

ORGANIZADORAS
GLENY TEREZINHA DURO GUIMARÃES
ANA LÚCIA SUÁREZ MACIEL
BEATRIZ GERSHENSON

**NEOLIBERALISMO
E DESIGUALDADE
SOCIAL:
REFLEXÕES
A PARTIR DO
SERVIÇO SOCIAL**

 ediPUCRS

© EDIPUCRS 2020

CAPA Thiara Speth

DIAGRAMAÇÃO EDIPUCRS

REVISÃO DE TEXTO Carol Ferrari

Edição revisada segundo o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.



O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001



Editora Universitária da PUCRS

Av. Ipiranga, 6681 – Prédio 33
Caixa Postal 1429 – CEP 90619-900
Porto Alegre – RS – Brasil
Fone/fax: (51) 3320 3711
E-mail: edipucrs@pucrs.br
Site: www.pucrs.br/edipucrs

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

N438 Neoliberalismo e desigualdade social: reflexões a partir do serviço social / Gleny Terezinha Duro Guimarães, Ana Lúcia Suárez Maciel, Beatriz Gershenson organizadoras. – Porto Alegre : EDIPUCRS, 2020.
319 p.

ISBN 978-65-5623-003-0

1. Política social. 2. Assistência social. 3. Capitalismo – Aspectos sociais. 4. Neoliberalismo – Aspectos sociais. 5. Igualdade. 6. Serviço social. I. Guimarães, Gleny Terezinha Duro. II. Maciel, Ana Lúcia Suárez. III. Gershenson, Beatriz.

CDD 23. ed. 361.61

Lucas Martins Kern CRB-10/2288
Setor de Tratamento da Informação da BC-PUCRS.

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS. Proibida a reprodução total ou parcial, por qualquer meio ou processo, especialmente por sistemas gráficos, microfílmicos, fotográficos, reprográficos, fonográficos, videográficos. Vedada a memorização e/ou a recuperação total ou parcial, bem como a inclusão de qualquer parte desta obra em qualquer sistema de processamento de dados. Essas proibições aplicam-se também às características gráficas da obra e à sua editoração. A violação dos direitos autorais é punível como crime (art. 184 e parágrafos, do *Código Penal*), com pena de prisão e multa, conjuntamente com busca e apreensão e indenizações diversas (arts. 101 a 110 da Lei 9.610, de 19.02.1998, Lei dos Direitos Autorais).

3.1 REFLEXOS DO MODELO NEOLIBERAL NA CONDUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS: É POSSÍVEL EFETIVAR A INTERSETORIALIDADE?

LUÍZA RUTKOSKI HOFF
MARIA ISABEL BARROS BELLINI

Introdução

A temática da intersectorialidade, em evidência nos últimos anos, tem ocupado um importante lugar na agenda das políticas sociais. Isto se deve, entre outros fatores, às dificuldades que as políticas se deparam no processo de garantir direitos pelo acirramento das expressões da questão social, como o agravamento da pobreza e da desigualdade social, que se choca com as debilidades do sistema de proteção social brasileiro, para responder às demandas por direitos sociais.

Na política de saúde, por exemplo, a intersectorialidade a partir da própria definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) é compreendida como uma articulação de vários setores para que se alcance melhores resultados nos processos de saúde e doença. Na Política de Assistência Social, ela é requisito fundamental para garantia de direitos de cidadania e, para efeito da operacionalização do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), está previsto que as ações no campo da assistência social devem ocorrer em sintonia e articulação com outras políticas públicas (MONNERAT e SOUZA, 2014).

Na Constituição Federal de 1988 as reformas institucionais direcionam as políticas públicas para paradigmas universalistas, com vistas à integralidade no atendimento e que embasam a necessária articulação entre os setores,

[...] com a Constituição de 1988, são colocadas novas bases para o atual sistema de proteção social brasileiro com o reconhecimento de direitos sociais das classes subalternizadas em nossa sociedade. Em seu artigo 194, a Seguridade Social define-se como um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da Sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (YAZBEK, 2012, p. 301).

A construção da Seguridade Social, nesse sentido, é um marco importante pois as políticas de Assistência Social, Previdência e Saúde passam a compor o tripé desse sistema que é um grande avanço no processo de garantia de direitos, porém, sofre grandes ataques desde seu surgimento. As diretrizes previstas na Constituição Federal não foram totalmente materializadas e outras diretrizes orientaram as políticas sociais de forma bastante diferenciada, de modo que não se instituiu um padrão de seguridade social homogêneo, integrado e articulado (BOSCHETTI, 2009, p. 9). Tornando assim, cada vez mais distante e utópico os processos intersetoriais entre as Políticas.

Essa não materialização das diretrizes da Seguridade Social deve-se ao fato de que, em pleno processo da promulgação da Constituição de 1988 e das discussões críticas em torno de suas conquistas, o Brasil se tornou signatário do acordo firmado com organismos financeiros internacionais, como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI), por meio das orientações contidas no Consenso de Washington¹ (COUTO, 2008, p. 145). Conforme Boschetti (2009) a onda neoliberal

¹ 50. Indicação para desestruturação dos Sistemas de Proteção Social, vinculados a estruturas estatais, e orientação para que os mesmos passassem a ser gestados pela iniciativa privada (COUTO, 2008, p. 145).

que assolou o país a partir da década de 1990, foi determinante para o desenvolvimento de uma política econômica voltada para a rentabilidade da economia em detrimento dos avanços sociais.

Nesse sentido, embora a intersectorialidade faça parte dos documentos legais que embasam o direcionamento das ações de cada política a partir da Constituição Federal, nota-se que, na contramão acontece um verdadeiro desmonte das políticas públicas que se desenham cada vez mais para ações focalizadas e fragmentadas. O que vem rompendo, de maneira sistemática, com processos intersectoriais.

O presente subcapítulo apresenta alguns pontos de discussão sobre os processos de *contrarreformas*², com ênfase para a interferência do neoliberalismo nas Políticas Públicas no Brasil, nos últimos anos. Também problematiza estas novas formas que o Estado vem assumindo na condução das políticas públicas. Propõem-se pontos para reflexão sobre o caso da saúde pública no país, que vive um crescente processo de privatizações e do quanto isso impacta negativamente no desenvolvimento de ações intersectoriais e que, por vezes, tem tornado a intersectorialidade como algo utópico ou inviável.

3.1.1 Modelo neoliberal e os reflexos nas políticas públicas

Os reflexos do ideário neoliberal nas políticas públicas brasileiras aparecem de forma latente a partir da década de 90, principalmente pelas medidas de diminuição das funções estatais, pelo amplo processo de privatizações, terceirizações, configurando-se em um modelo de Estado que se torna mínimo para o trabalho e máximo para as questões relacionadas ao Capital financeiro. Alves (2014) auxilia nessa análise trazendo alguns elementos do modelo de governo deste período.

O governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso, compreendido entre os anos 1995 a 2002, foi identificado pelo autor pelo trinômio:

² Termo utilizado pela autora Elaine Rosseti Behring, no livro “Brasil em Contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos” (BEHRING, 2008).

“abertura econômica, privatizações e desregulamentação do Estado” (ALVES, 2014, p). Principalmente a década de 1990, com a privatização da riqueza, forjou-se um ambiente propício para o surgimento de uma burguesia beneficiada e fortalecida pela imensa transferência patrimonial das finanças. Neste modelo o mercado é o principal indutor da economia.

Anteriormente a este período, viveram-se no Brasil períodos de Desenvolvimentismo, com os governos Juscelino Kubitschek e a Ditadura Militar. Ou seja, caracterizava-se por uma política econômica baseada em metas de crescimento, de industrialização e da infraestrutura que possibilitasse o crescimento com intervenção ativa do Estado, caracterizado enquanto base da economia e com a manutenção de um padrão de consumo da população, que mantivesse os níveis de crescimento do país.

Para Alves (2014), nos anos 2000 vive-se no Brasil o neodesenvolvimentismo, considerado o período dos Governos Lula e Dilma Rousseff. Para o autor, o primeiro governo do presidente Lula manteve os pilares da macroeconomia neoliberal. Posteriormente, se desenhou um governo pautado em um Estado regulador e investidor, de disciplina fiscal e monetária e com vasto programa de transferência de renda, o que caracteriza o modelo desenvolvimentista renovado, o neodesenvolvimentismo.

Porém, não significa que haja uma mudança em relação ao modelo neoliberal. Sinteticamente as ideias principais do neoliberalismo sustentam que o essencial para crescimento do produto nacional bruto e desenvolvimento da economia é o controle feito pelo mercado e pelo setor privado, com privatização de setores fundamentais como saúde, educação, eletricidade, água entre outros. Também, com a abertura das fronteiras para fluxo de capital e recursos financeiros estrangeiros, ampliando a competição e a alta produtividade, com participação mínima do Estado. Ao final, os problemas sociais e econômicos seriam resolvidos.

Nesta perspectiva, o neodesenvolvimentismo integra o bloco histórico do capitalismo neoliberal, embora com diferenças significativas entre neoliberalismo da década de 90. Para Alves (2014) os limites do neodesenvolvimentismo se apresentam como os limites do próprio Estado

brasileiro como Estado neoliberal de feição oligárquico-financeira. Um Estado capturado pelo capital especulativo-parasitário, que determina a própria lógica da governabilidade no país (ALVES, 2014).

Tal lógica de governabilidade resgata a coisa pública, porém, em um novo formato, com uma nova roupagem. No neodesenvolvimentismo a coisa pública recuperada incorpora a lógica do mercado, surgindo como resultado as parcerias do Estado com instituições do terceiro setor, não governamentais, conforme assinala,

Por um lado, o neodesenvolvimentismo, na medida em que se contrapôs ao neoliberalismo, resgatou a coisa pública, procurando recuperar a capacidade estratégica de intervenção do Estado brasileiro, corroída na década neoliberal pelo primado do mercado. Entretanto, por outro lado, a coisa pública recuperada pelo neodesenvolvimentismo incorporou a sintaxe do mercado. Por exemplo, surgiram as parcerias público-privada (ALVES, 2014, p. 100).

As análises devem considerar o apontado por Simionatto e Luza (2011), quanto às requisições feitas à esfera pública, *não estatal*, para que ela assuma o lugar do Estado em funções que não lhe são exclusivas:

Ao lado das esferas estatal e privada, ganhou destaque a esfera pública não estatal, composta pelas organizações sem fins lucrativos e de interesse público, as empresas privadas em suas ações de responsabilidade social e a propriedade corporativa, formando em seu conjunto, o terceiro setor, que, além de complementar o Estado, também foi chamado para substituí-lo em funções e atribuições consideradas como não exclusivas (SIMIONATTO, LUZA, 2011, p. 215).

Com o surgimento das parcerias público-privada, nota-se que a lógica e os processos de trabalho do mercado, acabam por se inserir na coisa pú-

blica. Há um aumento crescente destas parcerias, que estão cada vez mais presentes no cenário das políticas públicas. Nesse sentido, se mantém um Estado, mas é um que, para garantir direitos e acesso às políticas públicas, conta com parcerias, quais sejam: parcerias com Instituições Filantrópicas, convênios público-privado, Fundações, etc. Nesse sentido há um processo de mercadorização dessas políticas, que deixam de se tornar processos de garantia de direitos para se tornarem acesso a uma mercadoria.

3.1.2 Novas “roupagens” assumidas pelo estado e seus reflexos na gestão das políticas públicas

No Brasil, é a partir da década de 1990 que se dá início a um amplo processo de privatizações e desregulamentação do Estado. Novos segmentos passam a assumir a cena das Políticas Sociais no país. Entram em cena as diversas Organizações do Terceiro Setor, como por exemplo: as Organizações Não-Governamentais, Entidades/Organizações sem fins lucrativos, Filantropias, Organizações de Caridade, entre outras.

O chamado “terceiro setor”, *na interpretação governamental*, é tido como distinto do Estado (primeiro setor) e do mercado (segundo setor). O chamado “terceiro setor” é considerado como um setor “não-governamental”, “não-lucrativo” e voltado ao desenvolvimento social, e daria origem a uma “esfera pública não-estatal”, constituída por organizações da sociedade civil de interesse público (IAMAMOTO, 2009, p. 190).

A relação entre o Estado e o Terceiro Setor desperta desde posições que se antagonizam até as que estabelecem uma relação ambígua entre este e a Sociedade Civil. A questão é que o papel do dele nas políticas sociais interfere e obscurece os processos de participação e de construção da esfera pública. Conforme lamamoto,

[...] chama atenção a tendência de estabelecer uma identidade entre terceiro setor e sociedade civil. Esta passa a ser reduzida a um conjunto de organizações – as chamadas entidades sem fins lucrativos-, *sendo delas excluídos os órgãos de representação política, como sindicatos e partidos, dentro de um amplo processo de despolitização*. A sociedade civil tende a ser interpretada como um conjunto de organizações distintas e “complementares”, destituída dos conflitos e tensões de classe, na qual prevalecem os laços de solidariedade (IAMAMOTO, 2009, p. 190).

Sobre isso, o conceito ampliado de Estado em Gramsci fala de uma Sociedade Civil que é formada pelo conjunto das organizações responsáveis pela difusão da ideologia, não limita a certo modelo de Organização e distingue duas esferas no interior das superestruturas (COUTINHO, 2006).

Temos assim que o Estado em sentido amplo, enriquecido com novas determinações, comporta duas esferas principais: 1) a sociedade política (que Gramsci também chama de “Estado em sentido estrito” ou de “Estado coerção”, [...] com o governo em sentido estrito; e 2) a sociedade civil, formada precisamente pelo conjunto das organizações responsáveis pela elaboração e/ou difusão das ideologias (COUTINHO, 2006, p. 35).

Para Coutinho (2006) o conceito ampliado de Estado em Gramsci se apresenta como conservação/superação da teoria Marxiana “clássica”, pois se apoia nessa descoberta dos “aparelhos privados de hegemonia”. E, nesta perspectiva, identifica-se que o Segmento Filantrópico fincou seu espaço no artigo 199 da Constituição Federal de 1988, o qual preconiza que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”, § 1º – As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Além da garantia do campo legal, diante de um sistema que prioriza o capital financeiro, a discussão sobre o modelo neoliberal também alcança o campo ideológico. Conforme afirma Boron, que fala da “vitória ideológico – cultural do neoliberalismo” (BORON, 1999, p.8). O autor aponta que tal vitória “assenta-se sobre uma derrota epocal das forças populares e das tendências mais profundas da reestruturação capitalista e se manifesta em quatro dimensões”. Sendo uma das dimensões a que vincula o Estado como instituição incapaz, ineficiente, conforme Boron (1999).

O deslocamento do equilíbrio entre mercados e estado, um fenômeno objetivo que foi reforçado por uma impressionante ofensiva no terreno ideológico que “satanizou” o estado ao passo que as virtudes dos mercados eram exaltadas. Qualquer tentativa de reverter esta situação não só deverá enfrentar os fatores estruturais, mas também, ao mesmo tempo, se houver com potentes definições culturais solidamente arraigadas na população que associam o estatal com o mau e o ineficiente e os mercados como o bom e o eficiente (BORON, 1999, p. 8).

Esses posicionamentos, que relacionam o Estado ao “mau e ineficiente” ao mesmo passo que exaltam as virtudes dos mercados não dão visibilidade à discussão central que precisa ser feita que é a relação entre os processos de trabalho estabelecidos nos serviços conveniados e a universalidade do acesso. Iamamoto nos convoca a refletir que tais Organizações “não se movem pelo interesse público e sim pelo interesse privado de certos grupos e segmentos sociais” (IAMAMOTO, 2009, p. 191).

Com isso, reforça a seletividade no atendimento, segundo critérios estabelecidos pelos mantenedores, fragilizando a universalidade que depende de políticas sociais articuladas com ações intersetoriais concretas que deem conta das necessidades e dos interesses coletivos. Nesse sentido, a universalidade no acesso só é possível no âmbito do Estado e é imprescindível que ele se expanda para a sociedade de modo a fazer

prevalecer interesses mais coletivos e compartilhados, o que depende da luta entre as forças sociais (IAMAMOTO, 2009, p. 190).

3.1.3 Os desafios para o desenvolvimento de ações intersetoriais: uma análise tendo a política de saúde e as instituições privadas sem fins lucrativos como pano de fundo

Política constituinte do tripé da Seguridade Social, a Política de Saúde sofre grandes perdas desde a sua vitória no campo legal. Na Constituição Federal de 1988, a Saúde é garantida legalmente como Direito de todos e dever do Estado “[...] a ser garantida através de políticas sociais e econômicas que primam pela redução do risco de doença, e pelo acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação do paciente” (BRASIL, 1988, art. 196). No entanto, os aparatos legais – as garantias inscritas na Constituição Federal de 1988 e nas Legislações do Sistema Único de Saúde (8080/90 e 8142/90) – não foram efetivados na sua totalidade,

[...] o processo de legislação do setor não foi acompanhado pela efetivação da política, criando-se uma situação *sui generis* como a de se ter apenas conseguido contemplar na Constituição o modelo de saúde a ser aplicado no País, *sem as condições políticas necessárias para efetivá-lo*. Desse modo a Reforma Sanitária foi definida no plano legal sem que isso revertesse em melhor atendimento, prevenção ou condições de saúde da população (GERSCHMAN, 2004, p. 181).

As condições políticas mencionadas por Gerschman (2004) introduzem a discussão de que o processo de garantia do direito à saúde em fins da década de 1980 e início da década de 1990, se dá em cenário contraditório. Ao mesmo tempo em que se tem o movimento pela Redemocratização do país (iniciado na década de 1970) com ampla mobilização pela ampliação dos direitos sociais, acontece no contrafluxo o alastramento da política neoliberal, com todo processo de desmontagem do Estado, em direção a

um Estado mínimo, com retrocesso do investimento público nas políticas sociais em detrimento à Política Econômica de Ajuste Fiscal.

Bravo (2013) sinaliza que, nos anos 2000, também entra em cena o discurso de uma “Política de Saúde possível” – “*Reforma Sanitária flexibilizada*”, que tem resultado em desmobilização da sociedade para enfrentar a questão central, que é o distanciamento da saúde como direito de todos e dever do Estado. E, assim, de uma aproximação e caracterização da saúde como mercadoria. Conforme o autor,

Neste período, também se identifica a formulação de um outro projeto para a saúde, que é o da Reforma Sanitária flexibilizada. Consiste em defender a Política de Saúde possível, face a conjuntura. Constata-se que diversos sujeitos sociais do Movimento Sanitário não têm enfrentado a questão central do governo que é a subordinação da Política Social à Política Macroeconômica (BRAVO, 2013, p. 178).

Sobre a subordinação da Política de Saúde à Política Financeira do país, lamamoto sinaliza que “as conquistas sociais acumuladas são transformadas em problemas ou dificuldades, causa de gastos sociais excedentes, que se encontrariam na raiz da crise fiscal dos Estados” (2009, p. 163). E Gerschman (2004) avalia que a implementação da Política de Saúde é processo de grande complexidade e de relações de forças resultantes do embate de um conjunto de forças políticas.

Sendo que, somente a partir deste embate que se conquistou as garantias legais que temos hoje, e, ele precisa continuar em prol da efetivação e legitimação do atendimento em saúde de qualidade e estatal. Gerschman cita como exemplo de forças políticas: os movimentos sociais em saúde, sindicatos, partidos políticos progressistas, intelectuais e acadêmicos da saúde, entidades médicas, técnicos pró-governamentais, setor hospitalar privado, seguros de saúde, entre outros (GERSCHMAN, 2004, p. 183).

Bravo (2013) dialoga com Gerschman ressaltando que a discussão precisa ser retomada, pois as políticas de saúde não correspondem unicamente aos interesses dominantes, mas é produto da luta de classes:

Elas expressam a relação de forças sociais ao nível das sociedades concretas. Esta leitura tem seu fundamento na concepção do Estado capitalista como um produto da luta de classes e, por conseguinte, como um Estado que incorpora, necessariamente, as demandas das classes subalternas. O Estado, ao excluir do poder as classes trabalhadoras, não pode desconsiderar totalmente suas necessidades, como condição de sua legitimação (BRAVO, 2013, p. 27).

Ainda salienta que, atualmente, algumas questões que são imprescindíveis para o atendimento não estão sendo enfrentadas e discutidas. Um dos possíveis motivos dessa ausência está no Projeto Neoliberal que apresenta, em contrapartida, a ideia liberal de que o bem-estar social pertence ao foro privado dos indivíduos, famílias e comunidades. Conforme Iamamoto. “A intervenção do Estado no atendimento às necessidades sociais é pouco recomendada, transferida ao mercado e à filantropia, como alternativas aos direitos sociais” (IAMAMOTO, 2009, p. 163). A filantropia despertou indagações a Donzelot, que afirmou:

Não é uma fórmula ingenuamente apolítica de intervenção privada, na esfera dos problemas chamados políticos, mas sim uma estratégia deliberadamente despolitizante direcionada ao estabelecimento de serviços coletivos, na medida em que ocupa uma posição intermediária, entre a iniciativa privada e o Estado (DONZELOT, 1990, p. 58).

A mudança proposta pelos filantropos propunha superar a caridade por práticas de conservação e de formação da população através do

controle, vigilância e processos seletivos, o que se observa especialmente na parceria da Política de Saúde com Entidades Filantrópicas na gestão de inúmeros hospitais. Expandindo-se atualmente para as Políticas de Atenção Básica e Média Complexidade, mobilizadas pelo próprio reordenamento da Política de Saúde, que busca sair da lógica “hospitalocêntrica”, priorizando agora o cuidado em território.

É importante destacar que, embora com a participação e suposto acompanhamento do Estado, há indícios de que tais segmentos não têm garantido efetivo atendimento ao que está previsto na legislação, como o acesso universal à saúde. O não seguimento do que está preconizado acaba sendo secundarizado também nos espaços de controle social – que tem como uma das principais atribuições à fiscalização do planejamento e da execução de tais políticas – pois eles têm sido tomados por representantes desses “novos segmentos”, ao mesmo tempo em que carecem de representação/participação de usuários.

Além disso, é importante considerar o quanto o perfil destas instituições têm influenciado na garantia do atendimento em saúde, conforme os princípios e diretrizes do SUS. Pois, os interesses delas podem direcionar os processos de trabalho para um atendimento voltado à garantia dos princípios do SUS ou para dar conta dos seus próprios interesses.

Conforme Cabral (2007), a diferença entre os programas das Organizações do Terceiro Setor e às políticas públicas está na direção das suas ações a beneficiários bem determinados.

As OTS reportam-se às suas missões para instituir critérios de elegibilidade, que garantem, por sua vez, a operacionalidade dos programas dirigidos a beneficiários bem determinados. E a valorização da cidadania reside no benefício social do programa, e não na sua extensividade ou abrangência populacional. Nesse particular reside a diferença entre os programas das OTS em relação às políticas públicas do setor governamental (CABRAL, 2007, p. 147).

Outro aspecto importante é a relação que essas instituições privadas, sem fins lucrativos, estabelecem com outras instituições e serviços, se caracterizando por relações sem organicidade, compartimentalizadas, utilitaristas, em que as redes de atenção são truncadas, fragmentando as necessidades e demandas de saúde da população. Essas ações intersetoriais, se assim podem ser denominadas, se caracterizam por movimentos de repasse, encaminhamentos sem consistência, continuidade, profundidade. A intersectorialidade deve estabelecer uma relação visceral com a interdisciplinaridade e com a integralidade.

Esses princípios fundamentais na Política de Saúde remetem às Redes de Atenção à Saúde, as quais são estruturas que fazem parte do Sistema de Saúde e que intervirão para o bem-estar e qualidade de vida da população. A concepção orgânica de rede está implícita na Norma Operacional Básica de 1996, que refere a atenção à saúde como: todo o conjunto de ações, em todos os níveis de governos, para o atendimento das demandas pessoais e das exigências ambientais, compreendendo grandes campos: 1) da assistência; 2) das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo e 3) das políticas externas no setor saúde (BRASIL, 1996).

De acordo com o dicionário de Saúde da Fiocruz (2012) “atenção à saúde” designa a organização estratégica do sistema e de práticas de saúde em resposta às necessidades da população. É expressa em políticas, programas e serviços de saúde, consoante os princípios e as diretrizes que estruturam o Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, em um “conjunto único de múltiplos” pois, um sistema de várias políticas e que deverá funcionar de forma orgânica, intersectorial, em rede, com continuidade e abrangência. O termo remete a processos históricos e as disputas que consolidam em relação à concepção de saúde, conforme segue,

A compreensão do termo ‘atenção à saúde’ remete-se tanto a processos históricos, políticos e culturais que expressam disputas por projetos no campo da saúde quanto à própria concepção de saúde sobre o objeto e os objetivos de suas ações e serviços,

isto é, o que e como devem ser as ações e os serviços de saúde, assim como a quem se dirigem, sobre o que incidem e como se organizam para atingir seus objetivos (FIOCRUZ, 2012, p. 2).

A citação acima impõe que cada vez mais se pense, atue, conceba as ações na perspectiva da intersetorialidade a qual

Deve contemplar a construção de interfaces e diálogos entre setores e instituições governamentais e não governamentais, as quais, em suas intenções/ações, devem visar ao enfrentamento de problemas sociais complexos e que superem a capacidade das políticas públicas enfrentarem de forma solitária (BELLINI E FALER, 2014, p. 30).

No entanto, a intersetorialidade, no contexto adensado no início deste subcapítulo, por ser um movimento de oposição à fragmentação instituída pelo modelo neoliberal, vem sendo carimbada enquanto processo utópico.

Apesar da sua importância estratégica, conceber e agir intersetorialmente ainda não faz parte do conjunto das práticas em saúde. Na realidade, observa-se que a necessidade de ações e práticas de natureza intersetorial, mesmo constituindo demandas ao conjunto dos trabalhadores no contexto do SUS, tende a ser praticamente ignorada pela maioria dos profissionais de saúde (COSTA, 2010, p. 26).

Há de se considerar que a tarefa de *intersetorializar*³, diante do processo de desmonte do Estado, é um desafio permanente e a sua ausência impede a superação de iniquidades e a efetivação da equidade. Por outro lado, observa-se que cresce o número de equipes que acreditam na efe-

³ Intersetorializar pode ser compreendido enquanto o ato de realizar esta relação ou responsabilização entre os setores.

tividade do atendimento de qualidade, quando há a articulação entre os diversos serviços de diversas políticas. Isso garante o atendimento contínuo e que haja o “fazer junto” em detrimento dos meros encaminhamentos que sempre fizeram parte do cenário da assistência aos usuários.

Embora ainda constituída de maneira frágil, existem avanços em relação à intersectorialidade entre as políticas sociais, principalmente nos últimos anos, impulsionada pela existência de programas sociais que priorizam nos seus critérios de execução, necessária articulação. Como é o caso do Programa Bolsa Família, que vincula, obrigatoriamente, a Política de Assistência Social à Saúde, no atendimento aos beneficiários.

Por outro lado, há de se considerar que ela, assim como mencionado no início do texto – sobre a mudança de terminologia de “atenção à saúde” para “redes de atenção à saúde” – pode estar vinculada à criação de um novo termo, uma roupagem diferente que pressupõe uma transformação nas formas de atendimento em saúde, mas que não é necessariamente a solução. Ou seja, se muda o foco, se “apostam fichas” neste “novo” modelo, e perde-se o foco para a discussão central que é o modelo de Estado brasileiro, e a forma residual como vem conduzindo as políticas sociais. Que resulta, e não poderia ser diferente, em uma rede curativa.

Após algumas reflexões em relação às dificuldades encontradas quanto à articulação entre os dispositivos da rede de atenção, que perpassa tanto a ausência de dispositivos, a falta de investimento, a dificuldade de comunicação, entre outros, avalia-se que, aparentemente, esta adversidade na articulação não é privilégio do serviço público ou privado sem fins lucrativos. Neste sentido, infere-se que a articulação com a Rede de Atenção em Saúde, é repleta de obstáculos, que nos lembra o quanto é necessário avançar para alcançar a integralidade no atendimento.

Se por este viés de análise não se encontram grandes diferenças ou dificuldades que possam estar colocadas para um serviço público ou privado, avalia-se que, por outro, ainda em relação a articulação em rede, há alguns avanços das instituições privadas sem fins lucrativos, quando inseridas no SUS. Avalia-se que existem avanços em relação às Redes de

Atenção, afinal, se antes tais instituições prestavam atendimento a alguns segmentos da sociedade, a partir da integração ao Sistema Único de Saúde, a universalidade passa a ser uma exigência do próprio convênio, impondo articulação com a rede e fluxos de atendimento específicos.

É uma tarefa complexa inferir que há avanços em se tratando de instituições privadas, quando se entende que o ideal seria uma rede formada por serviços públicos e estatais. O fato é que a complementariedade de serviços, de preferência sem fins lucrativos, faz parte da composição do Sistema Único de Saúde, estando previsto nos textos legais. Se é certo que esta realidade “casa” com o modelo de Estado ao qual nós estamos assistindo de maneira mais proeminente desde a década de 1990, então é necessário assumir o papel de protagonista, reunindo aportes teóricos institucionais, a fim de subsidiar a realização de mudanças mais radicais, na própria constituição da Política de Saúde, no sentido de garantia do direito à saúde.

Romper com a lógica privatizante que está no cerne da constituição da Política de Saúde brasileira não é tarefa fácil. Nesse sentido, não se pode perder de vista a busca pela transformação do SUS, ao mesmo tempo em que se faz necessário um acompanhamento quanto à atuação das instituições privadas sem fins lucrativos, para que se constituam subsídios em prol de uma efetiva transformação em relação a esse direito.

Considerações Finais

Através do direcionamento neoliberal assumido pelo Estado, as estratégias do grande capital nos anos 1990 e também nos anos 2000 não se limitaram às reformas de natureza econômica, mas também a uma reforma do modelo de Estado e de sua relação com a sociedade e, principalmente, com o mercado. A palavra reforma, que historicamente esteve vinculada às lutas das classes em uma perspectiva de ampliação de direitos, foi capitaneada pela ideologia neoliberal para justificar o combate à presença e às dimensões democráticas, o que vêm resultando em um processo de contrarreformas, cujo objetivo central tem sido

a redução e eliminação dos direitos conquistados historicamente pela classe trabalhadora (SIOMIONATO; LUZA, 2011).

Tais contrarreformas repercutem diretamente nos direitos preconizados na Constituição Federal de 1988. As políticas que formam o tripé da seguridade social estão, pouco a pouco, sendo inseridas na lógica do mercado, ou seja, na constituição de serviços públicos com parcerias com entes privados que se apropriam das realidades vivenciadas pela população e tentam responder através de ações descontinuadas, fragmentadas com respostas parciais, focais e descoladas das necessidades.

Em um movimento de contrarritância, a intersectorialidade – em que pese as contradições – se torna, aparentemente, um grande empecilho, pois deve invadir espaços de poder e de conhecimento para criar novos paradigmas, rompendo relações de poder e saber já sedimentadas, que se mantêm através de práticas fragmentadas e que se perpetuam em processo de retroalimentação e não promovem mudanças (BELLINI, FALER, 2014).

Em prol de interesses da burguesia, é que aparecem as organizações do terceiro setor e que o próprio Estado apresenta para a sociedade enquanto instituições que vão dar conta, minimamente, de “espaços vazios” de assistência. Espaços que o Estado se diz sem condições de prestar atendimento, e onde fica evidente o discurso de um “atendimento possível”, diante do orçamento restrito, a partir de uma crise financeira. Discurso recorrente no atual modelo de Estado e que precisa ser problematizado, analisado cientificamente e desconstruído. Pois, se o Estado se percebe como insuficiente, *é possível afirmar que as OTS também não atendem*, e os serviços prestados pouco se pautam pelas diretrizes da política, e sustentam práticas assistencialistas e moralistas.

Processo contraditório, pois além dos serviços funcionarem com recursos do Estado, nota-se que há uma autonomia em relação à execução e que aparentemente não contam com fiscalização do poder público. Há de salientar que, concomitante a esse processo, ocorre o enfraquecimento da esfera pública, enquanto espaço de embate político de ideias, de promoção de novos movimentos em prol da efetivação do direito à saúde pública e

estatal. Neste caldeirão de inconsistências, oposições e contradições a intersetorialidade pretende ser uma estratégia, visto que é um processo eminentemente político e, portanto, vivo e conflituoso e não mera estratégia técnica administrativa, ou boa prática gerencial, mas sim possibilidade de construir coletivos e romper com individualidades e castas. Por isso, “a tarefa de intersetorializar as políticas sociais não é fácil, mas também não é impossível, desde que a maioria esteja consciente de que vale a pena persegui-la em prol do interesse público” (PEREIRA, 2014, p. 37).

Referências

ALVES, Giovanni. Trabalho e Neodesenvolvimentismo. *Choque de capitalismo e nova degradação do trabalho no Brasil*. Bauru: Canal 6, 2014.

BEHRING, Elaine Rossetti. *Brasil em Contra – Reforma: desestruturação do estado e perda de direitos*. São Paulo: Cortez, 2003.

BELLINI, Maria Isabel Barros; FALER, Camília Susana. Intersectorialidade & fragmentação: partículas a respeito. In: BELLINI, Maria Isabel Barros; FALER, Camília Susana (org.). *Intersectorialidade e políticas sociais: interfaces e diálogos*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2014.

BELLINI, Maria Isabel B.; JESUS, Tiana B.; FERREIRA, Guilherme G., SCHERER, Patrícia T., FALER, Camília. A pesquisa sobre intersectorialidade no contexto brasileiro: notas sobre o núcleo de estudos e pesquisas em trabalho, saúde e intersectorialidade. In: BELLINI, Maria Isabel Barros; FALER, Camília Susana (org.). *Intersectorialidade e políticas sociais: interfaces e diálogos*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2014.

BORON, Atilio A. Os “novos Leviatãs” e a pólis democrática: neoliberalismo, decomposição estatal e decadência da Democracia na América Latina. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (org.). *Pós-neoliberalismo II: Que Estado para que democracia?* Petrópolis – RJ: Vozes, 1999. p. 7-62.

BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. In: CFESS. *Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais*, Brasília/DF, 2009.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 10 jan. 2019.

BRAVO, Maria Inês de Souza. *Saúde e Serviço Social no Capitalismo: fundamentos sócio-históricos*. São Paulo: Cortez, 2013.

CABRAL, Eloisa Helena de Souza. *Terceiro Setor: gestão e controle social*. São Paulo: Saraiva, 2007.

COSTA, M. D. H. *Serviço social e intersetorialidade: a contribuição dos assistentes sociais para a construção da intersetorialidade no cotidiano do sistema único de saúde*. 2010. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, 2010.

COUTINHO, Carlos Nelson. *Intervenções: O Marxismo na batalha das ideias*. São Paulo: Cortez, 2006.

COUTO, Berenice Rojas. *O Direito Social e a Assistência Social na Sociedade Brasileira: uma equação possível?* São Paulo. Cortez, 2008.

DONZELOT, Jacques. *A polícia das famílias*. São Paulo: Editora Graal, 1990.

FONSECA, Ana; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Política Social, Intersetorialidade e Desenvolvimento. In: MONERRAT, Giselle Lavinias (org.). *A intersetorialidade na agenda das políticas sociais*. Campinas: Papel Social, 2014.

GERSCHMAN, Silvia. *A Democracia Inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária brasileira*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. As dimensões Ético-políticas e Teórico-Metodológicas no Serviço Social Contemporâneo. In: MOTA, Ana Elizabete [et al.] *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho profissional*. São Paulo; Cortez; Brasília – DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p. 161-196.

PEREIRA, Potyara A. A intersetorialidade das Políticas Sociais na Perspectiva Dialética. In: MONERRAT, Giselle Lavinias (org.). *A intersetorialidade na agenda das políticas sociais*. Campinas: Papel Social, 2014.

SIMIONATTO, Ivete; LUZA, Edinaura. Estado e sociedade civil em tempos de contrarreforma: lógica perversa para as políticas sociais. *In: Revista Textos e Contextos* (Porto Alegre), volume 10, nº 2, p.215-226. ago/dez 2011.

YAZBEK, Maria Carmelita. Pobreza no Brasil contemporâneo e formas de seu enfrentamento. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 110, p. 288-322, abr./jun. 2012.