas na realidade. O que precisamos fazer é buscar perceber/captar onde estão essas possibilidades e como podemos transformá-las em propostas de ações profissionais.

Portanto, os atendimentos cotidianos que realizamos — estando ou não em um contexto de pandemia — nos oferecem vários conteúdos a serem trabalhados para além daquela ação específica. Esses atendimentos por mais “emergenciais” e “urgentes” que nos pareçam — ou que de fato sejam — trazem para a/o assistente social questões que estão atravessando a vida de milhares de sujeitos. Portanto, para além daquele atendimento específico, ou seja, para além daquela ação, muitas vezes, imediata, automatizada, rotineira, devemos buscar perceber a necessidade social que ali se manifesta. Tomar essa necessidade como um ponto-chave a ser trabalhado em outras ações profissionais devidamente planejadas e estrategicamente pensadas, como as atividades grupais por exemplo, pode ser um caminho que nos permita expandir os nossos horizontes profissionais.

Com isso, uma demanda específica trazida por um sujeito particular, pode despertar em nós outras questões voltadas para uma esfera mais universal. E esse movimento pode nos ajudar na construção de ações mais coletivas, que venham a somar forças com as lutas empreendidas por segmentos de trabalhadores de nossa sociedade.

3. O SERVIÇO SOCIAL E O TRABALHO COM GRUPOS – HORIZONTES SOCIOPEDAGÓGICOS QUE PERPASSAM O TRABALHO SOCIOEDUCATIVO NO CAMPO DA SAÚDE

O Serviço Social, assim como as demais profissões, possui particularidade em sua inserção na equipe multiprofissional na área de saúde.

Tal particularidade consiste no contato direto com as questões concretas vivenciadas pelos/as usuários/as dos serviços de saúde, em sua inserção social (Eiras, 2017a). Embora nem sempre de forma consciente, os/as usuários/as procuram o/a assistente social para ter acesso aos direitos sociais (na maioria das vezes, precariamente mediados por equipamentos concretos), assim como para participarem de projetos e programas sociais que lhes permitam o acesso aos bens e serviços produzidos socialmente.

Nos mais variados equipamentos de saúde, um dos únicos serviços a que o usuário possui acesso imediato é o Serviço Social, por meio da porta aberta do plantão. E a maioria das demandas dirigidas ao Serviço Social “é fruto da forma como as unidades de saúde organizam suas rotinas de atendimento à população usuária” (Vasconcelos, 2012, p. 157).

As rotinas vigentes nas unidades de saúde, muitas vezes, acabam por impedir que as informações necessárias circulem entre os usuários, na medida em que as isolam e fragmentam. Os espaços que poderiam estimular o debate para uma maior organização e mobilização dos usuários, garantindo a defesa dos seus direitos, são substituídos por espaços de apoio, alívio, submissão, conformando uma atenção à saúde “deseducativa e despolitzante” (Vasconcelos, 2012, p. 248).

Contrapondo-se a essa tendência, os/as profissionais do Serviço Social podem (e devem) investir mais em ações coletivas — como o trabalho com grupos. Assim, o/a assistente social deve prestar “um serviço que aglutina, que organiza, que dá visibilidade e politiza o espaço público, contribuindo na ampliação e universalização de direitos” (Vasconcelos, 2012, p. 497).

Nesse campo da saúde, o/a assistente social também atende às demandas do trabalho multiprofissional. Entre as principais demandas, está a relação entre os/as usuários/as e seus familiares, inclusive em situações complexas, como violação de direitos sociais, expressas em diferentes formas de violência.

As questões endereçadas ao/à assistente social se expressam de modo complexo. O cuidado em saúde exige desse/a profissional um domínio de conhecimento sobre os equipamentos e serviços socioassistenciais existentes, que o/a torne capaz de aproximar o/a usuário/a das condições que poderão garantir/perpetrar esse cuidado. Tal domínio inclui a habilidade de mediar as

relações entre usuários/equipamentos, usuários/familiares, usuários/rede de proteção social. Em síntese, trata-se da busca pela efetivação da relação usuários/acesso aos direitos sociais, usuários/exercício da cidadania. Essa particularidade aproxima o/a assistente social das condições de vida e das questões concretas que caracterizam ou atravessam os “problemas” vividos pelos sujeitos/usuários(as) dos serviços de saúde. A contribuição do/a assistente social na equipe multiprofissional se assenta nessa particularidade (Eiras, 2017a).

Nesse sentido, o/a assistente social se encontra habilitado/a para apreender a determinação social presente no processo de adoecimento, vivido e relatado pelos usuários dos serviços de saúde. O trabalho com grupos na área de saúde constitui uma estratégia potente na direção dessa compreensão, a partir do diálogo sobre as condições desse processo de adoecimento.

Por sua vez, a concepção de “processos grupais”, formulada por Lane (1988), elucida a dimensão dos grupos e das práticas grupais em seu movimento. E, conforme Loureau (2004, p. 181), um modo potente de apreender os “grupos” é compreendê-los em suas interferências, entendidas enquanto “ações, acontecimentos, forças” que “criam, modificam e desfazem as formas, à procura da transversalidade, de um equilíbrio que não é o equilíbrio homeostático da teoria dos sistemas, mas o de uma capacidade de autonomia (sempre posta em questão)”. Os grupos são atravessados, simultaneamente, por outros movimentos, organizações e instituições. O grupo não é um “todo” fechado em si mesmo. Desse modo, a produção de um determinado grupo não se restringe aos seus objetivos ou à realização estrita da tarefa a que se propôs.

A ênfase no grupo, enquanto processo e suas interferências, permite observar o movimento pelo qual ele foi produzido e/ou se produziu. Nesse movimento, ressalta-se a inserção do indivíduo no espaço grupal, a relação entre a sua trajetória de vida e a representação que o indivíduo faz sobre si mesmo frente ao grupo, aos demais indivíduos e à sociedade (Lane, 1988; Eiras, 2017b).

Lane (1988) também comprehende o processo grupal como espaço possível de superação da alienação individual e de questionamento dos papéis sociais e da reprodução do *status quo*. Os processos grupais podem desvelar as determinações históricas presentes nas trajetórias individuais, podem contestar

os papéis sociais hegemônicos, assumidos pelos indivíduos, alterando concepções e apreendendo possibilidades de transformações sociais.

Nessa perspectiva, o trabalho com grupos é uma estratégia profissional clivada pelas possibilidades de uma construção coletiva e participativa. Trata-se de um espaço democrático, aberto à construção de novas perspectivas e de novas ações. Trata-se de um processo, no qual tanto coordenadores/as (equipe multiprofissional) quanto usuários/as dos serviços de saúde participam na condição de sujeitos, em posições diferenciadas, mas em uma relação que se pretende horizontal. Desse modo, os/as participantes do grupo são considerados/as como sujeitos do processo grupal. Tal concepção potencializa a relação dialética sujeitos/grupo, sem subjugar o indivíduo ao coletivo. Nesse sentido, a autonomia dos sujeitos em relação ao grupo não é uma ameaça, mas uma possibilidade de potencializar as ações coletivas (Eiras, 2006; 2017b).

A respeito do trabalho com grupos no Serviço Social, Eiras (2006; 2017b) nos apresenta algumas orientações fundamentadas na perspectiva crítica³⁸, explicitadas no projeto ético-político dos/as assistentes sociais. São elas:

- Apreender os grupos e as práticas grupais concretamente situados, considerando os processos histórico-materiais que os constituíram;
- Conhecer as demandas organizacionais/institucionais, as quais ensejaram uma proposta de intervenção direta com um determinado grupo;
- Compreender os processos/interferências que atravessam o trabalho com o grupo: as relações de poder existentes, a potencialização efetiva da participação do grupo nas decisões da organização/instituição, os diferentes interesses que podem ou não favorecer as necessidades reais do grupo em relação à organização/instituição;
- Deflagrar processos de aprendizagem que se estabeleçam por meio do diálogo, da reflexão e da crítica, a partir de análises que considerem a totalidade dos processos sociais na sociedade capitalista e as mediações pelas quais o grupo vivencia tais processos, o que torna possível apreendê-los;

³⁸ Adotamos aqui a denominação utilizada por Yolanda Guerra (2007), em seu artigo “O projeto profissional crítico: estratégia de enfrentamento das condições contemporâneas da prática profissional”.

- Apreender a relação sujeito/grupo em sua dialética, na dimensão de uma produção coletiva que preserve a autonomia individual em convergência com as ações coletivas;
- Produzir informações, com os sujeitos/usuários (as), sobre as questões que os (as) levaram até àquela organização/instituição.

Desse modo, essa abordagem se apresenta como uma alternativa teórico-metodológica para apreensão dos grupos, compreendidos enquanto processos, e das questões vividas/expressas pelos sujeitos.

4. DEMANDAS E HORIZONTES POSSÍVEIS PARA O TRABALHO COM GRUPOS NOS VARIADOS EQUIPAMENTOS E SERVIÇOS DE SAÚDE

Historicamente, no contexto de desenvolvimento do SUS, podemos afirmar que as demandas para o trabalho com grupos na área de saúde são semelhantes no que se refere às requisições gerais da política de saúde, e se diferenciam conforme o equipamento de saúde em que o trabalho se insere.³⁹

Em relação às requisições da política de saúde, a educação em saúde se coloca como um horizonte comum aos diferentes equipamentos: Unidades de Atendimento Primário em Saúde (UAPS), Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), espaços ambulatoriais, hospitais, entre outros. A educação em saúde, genericamente, envolve: prevenção de agravos, promoção do cuidado e recuperação da saúde (perpassada pela alteração de hábitos e de comportamentos individuais, e por condições concretas em que o cuidado pode ou não ser efetivado).

Nas UAPS, a forma de organização socioinstitucional inclui mecanismos de participação dos/as usuários/as (conselho local, regional e municipal de saúde), envolvendo a compreensão da saúde em sua dimensão ampliada, que transcende ao conceito restrito de saúde como ausência de doenças. Essa compreensão de saúde envolve o reconhecimento da determinação social do

³⁹ Neste artigo, não analisaremos a relação entre a política de saúde e os interesses industriais, financeiros e comerciais, bem como as contradições e correlações de forças nesse processo, que inclui as lutas e confrontamentos populares, no âmbito brasileiro, a própria manutenção e efetivação do SUS.

processo de adoecimento e a necessidade de considerá-la para a efetivação da promoção da saúde.

A demanda organizacional se caracteriza, principalmente, pela prevenção do adoecimento e/ou pela promoção e cuidado das condições de saúde. As possibilidades para o trabalho socioeducativo, realizado em grupo, incluem: informação, formação de novos hábitos, cuidados com a saúde, bem como a identificação da determinação social dos processos de adoecimento e a recuperação do saber dos sujeitos/usuários(as) sobre o seu processo de adoecimento/saúde, compreendido a partir da sua inserção social, considerando, inclusive, a particularidade do território onde vivem.

Nesse sentido, a demanda organizacional para a educação em saúde nas UAPS está perpassada pelo caráter participativo dos/as usuários/as na definição e no controle da política de saúde e pela necessidade de promoção da saúde, em sua dimensão ampliada e coletiva (inserção territorial), produzida socialmente, em convergência com a necessidade de articulação intersetorial. O trabalho com grupos constitui uma estratégia compatível com a demanda de educação em saúde nas UAPS e a perspectiva crítica constitui uma abordagem factível, tendo em vista a necessidade de fomentar a participação dos sujeitos/usuários (as) na compreensão dos processos de adoecimento e na construção das condições de efetivação da saúde.

Em relação ao desenvolvimento das atividades grupais, a reunião tem sido o principal instrumento utilizado pelos/as assistentes sociais. Ou seja, o trabalho com grupos é realizado por meio da organização de reuniões, as quais incluem o desenvolvimento de temas relacionados aos conteúdos sociopedagógicos vinculados às instituições. Não obstante, no espaço da reunião, no conjunto das ações identificadas, têm sido incorporados pelos/as profissionais algumas técnicas e exercícios, alguns de caráter lúdico, para dinamização da reflexão e da discussão entre os/as participantes do grupo.

Nos hospitais, a demanda organizacional para a educação em saúde possui um caráter mais imediato. Trata-se do cuidado emergencial para a recuperação da saúde e de se estabelecer o retorno do sujeito/usuário(a) ao cotidiano social. A rotatividade dos sujeitos/usuários(as), bem como a diversidade de suas demandas colocam desafios à estratégia do trabalho com grupos, a qual exige um planejamento de longo prazo, o que nem sempre é

possível na estruturação dos serviços dos diferentes equipamentos de saúde. As UAPS tendem a propiciar um planejamento deste, enquanto outros espaços, como as UPAs e os hospitais, nem sempre favorecem atividades dessa natureza, pelas características das demandas dos/as usuários/as desses equipamentos e da própria lógica de funcionamento destas.

Não obstante, também é necessário diferenciar as demandas imediatas, que são atendidas pela estratégia de reuniões com os/as usuários/as (como, por exemplo, as informações sobre as doenças sexualmente transmissíveis, associadas ao uso de preservativos disponibilizados pelas UAPS), de outras demandas que envolvem o aprendizado pela compreensão dos processos de adoecimento e pela busca de alternativas que propiciem a construção da saúde. Em nosso entendimento, o segundo conjunto de demandas pode ser respondido por uma estratégia de trabalho com grupos de longo prazo.

Todos esses elementos, até então destacados, foram observados a partir de nossa inserção direta e/ou no diálogo com os programas de residência multiprofissional em saúde, desenvolvidos na UFJF. No decorrer da última década, foi possível identificar, por meio de experiências em sala de aula, com o tema específico sobre o trabalho com grupos, na orientação de monografias sobre o tema, e na coordenação/tutoria da residência, algumas questões, limites e possibilidades para o trabalho com grupos, referenciado na perspectiva crítica.

Atualmente, nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da UFJF, existem várias formas de inserção dos/as residentes de Serviço Social em diferentes equipamentos de saúde. São eles: Unidades de Atendimento Primário em Saúde (UAPS), Centro de Atenção à Saúde (CAS) e Hospital Universitário (HU)⁴⁰.

Historicamente, em todos esses “cenários de prática”, a demanda para a intervenção com grupos sempre esteve relacionada à estratégia de educação em saúde, compreendendo tanto a possibilidade de uma educação para a prevenção e promoção da saúde quanto a possibilidade de adesão aos tratamentos prescritos nos casos de manifestação de doenças e nas situações de acompanhamento.

⁴⁰ As UAPS correspondem à atenção primária; o CAS se encontra no nível secundário, oferecendo atendimentos ambulatoriais; e o HU abrange o nível terciário da atenção em saúde, por meio das internações hospitalares.

Comumente, o trabalho com grupos de usuários/as é proposto pela equipe multiprofissional e os/as assistentes sociais se incumbem da atividade de organização do grupo, coordenando ou subsidiando as equipes na definição dos temas e da proposta de trabalho. O Serviço Social se responsabiliza por temas pertinentes ao acesso aos direitos sociais e ao exercício da cidadania. Nesse sentido, socializa informações que facilitem o acesso aos serviços, programas e projetos existentes, e trabalha conteúdos referentes aos preconceitos e estigmas sociais, buscando refletir sobre eles, no intuito de superá-los.

Desse modo, o trabalho com grupos se constitui em uma importante estratégia político-pedagógica para os profissionais no campo da saúde. A abordagem grupal, especialmente quando constituída em longo prazo, propiciando a construção de vínculos entre os/as usuários/as e a equipe de saúde, conforma-se como uma importante ferramenta na defesa dos direitos, no campo da saúde.

Entretanto, como visto anteriormente, durante a pandemia houve um impacto significativo na relação institucional dos/as assistentes sociais com os/as usuários/as. Alteraram-se as requisições institucionais, pois a prioridade era a contenção da pandemia nos diferentes equipamentos de saúde. A estratégia do trabalho com grupos foi inviabilizada por dois vieses: o foco na contenção e o uso dos equipamentos para atender aos efeitos da proliferação da COVID-19 e pelo distanciamento social, cujo regramento recomendava a “reclusão” para evitar oportunidades de contágio.

O processo de retomada das atividades de educação em saúde se deu de maneira gradual nos variados níveis de atenção em saúde e, em alguns equipamentos, o retorno dos trabalhos socioeducativos realizados de maneira grupal ainda não conseguiu se estabelecer como antes.

Nesse novo contexto que se apresenta, pela interlocução com os/as residentes de Serviço Social, percebemos que há inquietações e uma busca pelo resgate dessa estratégia de trabalho com grupos e, especialmente, acerca da sua operacionalização. Na intenção de oferecer uma contribuição que possa refletir sobre essa operacionalização, em uma conjuntura ainda impactada pelas consequências da pandemia, vamos apresentar no próximo item algumas reflexões, a partir da experiência do Serviço Social nos programas de residência da UFJF.

5. REFLEXÕES SOBRE O TRABALHO COM GRUPOS NO PERÍODO DA PANDEMIA: DESAFIOS E RESISTÊNCIA

No decorrer da pandemia de COVID-19, as ações coletivas desenvolvidas nos diferentes espaços sócio-ocupacionais foram impactadas, comprometendo a relação direta e presencial com os/as usuários/as, desafiando os/as profissionais por meio do uso das tecnologias de informação e comunicação, e pelas condições de trabalho em domicílio, como o home office.

Na manutenção do “relacionamento com os usuários”, Lanza *et al.* (2021, p. 127) questionaram o exercício profissional dos/as assistentes sociais durante a pandemia:

uma vez que o caráter interventivo da profissão se expressa principalmente a partir do contato físico com usuários, como estabelecer vínculo pelo telefone e Internet? E os usuários que não têm acesso às tecnologias? Como construir o exercício com vistas à ampliação do acesso e coletivização de demandas? Como lidar com o medo da contaminação e o “abandono dos usuários” com as necessidades de fechamento ou redução do potencial dos serviços sociais?

Na área da saúde, os impactos foram ainda mais drásticos em virtude da centralidade desses equipamentos para compreender e agir na situação pandêmica e, simultaneamente, para o tratamento dos casos de contágio e manifestação da doença. As formas de comunicação à distância utilizadas para evitar a exposição e o possível contágio contrastavam com a necessidade de informar e promover uma prevenção de fato, junto à população. Esses/as usuários/as da saúde pública, estiveram francamente expostos pelas condições de inserção social e de trabalho, em uma conjuntura de evidente disputa de concepções, alimentada pelo negacionismo e pelas redes de desinformação. Essa demanda social explicitou a necessidade pedagógica da educação em saúde e não pôde ser respondida por meio de estratégias coletivas presenciais.

Por sua vez, tal conjuntura evidenciou a prioridade das equipes de saúde para a contenção da pandemia em detrimento de outras necessidades de saúde da população, complexificando o acesso à prevenção e ao tratamento precoce de doenças mais complexas, no âmbito ambulatorial e hospitalar, e um adiamento das ações de prevenção, com o afastamento dos/as usuários/as das UAPS.

Devido ao distanciamento social prolongado face à morosidade do Governo Bolsonaro em impulsionar uma contenção rápida, os efeitos da pandemia se expandiram no Brasil, provocando demora na reorganização das instituições. Os hospitais, as UAPS e demais centros de saúde precisaram manter rotinas de atendimento sem aglomerações, implicando na suspensão de atividades coletivas e na priorização das equipes para as ações de contenção da pandemia e de tratamento dos casos de COVID-19.

Essa conjuntura impôs limites ao trabalho com grupos como estratégia no âmbito da educação em saúde e questionamentos quanto à possibilidade de manter espaços de interação coletiva à distância. Algumas indagações foram postas pelas residentes, no ano de 2021, acerca do trabalho com grupos: “É possível um trabalho com grupos ‘à distância’?”, “Quais os desafios desse modo de interação?”

Ressalta-se que houve uma dificuldade objetiva para usuários/as e residentes, no acesso à tecnologia, tanto do equipamento propriamente dito (notebook, ou computador com câmera e microfone) quanto ao acesso de qualidade no uso da rede pela internet, fosse no próprio domicílio (home office) ou mesmo nas instalações do HU, CAS ou UAPS. Este foi um limite real que impossibilitou a realização de atividades coletivas à distância.

Na interação presencial, anterior à pandemia, alguns limites eram observados na comunicação, no decorrer das atividades coletivas. A interação é um dos elementos que contribuem para o aprendizado mútuo e alguns aspectos como as diferenças na formação sociocultural, escolaridade e modos de expressão verbal atuam nesse processo, facilitando ou colocando desafios à comunicação. A interação presencial nos permite observar tais conteúdos, incluindo aspectos da “comunicação não verbal”, o que contribui para facilitar a fluência e o aprendizado mútuo sobre os temas propostos à reflexão e compreensão. Assim, mesmo que houvessem condições técnicas para a interação à distância, seria necessário manejar a comunicação com as limitações postas pela forma de “ contato” à distância. Alguns problemas também se apresentariam, como a possibilidade ou não de preservar as informações e as exposições das pessoas, uma vez que não há controle desse espaço e o quanto ele é reservado, ou não, pela contingência dessa interação, à distância. Além disso, o cansaço físico, sobretudo visual e osteomuscular (iluminação,

exposição à luz dos equipamentos, cadeiras ou assentos inadequados, adequação ergométrica etc.) seria outro limitador na interação à distância.

No retorno às atividades presenciais, com a devida proteção mútua para a interação, também foram observados vários desafios para garantir as condições de biossegurança: espaço físico amplo com arejamento e iluminação, uso de equipamentos de segurança (máscara e álcool 70%), projeção mais alta da voz para a escuta mútua, receio do contato com o outro, limitação no uso de exercícios e jogos para interação, restrição no uso compartilhado de material, tempos de reunião mais curtos, interação com número menor de pessoas. Tais elementos implicaram em algumas saídas, como a realização de atividades ao ar livre. Contudo, mesmo assim, o número reduzido de pessoas também impunha outra configuração desses espaços coletivos e grupais, inclusive, sem momentos de confraternização mediados por lanches, por exemplo.

Além disso, em 2022, observamos uma deterioração das condições de vida face à situação socioeconômica, com os altos índices inflacionários afetando, sobretudo, os itens essenciais da cesta básica, implicando na diminuição do poder aquisitivo e na necessidade de trabalhar mais. Essa realidade afeta o tempo livre e aumenta o adoecimento, pelo desgaste físico e emocional nessa conjuntura, e pela falta de ações de prevenção ou de tratamento precoce. O que impactou na demanda para ações de educação em saúde, sobretudo aquelas realizadas coletivamente.

Antes da pandemia, o espaço hospitalar — em nosso caso, o Hospital Universitário — possibilitava um trabalho coletivo, de cunho informativo, de caráter focalizado, desenvolvido nas enfermarias, envolvendo os/as usuários/as que ali estão internados/as e seus/suas acompanhantes.

No nível da atenção secundária, no Centro de Atenção à Saúde (CAS) da UFJF, eram desenvolvidas ações de educação, nos ambulatórios. De acordo com Gomes (2017, p. 17-18),

[...] Foram desenvolvidas [...] ações de educação em saúde apenas nos ambulatórios de hanseníase, diabetes e reabilitação cardiopulmonar. Nos grupos educativos realizados nesses ambulatórios, eram tratados temas diversos, principalmente no ambulatório de reabilitação cardiopulmonar, porém, sempre com temas relacionados à melhoria da saúde, com a especificidade dos agravos dos usuários participantes. Alguns temas trabalhados foram a alimentação saudável, o uso correto de medicamentos, autocuidado e,

além disso, o Serviço Social foi responsável por realizar um encontro com a temática “direitos sociais”, que obteve impacto positivo entre os participantes e a equipe.

Em relação ao CAS e às UAPS, havia possibilidade de se desenvolver um trabalho com grupos a curto, médio e longo prazo — focalizando o cuidado e a atenção à saúde, no caso do CAS; e a prevenção, cuidado e atenção à saúde, no caso das UAPS.

Nas UAPS, realizavam-se trabalhos com grupos de usuários, abordando as condições de saúde, envolvendo controle de hipertensão e diabetes, combate ao tabagismo, acesso aos direitos sexuais e reprodutivos, e cuidados com a alimentação (Gomes, 2017, p. 11). Havia também grupos que trabalhavam com artesanato e arte, como o “Viver com arte”, direcionado às mulheres, e “Brincando com Arte”, direcionado às crianças de 5 a 12 anos — na UAPS Parque Guarani, do município de Juiz de Fora.

No território de algumas UAPS, o trabalho socioeducativo realizado de maneira grupal ultrapassou os muros institucionais e se fez presente nas escolas públicas periféricas de Juiz de Fora. O projeto de extensão “Ocupando os espaços e construindo o amanhã” foi desenvolvido ao longo dos anos de 2017 a 2019 (sendo interrompido em 2020 por causa da pandemia), em parceria com as equipes de residentes do Serviço Social do Programa em Saúde da Família. Esse projeto se constituía por meio da realização de oficinas socioeducativas oferecidas aos adolescentes de escolas públicas localizadas nos territórios de abrangência das UAPS. Por meio de uma parceria estabelecida entre escola, UAPS e UFJF, alguns horários de aula eram cedidos para que a equipe pudesse realizar o trabalho de grupo, dialogando com esses adolescentes sobre temáticas que por eles eram escolhidas.

Todos esses trabalhos grupais destacados aqui, especialmente aqueles realizados anteriormente nas UAPS que se constituem enquanto “cenários de prática” para os Programas de Residência da UFJF, vem sendo, desde o segundo semestre de 2022, lentamente retomados. Ainda há muita dificuldade nesse processo, tanto em relação à equipe que precisa estabelecer novamente outras rotinas de planejamento e execução dessas atividades quanto de envolvimento dos/as usuários/as, pelos mais variados motivos aqui já mencionados.

Nas experiências concretas de trabalhos realizados com grupos, nos diversos “cenários de prática” dos Programas de Residência da UFJF, embora haja diferença entre as demandas sócio-organizacionais, os formatos de execução e a própria participação/inserção dos/as assistentes sociais nessas ações, ainda se observa um potencial para a educação em saúde, capaz de impactar na compreensão sobre os processos de adoecimento e das possibilidades de acesso às condições objetivas que promovam o bem-estar e a qualidade de vida para essas pessoas.

Em todas as ações grupais potenciais dos Programas de Residência da UFJF, percebemos que a análise contínua do perfil dos/as usuários/as, bem como de suas necessidades e “problemas” em comum, contribui para entendermos as implicações da determinação social do processo de adoecimento. Esses pontos, ao serem analisados, permitem a construção de temas a serem tratados pelo Serviço Social, e possibilitam uma melhor compreensão da relação entre a condição concreta de vida dos/as usuários/as e o adoecimento. Desse modo, é preciso investir nessa análise para propor o conteúdo das reuniões, com o intuito de instaurar um processo de aprendizagem em torno dessa temática.

Esse potencial reforça a convicção de que a estratégia do trabalho com grupos é muito relevante, e nos convoca a resistir e persistir diante das dificuldades que foram postas, durante os períodos mais críticos da pandemia, e que perduram na atualidade.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação em saúde, fundamentada na perspectiva ampliada de saúde, que inclui a compreensão da determinação social da saúde, as condições materiais de vida, assim como os modos de vida, as concepções e formas de apreender a realidade vivida, necessita de estratégias e táticas compatíveis com essa compreensão.

O trabalho com grupos, realizado pelo Serviço Social, orientado pela perspectiva crítica, sintonizado com o projeto ético-político dos/as assistentes sociais, torna-se uma estratégia político-pedagógica convergente com a perspectiva da educação em saúde anteriormente referida. Para isso, o trabalho

com grupos exige uma abordagem teórico-metodológica e uma qualificação técnico-operativa de novo tipo, que possibilitem a apreensão dos grupos enquanto processos e interferências, bem como a identificação das demandas e das possibilidades postas no cotidiano dos equipamentos de saúde. Exige, portanto, a construção de habilidades analíticas e operativas.

Vimos que há — no âmbito do Serviço Social — um acúmulo em relação à proposição de estratégias coletivas para a educação em saúde e na adoção de ações que se propõem um trabalho de longo prazo, no intuito de construir com os/as usuários/as possibilidades de compreensão e ação sobre suas necessidades e vivências. Esses processos se distinguem, apresentando demandas e possibilidades diferentes. Considerando tais processos, a análise e o planejamento para o trabalho com grupos sempre serão diferentes, indicando a necessidade de táticas compatíveis com as análises realizadas e com a realidade concreta na qual o grupo se insere.

Entretanto, o contexto da pandemia de COVID-19 trouxe inúmeros desafios ao seu processo de operacionalização. É fato que as atividades grupais precisaram ficar suspensas naquele momento, mas já é passada a hora da sua retomada. Porque estamos tratando de uma estratégia de trabalho que é radicalmente democrática. Implica em construções coletivas que beneficiem a coletividade. Implica também no respeito à diversidade e à individualidade, bem como em investir no compartilhamento dos recursos produzidos socialmente e no controle e gestão desses recursos, pelo que deles necessitam.

A realidade é como um caleidoscópio em constante movimentação, girando e nos apresentando, diariamente, diferentes imagens, formas, cores e luzes que precisam ser percebidas, apreendidas e transformadas em respostas profissionais. Essa percepção talvez possa ser a maior contribuição de nossa profissão ao trabalho realizado com grupos no campo da saúde. Não renunciaremos a isso! Mão à obra!

REFERÊNCIAS

DIAS, H. S.; LIMA, L. D.; LOBO, M. S. C. **Do ‘mais médicos’ à pandemia de COVID-19: duplo negacionismo na atuação da corporação médica brasileira.** Revista Saúde Debate, v. 45, nº especial 2, p. 92-106, Rio de Janeiro, dez/2021.

DOURADO, N. P. **A crise do capitalismo em tempos-espacos de pandemia.** Revista Boletim de Conjuntura (BOCA), ano II, v.3, n.7, Boa Vista, p. 9-15, 2020.

EIRAS, A. A. L. T. S. **Referências teóricas críticas e trabalho com grupos no Serviço Social. Uma formulação necessária.** Mérida/Espanha: XIII Congreso Estatal y I Iberoamericano de Trabajo Social. Comunidades sostenibles: dilemas y retos desde el trabajo social, 2017 a. Disponível em: Referências teóricas críticas e trabalho com grupos no serviço social: Uma formulação necessária - Dialnet (unirioja.es).

EIRAS, A. A. L. T. S. A intervenção do Serviço Social nos CRAS: análise das demandas e possibilidades para o trabalho socioeducativo realizado grupalmente. In: SANTOS, C. M. et al. (orgs.) **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos.** São Paulo: Cortez Editora, 2017 b, 3^a. Edição.

_____. **Grupos e Serviço Social: explorações teórico-operativas.** Tese de doutorado. ESS/UFRJ. Rio de Janeiro, maio de 2006. Disponível em: Minerva - Registro Completo (ufrj.br).

EIRAS, A. A. L. T. S.; PAULA, L. G. P. Trabalho com grupos na saúde – contribuições do Serviço Social. In RAMOS; SILVA; PAULA. (org). **Serviço Social e Política de Saúde.** Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018.

GOMES, M. C. M. **Residência em Serviço Social e o trabalho socioeducativo: a perspectiva do Serviço Social sobre a Educação em Saúde desenvolvida com grupos de usuários.** Artigo apresentado para conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto com ênfase em doenças crônico-degenerativas do Hospital Universitário da UFJF. Janeiro de 2017.

GUERRA, Y. **O projeto profissional crítico:** estratégia de enfrentamento das condições contemporâneas da prática profissional. In: Revista Serviço Social e Sociedade número 91. São Paulo: Cortez, 2007.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na Contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. 5.ed. São Paulo: Cortez, 2001.

LANE, S. T. M. O processo grupal. In: LANE, S. T. M. e CODO, W. (orgs.) **Psicologia Social: o homem em movimento**. São Paulo: Brasiliense, 1988.

LANZA, L. M. B. et al. **Exercício profissional do(a) Assistente Social: problematizações dos impactos da pandemia COVID-19**. Disponível em ekeys,+34483-Texto+do+artigo-108937-1-6-20210222-2.pdf. Temporalis, Brasília (DF), ano 21, n. 41, p. 119-135, jan./jun. 2021.

LOUREAU, R. Grupos e Instituição. ALTOÉ, S. (org). **René Lourau. Analista institucional em tempo integral**. São Paulo: editora HUCITEC, 2004.

MATOS, M. C. de. **A pandemia do coronavírus (COVID-19) e o trabalho de assistentes sociais na saúde**. Disponível em: <http://www.cress-es.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Artigo-A-pandemia-do-coronav%C3%ADrus-COVID-19-e-o-trabalho-de-assistentes-sociais-na-sa%C3%A3o-2.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2020.

MÉSZÁROS, I. **Para além do capital: rumo a uma teoria da transição**. São Paulo: Editora Boitempo, 2011.

OMS (Organização Mundial de Saúde). **Constituição**. Nova Iorque, 22 jul. 1946. Disponível em <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%B3/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em 12 abr. 2017.

PAULA, L. G. P. A dimensão investigativa do exercício profissional do assistente social na saúde. In: SILVA, Letícia Batista; RAMOS, Adriana. *Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional*. Campinas: Papel Social, 2013.

_____. **Participação popular e espaços institucionalizados no SUS: a experiência do Conselho Local de Saúde Progresso – Juiz de Fora/MG**. Monografia do Curso de Especialização em Saúde da Família. UFJF, 2007.

SCHAPPO, S. **Fome e insegurança alimentar em tempos de pandemia da Covid-19**. Revista SER Social, Brasília, v.23, n.48, jan./jun. 2021.

SOARES, R. C.; CORREIA, M. V. C.; SANTOS, V. M. **Serviço Social na política de saúde no enfrentamento da pandemia da covid-19**. Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n.140, p. 118-133, jan./abr. 2021.

VASCONCELOS, A. M. **A prática do Serviço Social**: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 8.ed. São Paulo: Cortez, 2012.

YAZBEK, A. C. **Ou a vida ou o lucro**: a disjuntiva neoliberal e a gestão política da morte em tempos de pandemia. Voluntas: Revista Internacional de Filosofia, Santa Maria, v.11, e.47, p. 1-8, jul. 2020.

CAPÍTULO IX

LUTAS SOCIAIS EM DEFESA DA SAÚDE: AS RESISTÊNCIAS DA FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE

Maria Inês Souza Bravo

Professora Aposentada da UFRJ e UERJ. Integrante do Corpo Permanente do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UERJ. Pós-Doutora em Serviço Social pela UFRJ. Doutora em Serviço Social pela PUC/SP. Coordenadora do Grupo de Pesquisa registrado no CNPq “Gestão Democrática da Saúde e Serviço Social”. Integrante da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde e do Fórum de Saúde do Rio de Janeiro.
E-mail: msouzabravo@gmail.com

Juliana Souza Bravo de Menezes

Especialista e Mestre em Saúde Pública (ENSP/Fiocruz). Doutora em Serviço Social (UFRJ). Assistente Social do Ministério da Saúde. Integrante da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde.
E-mail: julianasbravo@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

Este artigo visa oferecer subsídios para o fortalecimento da participação popular na saúde por meio de novos mecanismos de controle democrático não institucionalizados, que estão sendo criados a partir de meados dos anos 2000. Objetiva-se destacar o papel da sociedade civil na defesa da saúde, analisando o potencial dos conselhos oriundos do processo de democratização da sociedade brasileira nos anos de 1980 e inscritos na Constituição Cidadã de 1988, bem como dos espaços não institucionalizados, como os fóruns estaduais e a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde⁴¹.

Cabe destacar que a concepção adotada de sociedade civil parte da perspectiva gramsciana, sendo considerada como o espaço onde se organizam os interesses em confronto, isto é, o lugar onde se tornam conscientes os conflitos e as contradições. É na sociedade civil que se encontram os “aparelhos

⁴¹ Este texto utiliza como referência o artigo publicado pelas autoras: Democracia, participação e controle social: as lutas em defesa da saúde. In: *Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea*. Nº 50. Rio de Janeiro: UERJ/Faculdade de Serviço Social. jul/dez, 2022.

privados de hegemonia”, que são os partidos de massa, os sindicatos, as diferentes associações, os movimentos sociais, ou seja, tudo que resulta de uma crescente socialização da política.

Nesse sentido, tais reflexões pretendem ser um contraponto ao projeto privatista⁴², reconstruído e hegemônico a partir da década de 1990, que propõe o controle social⁴³, diferindo da concepção contida na Constituição Federal de 1988. A base de sustentação dessa proposta é o esgotamento das formas de articulação Estado-sociedade e a composição dos conselhos pautada em critérios meritocráticos e não paritários, diferenciando-se frontalmente da perspectiva democrática gestada nos anos de 1980.

2. PARTICIPAÇÃO SOCIAL, CONTROLE SOCIAL E DEMOCRACIA: ALGUNS MARCOS SIGNIFICATIVOS

A sociedade brasileira, na década de 1980, ao mesmo tempo em que vivenciou um processo de democratização política superando o regime ditatorial instaurado em 1964, experimentou uma profunda e prolongada crise econômica que persiste até os dias atuais. As decepções com a transição democrática ocorreram principalmente com seu giro conservador após 1988, não se traduzindo em ganhos materiais para a massa da população.

Um aspecto importante a ser ressaltado, nesse período, foi o processo e a promulgação da Constituição de 1988, que representou, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social. A Constituição Federal introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, mas foi incapaz de universalizar direitos, tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes.

Vianna (2009), ao mapear a produção recente no Brasil sobre o tema da participação, sinaliza que a maior parte dos estudos analisados comprehende a participação social como componente essencial para a preservação do direito

⁴² Sobre os projetos em disputa da saúde — Projeto de Reforma Sanitária e Projeto Privatista — ver Bravo (2001a).

⁴³ O conceito de controle social será abordado mais adiante.

universal às políticas de segurança social, construção da cidadania e fortalecimento da sociedade civil, relacionando diretamente a concepção da participação como parte do processo de democratização do Estado⁴⁴.

A participação social tem como uma de suas expressões a ideia da sociedade controlando o Estado, ou seja, a proposta é transformar o Estado superando o seu caráter autoritário e socialmente excludente, por meio da presença e organização de segmentos importantes na democratização desse espaço. A fiscalização — ideia tão presente na participação social e no controle democrático das políticas sociais — nasce mais com o intuito de impedir o Estado de transgredir do que o induzir a agir, pois o Estado precisa ser vigiado, contido e corrigido em suas práticas habituais (Carvalho, 1995).

Historicamente, a categoria controle social foi entendida apenas como controle do Estado ou do empresariado pelas massas. É nessa acepção que quase sempre o controle social é usado na sociologia clássica, ou seja, no seu sentido coercitivo sobre a população. Entretanto, o sentido de controle social inscrito na Constituição é o da participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais⁴⁵. Esta última concepção de controle social tem como marco o processo de redemocratização da sociedade brasileira com o aprofundamento do debate referente à democracia.

A noção de democracia é concebida por diversos autores como um processo histórico e está relacionada à soberania popular. Nessa concepção, a democracia representativa é considerada uma vitória dos movimentos organizados da sociedade civil, entretanto, é percebida como uma vitória parcial, uma vez que na sociedade capitalista existe a hegemonia da classe capitalista dominante; portanto, há um limite interno, pois as principais decisões econômicas são tomadas pelo poder privado. Para Ingrao (1980), a democracia precisa ser ampliada, havendo necessidade de democracia direta, de base, articulada à democracia representativa, para se concretizar a democracia

⁴⁴ Gramsci é o precursor da concepção de Estado ampliado, com a elaboração da teoria marxista ampliada do Estado. Diversos autores, a partir de suas elaborações, têm contribuído para o debate e a produção dessa perspectiva, analisando as sociedades capitalistas avançadas em que se evidenciou a maior complexidade do fenômeno estatal, podendo-se destacar: Poulantzas (1980), Ingrao (1977, 1979) e Wolfe (1977) (Bravo, 1996).

⁴⁵ Carvalho (1995) trabalha o conceito de controle social, identificando quatro momentos diferenciados: o Estado controlando a sociedade; a sociedade apenas completando o Estado; a sociedade combatendo o Estado; e a sociedade participando das decisões do Estado.

progressiva, ou seja, a democracia de massas. Netto (1990) considera que a democracia de massas — com ampla participação social — deve conjugar as instituições parlamentares e os sistemas partidários com uma rede de organizações de base: sindicatos, comissões de empresas, organizações profissionais e de bairro, movimentos sociais urbanos e rurais, democráticos.

O controle social é um direito conquistado pela Constituição Federal de 1988, mais precisamente pelo princípio da “participação popular”, e são garantidas duas instâncias formais, que são também espaços de luta: os *conselhos* e as *conferências*. Destaca-se, entretanto, que estes não são os únicos espaços de ação para o exercício do controle democrático, apesar de, sem dúvida, serem mecanismos fundamentais, já que estão previstos em lei federal (Barros, 1994, p. 35)⁴⁶.

Nos anos de 1990, assistiu-se ao redirecionamento do papel do Estado, já no contexto do avanço das teses neoliberais. A afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil, com a redução dos direitos sociais e trabalhistas, o desemprego estrutural, a precarização do trabalho, o desmonte da previdência pública e o sucateamento da saúde e da educação, tende a debilitar os espaços de representação coletiva e controle democrático sobre o Estado, conquistas da Constituição de 1988.

Considera-se fundamental envolver os diversos sujeitos sociais preocupados com as políticas públicas, defendendo a ampliação dos direitos sociais e as conquistas obtidas na Constituição de 1988. Ressalta-se como fundamental nesse processo a efetiva participação da sociedade civil, e os mecanismos importantes dessa resistência são os conselhos e conferências, concebidos como espaços de tensão entre interesses contraditórios na luta por melhores condições de vida. Entretanto, são importantes também outros mecanismos de democracia direta, como os fóruns populares. Nessa perspectiva, defende-se a participação por dentro e por fora do Estado.

⁴⁶ Existem outros mecanismos que, também, se acionados, podem e devem ser entendidos enquanto espaços de exercício do controle democrático, a saber: o Ministério Público; os órgãos de defesa do consumidor, como o Procon; os meios de comunicação; e os conselhos de profissionais, entre outros.

3. OS CONSELHOS NA LUTA POR SAÚDE

A existência de conselhos no Brasil não é uma experiência recente, conforme ressaltam diversos autores (Raichelis, 1998; Gohn, 1990). Destacam-se as práticas operárias do início do século XX e as comissões de fábrica, estimuladas pelas oposições sindicais nos anos de 1970 e 1980, como também a ampliação dos movimentos sociais nesse período e sua luta contra o autoritarismo, implantado no país após 1964.

Na saúde, Carvalho (1995) aponta como primeira experiência a criação do Conselho Nacional de Saúde, em 1937, no primeiro governo Vargas. Esse conselho tinha como objetivo, junto ao Conselho Nacional de Educação, auxiliar o Ministério da Educação e Saúde.

Segundo Labra (2005), a origem dos movimentos populares em saúde ocorre na década de 1960, com protestos e reivindicações formais no plano da assistência à saúde. Entretanto, é em meados dos anos de 1970 e nos anos de 1980, no contexto de redemocratização do país, que esse movimento social se amplia, devido ao quadro sociopolítico da época. Em São Paulo, a partir da fundação da Associação Popular de Saúde, no ano de 1975, iniciam-se debates sobre a saúde, e, a partir de 1979, foram criados os primeiros conselhos populares de saúde.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, colocou como proposta a gestão democrática com a inserção da participação da sociedade civil nas decisões sobre as políticas públicas de saúde.

Os atuais conselhos de saúde, inscritos na Constituição de 1988, foram regulamentados em 1990, com a promulgação da Lei nº 8.142, que, junto à Lei nº 8.080, conforma a Lei Orgânica da Saúde. Os conselhos são espaços decisórios (deliberativos), de caráter permanente e paritário. São compostos por representantes dos trabalhadores de saúde, de gestores, dos prestadores públicos e privados e dos usuários. Têm como objetivo discutir, elaborar e fiscalizar a política de saúde em cada esfera de governo (Bravo, 2001b).

As concepções presentes sobre os conselhos de saúde têm sido problematizadas por diversos autores. Gohn (2003) ressalta que os conselhos, como instrumento da democracia, estiveram e estão presentes no debate entre setores liberais e de esquerda. “A diferença é que eles são pensados como

instrumentos ou mecanismos de colaboração pelos liberais; e como vias ou possibilidades de mudanças sociais, no sentido de democratização das relações de poder, pela esquerda” (Gohn, 2003, p. 107).

Os conselhos de saúde foram idealizados, nos anos de 1970 e 1980, em uma conjuntura de resistência à ditadura militar, de mobilização da sociedade civil, de redemocratização da sociedade brasileira e de transformações no setor. A singularidade desses conselhos, “como espaço e fórmula específica de interlocução Estado-Sociedade, certamente tem raízes na própria singularidade do Movimento Sanitário” (Carvalho, 1995, p. 50).

No início dos anos 1990, com o processo de descentralização, a criação dos conselhos de saúde é uma exigência legal para o repasse de recursos da União para estados e municípios, caracterizando-se como uma conquista. No período entre 1991 e 1993, a proliferação de conselhos por todo país foi rápida, tendo sido constituídos aproximadamente dois mil conselhos de saúde (Carvalho, 1995).

A maior parte dos conselhos foi implementada na década de 1990, período de avanço do projeto neoliberal, que aponta para a regressão dos direitos sociais, diminuição dos gastos públicos, desresponsabilização da função pública do Estado, incentivo às privatizações e focalização das políticas sociais.

As questões colocadas para os conselhos em relação à conjuntura mais ampla e às dificuldades de funcionamento desses espaços, na prática, têm apontado para análises que colocam em discussão a contraposição entre luta institucional versus ação mobilizatória. Para Tatagiba (2002), apesar da riqueza desse debate, essa polarização traz como consequência a secundarização das estratégias de luta, quando o desafio atual é justamente fortalecer-las e articulá-las na direção de um projeto político mais amplo de democratização da relação Estado-sociedade. Sendo assim, ações de natureza mobilizatória e de natureza institucional não são excludentes, e sim complementares.

4. OS MOVIMENTOS SOCIAIS E AS LUTAS NA SAÚDE

No final dos anos de 1970, com o processo de abertura política e, posteriormente, com a redemocratização do país, ocorreu na saúde um movimento significativo, que contou com a participação de novos sujeitos sociais

na discussão das condições de vida da população brasileira e com propostas governamentais apresentadas para o setor, o que contribuiu para um amplo debate. A saúde passou a assumir uma dimensão política, vinculada à democracia. Os sujeitos políticos que entraram em cena, em um movimento postulando a democratização da saúde, em um período de luta contra a ditadura, foram: os estudantes; os professores universitários; os trabalhadores da saúde, defendendo questões como a melhoria da situação da saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudos e Saúde (Cebes) como mecanismo de difusão e ampliação do debate; os partidos políticos de oposição e os movimentos sociais urbanos (Bravo, 1996; Paim, 2008).

Em 1986, acontece a 8^a Conferência Nacional de Saúde, o marco mais importante na história da política pública de saúde neste país, que pode ser considerada como a Pré-Constituinte da Saúde. Essa conferência, sendo a primeira com participação popular, contou com presença ampla de diversos segmentos não governamentais e da sociedade civil, desde as representações sindicais, conselhos, associações e federações nacionais de profissionais de saúde, até representantes das secretarias estaduais e municipais de saúde, prestadores de serviços e titulares e representantes de vários ministérios. Com o tema “Democracia e Saúde”, reuniu cerca de 4500 pessoas — sendo 1000 delegados —, para discutir os rumos da saúde no país, a partir dos seguintes eixos temáticos: “Saúde como dever do Estado e direito do cidadão”, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “Financiamento setorial”. A 8^a Conferência Nacional de Saúde significou o momento fundamental de formatação político-ideológica do projeto da Reforma Sanitária brasileira, expresso no seu relatório final.

Toda essa movimentação foi articulada pelo Movimento Sanitário, que elaborou a proposta da Reforma Sanitária brasileira, cuja característica central é a elaboração de proposições de fortalecimento do setor público, em oposição ao modelo de privilegiamento do setor privado (Oliveira; Teixeira, 1986) — implantado no período da ditadura do grande capital (1964 a 1974) —, bem como a politização da saúde, com o objetivo de aprofundar a consciência sanitária⁴⁷.

⁴⁷ Conceito utilizado por Giovanni Berlinguer (1987) que amplia o grau de educação da população sobre saúde e seus determinantes, mas também o nível de ação coletiva voltada para a mudança

Nos anos 1990, assistiu-se ao redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela política de ajuste neoliberal. Nesse contexto, marcado pelo avanço da política de ajuste, é gestada pelo capital a “cultura política da crise” (Mota, 1995). Essa estratégia busca adesão dos trabalhadores para viabilizar a “contrarreforma” do Estado⁴⁸ e o desmonte de mecanismos de proteção social, fragilizando a luta dos movimentos sociais por direitos.

Nessa conjuntura, grandes obstáculos se impõem para a organização dos trabalhadores e para ações de resistência. Com o desmonte dos mecanismos de proteção social, identifica-se uma fragmentação e uma despolitização das ações de muitas organizações e movimentos sociais (Duriguetto, 2008).

O Movimento Sanitário, sujeito político fundamental na formulação do Projeto de Reforma Sanitária na década de 1980, ficou recuado a partir dos anos de 1990. A inovação que ocorre nessa década é a criação dos conselhos de saúde, que foram concebidos como mecanismos de democratização do poder na perspectiva de estabelecer novas bases de relação Estado-sociedade por meio da introdução de novos sujeitos políticos.

Esses conselhos, entretanto, por terem sido implementados nos anos de 1990, sofreram o impacto da despolitização da sociedade. É preciso, na atual conjuntura, de certa desmobilização da política, resgatar o papel político dos conselhos e da participação social. Essa despolitização cria obstáculos concretos aos projetos societais contestadores das relações capitalistas de produção e limita as possibilidades de mudanças aos marcos de um reformismo político (Neves, 2008). A perspectiva equivocada de repolitização da sociedade civil tem se dado por meio de ações que contribuem para o apassivamento dos movimentos sociais populares (Fontes, 2006) e da valorização da participação popular colaboracionista (Neves, 2008).

Com a ofensiva do neoliberalismo, vivemos, segundo Netto (2004, p. 21), em um contexto de “redução da vitalidade dos movimentos das classes e camadas subalternas, que se expressa na perda de potencialidade dos movimentos sociais de colocar em pauta algo mais que reivindicações pontuais

de seus determinantes estruturais.

⁴⁸ Utiliza-se o termo “contrarreforma”, pois vai na direção de supressão de direitos, enquanto que as reformas têm sua origem nas lutas sociais e progressistas. Para maior aprofundamento, ver Behring (2003).

e particularistas". Nessa conjuntura de fragilização das lutas, constata-se que as entidades da sociedade civil não conseguiram uma defesa da seguridade social e da saúde, com destaque para os movimentos sociais, sindical, partidos políticos e movimento sanitário (Bravo, 2006).

Os sindicatos, desde a década de 1980, têm privilegiado a empresa como interlocutora na defesa dos planos de saúde para os seus associados. Outro destaque é a fragilidade em que se encontra o movimento sindical na atual conjuntura, face às mudanças no mundo do trabalho e seus impactos na mobilização política (Bravo; Menezes, 2011a).

O movimento popular também se encontra em refluxo, com dificuldade de mobilização e organização de uma agenda que contemple as políticas sociais. Suas lutas têm se concentrado nas reivindicações locais por políticas setorizadas.

Os partidos de esquerda foram fundamentais na Constituição de 1988 e, a partir da década de 1990, não conseguiram formular uma agenda em defesa das políticas públicas e da saúde em particular.

O Movimento Sanitário, constituído por intelectuais da saúde e alguns históricos que participaram de sua construção na década de 1980, não tem se articulado com os demais movimentos sociais, como ocorreu na sua origem. Identifica-se um pluralismo teórico, com a preocupação de utilizar abordagens não marxistas, o que tem influenciado nas suas posições políticas. Esse movimento, no seu início, tinha como principal referência o pensamento gramsciano. Atualmente, percebe-se uma flexibilização de suas proposições, pautada nas possibilidades de ação face ao atual contexto brasileiro de financeirização do capital (Bravo; Menezes, 2011a).

Por outro lado, Duriguetto destaca algumas experiências organizativas no campo sindical e no campo dos movimentos sociais, em que é possível afirmar que a conjuntura atual não é marcada apenas pelo refluxo. A autora aponta que "há movimentos, organizações e partidos orientados por um projeto classista que resistiram e resistem ao processo de cooptação, capitulação, passividade e conformismo" (Duriguetto, 2008, p. 62).

Nessa direção, ressalta-se como exemplo, no campo sindical, os setores que romperam com a Central Única dos Trabalhadores (CUT) e que fundaram a Central Sindical e Popular (CSP-Conlutas) e a Intersindical (Instrumento de Luta

e Organização da Classe Trabalhadora e Instrumento de Luta, Unidade da Classe e de Construção de uma Central)⁴⁹.

No campo dos movimentos sociais, Duriguetto (2008) destaca a presença de movimentos que vêm ativando a luta de classes nos marcos das contemporâneas condições de dominação e exploração, tais como os movimentos que compõem a Via Campesina — o Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST), o Movimento de Mulheres Camponesas (MMC), o Movimento dos Atingidos por Barragem (MAB) e o Movimento dos Trabalhadores Sem Teto (MTST). Com relação às organizações partidárias, ainda com limitações para impulsionar a lutas de classe, tem-se o Partido do Socialismo e da Liberdade (PSOL), o Partido Socialista dos Trabalhadores Unificado (PSTU), o Partido Comunista Brasileiro (PCB)⁵⁰ e a Consulta Popular⁵¹. Acrescenta-se, ainda, a Unidade Popular (UP), além da esquerda do PT e do Partido Comunista do Brasil (PCdoB). No campo da saúde, destacam-se como movimentos contra-hegemônicos: a *Frente Nacional contra a Privatização da Saúde* e os fóruns de saúde ou frentes estaduais e municipais de saúde (Bravo; Menezes, 2011b).

Diante da contemporânea hegemonia neoliberal, coloca-se como questão central a defesa da manutenção e ampliação dos direitos e a necessidade de refundar a política e a democracia como seu espaço de criação, universalização e de formação de um novo projeto societário que se contraponha ao capital (Duriguetto, 2007).

5. AS LUTAS EM DEFESA DA SAÚDE POR FORA DO ESTADO: A FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE

Pelo exposto, o que se verifica, a partir dos anos de 1990, é a substituição das lutas coletivas, efetivadas na década de 1980, por lutas corporativas, em defesa de grupos de interesses particulares e imediatos dos trabalhadores. As classes dominantes têm desenvolvido como ideário a americanização da

⁴⁹ Um panorama da discussão sobre as centrais sindicais e a luta por saúde na atualidade ver Bravo *et al.* (2011).

⁵⁰ Para uma análise dos partidos na realidade brasileira, ver Mattos (2009).

⁵¹ A Consulta Popular, a partir de 2007, foi caracterizada como movimento social, tornando-se partido político sem, contudo, institucionalizar-se. A tática política, portanto, não é a via eleitoral. A Consulta centra sua atuação política na articulação de lutas unitárias com os movimentos sociais e sindicais das classes subalternas (Duriguetto, 2008).

sociedade brasileira, com o objetivo de neutralizar os processos de resistência com estratégias persuasivas e desmobilizadoras da ação coletiva, procurando o consentimento das classes subalternas (Vianna, 1999).

Uma das estratégias utilizadas pelas instituições multilaterais (o FMI – Fundo Monetário Internacional – e o Banco Mundial) foi a recomendação da adoção, pelos governos, de políticas sociais focalizadas (Duriguetto, 2008). Dessa forma, o cidadão portador de direitos é dicotomizado em cidadão carente/pobre e cidadão consumidor (Mota, 1995). O cidadão carente e pobre é objeto das políticas públicas, ou seja, do pacote mínimo, e o cidadão consumidor tem acesso aos serviços via mercado.

Duriguetto (2008) ressalta também outros dois aspectos fundamentais presentes no debate da política social sob o contexto neoliberal, que são as transferências dos serviços e políticas sociais para a sociedade civil (reduzida em “terceiro setor”) e sua mercantilização. Nesse contexto, é fundamental, na contracorrente, a defesa da democracia, das políticas públicas estatais e da participação da sociedade.

Em meados dos anos 2000, foram criados e/ou estimulados outros mecanismos de participação para pressionar os conselhos e fortalecer a luta por saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho. Ressalta-se como significativos os *fóruns ou frentes estaduais de saúde* existentes em diversos estados brasileiros e a *Frente Nacional contra a Privatização da Saúde* (Bravo; Menezes, 2011b).

A *Frente Nacional contra a Privatização da Saúde*, criada em 2010, retoma como fonte unificadora de lutas a mesma motivação que deu sustentação às lutas travadas pelo Movimento Sanitário nos anos de 1980: o combate à privatização da saúde. Tanto quanto esse movimento, a frente também se opõe à tendência da prestação de assistência à saúde como fonte de lucro, e tem como tática a formação de uma frente de esquerda anticapitalista, anti-imperialista, antimonopolista, antilatifundiária, antirracista, antipatriarcal, antiLGBTQIA+fóbica, antifascista e suprapartidária. Desde o início, vem se empenhando em um esforço coletivo para articular as diversas lutas em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) de caráter público, gratuito, 100% estatal, de qualidade e que atenda a todas as necessidades dos trabalhadores. Vem se

posicionando contra as formas de mercantilização da vida e contra os processos de privatização pelos quais o sistema de saúde brasileiro tem se constituído.

Portanto, comprehende-se que a determinação social do processo saúde-doença é o ponto de partida para atuação crítica nessa área. Nesse sentido, é necessário revelar o caráter de classe do adoecimento da população, contrapondo-se à ideologia dominante de que a saúde é resultante da ausência de doença ou determinada por fatores biopsicossociais que ocultam os processos de exploração aos quais a classe trabalhadora é submetida. A defesa de um sistema de saúde com as características apontadas anteriormente é uma importante mediação para construção do direito à saúde.

Essa frente tem realizado diversas atividades a partir de sua criação: como audiências com os ministros do Supremo Tribunal Federal (STF); atos estaduais em comemoração ao Dia Mundial da Saúde (7 de abril); diversos atos e debates contra a privatização da saúde; elaboração de documentos sobre a situação da saúde nas variadas conjunturas (governos do PT, do ilegítimo governo Temer e do desgoverno Bolsonaro); participação nas conferências de saúde nacionais e temáticas com documentos próprios; articulação com o Fórum dos Trabalhadores da Saúde (Fentas) — constituído por entidades de trabalhadores da saúde que estão no Conselho Nacional de Saúde (CNS), bem como com o próprio Conselho Nacional de Saúde.

Já realizou dez seminários em diversos estados, a saber: o 1º Seminário Nacional, em novembro de 2010, no Rio de Janeiro, que congregou 400 participantes de todo o país e criou a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde; o 2º ocorreu em São Paulo, em 2011; o 3º em Maceió (Alagoas), em 2012; e o 4º seminário ocorreu em Florianópolis (Santa Catarina), em junho de 2013. O 5º seminário aconteceu no segundo semestre de 2014, no Rio de Janeiro, e foi um seminário internacional que teve a participação de 800 pessoas. O 6º ocorreu em Goiânia (Goiás), em 2016; o 7º, em Maceió (Alagoas), em 2017; o 8º em Porto Alegre (Rio Grande do Sul), em 2018; e o 9º em João Pessoa (Paraíba), em 2019. Estes últimos tiveram a participação de aproximadamente 300 pessoas. O 10º seminário foi realizado em março de 2021, on-line, e teve 750 pessoas inscritas.

Na conjuntura de barbárie social e de retirada de direitos que ocorreu até 01 de janeiro de 2023, é importante e fundamental a defesa da saúde pública e

do SUS de caráter público e estatal, por meio da articulação e mobilização de diversos movimentos sociais, sindicais e de partidos políticos em fóruns e/ou frentes estaduais em defesa do SUS e na Frente Nacional contra a Privatização da Saúde. Essa frente é um importante mecanismo de articulação dos movimentos contra-hegemônicos na saúde. Tem o caráter anticapitalista e suprapartidário, conforme já referido, e se articula a 23 fóruns ou frentes de saúde estaduais, além de a entidades, movimentos sociais e estudantis, centrais sindicais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários, que objetivam defender o SUS público, estatal, gratuito e para todos, lutando também contra a privatização da saúde e pelos princípios da Reforma Sanitária dos anos 1980.

A pandemia da Covid-19, declarada pela Organização Mundial da Saúde em março de 2020, aprofundou a desigualdade estrutural brasileira determinada pela concentração de riqueza e propriedade. Identificou-se o aumento da pobreza e o reaparecimento agudo da fome, que atinge quase 20 milhões de brasileiros. O desemprego no Brasil chegou a 14,4 milhões de pessoas, revelando a desigualdade de gênero, classe e raça, sendo as mulheres negras residentes das periferias as mais atingidas. O país se sustenta sob uma força de trabalho superexplorada e precarizada que ultrapassa 100 milhões de pessoas e, por outro lado, em 2020, onze (11) novos brasileiros se tornaram bilionários (Boschetti, 2021).

Apesar do contexto de dificuldades e de complexidade vividos até o final de 2022, lutas, resistências e mobilizações ocorreram. Atos nos diversos estados e municípios contrários à política do governo federal aconteceram a partir de maio de 2021, bem como os panelaços, que expressaram o descontentamento com ele. Movimentos de esquerda, em várias lives, denunciaram o governo, e textos foram veiculados nas mídias sociais. Na saúde, antes mesmo da pandemia, a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde e seus diversos fóruns estaduais cumpriram um importante papel crítico.

Durante a pandemia, a partir de 2020, a frente realizou reuniões on-line do colegiado, inicialmente de forma semanal, depois quinzenal e, atualmente, mensal. Nesse período, aprimorou sua política de comunicação com a elaboração de diversos *cards* e vídeos denunciando a política de saúde do desgoverno Bolsonaro e o não enfrentamento à pandemia, bem como cobrando

aprovação de projetos de lei que protejam as diversas frações da classe trabalhadora.

Como outras atividades programadas, destaca-se a mobilização e comemoração dos 10 anos da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde (FNCPS), completos nos dias 22 e 23 de novembro de 2020. Foram elaborados três *cards* e dois selos de comemoração, um pequeno vídeo histórico da FNCPS, além da realização de uma live comemorativa ocorrida no dia 11 de dezembro com diversas atividades artísticas⁵².

Em função do contexto de pandemia da Covid-19, o Seminário Nacional da Frente, que ocorre anualmente, não aconteceu em 2020, mas em março de 2021, e o 10º seminário se deu de forma remota.

A frente elaborou, em 2020, quatro notas divulgadas no Facebook e em outros mecanismos de socialização enfocando temas em defesa dos direitos sociais e do direito à saúde, a saber: contra as atitudes do governo ultraliberal e conservador de Bolsonaro, em março de 2020; manifesto em defesa da vida, contra a política de morte, em maio; vida acima dos lucros assinado por 100 entidades, em julho; contra a privatização da atenção primária do SUS, em outubro de 2020.

Em 2021 e 2022, a frente e os diversos fóruns de saúde estaduais participaram dos atos nacionais e de manifestações de rua contra o governo Bolsonaro. Participaram também dos atos contra a PEC 32 da Reforma Administrativa. A discussão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) retornou na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), e a frente tem se posicionado contra essa proposta, participando de debates e das reuniões do Movimento Barrar a EBSERH na UFRJ. No segundo semestre de 2022, foi programado um ciclo de debates, iniciado em julho e finalizado em novembro, constando de oito encontros sobre temas fundamentais da conjuntura, com o título: *Saúde, lutas sociais e projetos societários* promovido pela FNCPS e participação especial do Projeto Políticas públicas da UERJ. Outra atividade dos fóruns e frentes estaduais tem sido a participação em

⁵² A live comemorativa dos 10 anos da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde está disponível em:
https://www.youtube.com/watch?v=L8DIw50nqWs&fbclid=IwAR2mu7664dqB_ET4ol9oHk9ehHi4CqXZPxXuRW1bp_eWkTiySin9AUd1d-4.

conferências municipais, estaduais e livres de saúde mental, em preparação para a Conferência Nacional de Saúde Mental, a ser realizada em 2023. A FNCPS esteve presente também na Conferência Livre, Democrática e Popular de Saúde realizada nos Estados e nacionalmente em 5 de Agosto de 2022, em São Paulo, coordenada pela Frente pela Vida. Na conferência nacional, foi distribuído um documento com as propostas centrais da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde.

Outros eventos em que a Frente esteve presente, no segundo semestre de 2022, foram: 13º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, promovido pela Abrasco e realizado em Salvador /Bahia, de 19 a 24 de novembro; XXIII Seminário da Associação Latino-Americana de Trabalho social ocorrido de 21 a 23 de novembro, em Montevidéu/Uruguai; XVII Encontro de Pesquisadores em Serviço Social, promovido pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa de Serviço Social (ABEPSS), realizado no Rio de Janeiro de 14 a 17 de dezembro, além de Reuniões promovidas pelo ANDES/Sindicado Nacional e Fasubra.

Em todos os eventos, têm sido distribuídas notas com as propostas centrais da FNCPS e adesivos com a finalidade de mobilizar novos participantes para a frente.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os países capitalistas enfrentam, desde 2008, uma crise estrutural de proporções relativas à crise de 1929 e cujas consequências não são totalmente conhecidas. Segundo Boschetti (2010), com base na perspectiva marxista, trata-se de uma crise estrutural do capitalismo na sua permanente busca por superlucros e superacumulação. Para a autora, a crise não é conjuntural e não será superada em curto prazo com algumas medidas de regulação econômica e social. Os efeitos da mundialização do capital, nos termos salientados por Chesnais (1996), apontam para consequências destrutivas no emprego, nos salários, nos sistemas de proteção social, na concentração de riqueza e na socialização da política.

Na atualidade, Boschetti (2010) sinaliza como tendências no âmbito das políticas sociais programas focalizados de combate à pobreza absoluta e a mercantilização de serviços públicos, como educação, saúde e previdência, de

modo a criar novos nichos de mercado. Dessa forma, cria-se espaço para a mercantilização de todas as esferas da vida social, que passam a ser novos espaços de valorização para o capital (Harvey, 2008).

Nessa direção, experiências como a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde e os fóruns de saúde são importantes na luta por direitos sociais e se colocam como desafio na atualidade, na construção de uma frente anticapitalista.

Ressalta-se que, na atual conjuntura de crise estrutural do capitalismo, de barbarização da vida social, com mudanças regressivas em todas as dimensões da vida social e com um horizonte desfavorável à classe trabalhadora, o desafio que está colocado é o de ampliar a luta coletiva, fortalecendo as lutas sociais e a organização das classes subalternas, na defesa da emancipação política, tendo como horizonte a emancipação humana e um novo projeto societário anticapitalista.

REFERÊNCIAS

BARROS, E. O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Incentivo à participação popular e o controle social no SUS.** Brasília, 1994.

BEHRING, E. R. **Brasil em contra-reforma:** desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BERLINGUER, G. **Medicina e política.** São Paulo: Hucitec, 1987.

BOSCHETTI, I. Os custos da crise para a política social. In: BOSCHETTI, I. et al. (Org.). **Capitalismo em crise, política social e direitos.** São Paulo: Cortez, 2010.

BOSCHETTI, I. **O vírus da pandemia e a nocividade do governo Bolsonaro para as políticas sociais.** Politizando – Boletim do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Política Social, ano 13, n. 36, jun. 2021. Disponível em: https://a8635449-bd1f-4059-9e57-fb1f0ab683f9.filesusr.com/ugd/db28ff_d5537b7ab5f64fe08e715a022791c880.pdf. Acesso em: 14 mai. 2022.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária:** lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez, 1996.

BRAVO, M. I. S. **A saúde na década de 1990.** In: *Capacitação para Conselheiros de Saúde* – Textos de apoio. Rio de Janeiro: Uerj/Depext/Nape, 2001a.

BRAVO, M. I. S. **Gestão democrática na saúde:** o potencial dos conselhos. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. (Org.). *Política social e democracia.* São Paulo: Cortez, 2001b.

BRAVO, M. I. S. **Desafios atuais do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS).** *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 88, 2006.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. **A saúde nos governos Lula e Dilma:** algumas reflexões. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Org.). *Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade.* Rio de Janeiro: Uerj, 2011a.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. **Participação popular e controle social na saúde.** In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Org.). *Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade.* Rio de Janeiro: Uerj, 2011b.

BRAVO, M. I. S. et al. **As centrais sindicais e a luta por saúde: algumas reflexões.** In: FORTI, V.; GUERRA, Y. (Org.). *Coletânea nova de Serviço*

Social – Trabalho e direitos: conquistas e retrocessos em debate. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. **Democracia, participação e controle social: as lutas em defesa da saúde.** In: *Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea*. Nº 50. Rio de Janeiro: UERJ/Faculdade de Serviço Social. jul/dez, 2022.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de saúde no Brasil:** participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: Ibam/Fase, 1995.

CHESNAIS, F. **A mundialização do capital.** São Paulo: Xamã, 1996.

DURIGUETTO, M. L. **Sociedade civil e democracia:** um debate necessário. São Paulo: Cortez, 2007.

DURIGUETTO, M. L. **Ofensiva capitalista, despolitização e politização dos conflitos sociais de classe.** *Temporalis – Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social*, Brasília, n. 16, 2008.

FONTES, V. **Sociedade civil no Brasil contemporâneo.** In: LIMA, J.; NEVES, L. M. W. (Org.). *Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

GOHN, M. G. **Conselhos populares e participação popular.** *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 34, 1990.

GOHN, M. G. **Conselhos gestores e participação sociopolítica.** São Paulo: Cortez, 2003.

INGRAO, P. **As massas e o poder.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.

LABRA, M. E. **Conselhos de saúde:** dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MATTOS, M. B. **Reorganizando em meio ao refluxo.** Ensaios de intervenção sobre a classe trabalhadora no Brasil atual. Rio de Janeiro: Vício de Leitura, 2009.

MOTA, A. E. **Cultura da crise e seguridade social.** São Paulo: Cortez, 1995.

NETTO, J. P. **Democracia e transição socialista:** escritos de teoria e política. Belo Horizonte: Oficina de Livros, 1990.

NETTO, J. P. **A conjuntura brasileira:** o Serviço Social posto à prova. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 79, 2004.

NEVES, L. M. W. **A política educacional brasileira na “sociedade do conhecimento”**. In: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. (Org.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2008.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. (*Im*)**Previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1986.**

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária brasileira**: contribuições para a compreensão e crítica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

RAICHELIS, R. **Esfera pública e os conselhos de assistência social: caminhos da construção democrática**. São Paulo: Cortez, 1998.

TATAGIBA, L. **Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil**. In: DAGNINO, E. (Org.). *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

VIANNA, M. L. T. W. **As armas secretas que abateram a seguridade social**. In: LESBAUPIN, I. (Org.). *O desmonte da nação: balanço do governo FHC*. Petrópolis: Vozes, 1999.

VIANNA, M. L. T. W. **Participação em saúde: do que estamos falando?** *Sociologias*, Porto Alegre, ano 11, n. 21, jan./jun. 2009.

CAPÍTULO X

A UNIVERSIDADE, A EXTENSÃO E A TRANSFORMAÇÃO DA SOCIEDADE: EXPERIÊNCIAS JUNTO AOS MOVIMENTOS SOCIAIS E A LUTA PELA SAÚDE

Maria Valéria Costa Correia

Maria Valéria Costa Correia, possui mestrado e doutorado em Serviço Social pela UFPE e pós-doutorado pela UERJ. É Assistente Social, professora do curso de graduação da Faculdade de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFAL (PPGSS/UFAL). É líder do Grupo de Pesquisa e Extensão Políticas Públicas, Controle Social e Movimentos Sociais (GPOP/PPGSS/Ufal). Foi reitora da Ufal (2016/2020). Coordenadora do Projeto de Extensão de Assessoria ao Fórum Alagoano em Defesa do SUS, desde 2010, e integra a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, desde a sua criação.

E-mail: correia.mariavaleria@gmail.com

Maurílio Castro de Matos

Assistente Social. Mestre em Serviço Social pela UFRJ. Doutor em Serviço Social pela PUC-SP. Pós-doutor em Política Social pela UnB. Professor Associado da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Pesquisador do Grupo de Pesquisa Gestão Democrática na Saúde e Serviço Social/ Pela Saúde. Bolsista de produtividade do CNPq e Procidentista da UERJ.

E-mail: mauriliomatos@gmail.com

Morena Gomes Marques

Assistente social, Doutora em Serviço Social pelo PPGSS/UERJ. Professora Adjunta da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UniRio). Pesquisadora do Núcleo Interinstitucional de estudos e pesquisas sobre Teoria Social, Trabalho e Serviço Social – NUTSS.

E-mail: morenaseso@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

O presente capítulo visa refletir sobre a importância da extensão universitária, compreendida a partir do "compromisso da universidade com a transformação da sociedade brasileira em direção à justiça, à solidariedade e à democracia" (PNEX, 2001, p.03). A partir de Florestan Fernandes (2020), iniciamos o artigo abordando os projetos em disputa na Universidade brasileira, e a relação histórica dessa instituição com as elites, passando, rapidamente, pelo

período da democratização do seu acesso ao período recente de recrudescimento do conservadorismo e consequentes ataques ao ensino superior. Em seguida, situamos a extensão universitária como uma forma de aproximar, cada vez mais, a Universidade das reais necessidades da maioria da população, em um movimento dialético que, ao transformar a realidade, a Universidade se transforma e fortalece a sua função social. Essa concepção de Universidade

Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Instituições Públicas de Educação Superior Brasileiras (Forproex), desde o final dos anos de 1980.

Nessa perspectiva, traremos a síntese de experiências que têm na extensão universitária o caminho estratégico para reduzir "a distância que separa a atividade acadêmica dos interesses concretos da população" (Forproex, 1987, p.12). A primeira experiência é a de construção do Fórum Popular Universitário na Universidade Federal de Alagoas (Ufal) que tem destaque pelo seu caráter pioneiro na tentativa de aliar a Universidade às demandas populares. Experiência aberta a partir da gestão da universidade entre os anos de 2016 a 2020, "Outra UFAL democrática, autônoma, crítica e socialmente referenciada", cuja reitoria⁵³ foi de plataforma política explicitamente progressista. As outras duas experiências sistematizadas articulam a assessoria aos movimentos sociais com vistas ao fortalecimento da luta pelo direito à saúde. Trata-se de reflexões advindas do "chão" da experiência de extensão vinculas a cursos de Serviço Social em duas universidades públicas — a Ufal e a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UniRio). Ambos os projetos de extensão possuem como premissa a extensão atrelada ao conceito de "Universidade Popular"⁵⁴ e a defesa da saúde em seu sentido ampliado, cujos níveis de saúde de uma população são a expressão da organização social e política do país (Brasil, 1990).

⁵³ Estava à frente dessa reitoria uma assistente social, a Profª Drª Maria Valéria Costa Correia, a primeira a dirigir uma Universidade federal, com reconhecimento público da categoria, desde o período da redemocratização do país.

⁵⁴ "Para Gramsci, o popular é entendido como o processo histórico de tomada de consciência dos subalternos, que guardam em si o potencial de classe revolucionária para superação da ordem do capital. Para tal, necessitam vivenciar, construir, experienciar, relações outras, ainda na sociabilidade do capital, para que possam elevar o seu senso crítico, identificando a verve ideológica de sua concepção de mundo assumida da burguesia" (FARAGE, 2022). Nesta compreensão, a *universidade popular* deve ser aquela que forme os jovens "como pessoa capaz de pensar, de estudar, de dirigir ou de controlar quem dirige" (Gramsci apud Farage, 2022).

Portanto, a definição de universidade e de direito à saúde aqui utilizados comunga de um lugar comum: para alcançá-las, faz-se necessária a socialização da riqueza socialmente produzida, o enfrentamento à desigualdade social e as expressões da questão social que lhe derivam. É nessa perspectiva que se reforça a necessária articulação entre universidade, serviços e sujeitos coletivos, com vistas a aprimorar as estratégias de defesa das políticas públicas e da democracia. Visto que defender direitos de cidadania faz parte do cotidiano daqueles que trabalham nas instituições públicas.

2. A UNIVERSIDADE E OS PROJETOS SOCIAIS EM DISPUTA

Para autores como Florestan Fernandes (2020), a cultura educacional brasileira deve ser compreendida a partir de um "elitismo cultural fechado", reflexo de uma sociedade altamente hierarquizada. Não é por menos que instituições-chave — a exemplo dos Institutos de Educação, as Escolas superiores isoladas e, posteriormente, as Universidades — foram taxativamente circunscritas a defesa da ordem. A razão de tal fenômeno está na relação entre os ritmos e as necessidades de uma economia periférica e o padrão de dominação de classe aqui instituído. No horizonte das elites dominantes, era inconcebível a ideia de um patrimônio educacional comum a toda nação.

Tratando-se dos interesses de uma minoria privilegiada — cujo objetivo último é a autopreservação dos seus bens e status, três ações se interligaram historicamente: em primeiro lugar, a concentração de riqueza, em segundo, a concentração de poder e, em terceiro, o domínio do saber. A democracia aqui forjada é a do mandonismo senhorial e do despotismo, compatível a um padrão particularista e endógeno de dominação de classe que se estendeu do período colonial à contemporaneidade. Se no Império a democracia se limitava ao universo dos senhores, na República Velha será o da oligarquia latifundiária, e na República moderna a consolidação de uma *democracia restrita*. Isto é, um modelo democrático que mantém o normal funcionamento dos seus ritos e instituições sob a coexistência das mais altas taxas de disparidade social.

É sob essa lógica fechada que se conforma um projeto educacional e a ideia do intelectual brasileiro, seja este último na condição de professor da educação básica ou docente do ensino superior. O intelectual é então

compreendido como "um agente puro e simples de transmissão cultural" (Idem, p.66). Logo, a relação estabelecida com os estudantes e as instituições de ensino não deveriam se forjar como relações críticas ou criadoras, mas sim resultados de uma "cultura por imitação", cujo resultante é um intelectual domesticado, mero instrumento de dominação. Nessa acepção educacional mecânica e autoritária, "o professor era aquele que ia saturar as páginas em branco, que caíam sob suas mãos, e ia marcá-las com o ferrete daquela sociedade" (Idem, p.68).

Não é por menos a exigência por uma "*neutralidade ética*" a pressionar as Universidades. Sempre houve o receio das classes dominantes no despertar de uma "anti-elite"⁵⁵. Sobre isso, Fernandes (2019, p.77) ressalta uma dúvida importante: a necessidade "de se saber se é pela via da instituição, se é pela via dos professores ou das elites culturais que os oprimidos se emancipam?". Deixando de lado qualquer expectativa sobre as elites deste país, fica claro para nós que o caminho de qualquer mudança se dará pelo tensionamento e avanço da luta de classes sobre o poder instituído e as respectivas instituições democráticas que lhe sustêm. E, dentre tais instituições, a universidade possui uma relevante contribuição na socialização e mobilização dos trabalhadores.

Em igual sentido, Francisco de Oliveira afirmou mais de uma vez que a existência da universidade brasileira era praticamente um "milagre"⁵⁶. Afinal, em um país desigual, aonde a Universidade chegou tarde (basta comparar com países vizinhos da mesma região), uma elite que odeia compartilhar espaços com a classe trabalhadora, existir universidades públicas, gratuitas, estatais é um "milagre".

⁵⁵ Sobre as dificuldades do docente em se reconhecer como um membro da anti-elite, Fernandes nos brinda com um exemplo curioso. Segundo o autor (2019), seria impossível quando se tornou professor assistente na USP, ouvir algum professor dizer que ganhava salário. "Um professor não dizia isso. Ele tinha proventos. A concepção estamental era tão forte, que ele se sentiria degradado se fosse considerado (ou se se considerasse) um assalariado. Hoje, não só quer ser assalariado, mas quer lutar como assalariado, quer até imitar os operários na luta econômica e política. [...] Então, faz parte da situação de um país subdesenvolvido a existência de uma infinidade de situações nas quais o professor precisa estar 'armado' de uma consciência política penetrante. Ele é uma pessoa que está em tensão política permanente com a realidade e só pode atuar sobre essa realidade se for capaz de perceber isso politicamente." (Idem, p.85).

⁵⁶ Em conferência na UERJ, quando foi professor visitante, referiu-se dessa forma. Em palestra no 6º Conselho Extraordinário do Andes sindicato nacional, realizado em Brasília, no mês de agosto de 2005, novamente, Schuch (2023) se refere a fala no citado congresso.

A defesa da Universidade pública não começou de hoje, tem lastros, vidas e energias dedicadas à sua construção e defesa. No entanto, desde a reabertura política, essa instituição não era tema de grandes debates públicos na sociedade, apesar dos confrontos que ali se realizavam. Tal contexto começa a mudar quando da eleição de governos democrático-populares (2003-2016), com investimento na ampliação do ensino universitário. Ainda que passível de muitas e necessárias críticas — especialmente pelo repasse de fundo público para as universidades privadas⁵⁷ —, foi a ampliação do acesso, tanto em número de vagas como na criação de novas universidades públicas, que proporcionou o impacto positivo na vida dos estratos mais pauperizados da classe trabalhadora. Cabe destacar dentre tais ações as políticas afirmativas, sobretudo as cotas, o combate à discriminação e a assistência estudantil, elementos que proporcionaram a permanência na universidade dos estudantes oriundos de tais setores.

É inegável que a Universidade mudou com a democratização do seu acesso. O perfil dos estudantes foi alterado, dando lugar à diversidade étnico-racial e a novas pautas de luta e organização estudantil, a exemplo das bandeiras identitárias alçadas pelos movimentos juvenis negros, periféricos e LGBTQIA+.

Todavia, essa universidade pluralizada não poderia ser silenciosamente tolerada pelas elites dominantes e, paralelo à popularização dos seus quadros, decorreu também uma reação contrária. Se a universidade até então não era pauta de grandes polêmicas, passa a coexistir com calorosos debates públicos. Contudo, esse "debate", intensificado na gestão Bolsonaro, assume um tom de ofensiva, calúnia e retórica falaciosa, a ponto de um dos ex-ministros da Educação (Abraham Weintraub) afirmar ser a Universidade brasileira um lugar da "balbúrdia". É que a retórica de oposição a universidade é pautada, na maioria dos casos, por dois instrumentos: a criminalização dessa instituição e a proliferação de falsas informações. O governo Bolsonaro tinha como objetivo extinguir o pensamento crítico e asfixiar a universidade com o crescente corte de

⁵⁷Sobre as consequências da expansão do ensino privado superior no Brasil, o Censo Educacional de 2019 "identificou 2.608 instituições de ensino superior, representando uma elevação de 2,8% no número de instituições. Destas apenas 302 (11,6%) são instituições públicas e 2.306 (88,4%) são privadas, o que em si já demonstra que a educação superior no Brasil está longe de ser popular" (Farage, 2022).

seu financiamento. Intervio diretamente nesse espaço ao desrespeitar a lista tríplice para a escolha de reitores, indicando interventores que, em muitos casos, passaram a ocupar o cargo de reitor nas Instituições Federais de Ensino Superior (Ifes). Na esfera parlamentar, somaram-se as iniciativas de censura, o controle do ensino e a produção de conhecimento, cujo maior exemplo é o Projeto "escola sem partido".

Em fins de 2022, encerra-se o período presidencial de Bolsonaro, após a eleição mais disputada desde a reabertura política do país. Lula, presidente novamente, nos primeiros discursos pós-eleições, estabelece o compromisso com a ampliação do ensino universitário e o fomento à pesquisa e a produção de conhecimento. Ainda que a nível das instituições democráticas tenha se derrotado o projeto reacionário do bolsonarismo, é evidente que a universidade brasileira permanece explicitamente em disputa, tanto quanto o conjunto da sociedade. Não que não estivesse antes, mas ganha o terreno público a partir da ofensiva neoliberal e neoconservadora do último período. Afinal, as disputas que ocorrem na Universidade, em uma luta pela direção ético-política do conhecimento produzido, são o retrato do conflito entre projetos societários.

É justamente nesse lugar de tensão que se encontra a extensão universitária e, com ela, a defesa do ensino público, gratuito, laico e universal⁵⁸. Como será aqui abordada, a extensão não é uma prestação de serviços e nem uma ação espontânea ou aleatória. Assim como o ensino e a pesquisa acadêmica, supõe duas escolhas: voltar-se aos interesses da iniciativa privada e do lucro incessante ou servir a maioria da população, contribuindo com a melhoria das condições de vida e o enfrentamento da fome, dos problemas de moradia, energéticos, hídricos, de transporte, saúde, da cidade e do campo, dos povos originários, o combate ao trabalho aviltante, entre tantos outros. É nessa segunda perspectiva que a concebemos, enquanto um caminho para reafirmar

⁵⁸ Essa concepção de ensino é pauta histórica do movimento docente e estudantil e pode ser sistematizada em algumas reivindicações fundamentais: "I) ampliação das instituições públicas de ensino com acesso universal; II) verba pública exclusivamente para as instituições públicas; III) contra as parcerias público-privadas, compreendidas como uma forma privatização não clássica; IV) recusa da venda de serviços e de educação por parte das instituições públicas; V) exigência de concursos públicos para o quadro docente e técnico-administrativo com estruturação das carreiras; VI) ampliação da assistência estudantil; VII) efetivação do tripé constitucional ensino-pesquisa-extensão; e VIII) recomposição orçamentária para a educação, ciência e tecnologia" (Farage, 2022).

a função social da Universidade e dar respostas às demandas popularmente reivindicadas.

Longe da histórica subalternidade ao qual foi relegada, hoje a extensão se configura como um importante instrumento de democratização do conhecimento. Tal mudança se torna mais perceptível a partir dos anos 2000, como expresso no Plano Nacional de Extensão Universitária (2001), construído pelo Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras⁵⁹. A partir da exigência de uma Universidade comprometida com as necessidades do país — cuja função social está atrelada ao desenvolvimento político, econômico, social e cultural da nação — a extensão assume um caráter político estratégico. É encarada como um trabalho que se constitui a partir e sobre a realidade objetiva, com fins à transformação social.

Nessa mudança de acepção,

Do assistencialismo passou-se ao questionamento das ações desenvolvidas pela extensão; de função inerente à universidade, a extensão começou a ser percebida como um processo que articula o ensino e a pesquisa, organizando e assessorando os movimentos sociais que estavam surgindo. [...] Esse tipo de extensão - que vai além de sua compreensão tradicional de disseminação de conhecimentos (cursos, conferências, seminários), prestação de serviços (assistências, assessorias e consultorias) e difusão cultural (realização de eventos ou produtos artísticos e culturais) - já apontava para uma concepção de universidade em que a relação com a população passava a ser encarada como a oxigenação necessária à vida acadêmica (PNEX, 2001, p.3-4).

Em resumo, tal apreensão se orienta por uma preocupação explícita: o fortalecimento dos interesses da classe trabalhadora e o reconhecimento dos movimentos sociais como indutores de transformações societárias e formação de novas lideranças intelectuais. Dentre os princípios do plano, presentes na plataforma política da extensão universitária desde 1987, destaca-se aquele em que se afirma que "a universidade deve participar dos movimentos sociais,

⁵⁹A partir de 2018, o debate da extensão universitária ganha mais um novo capítulo em sua consolidação institucional. Segundo Farage (2022), "se reconhecidamente no tripé ensino-pesquisa-extensão, essa última sempre ficou subsumida a lógica das outras duas, ocupava lugar acadêmico de menor prestígio e, em sua maioria, nem mesmo havia designação de carga horária para docentes, a partir do parecer CNE/CES nº 608 de 2018 e a portaria MEC nº 07 de 2018, a extensão passa a ser incorporada ao currículo dos cursos de graduação, o que deveria indicar outra posição na relação política acadêmica. Com as novas diretrizes a extensão universitária passa a compor no mínimo 10% do total da carga horária curricular dos cursos de graduação, alterando as matrizes curriculares".

priorizando ações que visem à superação das atuais condições de desigualdade e exclusão existentes no Brasil" (Idem, Ibidem).

Nessa direção, ressalta-se a experiência vivenciada pela Ufal, que será aqui descrita, de construção do Fórum Popular Universitário no período em que esteve à frente da reitoria um grupo de cariz progressista e comprometido com a função social da Universidade. Outra estratégia importante na mesma direção tem sido experenciada nos cursos de graduação em Serviço Social por meio da assessoria aos movimentos sociais.

A assessoria é entendida como "uma ação que é desenvolvida por um profissional com conhecimentos na área, que toma a realidade como objeto de estudo e detém uma intenção de alteração da realidade" (Matos, 2010, p.31). Dessa forma, não cabe ao assessor — na condição de um estudioso, crítico e de conduta pedagógica em sua capacidade de propor caminhos — substituir o protagonismo do público-alvo. Ao contrário, dentre os seus pressupostos está a relação de autonomia da Universidade que presta a assessoria; a autonomia dos movimentos sociais envolvidos; e a conduta horizontal, de trocas e estabelecimento saudável de críticas. Nesse sentido, apresentaremos duas experiências de assessoria a movimentos sociais como projetos de extensão vinculadas aos cursos de Serviço Social — uma na Ufal e a outra na UniRio.

3. A EXPERIÊNCIA DO FÓRUM POPULAR UNIVERSITÁRIO NA UFAL

O Fórum Popular Universitário na Ufal foi criado entre os anos de 2018 e 2019⁶⁰, como proposta da gestão "Outra UFAL democrática, autônoma, crítica e socialmente referenciada" que assumiu a reitoria dessa Universidade entre janeiro de 2016 a janeiro de 2020. O objetivo do Fórum foi aproximar a Universidade — em seu tripé ensino, pesquisa e extensão — às demandas dos movimentos sociais e dos setores populares da sociedade, tornando-a mais capaz de contribuir com o enfrentamento dos grandes problemas vivenciados pela maioria da população. Objetivo coerente com o disposto na Meta 12.7 do Plano Nacional de Educação (PNE 2014-2024), que considera que as atividades

⁶⁰ Ver matéria "Gestão da Ufal realiza primeira reunião para discutir Fórum Popular Universitário", acessar em: [//ufal.br/ufal/noticias/2018/12/gestao-da-ufal-realiza-primeira-reuniao-para-discutir-forum-popular-universitario](http://ufal.br/ufal/noticias/2018/12/gestao-da-ufal-realiza-primeira-reuniao-para-discutir-forum-popular-universitario).

de extensão no currículo universitário devem priorizar "áreas de grande pertinência social".

Assim, a construção do Fórum foi capitaneada pela Pró-Reitoria de Extensão (Proex) e pelo gabinete da Reitoria, envolvendo pesquisadores, Comitê Assessor de Extensão, comunidade universitária dos três Campi da Ufal e movimentos sociais, por eixos temáticos, quais sejam: Educação; Saúde; Cultura; Comunicação; Meio Ambiente e Trabalho; Tecnologia e Produção; Direitos Humanos; Violência e Justiça⁶¹. Ressalta-se que os movimentos sociais foram protagonistas do processo, envolvendo-se na estruturação do Fórum e na realização do *I Congresso do Fórum Popular Universitário* realizado de 04 a 06 de julho de 2019, nessa Universidade. Esse congresso, denominado de 1º Fórum Popular Universitário⁶², foi concebido para estruturar melhor o Fórum, fortalecer os laços da Universidade com os movimentos sociais, ouvir e sistematizar as demandas apresentadas a serem consideradas nos editais internos de ensino-pesquisa-extensão, de forma que a Ufal institucionalizasse com recursos próprios o seu atendimento, pautando-se, assim, nas necessidades colocadas pela realidade social de Alagoas. De acordo com a então reitora da Ufal, "Esse evento inaugura uma nova história na Universidade, com a participação efetiva dos movimentos populares em uma atividade específica para escutar as suas demandas" (Garcia, 2019). Para ela,

É do nosso [referindo-se a gestão Outra UFAL] interesse que o povo esteja dentro da Universidade. Para isso, enfrentamos e enfrentaremos desafios a partir dos que não têm a mesma visão que a nossa – de que a UFAL deve servir, atender e respeitar a cultura popular, os povos originários e os movimentos sociais. Mas estamos construindo essa força no cotidiano, no seio da Universidade. (Garcia, 2019)

Os participantes também avaliaram positivamente o evento. Edneide Nascimento, da comunidade quilombola Monte do Carmo, de Mata Grande, expressou que

Queria agradecer a UFAL por estar abrindo as portas para nós. Antes, não tínhamos acesso ao ambiente universitário. Essa universidade é

⁶¹ Esses eixos escolhidos em debates, articulando as áreas temáticas da política de extensão determinadas pelo Fórum de Pró-reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras – Forproex, com as áreas definidas pelo CNPq para classificação das pesquisas.

⁶²Conforme Relatório final, tiveram 889 inscritos, vindos de 28 municípios alagoanos, com a participação de 92 entidades/grupos/projeto/movimentos sociais.

nossa e é também de todo povo brasileiro, mas, pela primeira vez, ela está verdadeiramente aberta para nós. Nesses dias de evento eu me senti gente, gente de verdade, de ocupar um lugar na UFAL. Quem sabe, um dia, eu volto aqui como estudante de geografia, que é o meu sonho (Garcia, 2019).

Maria Inês Bravo, docente associada da Uerj e pesquisadora reconhecida nacionalmente, afirmou sobre o evento que estava emocionada desde o início e que a "construção de um Fórum Popular é a efetivação da democracia dentro das universidades. E a Universidade Federal de Alagoas se constitui como um exemplo para todo o Brasil" (Garcia, 2019).

A partir das demandas apresentadas pelo Fórum Popular à Universidade, foi elaborado e publicado pela Proex o edital "Universidade Popular", programa que buscou contemplar as propostas de projetos relacionados aos temas abordados no referido Fórum⁶³. Essas propostas deveriam, obrigatoriamente, envolver algum dos grupos, entidades, movimentos sociais e comunidades com os quais a universidade dialogou no decorrer do congresso.

Outro objetivo que estava posto na concepção original do Fórum Popular Universitário foi a instalação de um Conselho Consultivo Popular da Ufal, "órgão institucional de controle social, que teve por objetivo acompanhar a elaboração de políticas institucionais, propor reflexões sobre grandes necessidades da população, além de acompanhar as discussões das pautas do Conselho Universitário" (Relatório Final do 1º Fórum Popular da UFAL, 2020). Esse conselho foi composto por representantes dos movimentos sociais que participaram das discussões nos sete eixos temáticos do 1º Congresso do Fórum Popular Universitário, quais sejam: comunidades remanescentes quilombolas; povos indígenas; movimento social negro; associação comunitária ou de bairro; movimentos de luta pela terra; movimentos de mulheres; comunidade LGBTQIA+; movimentos de trabalhadores sem teto; movimentos de defesa da saúde; movimento de povos de terreiro; movimento estudantil; população em situação de rua; movimentos de cultura e arte; grupos esportivos amadores;

⁶³ Os principais objetivos desse programa foram: estimular a participação de estudantes, professores e técnicos da Ufal em ações que promovam a relação entre a Universidade e as comunidades, movimentos sociais e entidades populares da sociedade civil participantes do 1º Fórum Popular da Ufal e estimular a formação de grupos de estudos temáticos e interdisciplinares que desenvolvam ações e produzam conhecimentos em torno das problemáticas concretas das comunidades, movimentos sociais e entidades populares da sociedade civil participantes do 1º Fórum Popular da Ufal.

grupos em defesa do meio ambiente e dos animais; pescadores e marisqueiras; projetos sociais; representação de empreendimentos solidários e agroecológicos; bancos comunitários e de articulação territorial e movimentos de juventude.

A então reitora da Ufal afirmou sobre esse conselho que "no momento atual [referindo-se ao governo Bolsonaro] por que passa o país, de fechamento do Estado Democrático de Direito, com a extinção dos Conselhos que garantem o controle social de políticas públicas, demonstramos, ao contrário, que queremos reforçar a participação social nas decisões da Universidade". Enfatizou assim, que "a Universidade deve ser mais permeável às demandas populares, em busca de diminuir as desigualdades sociais, sobretudo em Alagoas, onde os nossos índices de desenvolvimento humano revelam que ainda temos muito o que fazer para superar a pobreza" (Luna; Canuto, 2020).

O conselho foi constituído para ser responsável por acompanhar metas, programas e ações acadêmicas desenvolvidas pela Ufal e previstas no Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI); dar sugestões para o aperfeiçoamento das ações que concretizem as metas de ensino, pesquisa e extensão; promover, anualmente, o Congresso do Fórum Popular da UFAL; opinar sobre as políticas de ensino, pesquisa, e extensão da Universidade, além de recomendar ao Consuni a criação, modificação ou extinção de cursos e programas de ensino, pesquisa e extensão em função de necessidades e demandas sociais da conjuntura regional (Luna; Canuto, 2020). Para a integrante da Coordenação Nacional do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), Débora Nunes, que participou ativamente do Fórum,

Esse conselho é mais um mecanismo que essa gestão deixa como herança para universidade, dessa aproximação do povo com a instituição. E não só uma aproximação, mas uma forma de fazer com que a universidade, que é do povo brasileiro, de fato possa estar a serviço, efetivamente, através do tripé Ensino, Pesquisa e Extensão, e assim dialogar com as necessidades e anseios da comunidade como um todo (Luna; Canuto, 2020).

Contudo, a partir de janeiro de 2020, a experiência de democratização da Ufal propiciada pelo Fórum Popular Universitário, com a aproximação dos setores populares de forma institucionalizada, foi interrompida pela nova gestão que assumiu a Reitoria dessa Universidade. Infelizmente, um dos seus primeiros

atos foi a extinção do Conselho Popular Universitário durante o período crítico da pandemia de Covid-19, em que as atividades acadêmicas presenciais estavam suspensas.

4. EXPERIÊNCIAS DE ASSESSORIA E PROJETO DE EXTENSÃO COM ÊNFASE NO DIREITO À SAÚDE

A importância da extensão universitária na área da saúde para fortalecer os direitos sociais e defender o Sistema Único de Saúde (SUS) se faz cada vez mais relevante, diante do recrudescimento da "ofensiva do capital sobre o maior sistema público do mundo, por meio da captura do fundo público, desde as contrarreformas da segunda metade da década de 1990, e sua submissão aos interesses do mercado privado da saúde, principalmente a partir do golpe de 2016" (Correia, 2022, p.73).

Essa realidade tem exigido "mais lutas sociais por parte dos sujeitos coletivos que representam as classes subalternas para manter o caráter público e universal do SUS" (Idem, Ibidem). Já que na contramão da concepção ampliada de saúde, desde a conquista do (SUS) — esboçado na Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis 8.080 e 8.142/1990 — o país vem aprofundando a sua histórica desigualdade social. Nesse contexto, o SUS enfrenta um subfinanciamento crônico e sucessivos projetos de boicotes e desmontes, com ênfase para os modelos privatizantes de gestão e uma ideologia avessa à sua perspectiva pública, estatal e universal, repondo em seu lugar a figura do "cidadão-consumidor" (Mota, 1995), atrelado à expansão do mercado privado da saúde.

4.1 A experiência do Projeto de Extensão "Assessoria ao funcionamento e às mobilizações do FórumSUS – UFAL"

Algumas experiências nas universidades de assessoria aos Fóruns de Saúde⁶⁴, envolvendo professores, estudantes e técnicos, têm fortalecido a

⁶⁴ Os Fóruns de Saúde existem em vários estados brasileiros e se constituem em espaços de lutas em defesa dos direitos sociais e contra a privatização dos serviços públicos e a precarização do trabalho. Congregam trabalhadores da saúde, movimentos sociais, sindicatos,

atuação desses fóruns e da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS)⁶⁵ na defesa do SUS público, estatal e universal. A maioria desses projetos de extensão estão vinculados ao curso de Serviço Social. O seminário que deu origem à FNCPS, em 2010, foi realizado na UERJ com apoio integral do projeto Políticas Públicas de Saúde da Faculdade de Serviço Social, coordenado pela professora Maria Inês Souza Bravo. Esse projeto presta assessoria ao Fórum de Saúde do Rio de Janeiro até a presente data.

O Fórum Alagoano em defesa do SUS e contra a Privatização da Saúde (FórumSUS) nasceu em 2008, a partir de um seminário sobre a privatização da saúde em Alagoas promovido pelo Grupo de Pesquisa e Extensão em Políticas Públicas, Controle Social e Movimentos Sociais do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social/Ufal. Nesse mesmo ano, foi criado o projeto de extensão de assessoria ao funcionamento e às mobilizações do FórumSUS⁶⁶, vinculado ao referido grupo de pesquisa e extensão e que é de fluxo contínuo.

A ação extensionista congrega professores, técnicos e estudantes da graduação e da pós-graduação da área da saúde — Serviço Social, Enfermagem, Nutrição, e Medicina — comprometidos com uma prática multiprofissional e transformadora, envolvendo diferentes unidades acadêmicas dos campi da Ufal. O projeto de extensão assessoria o Fórum SUS na preparação e divulgação das suas reuniões; elaboração dos relatórios das reuniões; produção de panfletos e documentos sobre as lutas travadas no fórum; realização de pesquisas em torno da relação entre o setor público e o privado para subsidiar a atuação do fórum; promoção de rodas de conversas; produção de textos em torno da temática da privatização do setor público, da relação entre o público e o privado, e dos direitos sociais; realização de pesquisas que

conselheiros, usuárias/os dos serviços públicos, professoras/es e estudantes em torno das referidas lutas. Defendem a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS) público e estatal como parte de um novo projeto de sociedade em que todos tenham igualmente condições de vida digna, sem divisão de classe social, retomando os princípios da velha Reforma Sanitária brasileira do final dos anos 1980. A articulação desses fóruns criou a FNCPS que, somada com entidades, movimentos sociais, sindicatos, projetos universitários e partidos políticos, tem empreendido lutas em defesa da saúde pública estatal e contra a privatização.

⁶⁵A mercantilização e a privatização das políticas sociais foi o elemento propulsor da criação da FNCPS, em 2010, como um potente mecanismo para articular a luta e resistência contra as diversas formas de privatização da saúde e a defesa do SUS público e 100% estatal.

⁶⁶ Projeto coordenado pela professora da FSSO/Ufal, Maria Valéria Costa Correia.

subsidiem a atuação do fórum; verificação das correspondências eletrônicas; e o acompanhamento das informações do Blog do Fórum e demais redes sociais.

A ação de extensão tem como público-alvo a população usuária dos serviços públicos de saúde, servidores públicos, movimentos sociais, conselheiros/as de saúde e vem sendo desenvolvida desde setembro de 2008, com expressão e impacto positivo no conjunto da sociedade alagoana frente ao processo de privatização da saúde pública e ataques aos direitos sociais e trabalhistas. A relevância do projeto está, ainda, em possibilitar a formação acadêmica e crítica das/os estudantes envolvidos/as, proporcionando a articulação entre a teoria e a prática ao oportunizar simultaneamente a formação acadêmica desses e o seu contato com a realidade.

A partir de 2021, com o processo de curricularização da extensão em curso na Ufal, foram vinculadas turmas de Atividades Curriculares de Extensão (ACE) ao projeto. A curricularização da extensão dentro de uma política de extensão universitária comprometida com as diretrizes da Política Nacional de Extensão Universitária (PNEU)⁶⁷ passou a ser prioridade para o grupo que assumiu a gestão da Ufal em janeiro de 2016. Nesse ano, iniciou-se um processo de construção coletiva dessa política coordenado pela Pró-Reitoria de Extensão (Proex) até a aprovação no Conselho Universitário em fevereiro de 2018 da Resolução nº 04/2018 Consuni/Ufal que regulamentou as ações de extensão como componente curricular obrigatório nos cursos de graduação. Em seguida, foram desenvolvidos pela Proex os instrumentos avaliativos para viabilizar as mudanças nos Projetos Pedagógicos de Cursos, e efetivado o acompanhamento dessas mudanças junto à Pró-Reitoria de Graduação (Prograd)⁶⁸. Esse processo esteve ancorado nas diretrizes da Política Nacional

⁶⁷ A Política Nacional de Extensão Universitária foi elaborada pelo Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Instituições Públicas de Educação Superior Brasileiras (Forproex) e publicada em 2012. Essa política estimula a universidade a agir com “intervenções e atuações mais lúcidas e comprometidas com a plena emancipação humana. [...] Trata-se, sobretudo, de ver a Universidade como parte ativa e positiva de um processo maior de mudança” (Pneu, 2012, p. 19-20).

⁶⁸No que diz respeito ao Curso de Graduação em Serviço Social da Ufal, o seu projeto pedagógico foi modificado em 2019, adequando-se às novas normativas da extensão. Assim, construiu coletivamente o Programa de Extensão da unidade acadêmica que, por sua vez, incorporou as ações extensionistas como componente curricular (PPC/FSSO, 2019). Esse programa de extensão explicita que a curricularização das atividades de extensão amplia as experiências que unificam dialeticamente o trabalho profissional e as atividades acadêmicas de graduação, aproxima a faculdade de Serviço Social dos diversos setores da sociedade e amplia

de Extensão Universitária que conceitua a extensão universitária como "um processo interdisciplinar, educativo, cultural, científico e político que promove a interação transformadora entre Universidade e outros setores da sociedade"⁶⁹ (Forproex/Pneu, 2012, p.28).

4.2 A experiência do Projeto de Extensão "Assessoria, Educação Popular e Serviço Social" – UNIRIO/RJ

O projeto de extensão "Assessoria, Educação Popular e Serviço Social", vinculado à Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UniRio, consistiu-se em uma experiência-piloto durante a pandemia de COVID-19, no decorrer dos anos de 2021 e 2022. Inicialmente, circunscrito aos meios remotos, o principal objetivo do projeto foi o de subsidiar movimentos sociais quanto à requisição de garantias sociais, com destaque ao direito à saúde⁷⁰. Para tanto, dentre as ações desenvolvidas, fez-se presente o fomento ao trabalho interdisciplinar e interinstitucional; a pesquisa acerca do orçamento público, como meio de denúncia e mobilização por direitos e políticas sociais; a articulação com a rede de serviços e políticas existentes e atividades de formação e Educação Popular.

Nesse último aspecto, cabe ressaltar a perspectiva de Educação Popular preconizada que, referenciada em Paulo Freire, subsidiou o processo formativo dos estudantes, ativistas, militantes, profissionais e docentes implicados. Por Educação Popular compreendemos o esforço de "mobilização, organização e capacitação das classes populares para o exercício do poder. Esta concepção de formação opta por um dos polos da luta de classes, opta por quem se dispõe a um processo de transformar, pela raiz, a estrutura da sociedade capitalista" (PELOSO, 2019, p.9). Nesse sentido, "*quem só faz pedagogia, só metodologia, sem visão política, faz a contraeducação popular*" (Idem, Ibidem). Há, portanto,

as possibilidades de uma formação profissional crítica e generalista. A partir de 2021 as Atividades Curriculares de Extensão (ACE) foram vinculadas ao projeto de extensão em pauta.

⁶⁹A curricularização da extensão está prevista no PNE de 2014-2024, na sua estratégia 7 da meta 12, da seguinte forma: "assegurar, no mínimo, 10% (dez por cento) do total de créditos curriculares exigidos para a graduação em programas e projetos de extensão universitária, orientando sua ação, prioritariamente, para áreas de grande pertinência social".

⁷⁰ Participaram da coordenação do Projeto a assistente social Janice Reallinas (Assistência Social/Niterói -RJ) e as docentes da Escola de Serviço Social/UniRio – Profas. Morena Marques e Gisele Souza.

uma profunda reciprocidade entre a atual direção política assumida pela extensão universitária, a compreensão de Educação Popular e a prática de assessoria.

Vale sempre recordar que "o trabalho de assessoria não passa por uma neutralidade. Ao contrário, a assessoria inexoravelmente desenvolvida pelos assistentes sociais vai expressar uma concepção de profissão e de mundo" (Matos, 2010, p.31). Se compreendemos o Serviço Social a partir de princípios como a "ampliação e consolidação da cidadania", a "defesa e aprofundamento da democracia" e o "posicionamento em favor da equidade e justiça social" (CFESS, 1993), a atuação mediada pela prática de assessoria, como experienciada neste projeto, contribuiu não apenas para a formação profissional, mas para a universidade pública e a sua relação com o conjunto da sociedade. Rompendo com a velha cultura hierárquica da "hegemonia universitária", tal projeto preconizou uma ação de "mão dupla": da Universidade para a sociedade e da sociedade à Universidade.

O principal movimento social vinculado a este projeto — então "sujeito e objeto" da prática de assessoria — foi o movimento "Mães de Itaboraí", localizado no município de Itaboraí/RJ. Esse movimento surgiu em 2020, a partir da mobilização de um grupo de mães para exigir da Secretaria Municipal de Educação o fornecimento de cestas básicas para as crianças e os adolescentes matriculados. Pois a suspensão do ensino presencial durante a pandemia teve por consequência o não acesso a merenda e o agravamento das condições de segurança alimentar e nutricional dos seus filhos.

Conquistada tal reivindicação — o direito à alimentação a partir do fornecimento regular das cestas básicas pelo município — o impacto dessa primeira vitória foi o desenvolvimento de um sujeito coletivo com pautas que ultrapassavam a estrita dimensão da maternidade e da infância. Agora, o direito à saúde da mulher, a denúncia à violência obstétrica e o combate à violência doméstica ganhavam relativa preponderância em suas pautas. E não era por menos. É que o município de Itaboraí, além dos altos níveis de pauperismo e cultura patriarcal, padece de um vício típico da formação social brasileira: o clientelismo e o patrimonialismo, cujas maiores vítimas são sempre as mulheres. Até mesmo serviços básicos de atenção à saúde da mulher que deveriam ser de fácil acesso na atenção primária — a exemplo dos exames de pré-natal,

preventivo, planejamento familiar e meios contraceptivos — transformam-se em moeda de troca por vereadores e políticos locais. Fato diferente não ocorre na política de assistência social, educação, habitação e saneamento básico.

É justamente nesse contexto que o projeto de extensão inicia o seu trabalho de assessoria e Educação Popular. Com base nas reivindicações suscitadas ao poder público, a equipe do projeto procedeu ações de orientação e capacitação, com fins a auxiliar o movimento quanto ao maior domínio das suas pautas, estratégias e intervenção política.

Em termos metodológicos, a assessoria consistiu em três fases. Em primeiro lugar, foi traçado o diagnóstico das demandas mais latentes no campo dos direitos sociais e políticas públicas, com destaque à participação ativa dos representantes populares. Em segundo, a partir de tal diagnóstico — os *direitos sociais existentes x as dificuldades e mazelas do não acesso da população* —, a equipe procedeu a pesquisa das políticas, programas e serviços sociais ofertados no território, bem como o orçamento público, as instituições e os profissionais envolvidos. Como resultado dessa segunda fase, o movimento "Mães de Itaboraí" passa a dispor de um conjunto de informações importantes quanto às ações e às prioridades do poder público. O que, em geral, envolve a contradição entre as práticas de assistencialismo exercidas por parlamentares na região, a precariedade de políticas sociais fundamentais no município e o mau uso dos recursos públicos.

No que diz respeito à política de saúde, foi identificada uma profunda desigualdade territorial. Ao passo que os distritos com menor IDH do município (e assim, com maior agravamento em saúde) sequer tenham à sua disposição equipes com o quadro completo de profissionais nas clínicas da família, padecendo da carência de médicos e enfermeiros. Nas áreas de melhor poder aquisitivo do município, é possível encontrar hospitais, ambulatórios, policlínicas e outros serviços especializados. Assim, no que tange a pesquisa orçamentária realizada, o resultado foi bastante revelador da escolha governamental: a redução drástica e progressiva do orçamento para saúde bucal (de R\$ 411.000 no ano de 2017 para R\$ 164.000 em 2020); a redução à 1/3 do orçamento do Programa Saúde da Família (de R\$ 2.679.900,00 em 2017 para R\$ 972.000 em 2020); o desmantelamento completo do Programa Farmácia Popular e, em igual sentido, o fim do programa de assistência farmacêutica e insumos estratégicos.

O mesmo o corte orçamentário se deu também na assistência social. Em igual ritmo, programas de atenção ao idoso, como centros de convivência e abrigamento, tiveram as suas contas zeradas.

Por fim, a partir desse conhecimento sistematizado, projeto e movimento social promoveram iniciativas para a qualificação dos envolvidos, que ganharam o formato de oficinas, rodas de conversa e um encontro presencial pós-pandemia. O objetivo é que demandas antes suscitadas de forma dispersa pudessem ser compreendidas em sua complexidade e determinações. E, desse modo, compreendidos os "entraves" locais, e as complexas demandas apresentadas ao movimento, as quais precisavam ser politizados e enfrentadas. Dentre as ações desenvolvidas destacamos as oficinas sobre direito das mulheres; além de ações específicas para o trato a temáticas variadas — assistência social, segurança alimentar e nutricional; saúde e violência obstétrica.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final, ainda cabe ressaltar que a perspectiva de universidade e de extensão universitária defendida neste artigo está em consonância com as Diretrizes Curriculares para os cursos de Serviço Social de 1996 e com a Política de Educação Permanente do Conjunto CFESS/CRESS (2013). Essa política concebe que a educação não deve estar a serviço dos interesses mercadológicos, mas direcionada ao atendimento das necessidades humanas. Seus pressupostos estão alinhados com os valores do projeto ético-político da profissão na direção social crítica, rompendo com a histórica vinculação profissional com o conservadorismo. É importante ainda destacar que o eixo norteador dessa Política é a dimensão da totalidade histórica, "resguardada na matriz do pensamento crítico dialético presente nas Diretrizes Curriculares. Essa dimensão deve permear todos os níveis de qualificação na área (graduação, pós-graduação lato e strictu, capacitações, atualizações etc.)" (CFESS, 2013, p.30). Isto posto, o processo de formação do Serviço Social — o ensino, a pesquisa e a extensão — deve estar fundamentado na práxis, em uma indissociável relação entre teoria e prática profissional.

Enfim, no momento em que as universidades brasileiras estão em processo de curricularização da extensão, esperamos que o conteúdo aqui abordado e as experiências apresentadas contribuam para fortalecer a implantação das Atividades Curriculares de Extensão. Assim como, almejamos que disponham de uma perspectiva crítica e de transformação da sociedade, principalmente, diante da realidade recente de ascensão do conservadorismo e de fascistização na sociedade brasileira.

As reflexões aqui desenvolvidas tratam de um convite, sem receita de bolo, para uma aproximação entre a universidade e os movimentos sociais, dentre os quais destacamos os fóruns em defesa da saúde e contra a privatização. Se os movimentos sociais precisam convocar as universidades, nós das universidades precisamos ir a campo, disponibilizar a estrutura e nosso conhecimento. Se não há receitas, há intencionalidades, que aqui é de defesa da universidade pública, laica e estatal, na condição de uma ferramenta para as necessidades históricas da classe trabalhadora.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 13.005, de 25 de junho de 2014. **Aprova o Plano Nacional de Educação-PNE e dá outras providências.** Brasília, 2014.

CFESS. **Código de Ética Profissional dos Assistentes sociais.** CFESS: Brasília, 1993.

_____. **Política de educação permanente do conjunto CFESS-CRESS.** Brasília-DF: CFESS, 2013.

DARDOT, P; LAVAL, C. “**A nova fase do neoliberalismo**”. Net, jun. 2020. Disponível em: <<https://racismoambiental.net.br/2019/07/30/dardot-e-laval-a-nova-fase-do-neoliberalismo/>>. Acesso em: 08 jun. 2020.

Correia, M. V. C. **A ofensiva do capital e a necessária defesa da saúde pública e estatal.** *Temporalis*, v. 22 n. 43 (2022) pgs.72–89.

EBLIN, F. **Extensão universitária e os caminhos para uma universidade popular.** Universidade à Esquerda. 06 mai. 2022. Disponível em: <<https://universidadeaesquerda.com.br/coluna/extensao-universitaria-e-os-caminhos-para-uma-universidade-popular/>>. Acesso em: 05 març. 2023.

LUNA, L.; CANUTO, P. **Ufalconstitui Conselho Consultivo Popular,** 14/01/2020. Disponível em: <<https://ufal.br/ufal/noticias/2020/1/ufal-constitui-conselho-consultivo-popular>>. Acesso em: 20 fev. 2023.

FERNANDES, F. **A formação política e o trabalho do professor.** São Paulo: Lutas Anticapital, 2020.

FORPROEX. **I Encontro Nacional de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras.** Conceito de extensão, institucionalização e financiamento. UNB, Brasília, 04 e 05 de novembro de 1987.

FÓRUM de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras. **Plano Nacional de Extensão Universitária (PNEX).** Edição Atualizada, MEC e SESU: 2001.

FÓRUM de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras (FORPROEX). **Política Nacional de Extensão Universitária (PNEU).** Manaus, 2012. Disponível em: <<https://proex.ufsc.br/files/2016/04/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Extens%C3%A3o-Universit%C3%A1ria-e-book.pdf>>. Acesso em 28 fev. 2023.

GARCIA, I. **1º Fórum Popular da Ufal é encerrado com plenária: durante a sessão, participantes e organizadores puderam avaliar impactos do evento.** 06 jul. 2019. Disponível em: <<https://ufal.br/ufal/noticias/2019/7/1o-forum-popular-da-ufal-e-encerrado-com-plenaria-1>>. Acesso em: 25 fev. 2023.

MATOS, M. C. **Assessoria e consultoria: reflexões para o Serviço Social.** In: BRAVO, Maria Inês Souza & MATOS, Maurílio Castro de (orgs.). Assessoria,

consultoria & Serviço Social. 2^a edição. Rio de Janeiro: Cortez, pp. 29-57, 2010.

_____. **O neofacismo da política de saúde de Bolsonaro em tempos perigosos da pandemia da Covid-19.** IN: *Revista Humanidades e Inovação*, v. 8, n. 35. Palmas: UNITINS, 2021. Disponível em <<https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/5340>>. Acesso em 23 fev. 2023.

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.

PELOSO, R. (Org). *Trabalho de Base: seleção de textos organizados pelo Cepis*. Expressão Popular: São Paulo, 2019.

SCHUCH, L. H. Desvio de caráter da Universidade: administração mercantil fere a democracia e deturpa a essência da instituição. Disponível em: <http://www.adur-rj.org.br/5com/pop-up/desvio_de_carater_da_universidade.htm>. Acesso em 08 jan. 2023.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS. Relatório Final do 1º Fórum Popular da UFAL, 2020. Disponível em <https://ufal.br/ufal/extensao/documentos/relatorios/relatorio_final_forum_popular_2019.pdf/view>. Acesso em 20 fev. 2023.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS. Secretaria Executiva dos Conselhos Superiores - SECS/UFAL. RESOLUÇÃO N° 04/2018 CONSUNI/UFAL, 19 de fevereiro de 2018. **Regulamenta as ações de extensão como componente curricular obrigatório nos Projetos Políticos Pedagógicos dos cursos de graduação da UFAL.** Disponível em: <<https://ufal.br/ufal/extensao/documentos/rco-n-04-de-19-02-2018.pdf/view>>. Acesso em 20 fev. 2023.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS. Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Serviço Social, da Faculdade de Serviço Social. Campus A. C. Simões. Maceió-AL, 2019.

CAPÍTULO XI

DEBATENDO AS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE SOBRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA NA MIRA ULTRANEOLIBERAL: UMA REFLEXÃO PARA O SERVIÇO SOCIAL

Mary Jane de Oliveira Teixeira

Professora Associada da Faculdade de Serviço Social da UERJ. Coordenadora do Observatório do Trabalho e Políticas Públicas. Mestre em Saúde Pública: ENSP/Fiocruz e Doutora pelo PPGSS/FSS/UERJ. Este trabalho é fruto do material apresentado no 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), em 2019, com alterações/atualizações realizadas pela autora.

E-mail: mary-teixeira@uol.com.br

1. INTRODUÇÃO

Nestes mais de 40 anos, muitos avanços e retrocessos foram e são vividos na sociedade capitalista contemporânea, que afetaram cada continente, cada país, de forma diferenciada, razão que nos convida a entender a relação histórica, ideopolítica e econômica que perpassam essas alterações, com a intenção de identificarmos os rebatimentos no setor Saúde e no Serviço Social. Em nosso debate, dirigimos o foco da reflexão ao Brasil, quando identificamos o que mudou nesse percurso e como nos posicionamos enquanto profissionais do Serviço Social no campo da saúde, frente às mudanças societárias e seus rebatimentos nas políticas de saúde. Nessa direção, observamos que apesar das Conferências Internacionais e Nacionais servirem como baliza para que os Estados implementem sua política setorial, elas acabam sendo por nós secundarizadas, não estudadas pelos profissionais de saúde e especialmente o Serviço Social.

Assim, destacamos que, em 2018, a OMS e a Unicef⁷¹, com participação das agências financeiras como o Banco Mundial, realizaram a Conferência Global para a Atenção Primária em Saúde, em Astana (Cazaquistão), em homenagem aos 40 anos da realização da Conferência Internacional em

⁷¹ Fundo Internacional de Emergências das Nações Unidas para a Infância (Unicef), órgão da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Atenção Primária (APS), em 1978, em Alma-Ata (Cazaquistão), sendo indicado como meta: “*Saúde para Todos no Ano 2000*” (SPT/2000). A Carta de Alma-Ata ratificou que a Atenção Primária seria a porta de entrada dos sistemas, no sentido da prevenção e promoção da saúde, baseada na abordagem de atenção integral, articulada com as demais políticas sociais e de forma sistêmica. No entanto, em muitos países, com evidência para os periféricos no modo de produção capitalista, a política de saúde ficou muito distante da meta. A partir dessa consideração, à guisa de acompanhamento da trajetória das concepções, estudamos a Declaração de Astana (2018), compararamos com as principais diretrizes de Alma-Ata e destacamos alguns trechos para análise, buscando uma correlação também com a política de saúde no Brasil, tendo como referência a Constituição Federal (CF) de 1988, que em 2018 completou 30 anos e como desdobramento aprovou a Lei Orgânica da Saúde em 1990, criando então o Sistema Único de Saúde (SUS). No mesmo período histórico, tivemos a construção e implementação do projeto profissional do Serviço Social.

Articulado a esses eventos, em 2019, o Serviço Social comemorou 40 anos de luta coletiva e conquistas relevantes construindo nos anos 1970-1980 um projeto profissional com intenção de romper com o conservadorismo presente até aquela conjuntura; projeto esse tornado hegemônico entre os Assistentes Sociais, registrando simbólica e significativamente o ano de 1979, como o marco desse movimento no Brasil. O Serviço Social se destacou ao questionar não só a visão tradicional/conservadora que imperava na formação e na intervenção profissional, mas por estimular e materializar a elaboração de um novo projeto profissional, articulado com um projeto de sociedade tendo como horizonte o socialismo. Ao passar por tais transformações, mudamos também a direção dada aos cursos de formação profissional, tendo à frente a entidade da categoria hoje denominada de Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), que definia a nova grade curricular. 1979 foi o ano chave de “lançamento” dessa virada histórica, cuja razão nos moveu à realização deste trabalho.

2. DEBATE: ALMA-ATA/ASTANA, O BRASIL DAS DESIGUALDADES E O SERVIÇO SOCIAL

Precisamos observar que as conjunturas ideopolíticas e econômicas no mundo e em esfera nacional traçaram as linhas e definiram os rumos das sociedades capitalistas. Esse movimento nos permite entendermos por que as metas historicamente estipuladas pela OMS têm dificuldade em serem cumpridas, por exemplo. Realizamos nosso trajeto partindo da necessidade de considerarmos que, no período de efetivação da Conferência Internacional de Alma-Ata/1978, na Europa e Estados Unidos da América (EUA), vivia-se uma crise no modo de produção capitalista, afetando o pacto social estipulado entre capital-trabalho, que afetou as nações mundialmente e trouxe inegáveis efeitos danosos para as políticas sociais e, em especial, para os países periféricos. Naquela conjuntura, com avanço do capital financeiro sobre o produtivo, a ideologia neoliberal implantada, a OMS e Unicef gradativamente perdiam poder para as agências financeiras internacionais (Teixeira, 2018). A *posteriori* em Astana (2018), temos a inserção direta das fundações: Rockefeller, Bill Gates, entre outras, como sinaliza Nunes (2018), trazendo “nova” concepção referente à APS: sua *Seletividade* maior — propondo garantir somente alguns procedimentos em saúde, para grupos populacionais mais empobrecidos.

Chamamos a atenção inicialmente para o fato de que a Conferência de Alma-Ata foi fortemente divulgada e apoiada pelos intelectuais e militantes do movimento social em defesa de uma Reforma Sanitária no Brasil, visto que aqui se viviam momentos diferenciados, com ascensão da luta contra a ditadura civil-militar, que já mostrava sinais de ocaso. O oposto ocorreu com a Conferência de Astana, pois mundialmente, com o neoliberalismo já consolidado, vivemos o refluxo dos movimentos sociais em âmbito internacional, refletido também no Brasil com aumento das expressões da questão social, como o desemprego, determinantes que dificultam a resistência. Dessa forma, os questionamentos de suas contradições, por parte de estudiosos do setor, frente às suas propostas e posições de retrocesso para a Saúde Pública não alcançaram a amplitude necessária para mudar tal quadro.

Consideramos que as diferenças entre as referidas conferências começam a aparecer já na composição dos dirigentes, em que distinta de Alma-

Ata, em Astana, além de chefes de Estados e governos, ministros, representantes de Estados e governos se encontram representantes de “organizações de integração econômica regional” [...] — esta é a alteração fundamental, na qual organismos financeiros se fazem presentes para definir a linha política que deve ser seguida pelos países-membros da OMS. Acrescentamos que no documento de Astana está a reafirmação do compromisso expresso na Declaração de Alma-Ata/1978, tendo como objetivo a SPT/2000, por reconhecer que não foi alcançada a meta. No entanto, esse organismo internacional não busca as razões, mas muda o prazo da meta, agora para 2030. No documento de Astana, esse objetivo deve estar articulado com as propostas do Desenvolvimento Sustentável, “*em prol da saúde para todos*” (OMS/UNICEF, 2018, p.1).

Do outro lado do continente, ao pensarmos a singularidade brasileira, sabemos que a Política de Saúde, no decorrer de sua história, tem sido objeto de um intenso processo de reorganização do seu sistema e, de maneira geral, por estarmos situados na periferia do capital e subordinados aos ditames das agências financeiras internacionais (com destaque para os anos de 1980 até a atualidade), vivemos momentos de desfinanciamento e precariedade com alguns curtos momentos de melhora de nossos indicadores de saúde. Destacamos o período (pós-1980), o qual trouxe alteração substancial na concepção da política de saúde, com a promulgação da CF/88, quando a partir de então, um novo sistema de saúde foi criado, como fruto de muito debate e luta, apresentando como proposta uma Reforma Sanitária, fundada na ótica inversa do que tínhamos até então, entendendo a Saúde como produto de determinantes sociais, políticos, econômicos e sua reforma só seria capaz de avançar e se concretizar com participação social, em um ambiente democrático. Nesse sentido, importante era o movimento social organizado combinar a luta pela saúde à luta pela democratização do país. Com base nessa perspectiva, foram incorporados conceitos, premissas e recomendações advindas de Alma-Ata no que diz respeito à APS.

Nessa mesma conjuntura, o Serviço Social debate suas origens, questiona o Serviço Social tradicional, avança ao ponto de na segunda metade dos anos de 1980 ser capaz de elaborar um novo projeto profissional, então definido nos anos de 1990, mobilizando a categoria em diferentes ambientes da

sociedade civil, quadra histórica em que a categoria tinha clareza da importância da materialização e hegemonia deste projeto, conjugado com o ideário da construção de um outro Brasil. Para os Assistentes Sociais da área da Saúde, esse movimento foi sendo percebido e incorporado como possibilidade direta de articulação com as propostas da Reforma Sanitária. Essa percepção se revelava na identificação com o conceito de saúde, que passou a ser ampliado, entendendo-o como um processo que passa por inserir os determinantes sociais que presidem o adoecimento/saúde e, principalmente, a defesa intransigente da democracia, inserindo a população historicamente excluída das decisões a participar e definir a política de saúde a ser implementada pelo Estado, como elemento contributivo para o amadurecimento em direção à construção de uma outra sociedade, a socialista.

No entanto, a chegada nos anos 2000 (como efeito também do fim dos anos 1980/1990) no plano macroestrutural no Brasil, a concretização da utopia sanitária e do Serviço Social encontram fortes desafios e ameaças. Sabemos que o modo produção capitalista necessita de “permanente reestruturação”, pois ele muda em determinadas épocas históricas, principalmente em cada ciclo de crise. Assim, o capital busca novas formas de acumulação para sair do ciclo de perdas econômicas em larga escala. Nessa mesma direção, Trotsky (2008), ao debater com estudiosos contemporâneos sobre o tema, lembra que o capitalismo tem “momentos de aceleração e desaceleração” e ao perceber o “mercado como saturado, o capitalismo procura outros, para sua expansão” (2008, p. 40-42). Assim, os países periféricos, de economia dependente, são os mais “procurados”. E as mudanças em busca de saídas para essa recuperação tendem a atingir os trabalhadores. É preciso recuperar um elemento crucial que rebate nas políticas sociais baseadas na ideologia neoliberal, quando a crise de endividamento das nações latino-americanas nos anos de 1980 abriu espaço para uma maior interferência do Banco Mundial na política externa desses países, sendo então implementado um conjunto de contrarreformas para atender as necessidades de expansão do capital internacional. Medidas que foram sendo praticadas no decorrer desse tempo histórico, mas não plenamente (por força do movimento social organizado), como as agências multilaterais indicavam, permanecendo a pressão ideopolítica para que os Estados nacionais as

seguissem, medidas de ajustes econômicos, que tão intensamente desempregaram e desprotegeram a classe trabalhadora.

No Brasil, na conjuntura dos anos de 1990, a ideologia neoliberal, apresentada como única saída para sustentar as mudanças capitalistas de enfrentamento à crise econômica, ocupou paulatinamente os espaços e se tornou hegemônica, a partir, principalmente, dos governos de Cardoso (1994-2002) e com algumas pequenas diferenças, também presentes nos governos petistas (2003-2016), acentuada após o golpe de Estado em 2016 e com o mandato do presidente Jair Bolsonaro (2019-2022). Podemos afirmar que entre os anos 2003 a 2016, período dos governos do campo democrático-popular, mesmo com a continuidade das exigências anteriormente colocadas, os impactos sobre as expressões da questão social foram relativamente amenizados por meio de políticas sociais ampliadas e realimentadas (ainda que de forma focalizada), melhorando alguns indicadores sociais, como apontam os estudos (OXFAM Brasil, 2017).

A seguir, com o golpe de Estado (Proner *et al.*, 2016) que impede a presidente eleita em 2014 de continuar seu mandato, Michel Temer assume como presidente interino em março e em agosto passa a efetivo. Para a classe trabalhadora, entre 2016-2018 (Teixeira, 2018), o quadro se altera em forma de forte regressão e tendência ao seu avanço no que diz respeito à proteção social, quando as políticas de contrarreforma voltam de forma avassaladora: a contrarreforma da Previdência Social, a Trabalhista e a Lei de Terceirização, como ainda a aprovação da Lei 95/2016 (lei do “teto dos gastos”), que altera a CF/88, para imprimir um novo Regime Fiscal, que retira mais direitos com direção voltada aos servidores públicos, “congela”/mantém o salário dos funcionários do Poder Executivo por 20 anos, como também serão 20 anos sem concurso público, ou seja, o anacronismo se faz presente, pois são dados muitos passos para trás, quando certamente logo à frente teremos os dados oficiais que mostram os efeitos deletérios para a maioria da população, pois desmonta as instituições públicas, ao não repor força de trabalho e reduzir o financiamento de políticas sociais, como o da Saúde. Em sua essência, ela impede o aumento das despesas públicas acima da inflação, o que certamente afetará mais ainda as políticas sociais (Mendes, Funcia, 2016; Teixeira, 2018).

É nesse contexto mundial e nacional de muitas mudanças e regressões que, em 2018, a Conferência Global de Saúde para a Atenção Primária é realizada e apresenta sua Carta de Recomendações, o que nos provoca inquietações, por identificarmos sinais graves de retrocessos em relação à Atenção Primária verdadeiramente integral, em sistemas públicos universais, como o brasileiro. Este é um dos temas que nos move a nos debruçarmos sobre o texto e interpretarmos o que está nas linhas e entrelinhas, entre o dito e o não dito, mas seu pressuposto, quando faremos alguns apontamentos nos trechos que avaliamos se refletirem de forma direta em nossa realidade.

Para o Serviço Social que tem como objeto as expressões da questão social, a situação se agrava. Na busca de compreensão dessa realidade, podemos de forma breve afirmar que o modo de produção capitalista em sua fase atual, com a reestruturação produtiva, com base no toyotismo, escolheu como padrão de acumulação uma modalidade produtora de mais desigualdade, com destaque para os países periféricos, como o Brasil. Os dados sobre desigualdade apresentados pela OXFAM/Brasil (2017)⁷² revelam os efeitos das medidas governamentais e do grande capital, em que a desigualdade de renda tinha estancado pela primeira vez em 15 anos, mas voltou a subir. O documento atribuiu a piora a uma série de limitações econômicas, em particular à recessão, ao aumento do desemprego, com o contraponto da redução de oferta de políticas públicas voltadas aos trabalhadores em especial aos que se encontram em condições de vida mais empobrecida. Como consequência disso, em curto tempo, o Brasil passou de 10º para o 9º mais desigual do mundo em uma lista de 189 países, segundo o relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Em 2017, o Brasil contava 15 milhões (7,2% da população) de pessoas consideradas pobres pelo Banco Mundial (*apud* OXFAM Brasil, 2017). Trata-se de um crescimento de 11% em relação a 2016. Para a OXFAM Brasil: “Não é possível erradicar a pobreza no mundo sem reduzir drasticamente os níveis de desigualdade” (p.10). Acrescentamos às observações da entidade que o combate real e efetivo da pobreza se encontra no combate ao capitalismo, ao imperialismo, ou seja, na luta pela construção de uma outra sociedade, a socialista, em que a maioria da população, como os reais

⁷² TCU 2018: Renúncias Tributárias: R\$ 283,4 bilhões drenam recursos que poderiam ir para as políticas sociais, como as renúncias fiscais de pessoa física e jurídica (Radis, 2018).

produtores de mercadorias, terá o poder de comando em suas mãos, o poder dirigente.

No documento da OXFAM/Brasil 2017, há a referência aos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável da ONU, com estimativa de *erradicar a pobreza até 2030*. No entanto, é imprescindível considerar que a elevada concentração de renda e centralização do capital provocam o lado oposto, o seu crescimento e o aumento das desigualdades sociais e econômicas, impedindo a concretização da meta. Pensando no Brasil, a entidade reconhece que persistem questões estruturais e elementos que precisam ser incluídos na análise: a “redistribuição de renda e riqueza do país, como a necessidade de estabelecer uma política tributária, a melhoria da qualidade dos serviços públicos, a reversão da concentração fundiária e a inclusão educacional de adolescentes e jovens adultos (sobretudo negros) [...]” (*idem*, p.12) são elementos que confirmam a tendência apontada. Historicamente, quando os países capitalistas passam por crises econômicas, as desigualdades tendem a aumentar, pois o corte nos gastos sociais reduz mais a verba das políticas sociais e não se taxa devidamente os rendimentos do capital — medida reveladora da opção do Estado pela classe dominante. Com o neoliberalismo pós anos de 1990 na América-Latina, em sua fase financeirizada, somada à atual postura ultraneoliberal no país, a prioridade foi focalizar na população mais empobrecida, nos conduzindo ao processo de neocolonização.

Na verdade, a fase de acumulação de capital por meio da financeirização provoca mais desigualdade social. Como a reportagem de Muzell (2021) revela, com o aumento de bilionários e a volta da pobreza extrema no Brasil, entre 2020 e 2021, temos 42 novos bilionários no mapa brasileiro (*apud* Revista Forbes), mantendo o país no ranking dos mais desiguais do mundo. E ainda confirma a análise de que o enriquecimento foi por meio de “abertura de capital nas suas empresas na bolsa de valores”, ou seja, via mercado financeiro, “principalmente nos que se posicionaram na área de tecnologia e saúde” (Muzell, 2021). Riqueza concentrada em fonte que não gera emprego não gera renda para o Estado por meio de arrecadação de impostos, como aponta Muzell (2021). A consequência direta é maior produção de pobreza e extrema pobreza, chegando ao máximo estágio de insegurança alimentar: a fome como grande produto. A aparente contradição se revela em números, em Inquérito Nacional sobre Segurança

Alimentar no contexto da Pandemia de COVID-19 no Brasil, em 2021, 14 milhões de pessoas a *mais* que 2020 (crescimento de 7,2%). Atualmente, os dados mostram que voltamos ao Mapa da Fome, com 33,1 milhões de habitantes, alcançando 15,5% da população (Rede Pensann, 2022).

Os dados apresentados anteriormente e medidas governamentais revelam uma conjuntura extremamente desfavorável para a classe trabalhadora e, portanto, preocupante e desafiadora para o Serviço Social e para o SUS. Em contraponto, podemos afirmar que as recomendações de Astana/2018 expõem medidas e concepção mais alinhadas com as propostas das agências financeiras⁷³. Nesse sentido, pensamos ser urgente e necessário refletir sobre os desafios dos sistemas de saúde e sobre o papel da Atenção Primária na composição desses sistemas, pois eles restringem o acesso da população aos serviços, afetando diretamente na melhoria dos indicadores de saúde. Particularmente, em nosso país, entre os anos 2000-2016, alguns programas com maior amplitude deram sua contribuição, como o Saúde da Família e a Política Nacional de Atenção Básica/2012, apesar dos limites de políticas focalistas. Porém, a partir de 2016, tivemos a desestruturação desses programas e, gradativamente, de outros, como o histórico Programa Nacional de Imunizações, o que “provocou a redução da cobertura vacinal e o crescimento do número de casos de sarampo, por exemplo” (Radis, 2018, p.3). Além de retirar do Brasil o certificado de eliminação da doença, concedido em 2016 pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS⁷⁴/OMS), essa ação deliberada “trouxe de volta para as crianças, o risco que se julgava superado. A proposta do governo atual de desvincular o orçamento da saúde tende a acelerar este desmonte” (Radis, 2019, p.3). Também tivemos alterações na Política Nacional de Atenção Básica, com a Portaria n. 2436/2017, que muda as regras de repasse de recursos da União, aos municípios, no escopo do “teto dos gastos”/2016, quando relativiza a cobertura universal, promove a segmentação do acesso, a reorganização do processo de trabalho, entre outras, segundo Morosini *et al.* (2018), antecipando-se à Astana/2018 e, sobretudo, revelando a identificação

⁷³ Propostas do BM para a Saúde: a] racionalidade e eficiência para reduzir os custos; divisão das responsabilidades entre Estado e Sociedade; b] percepção não mais da Saúde como direito e sim uma mercadoria, c] estimular as parcerias público-privado e as recomendações do BM (2017).

⁷⁴ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE.

com as concepções/recomendações ali presentes. As consequências dessa decisão aparecerão a seguir, e os indicadores de saúde, piorarão, principalmente os referentes a doenças assistidas pela APS, que poderiam ser erradicadas com vacinação, como a poliomielite e o sarampo (Radis, 2021). Eram programas e ações que poderiam evitar adoecimentos, como provocados pela desnutrição infantil, ainda alta no país, como também evitar mortes, questões todas expressões da questão social, destacando assim a relevância do trabalho das Assistentes Sociais na saúde.

3. CENTRANDO NO DEBATE SOBRE ASTANA/ 2018

Ao estudar o documento final da Conferência Global sobre APS (Declaração de Astana), constatamos que o texto merece atenção especial e convida ao debate, pois é permeado de contradições e/ou posições mais identificadas com o campo ultraneoliberal e conservador presente no Brasil, com ampliação da abertura direta à inserção do setor privado (do capital) na atenção à saúde. Em suas primeiras escritas, o documento afirma reconhecer a contribuição das políticas de saúde às décadas que corresponderam ao avanço do desenvolvimento econômico no período pós Segunda Guerra Mundial. O documento reafirma seu compromisso com Alma-Ata, seus valores e princípios, o que justifica a comemoração de seus 40 anos. No entanto, o que vemos é o discurso no campo das vontades e aspirações como veremos em sequência (Astana, 2018, pp. 2-4). Observamos que o documento considera o fortalecimento da APS por ser o

[...] enfoque mais inclusivo, eficaz e efetivo para a melhoria da saúde física e mental das pessoas, assim como seu bem-estar social visto que a APS é a pedra angular de um sistema de saúde sustentável para a Cobertura Sanitária Universal (CSU) e os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) para 2030 (2018, p.3).

Aqui fazemos dois destaques: a OMS ainda trabalha com o conceito de saúde fundado no modelo biomédico, mecanicista ultrapassado no Brasil, com o conceito ampliado em saúde, no SUS/90. Uma das contradições já identificada se registra com o destaque seguinte: no que diz respeito à *Cobertura Sanitária Universal*, categoria que pode provocar confusão de entendimento —

ambiguidade —, visto aparentar o indicativo de cobertura à atenção a todos os cidadãos (universalizada), mas não é esta a proposta e, sim, que ela deverá ser dirigida aos que mais precisam, entre os necessitados.

A Carta de Astana afirma ainda pretender uma Saúde Pública e APS fortes, com núcleos fundamentais na prestação dos serviços e visualiza como possibilidade exitosa para alcançar tais objetivos, “*a vontade política, com interesse de diversos atores públicos e privados nos ODS*” (2018, p.3). Chamamos a atenção a menção à entrada/partneria do setor privado nessa “*vontade política*”, por manifestar o reconhecimento desse setor como elemento, atuando no mesmo patamar que o setor público, ou seja, o Estado, desconsiderando que a *vontade* predominante na área empresarial é voltada para a acumulação de capital e não para as necessidades de saúde dos povos.

Fala ainda em “*acesso equitativo à atenção à saúde eficaz e de qualidade que necessitam, velando para que o uso de ditos serviços, não lhes exponha a dificuldades financeiras*” (2018, p.4). Trecho que também favorece interpretações ambíguas, pois pressupomos aqui que a oferta de serviços deve ser de qualidade sim, mas não a preço do que seja possível ser pago. Assim, os serviços podem ser cobrados “de quem pode pagar”, o que revela a dicotomia de condições entre as classes sociais e suas frações de classe, entre os que “podem” e os que “não podem” pagar os serviços ofertados, e até do quanto podem pagar, perspectiva em direta consonância com as recomendações dos relatórios históricos do BM dos anos 1980/2000 para o setor e não mais com as reais necessidades de saúde e sua percepção como direito e, portanto, dever do Estado.

A Declaração de Astana reconhece que em “*todas as regiões do mundo, segue havendo pessoas com necessidades sanitárias desatendidas*” (2018, p. 4), mas mesmo conchedora dessa realidade, suas propostas estão no campo do conservadorismo e adotam as tendências privatistas, distanciando-se mais de Alma-Ata. Na sequência, o texto afirma: “*Manter-se com boa saúde é um desafio para muitas pessoas, em particular os pobres e as pessoas que se encontram em situações vulneráveis*” (*idem*, p.4). Essas “pessoas” que terão dificuldades em ter sua saúde sobre controle são parte da classe trabalhadora desempregada, subempregada, submetida a regimes de trabalho precário, intermitente, na informalidade, como também aqueles que nunca tiveram

possibilidade de acesso a qualquer inserção laborativa, ou seja, um conjunto de “pessoas” (a forma genérica e vazia de tratar a classe que vive do trabalho), como ainda individualiza a questão, não se entendendo como responsabilidade dos Estados.

O documento pondera ainda reconhecer as “*disparidades nos resultados sanitários e na iniquidade em saúde*” (*idem*, p. 5). Contudo, por óbvio, as entidades e representantes dos países presentes não analisam esse fenômeno como social e fruto estrutural da exploração capitalista. Nesse sentido, suas propostas tendem a se restringir ao campo individual e local, de base microestrutural e restrito às pessoas em situação de extrema pobreza, na qual os dados denunciam as desigualdades em saúde, que na realidade são desigualdades de classe, de condição e inserção de trabalho e vida na sociedade. Suas considerações são limitadas, pois afirmam que tal situação é “*provocada pelos gastos diretos desproporcionais em saúde*” (2018, p.5). Análise também encontrada nos insistentes relatórios do Banco Mundial e fundamentada no pensamento neoliberal, em que centra a gestão pública como despreparada e o Estado atuando com “excesso” de gastos e gastos indevidos, como se a questão fosse técnica, que um bom curso de administração, presente no setor privado, resolveria. Entretanto, as experiências brasileira e mundial nos evidenciam que não é esse o caminho para qualificar a atenção à saúde e, sim, a direção política definida pelos governantes em cada período histórico em cada país.

Na sequência, consideramos que a contradição principal se revela no item dos compromissos, quando os assinantes do documento se comprometem a promover a “*ação multisectorial e a Cobertura de Saúde Universal (CSU), reunindo a colaboração das partes interessadas pertinentes e empoderando as comunidades locais para fortalecer a Atenção Primária em Saúde*” (2018, p. 6). E segue com os argumentos de que “*o empoderamento das pessoas e comunidades como corresponsáveis por sua própria saúde*” (*idem*, p.10). Percebemos assim a continuidade e coerência da corrente funcionalista, em que o indivíduo deve assumir a responsabilidade pela sua vida e, portanto, da sua saúde. É no âmbito do micro (pessoas/localidades) que as soluções para as questões da saúde são tratadas, por não se ter mais um Estado Social. A CSU proposta já vem se delineando pelas agências financeiras, ao longo dos anos

1990, consolidando-se nos anos 2000, quando a vertente ultraneoliberal predomina nas relações sociais no mundo capitalista e a lógica do mercado, em sua fase financeirizada, impera sobre as necessidades e direitos dos povos. Na área da saúde, apresenta-se como uma concepção que tem como pano de fundo uma Atenção Básica mais seletiva ainda, dirigida às populações que não podem pagar qualquer tipo de serviço, restringindo mais ainda a cobertura. Assim, não se garante a articulação intersetorial (Alma-Ata), ainda que se referindo à ação multisectorial, porém, a princípio, ocorre que os diferentes setores das políticas sociais que deveriam tratar de forma articulada a atenção à saúde, estão desmontados por essa mesma lógica. E complementamos com a observação de que a indicação no fim do trecho citado, de “*empoderar as comunidades locais*” para fortalecer um nível de atenção à saúde, lembra-nos os tempos de implantação dos programas governamentais de Desenvolvimento de Comunidade (dos anos 1960/1970), de cunho estrutural-funcionalista, que tanto envolveu o Serviço Social em determinado momento histórico na América-Latina, portanto, um retrocesso.

Mas o pano de fundo, na verdade, das indicações de Astana é de definir como prioridade a cobertura financeira, adstrita a quem pode pagar. Essa concepção desconsidera os sistemas únicos e universais (como no Brasil) e defende como central a entrada do setor privado na prestação e gestão dos serviços. Mais recente, no Brasil, essa visão emerge e ignora ou tenta desfazer as bases constitucionais vigentes (Teixeira, 2018), por meio do grupo empresarial Coalização Brasil 2017, indo nessa direção, em que esse aglomerado de empresas e grupos empresariais, isto é, o capital, queriam/querem definir a política de saúde do país.

A Cobertura Sanitária Universal/Astana mantém a lógica da garantia de uma cesta mínima de serviços, diferenciada segundo grupos de renda, quer dizer, frações de classe social. Assim, combina a extensão entre os que têm planos e podem pagar a prestação de serviços, com os que não podem, garantidos por essa “cobertura”. No Brasil, isto se agrava, pois se busca criar “planos de saúde populares”, a baixo custo, com oferta de serviços muito limitada, negando a existência do sistema público do país.

Avançando no estudo do documento de Astana incluímos uma forte contradição quando então define o compromisso de “*estender a APS como pilar*

da Cobertura Sanitária Universal nas emergências, garantindo a continuidade da atenção e prestação dos serviços essenciais, em consonância com os princípios humanitários” (2018, p.6). Ressaltamos que incluem um novo nicho de lucro: o nível de atenção da emergência, espaço de alta complexidade e alto custo. Então perguntamos: Para a OMS/Unicef, saúde é direito à vida ou um comércio?

Em referência à força de trabalho em saúde, o documento afirma que criarião “*trabalho decente e estabeleceremos uma remuneração adequada para os profissionais de saúde [...]*” (2018, p. 8). Vemos como uma postura mais próxima ao moralismo e subjetivismo, sem estabelecer o que seria esse “*trabalho decente*” e essa “*remuneração adequada*” (para quem?). No Brasil, a CF/88, no artigo 5º, define que todo cidadão brasileiro tem direito a “*uma vida digna, livre e igualitária, como o direito à vida, à liberdade, à moradia, e à segurança, como o benefício ao trabalho*”, dentre outros. No artigo 6º, estipula que são *direitos sociais*: “*a educação, a saúde, a alimentação (inserido por Emenda Constitucional, em 2010), o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados (...)*”. Portanto, a população brasileira, por exemplo, já estaria contemplada em termos legais. No campo da saúde, temos essa regulamentação por meio do Lei 8080/90, que, no artigo 2, define Saúde como “*um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício*”. No entanto, a realidade de hoje mostra que as condições de trabalho e remuneração para os profissionais não são as adequadas, os salários nos setores públicos são baixos e permanecem os mesmos há alguns anos, apesar de estar previsto no SUS/90, a Lei de Plano de Cargos e Salários do servidores públicos nas diferentes esferas de governo, o que não vem sendo cumprido, agravando-se com as decisões governamentais pela inserção do setor privado no espaço público (as Organizações Sociais/OSs), em que a realidade é oposta às propostas, visto que temos estudos de seu significado e registros na imprensa de atrasos e ausências de pagamento, como condições e situação de trabalho precárias (Enzier, 2018).

Em Astana/2018, ainda há a recomendação de que “[...] as pessoas escolham estilos de vida saudáveis e se envolvam na concepção, planejamento e gestão de sistemas de saúde, fazer políticas audaciosas para a Saúde” (idem). A princípio, novamente uma colocação vaga, genérica, indefinida, pois quem

seriam essas “pessoas”? De que forma participariam? Qual o poder que teriam para definir concepções de saúde, por quais instâncias? E ainda como poderiam dar direção a elas e planejar a saúde de seu município ou mesmo país? Estão falando diretamente de gestores? O que seriam políticas audaciosas? O setor público financiar o setor empresarial na saúde para gerir as unidades públicas? Ou assumir por completo que isto é papel do Estado? No Brasil: como seria hoje para a maioria das pessoas fazer essas escolhas? E como, individualmente, ou mesmo nas “comunidades”, essas “pessoas” poderão ter esse nível de participação se temos uma sociedade excludente, autoritária e, por isso, grande parte fora do poder de decisão? País onde, por exemplo, o presidente atual logo que assumiu o cargo, decreta a extinção dos Conselhos de Direitos⁷⁵.

Por fim, destacamos o trecho em que afirma que as de ações devem seguir “conforme os ODS a partir do governo” (2018, p.10), ao mesmo tempo, insere/acentua a presença do setor privado, por considerar que ele fortalece financeiramente a APS: no centro do debate, a CSU – presente no Relatório de DSS/OMS/2005 (Teixeira, 2018a). Mais claramente, a Carta de Astana trabalha com a “participação do setor privado”, reproduzindo a visão de desresponsabilizar o Estado quanto à definição dos sistemas de saúde e à provisão de seus serviços, o que abre mais as portas para o denominado complexo médico-industrial-financeiro-farmacêutico — setores envolvidos no investimento em saúde, com visão de lucro: produção e circulação de suas mercadorias para a realização do capital, com preços de preferência abusivos e a superexploração do trabalho, por meio da intensificação da jornada, do trabalho precário, dos baixos salários e contratos flexibilizados e sem reconhecimento de direitos. A experiência brasileira de inserção das OSs e correlatas, na atenção e gestão da saúde, nas diferentes esferas de governo, pós 1995, por Contratos de Gestão, mostra que a transferência de responsabilidade e recursos públicos para o setor privado não é garantia de qualidade e resultados positivos.

⁷⁵ Em abril, o Presidente da República impõe à sociedade brasileira o Decreto 9759/2019 — trata da extinção e estabelecimento de diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal, criados por decretos ou atos administrativos ou sem atribuições previstas em lei. Essa decisão implica em inviabilizar a participação social, prevista na Constituição Federal de 1988.

Seguindo essa direção, podemos afirmar que as diretrizes apontadas em Astana/2018 são diferentes das indicações de Alma-Ata/1978 que afirmam reconhecer na Conferência Global e para a especificidade brasileira, mais distantes ainda das diretrizes e princípios do SUS/90. Certamente são recomendações com as quais o Projeto Ético-Político do Serviço Social não se identifica.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vimos que as aspirações e recomendações de Astana/2018 se distanciam das premissas e diretrizes apontadas em Alma-Ata/1978, o que não é surpreendente, considerando as transformações estruturais e conjunturais e de cunho ideológico pelas quais passaram as sociedades capitalistas com a inserção e interferência das agências financeiras internacionais nos órgãos indicadores das políticas sociais para os países-membros da OMS e a especificidade brasileira. Algumas das mudanças nas conferências referidas, apontadas neste trabalho, como a *Atenção Integral à Saúde* e *Atenção Primária* como porta de entrada do sistema de forma universal, como premissas fundamentais em Alma-Ata e a alteração para a *Atenção Básica Seletiva* em Astana/2018. Dessa forma, o que mais altera a condução das políticas de saúde nacionais que adotarem as recomendações diz respeito à *Cobertura de Saúde Universal* que, na verdade, focaliza mais a Atenção Primária na população mais empobrecida, acentuando o corte entre a classe trabalhadora e a fragmenta entre os que podem e os que não podem pagar, assumindo a privatização da saúde em todos os níveis de assistência, atingindo mais os países periféricos, como o Brasil. Assim, Astana/2018 segue a tendência definida pela OMS e as agências financeiras presentes, de não mais se referir a um direito universal, mas à Cobertura Universal, ou seja, restringe a concepção de saúde ao acesso (e limitado) à assistência em um nível de atenção: na Atenção Primária.

Para o Brasil, um país com extrema desigualdade social e econômica, como os indicadores sociais mais recentes registram, a complexidade se torna maior, no sentido de ter respostas para as necessidades sociais. Na saúde, essa “alternativa” é oposta ao que foi construído e implantado por meio legal, com um sistema de saúde público, universal e integral: o SUS. Ao longo de sua

implementação, passou por muitos desafios, devido à posição de subalternidade do país na divisão internacional do trabalho em fase de financeirização do capital somado às escolhas de governos de tendência conservadora ao ocuparem o bloco no poder. A privatização tem avançado, tendo o Estado como grande aliado e hoje a inserção do setor privado se caracteriza como hegemônico, com as OSS predominando em todos os níveis de atenção com financiamento público. Para além disso, o governo Bolsonaro (2018-2022), em 2019, promulga a *Lei 13958*, que cria o Programa Médicos pelo Brasil e autoriza o Poder Executivo a instituir a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADASP) para contratação de prestação de serviços médicos no SUS e, a seguir, a Deliberação 10283/20220, que cria o Serviço Social autônomo, na forma de pessoa jurídica de direito privado — executora de políticas públicas de saúde para contratação de médicos para a Atenção Primária, quando pode firmar contratos, convênios, acordos, ajustes e outras ferramentas de gestão com órgãos e entidades públicas e privadas, ou seja, nesse caminho, segue Astana/2018. O adensamento desse caminho se dá principalmente por contribuir com o aumento das desigualdades sociais e de saúde em especial, distanciando a possibilidade de alcance da utopia de redução expressiva dos dados referentes às desigualdades em saúde.

Nessa direção, a comemoração dos 40 anos de resistência do Serviço Social (em 2019) é crucial para a sustentação da postura identificada com o Projeto Ético-Político da profissão, com sua longa história de participação e luta por direitos, compromissado com a classe trabalhadora e com a democracia. E, na Saúde em especial, identificado com a defesa do SUS, hoje visivelmente ameaçada sua materialização, pela “invasão do capital” diretamente nas unidades de saúde. Considerando esse cenário, a utopia atual é manter e intensificar a luta pelos direitos sociais, pelos direitos humanos, tendo a saúde como direito universal. Estas são as bandeiras de luta da categoria, contra a barbárie que se impõe no mundo e no Brasil.

Com referência à Carta de Astana/2018, considerando a realidade social de domínio/hegemonia do modo de produção capitalista, a tendência é, a cada década, a OMS/Unicef/Banco Mundial e parceiros precisarem renovar as “aspirações” e “os votos de boa vontade”, pois as metas jamais serão atingidas. Esse modo de produção é incompatível com igualdade e justiça social: políticas

de austeridade só aumentam a pobreza e a distância social como desdobramento. No Brasil, o movimento social em saúde — com participação em destaque dos Assistentes Sociais — criou espaços de luta coletiva em defesa do SUS, em direção contrária às “aspirações” de Astana/2018 e sem data para sua utopia ser alcançada, por entender que a transformação social não tem hora marcada — é um processo que exige luta constante e convicção permanente. Finalizamos perguntando: como seria possível uma “Saúde Para Todos” em uma sociedade que não é para todos?

REFERÊNCIAS

BRASIL CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, Senado Federal. Brasília. 05 de outubro de 1988.

ENZIER, J. **Entrevista:** médico e vereador Paulo Pinheiro fala sobre os cortes na saúde pública do município. Disponível em www.ensp.fiocruz.gov.br . Em 14 de dez/2018. Acessado em fevereiro de 2019.

MENDES, A.; FUNCIA, F. R. **O SUS e seu financiamento.** In Sistema de Saúde no Brasil: Organização e Financiamento. Organizadores: Rosa M^a Marques, Sérgio Francisco Piola. Alejandro Camilo Roa. Editores: Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES), Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde OPAS/OMS no Brasil, Brs., pp.139-168, 2016.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. **Política Nacional de Atenção Básica 2017:** retrocessos e riscos para o Sistema único de Saúde. SAÚDE DEBATE – RJ: v. 42, n.116, jan-mar 2018, pp. 11-24.

MUZELL, L. www.uol.com.br/economia – em 05 de setembro de 2021 – acessado em outubro de 2021.

NUNES, A. J. **Saúde Global:** Do Direito à Obrigação. Entrevista com Adriano de lavor. Disponível em www.ensp.fiocruz.br/radis - n 193, out/2018, p. 12 Acessado em dezembro de 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Conferência Global Sobre Atenção Primária Em Saúde:** De Alma-Ata à Cobertura Sanitária Universal e os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável – Astana/Cazaquistão – 25 e 26 de outubro de 2018 – OMS/UNICEF.

OXFAM BRASIL. **A Distância que nos Une:** um retrato das desigualdades brasileiras. Disponível em www.oxfam.org.br . Acessado em novembro de 2018.

PRONER, C. et al. **A Resistência ao Golpe de 2016.** Projeto Editorial Práxis. Instituto Defesa da Classe Trabalhadora. CANAL 6 Editora, Bauru/SP, 2016

REDE PENSSAN. **II Inquérito sobre Segurança Alimentar no contexto da Pandemia de COVID-19 no Brasil (livro eletrônico) VIGISAN:** Relatório Final/Rede Brasileira de Pesquisa em Segurança Alimentar – São Paulo: SP – Fundação Friedrich Ebert: Rede PENSANN, 2022.

REVISTA RÁDIS. **Procura-se Zé Gotinha.** Patrimônio brasileiro, Programa Nacional de Imunizações perde poder de decisão e abre brechas para os fura-filas da vacinação contra Covid-19. Edição nº 224, maio 2021.

_____ . **A FOME é REAL.** Cada vez mais brasileiros vivem o risco de não ter o que comer. Edição nº 225, junho, 2021.

TEIXEIRA, M. J. O. **Determinantes Sociais em Saúde:** o Serviço Social no debate contemporâneo. Serviço Social e Política de Saúde: Ensaios sobre Trabalho e Formação Profissionais/ Adriana Ramos / Letícia B. da Silva /

LUCIANA, G. P. P. (orgs); VALERIA, F.; YOLANDA, G. (coors. da série): RJ. Lumen Juris, 2018, pp.47-66.

A Urgência do Debate: as contrarreformas na política de saúde no governo Temer. Revista *ARGUMENTUM*, UFES, Vitória, v.10, 2018, pp.33-50.

TROTSKY, L. **O Imperialismo e a crise econômica mundial.** Traduzido por Roberto Barros. SP: Editora Instituto José Luís e Rosa Sundermann, 2008.



EDITORAS
UFF

Agência Brasileira ISBN
ISBN: