



# A SAÚDE NOS GOVERNOS TEMER E BOLSONARO: repercussões para o serviço social

[Artigo]

Anelly Karolliny Araujo Lima  
Carlos Dallas de Oliveira Souza  
Andreyna Ferreira Maia

## Sobre os autores:

**Anelly Karolliny Araujo Lima:** Graduanda em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN).

**Carlos Dallas de Oliveira Souza:** Graduando em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN).

**Andreyna Ferreira Maia:** Graduanda em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN).

## A SAÚDE NOS GOVERNOS TEMER E BOLSONARO: repercussões para o serviço social.

### HEALTH IN TEMER AND BOLSONARO GOVERNMENTS: repercussions for social service

Anelly Karolliny Araujo Lima  
Carlos Dallas de Oliveira Souza  
Andreyna Ferreira Maia

**RESUMO:** A contrarreforma do Estado brasileiro, impulsionada pela ofensiva neoliberal que se espraia no cenário social a partir da década de 1990, se expressa através da retirada de direitos e do ataque às políticas públicas. Diante disso, no presente estudo planeamos analisar as particularidades da contrarreforma do Estado na política de saúde com enfoque para os governos Temer e Bolsonaro, sinalizando para as repercussões desse fenômeno no trabalho das(dos) assistentes sociais nos serviços de saúde, resgatando também aspectos do contexto pandêmico. Para tanto, realizamos uma revisão de literatura para compreensão dos objetos de estudo, apoiando-nos no materialismo histórico-dialético. Como resultados, observamos a aproximação dos governos em questão ao projeto privatista da saúde, que impõe para as(os) assistentes sociais demandas emergenciais e burocráticas.

**Palavras-Chaves:** Contrarreforma; Política de Saúde; Serviço Social.

**ABSTRACT:** The counter-reform of the Brazilian State, driven by the neoliberal offensive that spread in the social scene from the 1990s, is expressed through the withdrawal of rights and the attack on public policies. Given this, in the present study we plan to analyze the particularities of the State's counter-reform in health policy with a focus on the Temer and Bolsonaro governments, signaling the repercussions of this phenomenon on the work of social workers in health services, also rescuing aspects of the pandemic context. Therefore, we carried out a literature review to understand the objects of study, relying on historical-dialectical materialism. As a result, we observed the approach of the governments in question to the privatist health project, which imposes emergency and bureaucratic demands on social workers.

**Key-words:** Counter-Reformation; Health Policy; Social Service.

DATA DE SUBMISSÃO: 16/11/2023  
DATA DE APROVAÇÃO: 18/12/2023

## 1. INTRODUÇÃO

A contrarreforma do Estado brasileiro, impulsionada pela ofensiva neoliberal que se espalha no cenário social a partir da década de 1990, se expressa através da retirada de direitos e do ataque às políticas públicas, através de desmontes, desregulamentação e desfinanciamento. Nessa lógica, a esfera universal da saúde é posta de lado, desviando seus princípios basilares como uma política comprometida com a saúde pública, chocando-se com os direitos e conquistas que ao longo dos anos foram concebidos pela classe trabalhadora, tornando esse feito como um marco de regresso frente às reformas sociais já conquistadas. As primeiras manifestações da contrarreforma apareceram ainda no governo de Fernando Henrique Cardoso, com a Reforma Administrativa do Estado, sendo retomada nos governos posteriores sob novos prismas.

Enfatizando que existem dois projetos de saúde que se confrontam no cenário social, o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Privatista da Saúde. A partir dos anos 2000, surge o projeto de “Reforma Sanitária Flexibilizada” ou o projeto “SUS possível”, que emerge em forma de apelo para efetivar os princípios do SUS, por meio de ações “modernizadoras”, que na verdade escondem as medidas de privatização que se encontram por trás. Dessa forma, o “SUS possível” aparenta defender os princípios da Reforma Sanitária, porém contempla medidas que se aproximam do Projeto Privatista. Além disso, o governo de Dilma Rousseff também ficou marcado pela abertura ao capital estrangeiro, pois a saúde passou a receber investimentos do exterior, atendendo aos interesses econômicos que davam sustentação ao governo e abrindo espaço para a acumulação do capital.

Faz-se urgente que consideremos que, após o movimento de Reforma Sanitária Brasileira em meados de 1970 e mais tarde com criação e formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, existem constantes tensões no que diz respeito a materialização dos princípios do SUS, que se confrontam com o modelo econômico vigente: o capitalismo. No sistema mundial capitalista, o principal objetivo é a acumulação financeira, ou seja, o fio condutor para a manutenção social, sempre é o capital. Assim, ao longo dos anos, o SUS tem passado por inúmeros ataques, desmontes, constantes tentativas de privatizações e terceirização dos serviços, pois, na medida em que a crise do capital se intensifica, esses modelos de precarização do serviço se adequam de acordo com os interesses sociais e econômicos dos projetos societários implementados pelo Governo Federal. Portanto, observamos que os interesses de mercado têm suplantado cotidianamente as políticas, com o frequente embate entre capital e direitos sociais.

Essa conjuntura tem se tornado ainda mais dramática nas últimas décadas e teve forte manifestação nos governos Temer e Bolsonaro, ambos assentados

na ideologia neoliberal que possuíam um duro ajuste fiscal, privatizando e sucateando as políticas sociais. Em síntese, as propostas apresentadas pelos ex-presidentes em seus mandatos buscavam suprir apenas os interesses de mercado, colocando as políticas públicas em última instância, inclusive a política de saúde, inferindo uma série de ataques ao SUS, por meio de propostas conservadoras que desestruturaram e precarizaram os serviços de saúde, restringindo o acesso da população usuária.

Dessa forma, na medida em que o projeto societário neoliberal avança e faz sua consolidação nos pilares da seguridade social, o Serviço Social como uma profissão inserida nos equipamentos de assistência, previdência, educação e saúde, será diretamente afetada com as contrarreformas e processos de sucateamento das políticas sociais. Devemos considerar, ainda, que ambos os projetos políticos, a saber o projeto da Reforma Sanitária e o projeto privatista da saúde, apresentam demandas e formas de atuação distintas para o Serviço Social, sendo que este último imprime ao exercício profissional das(dos) assistentes sociais tendências conservadoras, que têm por intuito tornar o trabalho destes burocrático e voltado para o imediatismo.

Com base nisso, planeamos, no presente artigo, analisar as particularidades da contrarreforma do Estado na política de saúde com enfoque para os governos Temer e Bolsonaro, sinalizando para as repercussões desse fenômeno no trabalho das(dos) assistentes sociais nos serviços de saúde, resgatando também aspectos do contexto pandêmico, haja vista que as medidas adotadas pelo Governo Federal no enfrentamento à pandemia da covid-19 resultaram em retrocessos na saúde brasileira, considerando os pronunciamentos do presidente que eram contra o isolamento social e colocavam em dúvida a eficácia das vacinas, levando ao agravamento da crise sanitária e a uma redução nas taxas de vacinação, não apenas das vacinas contra a covid-19, além do baixo fornecimento de equipamentos de proteção aos profissionais de saúde, ferindo aos princípios basilares do SUS.

Para tanto, realizamos uma revisão de literatura para compreensão dos objetos de estudo, apoiando-nos no materialismo histórico-dialético para fundamentar nossas análises críticas, tendo em vista que discutimos aqui categorias históricas, assentadas em relações de poder contraditórias. Em nossa pesquisa bibliográfica, utilizamos como fonte principalmente textos publicados em revistas de Serviço Social que versassem sobre as contrarreformas na política de saúde, o contexto pandêmico e as inflexões para o trabalho das/dos assistentes sociais. Além disso, nos valem do método de Marx para analisar as implicações do neoliberalismo à política de saúde, compreendendo que as contradições imanentes ao capital desembocam, no cerne dos governos neoliberais, na mercantilização dos serviços de saúde.

## **2. AS PARTICULARIDADES DA CONTRARREFORMA NA SAÚDE NOS GOVERNOS TEMER E BOLSONARO**

Em 2016, a história atual do Brasil ficou marcada com o golpe parlamentar contra a ex-presidente Dilma Rousseff e a substituição na cadeira presidencial pelo seu vice-presidente Michel Temer. Esse período marcou uma série de ataques sofridos em todas as esferas dos três pilares que compõem a seguridade social: saúde, assistência social e previdência social, que tem impactado diretamente na qualidade de vida do público usuário. Temer adotou em seu projeto-político uma clara tendência pró-capital, em que temos um aceleração na privatização do acesso à saúde, justificada a partir da necessidade de diminuir os gastos ocasionados pelo SUS, alegando que o Estado não teria mais como viabilizar de forma contínua os custos, assim, indo contra os direitos previstos na Constituição Federal de 1988.

Enquanto nos governos anteriores a contrarreforma na política de saúde era gestada de forma não explicitada, apenas como uma perspectiva de modernização dos princípios basilares do SUS, o governo Temer demonstrou uma nova face desse processo, expressando, desde seus momentos iniciais, a sua vinculação ao capital, tanto nacional quanto internacional. Uma das primeiras expressões da expropriação de direitos no governo Temer se deu na área de financiamento, através da Emenda Constitucional nº 95/2016, que implicou em um congelamento do teto de gastos primários por vinte anos, restringindo o orçamento da saúde pública, revelando-nos que os recursos destinados ao SUS são sugados na medida em que o projeto neoliberal ganha forma.

A Emenda Constitucional nº 95/2016 definiu um limite individualizado para as despesas primárias do Poder Executivo, do Poder Judiciário, do Poder Legislativo, do Tribunal de Contas da União, do Ministério Público da União e da Defensoria Pública da União, cada um estabelecendo o seu limite e sendo vedado o aumento real dos limites. A nova regulamentação não permite que as despesas totais e reais do governo cresçam acima da inflação, fazendo com que não seja possível que se aumente o número de investimentos em uma determinada área, a menos que sejam feitos cortes consideráveis em outra, o que acarreta, por exemplo, cortes em áreas que o governo consideram “caras”, como a saúde. Assim, durante 20 anos, as taxas de gastos permanecem congeladas, inibindo o crescimento econômico e levando à precarização das políticas, cujo orçamento já limitado é constantemente reduzido pelas políticas de contenção de gastos e pelos cortes de investimentos (Mariano, 2017).

Conforme o mencionado, no período de 20 anos, a manutenção e a expansão das políticas públicas permanecerá estagnada pela falta de investimentos

decorrentes do corte orçamentário, impactando no aumento dos salários, na contratação de profissionais e restringindo a autonomia dos governos que se seguirem nos próximos anos, a menos que seja elaborada uma nova proposta de emenda em sentido contrário. Observamos, então, que o novo regime tem como foco o duro ajuste fiscal dos gastos com saúde e educação, redirecionando os investimentos para o capital privado (Mariano, 2017).

Além disso, o Ministro da Saúde que assumiu a gestão no governo Temer, Ricardo Barros, não apresentava vínculos com a área da saúde, e desde o primeiro momento afirmou não ser o “Ministro do SUS”, o que já manifestava que este não tinha como foco defender os ideais da Reforma Sanitária. Ricardo Barros também mantinha uma clara vinculação aos setores privados da saúde, o que ocasionou uma gestão do Ministério da Saúde descompromissada com a classe trabalhadora e comprometida com os interesses do capital. Uma clara evidência dos fatos em questão se expressa a partir da proposta de “Planos de Saúde Populares”, defendida pelo ministro, em que temos a descentralização do papel do Estado e restrições na abrangência das suas políticas de atendimento à população, que tem como pilares: o plano simplicidade, plano ambulatorial + hospitalar e o plano de regime misto de pagamento. Uma outra medida adotada pelo ministro foi a revisão gestada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que tirou de foco a Estratégia Saúde da Família, que era um importante programa na garantia do acesso à política em questão. (Soares, 2017). Vale ressaltar que durante todas essas medidas o Conselho Nacional de Saúde se pronunciou mostrando-se contrário às ideias propostas pelo ministro.

A partir do governo Temer, podemos observar uma maior focalização na política de saúde, que impossibilita tanto o pleno exercício do SUS quanto ataca a reforma sanitária em todas as suas proposições fundamentais. Podemos observar essa ofensiva neoliberal especialmente através dos programas do PMDB *Ponte para o Futuro* e *Travessia Social*, que, conforme Soares (2017, p. 124), “informam, claramente, a necessidade de a política social brasileira ter como foco prioritário os 5% mais pobres da população: a miséria da política”.

O governo neoliberal de Temer também foi responsável por gestar inúmeros ataques à política de saúde mental, promovendo medidas que se opõem a Reforma Psiquiátrica e que priorizam o modelo manicomial. Em face ao conservadorismo presente neste governo, os retrocessos se iniciam com a proposta de revisão da Política Nacional de Saúde Mental a partir da portaria nº 32, lançada pelo Dr. Quirino Cordeiro Júnior em 14 de dezembro de 2017 e publicada no Diário Oficial da União em 22 de dezembro do mesmo ano (Silva; Silva, 2020). No geral, essa portaria define:

A manutenção dos leitos em hospitais psiquiátricos, ao passo que veta fechamentos e expande valores pagos para a internação nessas instituições de R\$ 49 para R\$ 80; estimula a criação de novas vagas em hospitais gerais; e propõe a ampliação das comunidades terapêuticas ligadas ao setor privado, de caráter religioso, para atender dependentes químicos por meio de um investimento bastante significativo, no valor que poderia chegar a R\$ 240 milhões por ano, contra quase R\$ 32 milhões destinados por ano aos demais dispositivos que compõem a rede de atenção (Batalha; Dominguez, 2018, apud Silva ; Silva, 2020, p. 108).

Dessa forma, o governo Temer mostra-se a favor do modelo hospitalocêntrico de saúde, que leva à homogeneização dos usuários, trazendo uma concepção de saúde mental restrita, focada nos transtornos, além do apoio às comunidades terapêuticas, que retornam a práticas assistenciais e filantrópicas, especialmente pelo caráter religioso, que lhes faz assumir uma postura conservadora mediante aos pacientes e suas situações de adoecimento, principalmente quando envolvem o uso de álcool e psicoativos.

Além disso, outra medida que ataca a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é a Portaria nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017, que:

Propõe um aumento do valor da diária de internação para aos hospitais psiquiátricos e amplia de 15% para 20% o número de leitos psiquiátricos nessas instituições. Também determina uma taxa de ocupação de 80% dos leitos de saúde mental nos hospitais gerais como condição para que recebam a verba de custeio do serviço, dentre outras medidas que representam juntas, segundo o representante do Conselho Nacional de Saúde, Ronald Ferreira, um sério retrocesso, ao passo que incentivam a cultura da hospitalização que possui uma clara lógica de segregação (Sampaio, 2018 apud Silva; Silva, 2020, p. 108).

A Resolução nº 32/2017 também afirma os hospitais psiquiátricos como sendo parte importante da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, levando ao desfinanciamento de outros serviços importantes e dificultando a expansão e qualificação da rede, ocasionando seu sucateamento. A inclusão das comunidades terapêuticas como parte da RAPS desqualifica a rede, pois a afirmação destes espaços como equipamentos de saúde traz o retorno ao modelo assistencial, além de que as comunidades – instituições que historicamente vêm sendo mantidas por grupos privados e entidades filantrópicas – agora passam a receber investimentos do Ministério da Saúde (Silva; Silva, 2020).

Em 2019, o governo de Jair Messias Bolsonaro deu continuidade ao processo de desmonte iniciado por Temer. Em destaque, nos primeiros passos da gestão podemos citar as mudanças instauradas no Ministério da Saúde, primeiramente com a extinção das secretarias de Gestão Estratégica, reformulação na Secretaria

de Atenção à Saúde e no departamento das infecções sexualmente transmissíveis (IST's), que se chamará Departamento de Doença de Condições Crônicas e Infecções sexualmente transmissíveis. Além da criação de duas secretarias; de atenção primária a saúde e a de tecnologia da informação. Essas mudanças ocasionaram perdas irreparáveis para a saúde pública nacional, dando destaque para o âmbito das IST's, no qual o Brasil foi referência mundial na prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV/AIDS e a junção enfraqueceu as estratégias nesse campo, além da tendência pró-capital e estímulo a iniciativa privada, como vemos na reformulação da Atenção à Saúde que amplia a articulação com Hospitais Privados.

No que tange ao Ministério da Saúde, o ministro nos momentos iniciais do governo Bolsonaro foi Luiz Henrique Mandetta, médico filiado ao Partido Democratas que mantinha relações com planos de saúde privados, como a Unimed, e entidades filantrópicas. Em seu discurso inicial, este defendia a construção de “um sistema privado forte” e “solidário”, afirmando que o SUS dispõe de muitos recursos e por isso seria interessante uma gestão voltada para a economia destes recursos, conforme apresentado por Bravo, Pelaez e Menezes (2020).

O governo em questão também promoveu ataques à política de saúde voltada para a população indígena, bem como voltou-se para a reformulação do Programa Mais Médicos, afirmando a necessidade de torná-lo mais técnico, levando à saída dos médicos cubanos e à desestruturação do mesmo (Bravo; Pelaez; Menezes, 2020). Ademais,

Defendeu ainda a carreira de Estado para médicos; a informatização das informações do setor de saúde no país; o fortalecimento das Santas Casas e um “choque de gestão” nos seis hospitais federais e nos três Institutos vinculados ao Ministério da Saúde localizados no Rio de Janeiro (RJ). Os últimos pontos merecem atenção, especialmente se somados às declarações que questionam a eficiência dos hospitais públicos em comparação com os filantrópicos. (Bravo; Pelaez; Menezes, 2020, p. 201)

Analisar os primeiros passos do governo e suas particularidades iniciais se faz necessário para apreensão das ações de saúde pública nacional durante a pandemia. Em março de 2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou o início da pandemia da COVID-19 em todo o mundo, logo medidas para conter a disseminação em massa do vírus deveriam ser adotadas seguindo as recomendações de pesquisadores, epidemiologistas e médicos. Desse modo, a maioria dos países adotou em seu território políticas de funcionamento, bem como distanciamento social, isolamento e higiene pessoal, pois essas decisões dariam “tempo” até que a ciência encontrasse medicações e vacinas capazes de proteger contra o vírus.



O primeiro caso de COVID-19 foi registrado no Brasil em 25 de fevereiro de 2020, e o primeiro óbito ocorreu três semanas depois, no dia 17 de março. As primeiras medidas tomadas frente à pandemia ocorreram em 13 de março, reunindo como estratégias o cancelamento de cruzeiros turísticos e instituindo quinze dias de isolamento aos indivíduos que estavam no país vindos do exterior. Contudo, tais medidas foram revogadas ainda no mesmo dia, o que acabou por direcionar os rumos que a pandemia tomaria a seguir, pois o momento foi marcado por contradições, nas quais o Ministério da Saúde aconselhava medidas para conter a doença e o presidente manifestava-se em sentido oposto, como em seu primeiro pronunciamento nacional frente à COVID-19, que aconteceu no dia 24 de março, no qual Bolsonaro proferiu falas de cunho negacionista à crise vivenciada no Brasil e no mundo.

O governo Bolsonaro foi marcado por tensões e conflitos entre o presidente e vários órgãos e instituições do governo, como o Ministério da Saúde. Logo no início da pandemia da covid-19, as relações entre o presidente e o ministro da saúde se tensionaram, haja vista que o ministro tentou implantar medidas de contenção do avanço da pandemia, por meio da comunicação diária, com o incentivo à higiene pessoal, ao isolamento social e ao não uso de medicação de forma precoce, medidas que se chocavam com a postura do governante, que chegou a contrariar, inclusive, as autoridades sanitárias internacionais. Por conta dos conflitos existentes entre Bolsonaro e Mandetta, o ministro foi demitido e ficou sob o comando temporário de Nelson Teich, até que o General Eduardo Pazuello o assumiu (Teixeira; Santos, 2023).

Desde o início, o ex-presidente tratou a pandemia e o alto índice de casos e de óbitos de forma negligente, afirmando que se tratava apenas de uma “gripezinha” e se posicionando contra as medidas de isolamento. A preocupação de Bolsonaro se concentrava mais nos interesses econômicos e nos prejuízos financeiros que o isolamento social poderia ocasionar na perspectiva do mercado, do que com as milhares de vítimas que o novo coronavírus causou. Ademais, o governo de Bolsonaro também propagou uma série de *Fake News*, especialmente por meio das redes sociais, buscando construir uma ideia de que a pandemia não se agravaria no Brasil e de que não haveria riscos significativos. Dentre as notícias falsas inferidas por Bolsonaro,

A mais compartilhada dentre elas sustentava que os moradores de rua eram imunes à contaminação, o que atestaria a desnecessidade de medidas de isolamento. Esse conjunto de mensagens sustentava, na senda do discurso presidencial, que a pandemia não avançaria no Brasil devido ao clima quente, ao predomínio de jovens e à baixa densidade demográfica do país. Uma das mensagens mais disseminadas naquele momento sustentava que o vírus não resistiria a temperaturas superiores

a 26 graus, mensagem que circulou especialmente nas regiões mais quentes do país e que estiveram entre as mais intensamente atingidas nos primeiros meses da pandemia no país, como Amazonas, Pará, Maranhão, Pernambuco, Ceará e Rio de Janeiro. (Calil, 2021, p. 42)

Além disso, com o aumento dos casos e do número de mortes, a estratégia bolsonarista de espalhar notícias falsas com o intuito de minimizar a importância das medidas de prevenção contra a doença iam se propagando de região em região, assumindo discursos novos, porém com o mesmo cunho conservador e de negação do contexto pandêmico. Uma das alternativas adotadas por Bolsonaro foi disseminar medicamentos “milagrosos” no enfrentamento à doença, em especial a cloroquina, na qual o ex-presidente comprou inúmeros lotes do medicamento – sem nenhuma comprovação científica de eficácia da substância, quando na verdade deveria estar investindo em estratégias de enfrentamento realmente eficazes.

Sob essa perspectiva, a situação brasileira com relação à política de saúde já não estava favorável antes da pandemia – devido à contrarreforma que vinha sendo gestada de forma mais expressiva desde o governo de Temer e, em sequência, no início do governo Bolsonaro, e com a chegada da COVID-19 ao cenário social, observamos um agudização das expressões da “questão social” já existentes, pois a crise sanitária que se instaurou no país foi responsável por reforçar as desigualdades sociais. Consequentemente, o acesso à saúde, que já se mostrava restrito às camadas mais pobres da sociedade, ficou ainda mais escasso em detrimento de um projeto de saúde voltado para os interesses de mercado.

É válido ressaltar que o conceito de saúde não pode ser tido apenas como “ausência de doença”, mas que saúde compreende uma esfera que engloba alimentação, acesso ao saneamento básico, moradia, lazer etc. Isso posto, na realidade em questão, em que consideramos a sociedade brasileira no governo Bolsonaro, com índice elevado de desigualdades sociais, as próprias ações de combate à COVID-19 são comprometidas, levando em consideração a precariedade das condições sanitárias, em que a situação de pobreza é tamanha, que muitos indivíduos não têm nem mesmo água para higienizar suas mãos, tampouco acesso ao álcool em gel. (Soares; Correia; Santos, 2021).

Ademais, a negligência de Jair Bolsonaro perante a pandemia também se expressou por meio de suas decisões a respeito do Ministério da Saúde, em que:

Durante a pandemia, o governo Bolsonaro nomeou três ministros diferentes para o cargo, sendo o último deles, Eduardo Pazuello, um militar que vem implementando um processo de militarização do ministério e de desestruturação da sua base técnica. Todo o seu primeiro escalão é integrado por militares sem experiência ou formação na área de saúde. Ademais, têm sido realizados movimentos no sentido de restringir

o acesso à informação e a dados sobre a pandemia e a gestão da política. (Soares; Correia; Santos, 2021, p. 122).

Pazuello, por ser um militar, não tinha nenhuma experiência na saúde, gerindo o Ministério de acordo com os ditames impostos pelo presidente. Em decorrência disso, foi estimulado o tratamento de pacientes com covid-19 com a cloroquina e hidroxiclороquina e foram restritas as divulgações dos dados diários da pandemia. Ademais, a ocupação do Ministério por militares de diversas patentes fragilizou o mesmo como uma entidade de suporte no combate à pandemia. (Teixeira; Santos, 2023).

Sob esse viés, além de buscar restringir o acesso as informações sobre os dados da pandemia, o governo também demonstrou uma postura antivacina, tanto pela falta de investimentos e pela negação da Ciência enquanto capaz de produzir vacinas eficazes contra o vírus, como por meio de falas do ex-presidente que incitavam a população a não se vacinar. Isso impacta diretamente nos princípios do SUS, que defende a imunização da população como uma importante estratégia de prevenção contra doenças, inclusive, ofertando vacinas para todos de forma gratuita.

Outrossim, o embate entre o governo e a Anvisa foi um ponto marcante de tensão, pois a agência orientava o uso de máscaras e o distanciamento, bem como condenava práticas terapêuticas no tratamento aos pacientes com covid, enquanto o presidente era constantemente flagrado sem máscara e foi contra a aprovação pela Anvisa das vacinas AstraZeneca, Oxford e Coronovac para imunização da população, pondo em dúvida a eficácia das vacinas e levando seus apoiadores a questionarem a necessidade da imunização (Teixeira; Santos, 2023). Ou seja, em todo o tempo a comunidade científica orientava para um lado, e o presidente, apoiado pelo Ministro da Saúde, seguia por outro, levando ao agravamento dos números de casos e mortes, e fazendo com que em 2021 o Brasil atingisse a menor cobertura vacinal em 20 anos, segundo dados do Observatório da Atenção Primária à Saúde (Agência Brasil, 2023).

Em consonância com o supramencionado, de acordo com dados apontados pelo Rede Brasil Atual – RBA, o enfrentamento ao momento de pandemia no Brasil diante o governo de Jair Messias Bolsonaro, se encontra entre os piores do mundo, pois permitiu 75% das quase 690 mil mortes, que segundo especialistas totalizaram 517 mil óbitos ocasionados pela covid-19, em decorrência da promoção de tratamentos ineficazes e medidas inadequadas tomadas pela má conduta do governo federal do país, como o desestímulo à vacinação e o uso de medicamentos sem comprovação científica para o

tratamento da doença. Ainda segundo os dados desta pesquisa, se medidas eficazes tivessem sido colocadas em prática, uma a cada quatro mortes teria sido evitada.

Com base nessas análises, podemos ver que o governo Bolsonaro assume uma tendência que caminha para o Projeto Privatista da Saúde, tendo em vista os constantes ataques à política de saúde pública, que se evidenciam também pela escolha de um ministro sem nenhuma experiência na área da saúde, sem uma preparação adequada para gerir uma situação tão complexa e delicada. Assim, as políticas de precarização e focalização de Bolsonaro direcionaram para a morte de milhares de pessoas, pois sua conduta negacionista não permitiu que o mesmo seguisse as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), fazendo com que o governo adotasse medidas contrárias à proteção contra a doença.

Paralelamente aos fatos conturbados que envolveram a gestão de Bolsonaro frente a pandemia, a contrarreforma na saúde também atingiu outros âmbitos, como, por exemplo, a Política de Saúde Mental, na qual o ex-presidente atuou com vistas a desarticular a Rede de Atenção Psicossocial, demonstrou apoio às chamadas comunidades terapêuticas, posicionou-se contra a estratégia de redução de danos e a favor da abstinência como forma de tratamento, bem como demonstrou apoio às práticas de internação compulsória, dando continuidade aos desmontes iniciados no governo Temer. (Silva; Silva, 2020).

Nesse segmento, uma das primeiras medidas adotadas foi a Nota Técnica nº 11/2019, que aborda as mudanças ocorridas na referida política e também nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, na qual é reforçado o papel dos hospitais psiquiátricos como parte da RAPS, a internação de crianças e adolescentes e também a defesa dos tratamentos voltados para abordagens biológicas. A criação de uma nova modalidade de CAPS AD, do tipo IV, expressa uma precarização da rede, pois são criados com a justificativa de ampliar o atendimento, tendo em vista o funcionamento 24 horas, porém acabam por atuar como facilitadores das práticas de internação compulsória. Além disso, a política de álcool e outras drogas passou a ser de responsabilidade do superministério da Cidadania, resultando no rompimento com a política de desinstitucionalização e estimulando o tratamento desumanizado dos usuários. (Silva; Silva, 2020).

A partir dos fatos mencionados, percebemos que os governos de Michel Temer e Jair Messias Bolsonaro marcaram a conjuntura política de forma negativa, como governos voltados para a militarização da vida social, com políticas focalizadas que não podem ser acessadas por todos os indivíduos, além da crescente tentativa de mercantilizar a política de saúde e transformar o Sistema Único de Saúde em um sistema rentável para o capital.

### **3. AS REPERCUSSÕES DA CONTRARREFORMA NO TRABALHO DOS (AS) ASSISTENTES SOCIAIS NA POLÍTICA DE SAÚDE**

A partir da década de 1980, através do movimento de intenção de ruptura, o Serviço Social rompe com as origens conservadoras da profissão, atingindo maturidade teórica na academia, nas entidades representativas da profissão e adotando a teoria marxista como norteadora para o exercício profissional. No entanto, nesse primeiro momento do movimento de renovação, a maior parte da categoria profissional encontrava-se inserida nas universidades, com poucas mudanças na intervenção (Bravo; Matos, 2006).

Contudo, os presentes avanços ainda eram considerados insuficientes, pois o Serviço Social chegou a década de 1990 com poucas alterações na prática institucional e, embora a saúde seja o campo de maior inserção das(dos) assistentes sociais, a categoria ainda se encontrava desarticulada do movimento de Reforma Sanitária. Assim, a produção de conhecimento sobre as demandas postas à categoria no campo da saúde também era insuficiente (Bravo; Matos, 2006).

É também nos anos 1990 que se constrói o Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social, que tem a liberdade como valor ético central e busca construir uma nova ordem societária, pautada na emancipação humana. O mesmo se ancora no Código de Ética da profissão de 1993, na Lei nº 8.662/1993, conhecida como Lei de Regulamentação da Profissão, e nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS, que juntos estabelecem a direção social e política que a profissão irá assumir. Contudo, os anos 1990 também são palco para a consolidação do projeto neoliberal, que se confronta tanto com o projeto profissional hegemônico no Serviço Social quanto com o projeto de Reforma Sanitária, ambos que se aproximam, tendo em vista seus aportes e referenciais teóricos e os princípios que defendem. Outrossim, nessa mesma década também se consolida o projeto de saúde privatista, que tem como base a focalização no atendimento às populações vulneráveis, a desconcentração dos serviços e o questionamento da universalidade do acesso ao direito (Bravo; Matos, 2006).

Conforme o discutido por Bravo e Matos (2006), constatamos que existem dois projetos políticos em disputa na área da saúde: o projeto de Reforma Sanitária e o projeto privatista da saúde, e que ambos apresentam diferentes requisições para o Serviço Social.

O projeto privatista requisitou, e vem requisitando, ao assistente social, entre outras demandas: seleção sócio-econômica dos usuários, atuação psico-social através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social

trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo a participação cidadã. (Bravo; Matos, 2006, p. 10)

Na conjuntura neoliberal, e contexto da contrarreforma gestada na política de saúde, temos visto a prevalência do modelo de saúde voltado para o mercado, tendo em vista os investimentos cada vez mais abundantes na iniciativa privada e os desmontes na referida política, expressos através da precarização do SUS.

Ao tomarmos como referência o documento dos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (CFESS, 2010), este aborda as principais ações a serem desempenhadas pelas(os) assistentes sociais na saúde. Dentre essas ações, passamos pelo atendimento direto aos usuários, que deve se dar desde a atenção básica até os serviços de média e alta complexidade, por meio de ações socioassistenciais, nas quais os profissionais realizam visitas domiciliares, avaliação socioeconômica dos usuários, devem atuar buscando a democratização do acesso à informação, a desburocratização do acesso aos serviços, conhecendo a realidade dos usuários etc., transpondo o caráter emergencial e burocrático. Estes também devem realizar ações de articulação com a rede e com a equipe de saúde, bem como desenvolver ações socioeducativas, por meio das abordagens individuais, grupais ou coletivas.

As(os) assistentes sociais também devem desempenhar atividades de mobilização, participação e controle social, para reivindicar os direitos e demandas na agenda pública, além de ações de investigação, planejamento e gestão para fortalecer a gestão democrática e participativa e ações de assessoria, qualificação e formação profissional, buscando o aprimoramento profissional no ambiente de trabalho. No entanto, embora o documento frise a necessidade de as(os) assistentes sociais terem pleno conhecimento de suas atribuições e competências, há muitos casos em que os profissionais as desconhecem, desempenhando em seu exercício profissional ações que não são próprias da profissão.

Exemplos como: selecionar e restringir o acesso a direitos e serviços de saúde, solicitar do usuário ou seus familiares que contribuam comprando medicamentos, pagando procedimentos antes incluídos nos serviços do SUS; assistentes sociais sendo convocados para selecionar qual o acompanhante do usuário internado que irá receber alimentação etc. Esses são alguns dos exemplos de situações que já vêm se tornando mais comuns no âmbito das práticas em saúde pelo Serviço Social, precisamente a partir de 2015, com o primeiro grande corte orçamentário da política, ainda no governo Dilma. (Soares, 2017, p. 124-125)

Dessa forma, na atual conjuntura, as principais demandas que têm se apresentado para as(os) assistentes sociais são demandas de cunho emergencial e assistencial, em decorrência da refilantropização dos serviços de saúde, que retoma práticas conservadoras e estimula seu fortalecimento no interior da categoria. Ademais, frequentemente são postas tarefas de cunho burocrático e técnico, que acabam por esvaziar a intervenção profissional em seu caráter crítico e político, e deixadas de lado as ações de controle social, planejamento, as ações socioassistenciais e educativas. Soares (2017, p. 129) afirma que “[...] as limitações impostas pela precariedade dos vínculos nas instituições privadas incidem diretamente sobre a relativa autonomia dos profissionais de saúde”.

Uma importante reflexão acerca das repercussões da contrarreforma na política de saúde para o trabalho de assistentes sociais pode ser feita a partir da análise de como se deu o exercício profissional da categoria durante a pandemia da covid-19. De acordo com Soares, Correia e Santos (2021, p. 124):

No tocante à condição de trabalhador da saúde, as contratações de assistentes sociais expressam cada vez mais a precarização e a profunda privatização da política de saúde. No bojo das estratégias de enfrentamento da covid-19, a maior parte da expansão dos serviços de saúde se deu via terceirização da gestão em saúde, conforme já discutimos, e, portanto, com contratos precários, inseguros e temporários de trabalho, além da histórica tendência de baixas remunerações. Ademais, no momento da pandemia houve um aprofundamento da plantonização da organização do trabalho profissional — inclusive utilizada como estratégia de menor exposição e risco do(a) trabalhador(a). Contudo, contraditoriamente, em muitos serviços tal estratégia intensificou a precarização das condições de trabalho e de riscos e agravos à saúde. Isto porque tem sido relativamente frequente a realização de plantões com duração de 24 horas de trabalho, caracterizando-se como extenuantes e que põem em risco tanto a saúde de profissionais quanto a qualidade dos serviços prestados.

Além disso, logo no início da pandemia, a categoria profissional teve que lidar com duas grandes problemáticas: a dificuldade de acesso aos equipamentos de proteção individual (EPI) e o tensionamento frente às suas atribuições e competências. Com a escassez de EPI, as(os) profissionais estavam constantemente expostos ao vírus, pois mesmo não tendo contato direto com os pacientes, estavam em contato com suas famílias. Inclusive, o contexto pandêmico trouxe novamente para o cenário velhas práticas, que se chocam com as atribuições e competências profissionais, como a requisição de que o Serviço Social comunique óbitos aos familiares dos pacientes com covid, retomando práticas tradicionais e conservadoras.

Assim, em meio às contradições da política de saúde, com intensa precarização, desfinanciamento, privatização e fragmentação, sem

articulação e coordenação de enfrentamento em nível federal, com expressões de uma política genocida ao mesmo tempo que extremamente privatista e ultraliberal, o Serviço Social é requisitado a reproduzir o perfil profissional tecnicista, voluntarista e conservador. (Soares; Correia; Santos, 2021, p. 126)

Porém, mesmo em meio a um cenário caótico e de inúmeras contradições, o Serviço Social ainda se mostrou como uma categoria de lutas e resistências, especialmente por meio do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), que emitiu notas defendendo as atribuições e competências da profissão, ratificando que a tarefa de comunicação de óbitos e de repasse de informações clínicas não compete aos profissionais (Soares; Correia; Santos, 2021). Dessa forma, reiteramos a necessidade de maior articulação entre a categoria profissional, vinculada ao conjunto CFESS/CRESS, em defesa dos direitos de toda a classe trabalhadora e do acesso democrático aos serviços, combatendo as posturas conservadoras nos mais variados espaços nos quais a profissão se insere, a fim de consolidar a direção sociopolítica do Serviço Social.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A política de saúde no Brasil tem uma longa trajetória histórica perpassada dentre muitas nuances, como descritas brevemente ao longo deste artigo. A busca da classe trabalhadora por saúde pública de qualidade foi e continuará sendo sinônimo de lutas em meio às contradições que refletem os valores de uma sociedade capitalista, que é impulsionada pela implementação contínua do receituário neoliberal, bem como os traços do conservadorismo que se fixaram sobre o Sistema Único de Saúde - SUS, implicando para a construção do exercício profissional do serviço social de maneira qualitativa em consonância com o Código de Ética profissional e materialização do Projeto Ético-político.

A partir de nossas observações, concluímos que os governos neoliberais analisados no presente artigo inferiram ataques a todo o conjunto das políticas que integram o tripé da Seguridade Social, onde analisamos em particular à política de saúde. Essas alterações e desmonte dos programas essenciais foram possíveis graças a ações mobilizadas por interesses econômicos de uma parte da população, medidas como a contrarreforma direcionada ao Sistema Único de Saúde – SUS.

A contrarreforma atingiu a efetivação da política de saúde em todos os seus segmentos, contrariando os princípios da reforma sanitária, desregulamentando as diretrizes que davam sustentação ao SUS previstas na constituição de 1988, Art. 196, que prevê a garantia da saúde como direito e dever do Estado, precarizando os serviços e conseqüentemente o trabalho qualificado dos profissionais de saúde, categoria em que os assistentes sociais também se inserem.



Os desafios vivenciados durante a pandemia para o Serviço Social, são roupagens do reflexo de uma sociedade perpassada por inúmeras problemáticas que não se isentaram, mas que se aglutinaram diante de uma pandemia devastadora. É diante desse cenário que a qualidade dos serviços é testada, manter a qualidade em um ambiente extremamente precarizado é um desafio, que aumenta à medida que a ideologia neoliberal avança/avançou mesmo que na pandemia. Encontrar caminhos de atuação para o exercício profissional sem que os usuários sejam prejudicados, é encontrar na criatividade profissional caminhos para a realização do trabalho.

Nos mandatos presidenciais em questão, percebemos a prevalência do projeto de saúde privatista sobre o de Reforma Sanitária, direcionando os investimentos que deveriam ser para a política pública ao capital privado. Vale ressaltar que ambos os projetos em embate demandam diferentes requisições para o Serviço Social, sendo o último responsável por aplicar ao exercício profissional tendências conservadoras, privilegiando atuações assistenciais e pragmáticas. Por isso, é imprescindível que as lutas e movimentos sociais estejam condizentes com as lutas da categoria profissional, para que os direitos dos trabalhadores e usuários possam estar mantidos e resguardados, mesmo em meio às adversidades vindouras.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Flávia. Brasil atingiu em 2021 menor cobertura vacinal em 20 anos: média nacional ficou em 52,1%. Agência Brasil, 2023. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2023-08/brasil-atingiu-em-2021-menor-cobertura-vacinal-em-20-anos> Acesso em: 08 jan. 2024

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <CF88\_Livro\_EC91\_2016.pdf>. Acesso: 29, jul. 2023.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez**, p. 343-365, 2006. Disponível em: <http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/cej472Fic4P2HK6fVW92.pdf> Acesso em: 31 de jul. de 2023

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. **A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências**. Ser Social, v. 22, n. 46, pág. 191-209, 2020. Disponível em: [https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/25630](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630) Acesso em: 31 de jul. de 2023

CALIL, Gilberto Grassi. **A negação da pandemia: reflexões sobre a estratégia bolsonarista**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 140, p. 30-47, jan./abr. 2021. Disponível

em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/ZPF6DGX5n4xhfjNTypm87qS/> Acesso em: 31 de jul. de 2023

CFESS. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. São Paulo, 2010.

DA SILVA, Berenice Lira; DA SILVA, Alessandra Ximenes. **A Política Nacional de Saúde Mental:** uma reflexão acerca dos retrocessos nos governos Temer e Bolsonaro. Serviço Social em Revista, v. 23, n. 1, p. 99-119, 2020. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/38697> Acesso em: 31 de jul. de 2023

MARIANO, CYNARA MONTEIRO. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. Revista de Investigações Constitucionais. 2017, v. 4, n 1, pp. 259-281. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/rinc.v4i1.50289>. Acesso em: 7 de jan. de 2024

OLIVEIRA, Cida de. Os sete erros de Bolsonaro que permitiram 75% das 690 mil mortes por covid no Brasil. Rede Brasil Atual, 2022. Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/saude-e-ciencia/sete-erros-bolsonaro-covid-brasil/> Acesso em: 08 jan. 2024

ROSADO, Iana Vasconcelos Moreira; FREITAS, Gleidiane Almeida. **As contradições do direito à saúde no capitalismo:** apontamentos da realidade brasileira. Ser Social. Brasília, v. 22, n. 47, 2020. Disponível em: [https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/25428](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25428) Acesso em: 28 de jun. de 2023

SOARES, Raquel Cavalcante. **Tendências da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social: privatização e superprecarização.** In: SILVA, Alessandra Ximenes dá; NÓBREGA, Mônica Barros da; MATIAS, Thaisa Simplício Carneiro (Org.). Contrarreforma, intelectuais e Serviço Social: as inflexões na política de saúde. Campina Grande-PB: Eduepb, 2017.

SOARES, Raquel Cavalcante; CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos. **Serviço Social na política de saúde no enfrentamento da pandemia da covid-19.** Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 140, p. 118-133, jan./abr. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/B3QvfrsQcsNy6H3vP5ZrTmS> Acesso em: 31 de jul. de 2023

SOARES, Raquel Cavalcante. **Governo Temer e contrarreforma na política de saúde:** a inviabilização do SUS. Argumentum, v. 10, n. 1, pág. 24-32, 2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4755/475566804004/475566804004.pdf> Acesso em: 31 de jul de 2023

Teixeira, Carmen Fontes e Santos, Jamilli Silva. Análise estratégica da atuação do governo federal brasileiro na pandemia de COVID-19: 2020-2021. Ciência & Saúde Coletiva. 2023, v. 28, n. 05, pp. 1277-1286. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.10502022> <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.10502022EN>>. Acesso em: 07 de jan. de 2024