



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS – PUC/GO
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

MÁIRON CÉZAR ARAÚJO CAPITINGA

PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL E O
MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA: Tendências e perspectivas
para o exercício profissional do assistente social em hospitais do município
de Goiânia-GO, 2020.

GOIÂNIA
2020

MÁIRON CÉZAR ARAÚJO CAPITINGA

**PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL E O MOVIMENTO DE
REFORMA SANITÁRIA: Tendências e perspectivas para o exercício profissional do
assistente social em hospitais do município de Goiânia-GO, 2020.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* – Mestrado em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC Goiás, como requisitos para a qualificação do título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora Prof^a. Dr^a. Denise Carmen de Andrade Neves.

**GOIÂNIA
2020**

C244p Capitinga, Máiron César Araújo

Projeto ético-político do serviço social e o movimento de reforma sanitária : tendências e perspectivas para o exercício profissional do assistente social em hospitais do município de Goiânia-GO / Máiron César Araújo Capitinga.-- 2020.

173 f.

Texto em português, com resumo em inglês.

Dissertação (mestrado) -- Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Escola de Ciências Sociais e da Saúde, Goiânia, 2020.

Inclui referências: f. 161-167.

1. Política de saúde. 2. Assistência social. 3. Reforma do sistema de saúde. 4. Assistentes sociais. I. Neves, Denise Carmen de Andrade. II. Pontifícia Universidade Católica de Goiás - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - 2020. III. Título.

CDU: Ed. 2007 -- 364.692(043)

FOLHA DE APROVAÇÃO

Máiron Cezar Araújo Capitinga

PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL E O MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA: Tendências e perspectivas para o exercício profissional do assistente social em hospitais do município de Goiânia-GO, 2020

Dissertação de Mestrado pelo Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Serviço Social defendida em ____ de _____ de ____ e avaliada pela banca examinadora.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dra Denise Carmem de Andrade Neves – PUC/GO
(Presidente)

Prof.^a Dra Carla Ágda Gonçalves – PUC/GO
(Membro interno)

Prof.^a Dra Tereza Cristina Pires Favaro – UFG
(Membro externo)

Prof^a. Dra. Sandra de Faria
(Suplente)

Dedico este trabalho à minha avó Domingas (*in memoriam*), pela alegria e satisfação que expressava ao partilhar de minhas conquistas através dos estudos; e à minha professora de alfabetização, Maria Lima, que ao me ensinar os primeiros passos, mostrou-me o poder transformador da educação, permitindo com que eu ousasse sonhar!

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Antônio e Maria de Fátima, por todo apoio, amor e dedicação para que eu pudesse enveredar pelo mundo dos estudos mesmo diante de circunstâncias desafiantes as quais apontavam outra direção, outro destino. Expresso a vocês minha eterna gratidão, estendendo-a à minha irmã Wanessa e à minha sobrinha, Maria Fernanda.

Ao meu companheiro, João Pedro, sempre presente em todos os momentos deixando-os mais belos e felizes, pelo incentivo e paciência durante essa árdua trajetória e a quem estendo meus agradecimentos à Ana Maria Vinhas, pela força.

Aos meus parceiros de trabalho, de profissão e de vida, em especial, a Daphne, Maria Tereza e Rauler, pelo apoio, força e pelos infinitos momentos de descontração. Nessa direção, também expresso minha estima a atual equipe de residentes de Serviço Social HC-UFG, em especial à Adelaine, Karilla e Liliane.

À Paula Oliveira e Fernanda Pereira, amigas de longa data, mesmo distantes, sempre presentes!

À minha orientadora, prof^a Dra. Denise Carmen, pela disposição, iniciativa, e postura de troca na perspectiva da construção do conhecimento, quem me acompanhou durante toda essa trajetória marcada por diversos desafios. Agradeço a competência, dedicação e paciência.

Agradeço ao corpo docente do Mestrado de Serviço Social da PUC-GO, na pessoa da Prof^a. Dra. Sandra de Faria, que sempre esteve disponível e com quem realizei profícuos debates, discussões e reflexões que sem sombra de dúvidas contribuíram grandemente para o delinear deste trabalho.

Agradeço à banca examinadora nas pessoas da prof^a Dra. Carla Agda e Prof^a Dra. Tereza Cristina, as quais em vários momentos da minha trajetória profissional se mostraram disponíveis, a somar e a construir estratégias nos horizontes de um Serviço Social crítico, competente e comprometido. Expresso aqui minha admiração e gratidão!

“É que tem mais chão nos meus olhos do que cansaço nas minhas pernas, mais esperança nos meus passos do que tristeza nos meus ombros, mais estrada no meu coração do que medo na minha cabeça” (Cora Coralina).

RESUMO

Este estudo tem por objetivo analisar as tendências e perspectivas do exercício profissional do Assistente Social na área da saúde a partir de sua inserção nos hospitais localizados na cidade de Goiânia-GO, balizados pelas referências do Movimento de Reforma Sanitária (MRS) e do projeto ético-político profissional do serviço social no Brasil (PEP), constituído a partir do seguinte problema de pesquisa: Quais tendências e perspectivas do exercício profissional do Assistente Social, na área de saúde, a partir da concepção de reforma sanitária, e do projeto ético-político profissional nos hospitais do município de Goiânia-GO? Seu arcabouço metodológico foi constituído pela pesquisa documental, teórica e de campo à luz da teoria social crítica marxista. Realizada coleta e análise de dados de dezoito (18) assistentes sociais em três (3) hospitais. Segundo os objetivos da pesquisa, apreende-se que a saúde é condicionada e determinada pela exploração capitalista, e incorporadas enquanto função do Estado, o qual consolida os direitos a saúde de modo tenso e contraditório. Na particularidade da formação sócio-histórica do Brasil, destaca-se o desenvolvimento do Movimento de Reforma Sanitária, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e os desafios postos pelo projeto privatista a partir dos impactos da ofensiva neoliberal. O MRS, indutor e resultante de lutas sociais e inserido no bojo da luta de classes, apresenta convergências com o projeto ético-político profissional do Serviço Social em suas perspectivas teórico-metodológica e ético-política; constituindo, em inter-relação, referenciais imprescindíveis para uma atuação crítica e competente dos assistentes sociais. Todavia, com base nos dados obtidos com a pesquisa, identificou-se no exercício profissional fragilidades de apropriação do PEP e deste em sua interlocução com MRS, evidenciada mediante execução de atividades burocratizadas, com forte apelo ao assistencialismo e ao voluntarismo e que de modo direto ou indireto, fortalecem o projeto privatista para saúde.

PALAVRAS-CHAVES: Projeto Ético-Político Profissional; Movimento de Reforma Sanitária; Política de Saúde, Exercício profissional do assistente social.

ABSTRACT

This study aims to analyze the trends and perspectives of the professional practice of the social worker in health from its insertion in the hospitals located in the city of Goiânia-GO, having as support the references of the Sanitary Reform Movement (MRS) and the professional ethical-political project of social work in Brazil (PEP), constituted from the following research problem: What are the trends and perspectives of the professional practice of social workers in the health field from the conception of health reform and the ethical project - professional politician in high complexity hospitals in the city of Goiânia-GO? Its methodological framework was constituted by documental, theoretical and field research in the light of Marxist critical social theory. Data collection and analysis of eighteen (18) social workers in three (3) hospitals was carried out. According to the research objectives, it is learned that health is conditioned and determined by capitalist exploitation, and incorporated as a function of the State, which consolidates health rights in a tense and contradictory way. Particularly in the socio-historical formation of Brazil, the development of the Sanitary Reform Movement, the creation of the Unified Health System (SUS), and the challenges posed by the privatist project from the impacts of the neoliberal offensive stand out. The MRS, inducer and resultant of social struggles and inserted in the middle of the class struggle presents convergences with the professional ethical-political project of Social Work in its theoretical-methodological and ethical-political perspectives; constituting, in interrelationships, essential references for a critical and competent performance of social workers. However, based on the data obtained from the research, weaknesses in the appropriation of the PEP were identified in the professional practice and this in its interlocution with MRS, evidenced through the execution of bureaucratic activities, with a strong appeal to assistentialism and voluntarism and that directly or indirect, strengthen the privatist health project.

KEYWORDS: Professional Ethical-Political Project; Sanitary Reform Movement; Health Policy, Professional practice of the social worker.

LISTA DE SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
AIS	Ações Integradas de Saúde
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BM	Banco Mundial
CAP's	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal de 1988
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CRESS	Conselhos Regionais de Serviço Social
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
COS	Sociedade de Organização da Caridade
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DRU	Desvinculação de Receitas da União
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ENESSO	Executiva Nacional dos Estudantes de Serviço Social
EUA	Estados Unidos da América
ESPIN	Estado de Emergência em Saúde Pública de importância Nacional
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional
HC-UFG	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás
IAP's	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDA	Integração Docente – Assistencial
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
MEC	Ministério da Educação
MPAS	Ministério da Previdência e da Assistência Social
MRS	Movimento de Reforma Sanitária
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OS's	Organizações Sociais
OSCIP's	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PEP	Projeto ético-político profissional do Serviço Social
PROADI-SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS
PREVsaúde	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PT	Partido dos Trabalhadores
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SUDS	Sistema Único e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1. A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: o favor, o direito e o mercado nas encruzilhadas.....	19
1.1 A saúde no estado capitalista	19
1.2 A política social de saúde e a Reforma Sanitária nas particularidades socio-históricas do Brasil.....	40
1.3 A Reforma e a Contrarreforma na Saúde: o ponto de chegada ou o recomeço da caminhada?	59
2. REFORMA SANITÁRIA E SERVIÇO SOCIAL NA PERSPECTIVA DOS VALORES DO PROJETO ÉTICO- POLÍTICO E DE SUA DIREÇÃO SOCIAL ESTRATÉGICA.	75
2.1 Breve histórico do serviço social na saúde	75
2.2. Projeto ético-político profissional e movimento de reforma sanitária brasileira: fundamentos críticos para o Serviço Social na política de saúde.	79
2.3 Perspectivas e tendências para o exercício profissional do assistente social na saúde..	99
3. AS PERSPECTIVAS E TENDÊNCIAS DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS EM HOSPITAIS DO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA-GO.....	113
3.1 Perfil dos assistentes sociais	113
3.2 As interlocuções entre o movimento de reforma sanitária e o projeto ético-político profissional no exercício profissional dos assistentes sociais em hospitais do município de Goiânia-GO.....	116
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	153
REFERÊNCIAS	161
APÊNDICES	168

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem por objeto o exercício profissional do Assistente Social na saúde a partir da sua inserção nos hospitais localizados na cidade de Goiânia-GO. Tal estudo visa oferecer contribuições para sistematização crítica da prática do Serviço Social em seus aspectos interventivos, éticos e políticos, assim como de adensar o compósito teórico acumulado da profissão.

O interesse pela temática surge em decorrência da aproximação do pesquisador que desde a formação tem a vivência na área de saúde, como estudante e como trabalhador, o que o permitiu vivenciar os desafios inerentes à concretização dos objetivos do trabalho do Assistente Social, em seus condicionantes internos e externos, sob diferentes ângulos.

Tais vivências se iniciaram com a experiência do estágio supervisionado (2014-2015) realizado no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC-UFG); posteriormente com proficua e breve inserção em Programa de Residência Multiprofissional em Saúde – área de Serviço Social, na condição de estudante de pós-graduação em 2016; e, ao final do mesmo ano, quando foi aprovado em concurso público para compor o quadro efetivo de Assistentes Sociais da instituição supracitada. Como Assistente Social exerceu a função de liderança da equipe entre 2018-2019 e vem atuando no âmbito do ensino, na coordenação e supervisão de estágio, e na preceptoria de residência multiprofissional. Do ponto de vista do atendimento aos usuários fez parte das equipes do pronto-socorro adulto e infantil; clínica cirúrgica; unidade de terapia intensiva neonatal; clínica de gineco-obstetrícia e nos plantões de ambulatórios em geral.

Tais vivências foram, e ainda são, um combustível para um processo intenso de reflexão e de questionamentos sobre o exercício profissional, os quais sejam: o exercício profissional do Assistente Social da Saúde tem se pautado nas concepções da reforma sanitária, ou por viés biologicista, focalizado na doença? Em que medida as configurações da política de saúde tendem a fragmentar o atendimento das necessidades sociais dos sujeitos? O Assistente Social na saúde atua partir da ótica dos direitos inerentes a essa área, ou da prestação de serviço? Quais as interfaces do projeto ético-político profissional com os princípios da reforma sanitária? Como isso se evidencia no exercício profissional na saúde? Quais os avanços, desafios, ou limitações?

Essas são as inquietações que foram se constituindo como problematizações advindas do cotidiano do pesquisador, que, permitiram desvelar o problema de estudo: quais tendências e perspectivas do exercício profissional do Assistente Social na área de saúde, a partir da concepção de reforma sanitária e do projeto ético-político profissional, nos hospitais do município de Goiânia-GO?

Nesse sentido, configura-se como objetivo geral deste trabalho, analisar as tendências e perspectivas do exercício profissional do Assistente Social, balizados pelas referências do Movimento de Reforma Sanitária (MRS) e do projeto ético-político profissional do serviço social no Brasil (PEP) com base na inserção deste profissional nos serviços de saúde hospitalares do município de Goiânia-GO.

Nesse percurso, a partir dos subsídios, reflexões, e saberes desvelados, inquiriu-se sobre o exercício profissional, mediante o contato direto com estas assistentes sociais apreendendo suas rotinas, práticas, concepções de profissão e de mundo, e dentro dos objetivos preconizados por este trabalho, analisar quais as perspectivas e/ou tendências que se colocam à profissão no âmbito da saúde nos horizontes do PEP e do Movimento de Reforma Sanitária: seus encontros, des(encontros), suas novas rotas ou direções.

No âmbito da construção do conhecimento para responder aos objetivos propostos cabe afirmar que o método que embasa este estudo é extraído da teoria social crítica em Marx, e em sua complementaridade em Gramsci, pois os rumos aludidos por esse trabalho exigem que se transite pelas categorias da contradição, da dialética, da luta de classes, da economia política, da história, do Estado, da sociedade civil, da perspectiva revolucionária, dentre outras, as quais só o método supracitado, ao se relacionar tais categorias ao objeto de estudo, tem a capacidade de aprofundar criticamente a essência do objeto desvelando suas múltiplas determinações.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, pois segundo Chizzoti (2014), o desvelar dos elementos e os resultados do estudo estão implícitos nas pessoas, nos fatos, e nos locais, os quais só poderão ser extraídos mediante a partilha através do contato direto com os sujeitos da pesquisa, perceptíveis tão somente a uma atenção apurada.

Na busca constante por aproximações sucessivas do objeto foram utilizados, enquanto meios e estratégias para a investigação, três modalidades de pesquisa às quais se inter-relacionam: pesquisa teórica, pesquisa documental, e pesquisa de campo.

A pesquisa teórica realizada em livros, artigos, revistas, dentre outros, tendo por fim, desenvolver, elucidar, e modificar caso seja necessário, os conceitos e referências, dando concretude teórica ao processo de análise da realidade, alcançado no decorrer da elaboração de toda a dissertação.

No que tange à pesquisa documental foi efetivada por meio da consulta e análise das legislações: leis, resoluções, decretos, entre outros, tais como o arcabouço jurídico-político da política de saúde brasileira e a profissional do Serviço Social, incluindo material produzido sobre Serviço Social e Saúde pelas entidades da categoria, tais como o conjunto CFESS/CRESS e ABEPSS, e dos arquivos públicos das instituições pesquisadas (físicos ou digitais).

Quanto à pesquisa de campo, esta permitiu a aproximação do pesquisador não somente com a realidade a ser estudada, mas também com os participantes que a conformam, significam, e que com o campo da pesquisa mantêm interações, no caso em questão, as equipes de Serviço Social das instituições de saúde do município de Goiânia-GO.

No estado de Goiás, de acordo com estatística do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) disponibilizada pelo DATASUS (2018), no que tange aos hospitais de atendimento na alta complexidade ambulatorial e/ou hospitalar geridos pelo município de Goiânia-GO, conforme classificação, tipo de estabelecimento, e em atividade atual (2019), existem 50 instituições, as quais se distribuem conforme a modalidade de gestão, a saber: administração pública (7); entidades sem fins lucrativos (4), entidades empresariais com convênio com o SUS (13) e entidades empresariais particulares (26).

Destas, conforme levantamento, apenas 19 contam com assistentes sociais perfazendo o total de 122 profissionais os que integram as equipes de trabalho nestas instituições, os quais se concentram majoritariamente nas instituições geridas pela administração pública, seguidas daquelas sem fins lucrativos,

Contrariando a ideia inicial deste estudo, atesta-se que o recorte da pesquisa no que tange à alta complexidade não se constitui em uma variável ou categoria imprescindível para os seus resultados, pois resguardadas as particularidades presentes na diversidade de espaços sócio-ocupacionais. O exercício profissional do assistente social na saúde têm bases, objetivos, e referências comuns.

Apreendeu-se mediante aprofundamento teórico no decorrer do processo de elaboração da dissertação, que incorrer nas especificidades, como é o caso dos níveis de atendimento da política de saúde, reforça a tendência colocada na profissão que é a sua segmentação, ou fragmentação, de acordo com as especificidades do público-alvo, nível de atendimento ou proteção, recorte da questão social ou institucional, dentre outros, o que sinaliza um reducionismo da análise da profissão.

Pretendia-se inicialmente realizar a pesquisa em 5 (cinco) instituições, objetivando coletar dados, mediante amostragem por viabilidade, de vinte assistentes sociais que

atendessem aos critérios deste estudo, sendo três (geridas) pela administração pública, e duas por entidade sem fins lucrativos.

Todavia, em decorrência de fatores externos, tais como o período de contingenciamento em decorrência do momento pandêmico; e da burocratização dos procedimentos e protocolos para avaliação e autorização da pesquisa; realizou-se a coleta de dados com 18 profissionais, de 3 instituições.

Foram incluídos nesse estudo assistentes sociais que integram o quadro efetivo e/ou permanente de profissionais nestas instituições (concurados, contratados ou cedidos por outros órgãos ou esferas administrativas e institucionais, independentemente do vínculo e regime empregatício), que tenham o mínimo de um ano de experiência profissional na instituição pesquisada, no desenvolvimento das competências e atribuições privativas do Assistente Social previstos na Lei nº 8662/1993, sendo excluídos deste estudo os profissionais que não atendam todos os critérios elencados.

No que tange aos instrumentos para coleta de dados utilizou-se de entrevista semiaberta mediante utilização de um roteiro norteador com perguntas formuladas previamente pelo pesquisador. Nesse tipo de entrevista, o participante é convidado, tanto, a responder as perguntas direcionadas pelo pesquisador, quanto, a falar de forma livre sobre temas relacionados aos objetivos da pesquisa (MINAYO, 2015). Associados a esta, aplicou-se um breve questionário, com o objetivo de se traçar um perfil dos assistentes sociais pesquisados.

Salienta-se que se utilizou na realização das entrevistas, conforme prévia autorização das participantes de pesquisa, aplicativo com recurso de gravação de voz, com objetivo de revisitar o conteúdo obtido para melhor análise dos dados, assim como para suas transcrições.

Quanto à análise dos dados se procedeu com base em Chizzotti (2014), com a análise de discurso, pretendeu-se vislumbrar através da fala dos profissionais pesquisados, suas visões de mundo, da profissão, das condições de vida e de trabalho, do espaço sócio-ocupacional, de reflexões teóricas, empíricas, dentre outros, compreendendo como tais visões determinam suas concepções de reforma sanitária, do projeto ético-político e, posteriormente, de que modo isso se expressa no exercício profissional.

Para tal, é necessário apreender o modo o qual a ordem burguesa tende a responder as necessidades sociais mediante a política social em área de saúde na particularidade da realidade sócio-histórica do Brasil e a partir disso, desvelar as configurações do Serviço Social brasileiro a partir da inserção do assistente social nesta política nos horizontes do projeto ético-político da profissão.

Nessa direção, destaca-se a estrutura deste trabalho que será composto por três capítulos:

O primeiro capítulo busca desvelar o processo por meio do qual as necessidades de saúde têm sido incorporadas pela racionalidade burguesa mediante intervenção estatal no decorrer do desenvolvimento e re(configurações) do capitalismo, enquanto pano de fundo para compreensão da trajetória da política de saúde no Brasil resguardando as particularidades de sua formação sócio-histórica, traçando seu longo caminho até a atualidade recente, conforme as configurações do Estado Burguês (Oligarca, Populista, Ditatorial e de transição democrática). E nesse percurso, expor os avanços e as possibilidades para a saúde a partir do surgimento e desenvolvimento do Movimento de Reforma Sanitária.

No segundo capítulo, pretende-se realizar um resgate sócio-histórico e conceitual da inserção do Serviço Social na saúde, do PEP em suas bases e componentes e das interlocuções que estabelece com o MRS em seus aspectos teórico-metodológicos, ético-políticos e dos indicativos para uma atuação crítica e competente do Serviço Social na saúde. Pretende-se também fazer reflexão crítica sobre os desafios postos à consolidação e aprofundamento de ambos os projetos sob a égide neoliberal e de seus impactos ou efeitos para exercício profissional do assistente social.

No terceiro capítulo, a partir da apresentação e a análise dos resultados da pesquisa, pretende-se evidenciar as tendências e perspectivas do exercício profissional dos assistentes sociais inseridos nos hospitais do município de Goiânia-GO, apontando as suas potencialidades e fragilidades a partir das interlocuções que estabelecem entre o PEP, e entre este e o MRS, presentificados no cotidiano profissional.

O presente estudo visa oferecer subsídios para a reflexão no campo teórico-prático do exercício profissional do Serviço Social que possam ser revertidos na formulação de estratégias de qualificação dos profissionais e do trabalho por eles desenvolvido: revisão de fluxos de atendimento; construção ou revisão de Procedimentos Operacionais Padrão; diversificação das atividades profissionais desenvolvidas no rol das atribuições e competências do Serviço Social; criação de mecanismos de capacitação permanentes no interior das instituições, dentre outros, isto é, visa qualificar o atendimento dos usuários que demandam atendimento do Serviço Social no interior das instituições.

1. A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: o favor, o direito e o mercado nas encruzilhadas.

Pretende-se para início dessa jornada apontar e contextualizar o modo com o que o Estado no âmbito do desenvolvimento do capitalismo incorporou as demandas de saúde no rol de suas funções e atribuições ressaltando as particularidades da saúde na formação sócio-histórica brasileira e os seus atuais desafios.

1.1 A saúde no Estado capitalista

O Estado Moderno se constitui com o desenvolvimento do sistema capitalista tendo por funções precípuas assegurar as condições de preservação e desenvolvimento deste sistema a partir da organização da produção material e da regulação das relações sociais, por intermédio das conexões que se estabelecem entre seres humanos e a natureza a partir do trabalho, para produção e a posterior apropriação de bens que atendam suas necessidades individuais e coletivas.

A sociedade civil abarca o conjunto do intercâmbio material dos indivíduos no interior de um estágio determinado das forças produtivas [...] O Estado é a forma na qual os indivíduos de uma classe dominante fazem valer seus interesses comuns que sintetiza a sociedade civil inteira de uma época [...] (MARX, 2007, p. 74).

O modo de produção capitalista pauta-se pela exploração do trabalho, que é coletivo, e pela apropriação individual dos bens adquiridos, restritos tão somente a uma parcela, isto é, a classe burguesa, retirando-se assim o seu caráter emancipatório e alienando as dimensões da sociabilidade humana.

Nesse contexto, a função do Estado é legitimar tais configurações, exigindo-se sempre, sob novas bases e funções, sua atuação direta e indireta. “(...) a organização estatal reflete a síntese das lutas sociais históricas para a reprodução da ordem e sua legitimação e redução dos níveis de conflitividade” (MONTANO; DURIGUETTO, 2011, p. 145-146).

O Estado ao assegurar as condições de acumulação do capital, obscurece os nexos entre a produção e apropriação da riqueza social, ao conjunto da sociedade e as respectivas esferas ou dimensões de objetivação humana. “(...) é sempre uma instância em desfavor aos

trabalhadores, já que pode regular, mas nunca extinguir, essa mediação fundamental: a exploração do trabalho pelo capital” (SOUZA, 2010, p. 37).

Por sua vez, as próprias contradições inerentes a este sistema impulsionam ao questionamento da ordem estabelecida a partir da tomada de consciência dos trabalhadores das condições de exploração que estão submetidos e da degradação dos seus modos de vida diante de condições mais aviltantes do trabalho.

Nessa direção, enquanto instrumento de expansão, preservação, e legitimação burguesa, o Estado tem assumido funções e incorporando necessidades que se complexificam na justa medida em que se alteram os padrões produtivos e de sociabilidade e/ou que há uma ameaça à sua hegemonia.

Dentre as funções assumidas pelo Estado destacam-se as de coerção mediante a repressão, tendo por suporte o aparato legal/jurídico, policial e militar, enquanto estratégia de coibição da organização da classe trabalhadora a partir de sua politização, e também, mediante a consolidação de um aparato ideológico-cultural, o qual assume a função de imposição burguesa no domínio social e moral da sociedade e no campo intelectual e científico, sendo tais instrumentos associados, e até mesmo alternativos, à força bruta.

Segundo Coutinho (2010), o capitalismo abandona, ao se esbarrar nos limites de suas próprias contradições e ameaças da sua legitimidade, os ideais do progresso social, da razão científica, do humanismo, do historicismo concreto e da dialética. A burguesia se torna classe conservadora, interessada na perpetuação e justificação teórica do existente, a partir da propugnação da alienação de todas as esferas da vida social, tanto do sujeito, como do objeto.

Nessa perspectiva, rompe-se com a relação entre indivíduo e generalidade a partir do empobrecimento da ação humana enquanto caráter livre, criador e consciente, impregnando os modos de ser e de pensar da sociabilidade na ordem burguesa, imprimindo para o conjunto da sociedade sua direção social, moral e ideológica.

Gramsci concebe o Estado de modo ampliado: [...] “deve se notar que na noção geral de Estado entram elementos que também são comuns à noção de sociedade civil (neste sentido, poder-se ia dizer que Estado = sociedade política + sociedade civil, isto é, hegemonia revestida de coerção)” (GRAMSCI, 1991, p. 149).

Portanto, segundo este autor (1991) a sociedade civil é constituída para além das relações provenientes do intercâmbio material, pois também se configura como ambiente de conflitos e disputa entre projetos e interesses, sendo constituída por um conjunto de organizações heteróclitas e privadas no âmbito do Estado que possam vir a reforçar, ou não, ao domínio burguês a partir da aceitação da sua direção social, política e moral, isto é, de sua

hegemonia (no âmbito da cultura e do modo de pensar) e/ou, conforme já dito, adquirida pela coerção/violência inerentes à sociedade política em sua base material e histórica.

Neste sentido, a escola como função educativa positiva e os tribunais como função educativa repressiva e negativa são as atividades estatais mais importantes: mas, na realidade, no fim predominam uma multiplicidade de outras iniciativas e atividades chamadas privadas, que formam o aparelho da hegemonia política e cultural das classes dominantes. (GRAMSCI, 1991, p. 145)

É a partir destas considerações iniciais que se pode compreender como questões da ordem da saúde, em seus diferentes formatos e concepções, têm sido incorporadas enquanto funções do Estado no período de desenvolvimento capitalista, sobretudo, a partir da Revolução Industrial e do crescimento da urbanização.

As mudanças socioeconômicas, políticas e culturais ocorridas a partir da industrialização na Europa Ocidental a partir do século XVIII incidiram sobre as condições de saúde da classe trabalhadora que se tornava cada vez mais pauperizada e cada vez mais concentrada nas cidades, as quais, não dispunham de condições adequadas para assentamento de moradias, de saneamento básico, dentre outras carências básicas de vida.

Os problemas de saúde, suscitados pela Revolução Industrial, não afetaram apenas o proletariado, mas também as classes dominantes, pois estas não ficavam imunes às epidemias que grassavam nos novos centros industriais. As más condições de vida e de saúde reduziram a produtividade do trabalho e a situação desesperadora em que se encontrava a classe operária era terreno fértil para movimentos de revolução, que colocavam em perigo a ordem constituída[...] A reprodução do capital necessitava de serviços de saúde eficazes (BRAVO, 2013, p. 34).

Assim, evidenciaram-se as protoformas da política de saúde, que no período se desenvolveram segundo as necessidades de manutenção das condições de reprodução da força de trabalho assim como de seu disciplinamento; seja para atenuar a conflitividade entre as classes fundamentais, garantido através dos seus serviços a legitimação e valorização do capital, tornando-se questão transversal que afetava a ordem vigente.

O desgaste da classe trabalhadora deteriora profundamente suas condições de saúde [...] as políticas de saúde, enfocadas desde esse horizonte histórico não têm sido outra coisa que uma pedagogia geral dos corpos para o benefício do capital [...] Isto ocorre, justamente quando o sistema político do capitalismo em crise mais necessita de saúde enquanto mecanismo de controle social (TEIXEIRA, 2011, p. 66).

Até o final do século XIX, as necessidades de saúde foram traduzidas como acesso aos serviços médicos num contexto em que a medicina já estava consolidada pela intervenção

técnica, articulava-se com a estrutura ideológica e política do capital com a produção e expansão de serviços à população.

A extensão da prática médica não correspondeu a um fenômeno simples, linear, mas se deu de forma complexa, dinâmica, em que se expressaram os interesses e o poder de diferentes frações de classes sociais, em determinadas conjunturas econômicas e político-sociais, em diferentes formações sociais (BRAVO, 2013, p. 17).

A saúde passou a ser incorporada enquanto estratégia para legitimação da acumulação capitalista, sendo justificada, portanto, pela elevação do grau da luta de classes em torno da evidência e necessidade social de ampliação dos serviços de saúde, focalizada no período, tão somente, nas ações de prevenção e de educação em saúde, com destaque para as experiências da Alemanha, França e Inglaterra, que em âmbito geral, não desconsiderando as particularidades em que tais medidas se desenvolveram, focavam nos aspectos de salubridade, transmissibilidade de doenças e controle epidemiológico: fatores ambientais, nos hábitos de higiene no espaço urbano.

Segundo Bravo (2013), a medicina foi utilizada enquanto meio de controle e organização da vida em sociedade da classe trabalhadora, em seus modos de vida e hábitos, mediante o aumento da oferta de serviços médicos: no âmbito privado e também estatal, atuando tanto na produção como na reprodução do capital, possibilitando o aumento da produtividade, a obtenção de mais-valia em menos tempo, reduzindo-se deste modo o absenteísmo.

Do ponto de vista político e ideológico, as ações de saúde visavam escamotear as contradições da sociedade do capital mediante seu caráter individualizado ao focar tão somente na oferta de serviços curativos sem mencionar ou considerar as determinações sociais da saúde.

Em âmbito geral, observa-se que a medicina, até o final do século XIX, esteve focada no “controle da saúde e do corpo das classes trabalhadoras para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas ao capital” (BRAVO, 2013, p. 43-44), nos contextos de crise social e sanitária que supõe a formação e consolidação do capitalismo, o que exigiu do Estado um caráter mais intervencionista, de modo que a saúde e demais necessidades configuradas enquanto políticas sociais se tornam a mediação entre este e a sociedade.

Portanto, o Estado se enreda em funções e contradições que devem ser sanadas para a preservação da ordem e propiciação da acumulação e expansão capitalista. Se for a produção material que define a sociedade civil, está na esfera da superestrutura, que se complexifica e requer do Estado novas alternativas e/ou estratégias de dominação para além da força de modo

que as ações de saúde passam a compor tais funções, enquanto aspecto funcional e ideológico, ampliando a ação do Estado em favor da preservação da hegemonia do bloco histórico burguês.

O bloco histórico representa, portanto, o modo como se articulam – numa situação concreta – a infraestrutura e a superestrutura. O módulo que permite esta ligação é representado pelos intelectuais. Estes são responsáveis pela ‘homogeneidade’ do bloco histórico [...] os intelectuais constituem um *bloco ideológico* responsável pela garantia de consenso tanto no interior do bloco no poder quanto sobre os setores dominados [...] Assim, a classe dominante torna-se também dirigente, e o sistema hegemônico (TEIXEIRA, 2011, p. 98). (grifos do autor)

Todavia, a antecipação das demandas do Estado para as intervenções mais elementares nas necessidades da saúde se tornavam insuficientes à medida que a classe trabalhadora, cada vez mais organizada e ciente do seu protagonismo sócio-histórico, exigia acesso aos serviços médicos, a partir da compreensão (direta ou indireta) que a situação de exploração do capital a que estavam submetidos eram condicionantes em potencial das suas condições de saúde, contrapondo-se a hegemonia vigente.

Em termos gerais, segundo Gramsci (1991), desde que se promova uma interligação entre o pensamento e ação, é possível romper com a hegemonia burguesa desde que a classe dominada consiga elaborar ou se apropriar de uma ideologia que a represente para a construção de uma nova possibilidade/realidade transformadora, isto é, que seja capaz de promover a formação de um contrassenso, ou seja, da passagem do Estado formal a um Estado ético, sendo tal ato imprescindível para a derruída do Estado.

Uma classe que se considere capaz de assimilar toda a sociedade, e ao mesmo tempo seja realmente capaz de exprimir este processo, leva à perfeição esta concepção de Estado e do direito, de tal modo a conceber o fim do Estado e do direito, em virtude de terem eles completado sua missão e de terem sido absorvidos pela Sociedade Civil (GRAMSCI, 1991, p. 147).

A partir dessas contribuições busca-se elucidar o potencial revolucionário da saúde, a qual, calcada na arena de luta de classes, tem necessidades que transcendem a mera perspectiva do acesso aos serviços de saúde, visto estar determinada socialmente pela organização social e de produção sob a égide capitalista, dadas as impossibilidades de emancipação humana. Tal processo exige alterações que transcendem ao sistema capitalista, estando em conexão com as lutas gerais da sociedade, de modo que suas pautas só podem ser sanadas definitivamente tão somente com a instauração de um novo ordenamento social que rompa com a exploração do trabalho.

Essa luta pela direção cultural e ideológica significa, na percepção gramsciana, mudar os valores, as normas, as visões do mundo e o senso comum predominantes – o *ethos* capitalista – pelos do proletariado emergente. Somente dessa forma acreditava Gramsci, a classe operária teria condições de agrupar em redor de si outras classes e grupos [...] em um processo que levaria à liquidação do poder burguês e à formação de um novo bloco histórico (TEIXEIRA, 2011, p. 100).

A concepção da saúde numa perspectiva contra hegemônica exige que a classe trabalhadora seja educada para a construção de uma vontade geral. Implica por sua vez, de referenciar o que Gramsci define como intelectuais orgânicos, isto é, um grupo de pensadores, intelectuais que possam traduzir seus intentos na tentativa de homogeneizar um modo de pensar, e nesse sentido, também exercer a função de mobilização, organização das classes. “Qualquer grupo que aspira ao poder tem, portanto, a necessidade de atrair intelectuais a seu serviço para fortalecer sua hegemonia” (SIMIONATO, 2011, p. 59).

Exige-se, portanto, esforços para a elevação da consciência sanitária, definida por Berlinguer (1978, p. 5) como “[...] a tomada de consciência de que a saúde [...] é um direito da pessoa e um interesse da comunidade. Mas como este direito é sufocado e este interesse descuidado, consciência sanitária é ação individual e coletiva para alcançar este objetivo”, sendo necessário para tal a organização política para sua defesa e contraponto a lógica do capital.

Embora seja errado considerar hoje politicamente atrasado o pedido de tratamento igual para todos os cidadãos, no momento em que as desigualdades de classe expressam-se também na existência de um ‘privilegio terapêutico’, não há dúvidas que enfrentar a relação trabalho-saúde representa terreno mais adiantado, mais científico, mais coerente com as exigências de emancipação das classes trabalhadoras (BERLINGUER, 1978, p. 19).

Nesse sentido a reflexão crítica, propicia possibilidades de soluções mais abrangentes coletivamente, posto que os usuários se tornam sujeitos ativos nesse processo, constituindo-se em fator determinante para criação, transformação e/ou consolidação dos direitos à saúde. Para tal, a educação sanitária deve ser instigada por meio de ações individuais e coletivas. Vale ressaltar que

A educação sanitária [...]pode ser ação de massa, na qual os especialistas podem desenvolver uma função relevante se se ligam não só às exigências, mas também às experiências de formação de ‘base’ de uma consciência sanitária, isto é, aos movimentos organizados dos trabalhadores e dos cidadãos (BERLINGUER, 1978, p. 5).

Considera-se primordial nesse processo que os profissionais de saúde, partidos, sindicatos e cientistas, na condição de intelectuais orgânicos, atuem de modo a propiciar a

formação de uma contra-hegemonia que desmitifique o capital enquanto instrumento de dominação econômica, política e ideológica da classe burguesa.

O processo de educação sanitária é imprescindível para elevação da consciência sanitária, mediante a ampliação do conhecimento dos usuários sobre as determinações sociais da saúde, e também, para “[...] ampliação das mobilizações e da ação coletiva voltada para a mudança desses determinantes estruturais, ou seja, da estrutura social e das relações sociais que produzem desigualdades e condições de vida e trabalho adversas [...]” (BRAVO, 2018, p. 19), que incidem essencialmente sobre tais determinações.

Diante disso, as transformações sociais empreendidas pelo modo de produção capitalista apresentam-se de modo contraditório para a formação da consciência sanitária. Ao passo que avilta as condições de vida e trabalho da população e impõe seu modo de pensar, por meio da alienação, próprios desse sistema (o que é necessário para sua legitimação), deixa evidente seus pontos nefrágicos, o que se torna uma possibilidade de reflexão crítica, base para formação da consciência sanitária e posteriormente ações, ampliadas de saúde, que “[...] no capitalismo [...] é subversiva porque se revela inacabada, exige ser completada. Ou seja, a proposta de concretização da ideia de saúde [...] contém elementos passíveis de se realizar sob o capitalismo e outros factíveis apenas no socialismo” (TEIXEIRA, 2011, p.113).

Portanto, apreende-se até aqui que o Estado, enquanto reflexo e parte integrante da sociedade civil, se forja através das relações sociais decorrentes do intercâmbio material, que, sob a égide do modo capitalista de produção, pauta-se pela exploração do trabalho, retirando sua capacidade de emancipação dos seres humanos, e escamoteando suas contradições evidenciadas pelas inúmeras desigualdades que produz a partir da exponenciação das expressões da Questão Social.

Nesse contexto, o capital exige do Estado uma série de funções que vão desde assegurar as condições de produção, como, de mediar o conflito decorrente de suas contradições, o que perpassa desde a repressão violenta aos opositores do sistema vigente, até impedir que isso ocorra através da alienação das dimensões da vida, constituindo-se como meio propagador de pensamento hegemônico, que impõe a direção social, moral e intelectual da sociedade. São estas as funções primordiais do Estado, as quais se complexificam, mas não rompem com a essa determinação fundante.

Sem correr o risco de desaguar numa postura fatalista, não se pode perder de vista o caráter revolucionário desvelado pela leitura marxiana complementada por Gramsci. Acredita-se na possibilidade de rompimento com a ordem do capital, dadas às condições sócio-históricas e políticas necessárias.

Não se deve desconsiderar a possibilidade contida de corroer a estrutura do Estado de forma endógena através da cultura, do pensamento, da ideologia intrinsecamente conectada ao concreto pensado a partir da constituição de uma contra-hegemonia, que vise desobscurecer os nexos do real e que promova uma nova postura ético-política aos trabalhadores na direção dos seus interesses e necessidades, reconhecendo a consciência da exploração que estão submetidos. Tarefa primordial e árdua condicionada à formação e ação dos intelectuais orgânicos em tempos de alienação.

Nesse contexto, considera-se que a saúde, ao ser moldada pelas configurações do Estado mediante as exigências da preservação e legitimação do capitalismo, apresenta um componente revolucionário visto que está condicionada às formas de organização da produção fundadas na exploração e expropriação, de modo que as ações pela defesa/ampliação da saúde perpassam pela alteração dos modos de vida, de trabalho, do saneamento básico, alimentação, cultura, dentre outras, colidindo com os interesses do capital e evidenciando suas contradições mediante as diversas expressões da questão social. Propicia a possibilidade do pensamento crítico sobre os limites do modo de produção vigente e a necessidade de sua transformação, escancarando o caráter genuinamente classista da luta pela saúde.

As políticas de saúde, [...] encontram no Estado o seu agente privilegiado. Essas políticas não correspondem à alteração significativa nas relações de produção, podendo mesmo corresponder ao interesse imediatamente econômico do capital. [...] torna-se importante ressaltar, entretanto, que as políticas de saúde, como todas as políticas sociais, não correspondem, estritamente, aos interesses dominantes. [...] O Estado, ao excluir do poder as classes trabalhadoras, não pode desconsiderar totalmente suas necessidades, como condição de sua legitimação (BRAVO, 2013, p. 27).

Diante destas contribuições, faz-se necessário analisar a saúde a partir de sua consolidação por meio da sua circunscrição enquanto política social remontando, portanto, ao capitalismo já em sua fase madura, em que as ações de caráter redistributivo e universalista ganham uma dimensão fundamental para a sustentação do padrão de acumulação vigente à época.

Na década de 1870 depreendeu-se que houve um desenvolvimento acelerado do capitalismo mundial que alcançou sua maturação a partir da formação dos grandes monopólios, trustes ou consórcios, encerrando com a fase concorrencial e inaugurando a fase monopolista.

A 'livre concorrência' é convertida em uma luta de vida ou morte entre os grupos monopolistas e entre eles e outros, nos setores ainda não monopolizados. Esbatendo-se no mercado mundial – no qual a monopolização rearranja inteiramente a divisão internacional capitalista do trabalho, dando curso a renovadas políticas

neocolonialistas – o capitalismo monopolista conduz ao ápice a contradição elementar entre a socialização da produção e apropriação privada: a internacionalizada a produção, grupos de monopólios controlam-na por cima de povos e Estados. [...] contudo, é que a solução monopolista [...] é imaneamente problemática: pelos próprios mecanismos que deflagra, ao cabo de certo nível de desenvolvimento, é vítima do constrangimento *inerentes* à acumulação e à valorização capitalistas. Assim, para efetivar-se com chance de êxito, ela *demandava mecanismos de intervenção extra-econômicos*. Daí a refuncionalização e o redimensionamento [do] [...] Estado. (NETTO, 2011, p. 23-24) (Grifos do autor).

O que ocorre é uma reconfiguração do papel do Estado para regulação dos processos econômicos e políticos direcionados a garantir ou viabilizar as condições de acumulação do capital. Delineava-se um novo padrão de regulação social impulsionado pelo fortalecimento da sociedade civil associada às crises que se evidenciavam desde 1893 e a grande depressão de 1929, perpassados pelo período da 1ª Guerra Mundial, exigindo estratégias de superação da recessão.

Consolida-se, portanto, um novo regime de acumulação/ regulação social: o Fordista-Keynesiano. Segundo Montano e Duriguetto (2011), nesse regime de acumulação ocorre a introdução de novas formas de organização produtiva e da divisão internacional do capital, tendo por objetivo a obtenção de superlucros, a produção em massa mediante a intensificação do ritmo do trabalho, o consumo em massa e o pleno emprego.

Portanto, tal regime foi marcado pela forte intervenção na produção e no consumo, seja na oferta de condições para que ela se realizasse, o que perpassa pela oferta de crédito ao capital e liberação do salário indireto; seja pela repressão às ameaças ao modo de produção e de acumulação, o que implica também em intervir de modo a integrar a classe trabalhadora através da ideologia operando um deslocamento das tensões entre as esferas capital e trabalho.

[...] Com isso um novo *padrão de acumulação* é acompanhado por um novo *regime de regulação*: ancorado na relação ‘salarial’ de trabalho, nos direitos políticos, sociais e trabalhistas, no estímulo ao consumo de massa, no reinvestimento produtivo do capital, nos sistemas de créditos e juros baixos (para estimular a produção e o consumo), nas formas institucionalizadas de luta de classes e [...] para isso, torna-se imprescindível atribuir novas funções ao Estado, combinando políticas fiscais e monetárias, e dirigindo essas políticas para o investimento público necessário ao desenvolvimento da sociedade industrial monopolista (MONTANO; DURIGUETTO, 2011, p. 161)(Grifos dos autores).

Segundo Netto (2011), diferentemente da fase do capital as relações entre capital e trabalho na fase monopolista exigiu que fossem assegurados certos níveis de garantias sociais e padrões de consumo enquanto estratégia de preservação e legitimação do sistema. O Estado Social intervém, portanto, com “as *políticas sociais e salários indiretos*, favorecendo a *redução*

do custo de produção da força de trabalho, retirando-o parcialmente da responsabilidade do capitalista e socializando-o” (MONTANO; DURIGUETTO, 2011, p. 172) (Grifos dos autores).

Nesse padrão do desenvolvimento produtivo a oferta de proteção social era estratégica para manutenção do *status quo*, obscurecendo a lógica de exploração do capital.

Os teóricos da social-democracia consideravam que a evolução das forças produtivas recolocava o problema do socialismo e do poder, mas de forma alternativa à visão marxista clássica. Pregavam a colaboração da classe patronal e dos trabalhadores. As propostas da social-democracia não abalavam as bases do capitalismo; pretendiam administrar com ‘eficiência’ a desigualdade decorrente da acumulação capitalista (BRAVO, 2013, p. 65).

Nesse sentido o Estado burguês na fase monopolista, contraditoriamente, abre precedentes para o movimento de democratização da vida social, como um instrumento de controle e cooptação dos trabalhadores, agora participantes no jogo das relações políticas e do poder estatal criando uma dinâmica contraditória visto que as “[...] respostas positivas a demandas das classes subalternas podem ser oferecidas na medida exata em que elas mesmas podem ser refuncionalizadas para o interesse direto e/ou indireto da maximização de lucros” (NETTO, 2011, p. 29).

Seguindo esse contexto, a intervenção estatal nas refrações da questão social se consolida mediante desenvolvimento da política social, a qual se apresenta no período enquanto a mediação fundamental entre o Estado e a Sociedade, sobretudo a partir dos 1930, conforme as experiências do “*Welfare State*” ou “Estado de Bem-Estar Social”.

Através da política social, o Estado burguês no capitalismo monopolista procura administrar as expressões da ‘questão social’ de forma a atender às demandas da ordem monopólica conformando, pela adesão que recebe de categorias e setores e cujas demandas incorpora, sistemas de consenso variáveis, porem operantes (NETTO, 2011, p. 30).

Desta forma, o *Welfare State* pode ser compreendido como fenômeno inerente ao desenvolvimento do capital em sua fase monopolista que tinha na expansão da política social nos marcos do padrão de regulação Fordista-Keynesiano um dos sustentáculos para sua consolidação.

Segundo Behring e Boschetti (2011), apesar das distintas formulações do chamado Estado de Bem-Estar Social, há um consenso de que o mesmo se consolida mediante a superação das políticas contributivas, conforme experiência da Alemanha, a partir da introdução do modelo securitário para cobertura dos riscos sociais às categorias específicas de trabalhadores, mediante financiamento compartilhado, sobretudo, entre empregados e

empregadores, conjugando-as às políticas de caráter redistributivo, conforme o modelo implantado na Inglaterra que previa direitos universais na perspectiva da garantia dos mínimos sociais a todos, sendo financiadas e geridas pelo Estado.

Os princípios que estruturam o *Welfare State*, [...] são aqueles apontados no *Plano Beveridge*: 1) responsabilidade estatal na manutenção das condições de vida dos cidadãos, por meio de um conjunto de ações em três direções: Regulação da economia de mercado a fim de manter elevado nível de emprego; prestação pública de serviços sociais universais, como educação, segurança social, assistência médica e habitação; e um conjunto de serviços sociais pessoais; 2) universalidade dos serviços sociais; e 3) implantação de uma “rede de segurança” de serviços de assistência social. (BEHRING, 2011, p. 94) (Grifos dos autores).

Tais medidas elevaram os padrões de vida dos trabalhadores dos países capitalistas centrais, devido a ampliação dos direitos dos trabalhadores, nas áreas da saúde, lazer, moradia, habitação, assistência social, previdência, educação, dentre outros, demarcando a intervenção estatal nos processos de regulação econômica e social, no atendimento as necessidades mais imediatas da classe trabalhadora

Portanto, com o desenvolvimento e ampliação da política social redistributiva e universal no período de apogeu do *Welfare State* houve uma expansão do acesso e da cobertura dos serviços de saúde.

Coexistiam modos diversos de prestação de assistência médica e dos serviços de saúde nos países capitalistas sob orientações da social-democracia, os quais podem ser agrupados em dois modelos, conforme estrutura já delineada no fim do século XIX:

A assistência médica geral extensiva a toda a população, através de um Serviço Nacional de Saúde, financiado em grande parte pelo Estado [...] e a assistência médica compulsória, geral, através de um seguro-saúde com a participação em fundos gerenciados pelo Estado e com livre escolha de serviços ou profissionais (BRAVO, 2013, p. 69)

No que tange às concepções e práticas de saúde, segundo Bravo (2013), em contraposição às medidas de saúde pública que demarcavam as primeiras ações nos marcos do capitalismo, a partir dos avanços da ciência experimental e da microbiologia, evidenciou-se o modelo unifatorial de compreensão da saúde, enfatizando o indivíduo e as medidas curativas. Tal modelo foi importante para o estudo e tratamento de várias doenças, todavia, sem ponderar sobre as condições sociais e sanitárias que influenciam no seu desenvolvimento e propagação.

Nos séculos XVIII e XIX, a ênfase foi na prevenção e em medidas de saúde pública; no século XX, com as descobertas bacteriológicas e das ciências naturais, foi possível

a cura de tais doenças. Os serviços de saúde, que exerciam o controle de forma coletiva nos séculos anteriores, começam a exercê-lo sobre o indivíduo e sobre o cidadão. É o poder e a normatização do Estado manifestando-se no âmbito microssocial, sobre os corpos e o cotidiano (BRAVO, 2013, p. 59).

A partir dos anos de 1940 ocorreram alterações significativas. Sob iniciativa da Organização das Nações Unidas (ONU) criou-se em 1946 a Organização Mundial da Saúde (OMS) a qual recupera a saúde a partir de uma ampliação do conceito, considerando-a como resultante da conjugação do bem-estar social, mental e físico, para além da mera noção da ausência de doença. “A saúde passa a ser considerada um meio e um fim para o desenvolvimento do bem-estar. Este novo conceito impulsionou a sistematização das atividades profissionais pertencentes aos ramos das disciplinas sociais e psicológicas” (BRAVO, 2013, p. 67).

Na década de 1950, sobretudo nos países cêntricos, há uma institucionalização dos serviços de saúde com o advento das doenças degenerativas e crônicas, o que demandou a ampliação da cobertura e abrangência dos serviços de saúde. Todavia, tal expansão, se deu conforme uma visão individualizada dos processos de saúde. “Defende-se que o bem-estar pode ser alcançado no plano individual, desde que cada aspecto da vida seja regulado, cabendo esta missão ao profissional de saúde” (BRAVO, 2013, p. 67).

Corroborando a perspectiva do modelo unifatorial da saúde, em detrimento das proposições da recém-criada OMS, houve a incorporação dos ideais de Flexner na medicina científica: “O *flexernerianismo* ressaltou que a causa da enfermidade é basicamente individual e a resposta terapêutica também é orientada para o indivíduo” (BRAVO, 2013, p. 59) (Grifos da autora).

Baseado nesse modelo de ciência experimental surgiu a proposta da criação dos Hospitais de Clínicas para treinamento médico operando com a alteração da imagem social dos hospitais: de local que a população pobre se acomodava à espera da morte, de local que pode se obter a cura.

Neste período houve o desenvolvimento da indústria na área de equipamentos médicos e medicações e a concentração desses recursos em âmbito hospitalar, separando cada vez mais, os médicos dos seus instrumentos de trabalho ao passo que o excesso de especializações médicas e, conseqüentemente, prescrições e terapêuticas de cunho individualizado, incorriam num gasto excessivo no setor, o que exigiu uma racionalização administrativa dos serviços de saúde de modo a estabelecer prioridades e alocar de forma mais eficiente os recursos de forma privatizada como é o caso dos Estados Unidos da América (EUA).

Diante de tal quadro, nos anos de 1950, enquanto resposta ao caráter fragmentário da atuação médica, se desenvolveu nos Estados Unidos as propostas de reforma da atuação médica mediante a criação da Medicina Integral e da Medicina Preventiva, as quais buscavam fortalecer a concepção biopsicossocial da atenção à saúde, todavia, não rompendo com a perspectiva do atendimento meramente individual. Nesse sentido, tais práticas não se efetivaram mantendo-se descoladas da análise das determinações sociais da saúde.

Por sua vez se desenvolve a Medicina Comunitária que surge como extensão das atividades de combate à pobreza no contexto de agudização da luta de classes nos EUA onde se concedeu planos de saúde para segmentos específicos da população, financiadas pelo Estado e se empreendeu programas de assistência aos países da América Latina enquanto estratégia de controle ideológico.

O Estado de Bem-Estar Social teve sua derrocada a partir da crise de 1973 que exigiu uma reestruturação do sistema. Tudo isso se operou devido queda das taxas de lucro em decorrência da superprodução capitalista e acúmulo de capitais que não mais caberiam ser reinvestidos na produção.

Deste modo há um rompimento com pacto Fordista-Keynesiano, outrora firmado, e das garantias do Estado de Bem-Estar Social, ao passo que ocorre uma ofensiva neoliberal a partir da década de 1970 enquanto resposta às crises do capital que tenderam a derruir por completo a estrutura anterior com o combate à face interventiva do Estado na área social. Nesse sentido, conquistas históricas da classe trabalhadora estavam postas em xeque.

Desta forma, o ‘projeto/processo neoliberal’ constitui a atual estratégia hegemônica de reestruturação geral do capital [...] que se desdobra em três frentes: a ofensiva contra o trabalho (atingindo as leis e direitos trabalhistas e as lutas sindicais e da esquerda) e as chamadas ‘reestruturação produtiva’ e ‘(contra) reforma do Estado [...] se o neoliberalismo ‘rompe’ com o pacto keynesiano [...] o faz para dar continuidade, num contexto de crise, à acumulação ampliada de capital, na fase monopolista (MONTANO; DURIGUETTO, 2011, p. 193) (Grifos dos autores).

O neoliberalismo tem por pilares a minimização do Estado para a satisfação das necessidades sociais e a liberdade do mercado para de garantir as condições de acumulação e legitimação do capital. Foi a estratégia adotada para garantir as taxas de lucro a partir do acirramento da exploração e desproteção dos trabalhadores, e uma pretensa reorientação do fundo público para as demandas empresariais em detrimento do investimento e manutenção dos serviços sociais.

No que tange à produção, em substituição ao pacto Keynesiano-Fordista e em consonância com a ofensiva neoliberal ascende o regime de acumulação japonês ou toyotista

que previa um modelo mais enxuto, descentralizado, desregulado e com forte apelo à exportação. Há uma internacionalização do capital em seu aspecto financeiro e um processo desregulatório e liberalizante das fronteiras nacionais e comerciais. Ocorre uma reorganização do capital que tende a acirrar a exploração mediante a extração da mais-valia absoluta; marcado pela retomada do pensamento liberal mais ortodoxo, pela fuga de capitais a partir da quebra das fronteiras nacionais e a hegemonia do capital financeiro.

A nova fase do capital monopolista avançado – considerado por Mandel (1988) como o capitalismo tardio –, caracteriza o período como uma nuance do capital monopolista que agrega e amplia suas características, mas que, todavia, está mais para uma crise do capital do que propriamente uma fase, a qual é marcada dentre outras características pela:

concentração da produção e do capital em elevado grau[...]; a fusão do capital bancário com o industrial, com domínio da oligarquia financeira; a exportação de capitais (distinta exportação de mercadorias), que passa a assumir maior relevância; a presença de associações internacionais monopolista de capitalistas, que juto com as potências imperialistas, realizam uma repartição do mundo. (IAMAMOTO, 2008, p. 22-23.)

Segundo Montano e Duriguetto (2011), as contrarreformas operadas sob o comando da esfera financeira atuam pela eliminação dos serviços sociais e direitos trabalhistas viabilizados no Estado de Bem-Estar. O foco é a desregulamentação do trabalho e o investimento produtivo nos países que não tinham garantias trabalhistas. Ocorre um processo de pulverização e heterogeneidade da classe trabalhadora e perda da unidade de suas lutas. Há uma reestruturação da produção com o objetivo de reduzir os custos através da flexibilização do trabalho, a desterritorialização da produção e a terceirização.

Nesse contexto se tornam funções precípuas do Estado: o reforço da garantia de segurança das instituições mediante o controle da conflitividade social; a infraestrutura mediante a criação de subsídios e incentivos fiscais; a privatização e desnacionalização de empresas públicas, transferindo-as ao capital privado; a restrição ou redução dos gastos sociais transferindo-as para o mercado; a já discutida desregulamentação das relações trabalhistas e sua consequente precarização; e a desobrigação de remuneração do capital financeiro.

Há um processo de contrarreformas no âmbito do Estado mediante a desestruturação das bases de regulação política, social e econômicas vigentes. “Tem por objetivo esvaziar diversas conquistas sociais, trabalhistas, políticas e econômicas desenvolvidas ao longo do século XX” (MONTANO; DURIGUETTO, p. 203, 2011), atingindo diretamente o mundo do trabalho. Esse processo atua também na tentativa de eliminação da resistência ao neoliberalismo, sendo dele característicos a instabilidade salarial, o aumento do desemprego e

a polivalência do trabalhador, o que perpassa pelo enfraquecimento e desqualificação de suas organizações, e pela desregulamentação e precarização do mercado de trabalho.

Nesse sentido, segundo Montano e Duriguetto (2011), a contrarreforma operou com o corte dos gastos sociais consideradas onerosas ao Estado e motivadoras da crise fiscal ocorrida com o *Welfare State* o que implicou na redução do financiamento e operacionalização das políticas sociais, sendo esta a estratégia adotada para contenção do déficit público e alcance do superávit primário conforme preconizado pelos organismos multilaterais internacionais.

De acordo com Bravo (2013), os anos de 1960 a 1970, foram marcados por uma reorientação das ações de saúde: no que tange as práticas, pelo predomínio das necessidades de tratamento das doenças degenerativas; do ponto de vista ideológico, pelo reforço da investigação unifatorial dos processos de adoecimento; e do ponto de vista do acesso, pela progressiva mercantilização dos serviços de saúde mediante o declínio da intervenção estatal para sua viabilização.

As funções do Estado na área de saúde, nos anos 1960-70, aumentaram em âmbito e complexidade, em decorrência das modificações e crises ocorridas no sistema capitalista e das lutas democráticas e populares [...] a mais sutil função do Estado, entretanto, é o reforço das estruturas dominantes na medicina clínica e científica, que são coerentes com o sistema (BRAVO, 2013, p. 82).

Esta mesma autora destaca, ainda, que tais soluções liberais conservadoras no âmbito da saúde perpassam pelas dimensões econômicas no que tange à redução dos gastos sociais; com o enfoque no agente da doença e de gerenciamento e racionalização (inclusive de custos) em detrimento das medidas preventivas; e no aspecto social e cultural segundo a tendência de culpabilização do indivíduo pelo seu adoecimento e responsabilizá-lo por viabilizar seu tratamento.

Os atendimentos das necessidades de saúde nesse sentido devem ser compreendidos enquanto reflexo e resultante de um processo de desmonte das políticas de proteção social

no qual a resolução das necessidades da população é vista como passando basicamente pelo mercado, onde são comprados serviços de acordo com os recursos e interesses individuais. Como essa solução nunca foi capaz de dar conta de toda a população, o Estado se encarregaria de prestar assistência àqueles poucos que não alcançaram atender suas necessidades via mercado (BRAVO, 2013, p. 86).

Na contramão das orientações macro-político-econômicas do capital refuncionalizado pelo ideário neoliberal, considera-se o protagonismo da sociedade civil nos movimentos contestatórios prementes desde a década de 1960.

A sociedade civil impulsionada pelos movimentos que irromperam a partir das manifestações de 1968 questionam as configurações do capital e denunciavam a questão social, tendo por núcleo irradiador o espaço urbano em que a ausência/insuficiência de serviços para atendimento das necessidades da população se tornam mais evidentes.

A ação do Estado faz emergir outra contradição: cria instituições, atribui a si e aos seus aparelhos esta tarefa, mas não consegue respondê-la pois o investimento público tropeça com o limite estrutural da economia capitalista em crise nos últimos anos. [...] Ambas as fontes apresentam limites claros: não se pode obter rendimentos do capital para além de certas margens politicamente definidas, nem aumentar muito a carga de impostos ao contribuinte sem provocar descontentamento social. [...] essa situação vem sendo percebida e explorada pelos movimentos sociais, que reivindicam do Estado os serviços necessários à melhoria de suas condições de vida. (BRAVO, 2013, p. 79).

Os anos de 1970-1980, no campo da saúde, sem desconsiderar as propostas de cunho mais racionalizador da política de saúde, delinearam-se iniciativas que buscavam a consecução desse direito em articulação com os movimentos sociais, partindo da perspectiva de que as precárias condições de saúde se configuram como expressão da questão social, que assume diversas feições a depender da formação sócio-histórica em que se desenvolve, e das relações estabelecidas entre Estado e sociedade civil.

No que tange às concepções e práticas de saúde, cabe destacar as diretrizes firmadas a partir da realização da Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde em 1978, organizada pela OMS e Unicef (Fundo das Nações Unidas para a Infância), por intermédio da declaração de Alma-Ata, que defendia a execução e expansão dos cuidados primários de saúde enquanto prioridade para o desenvolvimento econômico e social mundial, e portanto, como necessidade urgente de ser incorporada na agenda governamental de todos os países, sendo estipulada enquanto meta global a ser alcançada até os anos 2000.

Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva (OMS/UNICEF, 1978, p. 2).

Ao apontar a saúde como direito fundamental, a declaração Alma-Ata afirmava que as desigualdades do ponto de vista econômico, social e política refletiam nas condições de saúde da população. E nessa direção, o acesso à alimentação e nutrição adequadas, saneamento básico, moradia, educação, cuidados de saúde materno-infantil, vigilância epidemiológica, tratamento e fornecimento de medicações a doenças comuns; e a organização produtiva – agropecuária,

industrialização, dentre outros, interferem nas condições de saúde. Nessa declaração, defende-se, portanto, uma visão socialmente determinante e intersetorial da saúde.

Do ponto de vista da gestão e execução dos serviços, prevê que tais cuidados devem ser pautados em métodos práticos e embasados cientificamente e socialmente, de acesso e cobertura universal, constituindo-se como o primeiro contato, a porta de entrada aos demais níveis de assistência à saúde de um país. Prevê também, a participação de comunidade, criação de sistemas de atendimento integrados na perspectiva da melhoria e equidade dos sistemas, e a cooperação internacional para sua efetivação.

Apesar de que tal documento tivesse enfoque tão somente nas ações primárias de saúde, foi preponderante para a reafirmação de uma concepção ampliada de saúde e a tematização dela na agenda governamental global, sendo uma importante referência para a criação dos sistemas de saúde subsequentes à sua promulgação nos países em desenvolvimento a partir da incorporação de suas concepções e princípios pelos movimentos sociais.

Segundo Bravo (2013), por mais que haja um consenso sobre a melhoria das condições de saúde mundial a partir dos anos de 1980 e a incorporação da mesma pelos movimentos sociais, não deve se desconsiderar o avanço das condições de morbidade da população e a oferta desigual dos serviços e do acesso aos serviços e terapêuticas resultantes do avanço científico, sobre o risco de regressiva dos direitos e garantias sociais já consolidadas que incidem sobre as condições de vida e trabalho da classe trabalhadora. Não se desconsiderar também os fatores externos tais como a destruição do meio ambiente e as guerras, dentre outros fenômenos tais como a crise fiscal, o enfoque estritamente biológico do processo saúde-doença, mercantilização para acesso aos serviços e recursos de saúde e a precarização/sucateamento dos serviços públicos.

Em síntese, na década de 1980 foram negligenciados os dois reais objetos da disputa: no plano econômico, a eficácia da despesa com a melhoria de vida e, no plano ético-social, o valor da saúde considerado primário para os indivíduos, mas ocupando uma posição bastante inferior nas prioridades do Estado. Essa situação ocorre até os dias atuais (BRAVO, 2013, p. 89).

A partir dos anos de 1970 até os dias atuais, com a grande crise do Estado e forte apelo ao neoliberalismo as políticas sociais, dentre as quais inclui-se a saúde, são orientadas para a criação dos programas de emergência a grupos específicos, privatizações, fragmentação e focalização. Desse modo o Estado perderia o protagonismo para viabilizar acesso e recursos aos direitos sociais, enquanto resposta à suposta crise fiscal devido ao alto gasto com as

necessidades sociais e estratégia quanto à queda da taxa de lucros do período (PEREIRA; STEIN, 2010).

Nesse contexto de favorecimento ao grande capital produtivo ocorre a transferência gradativa das responsabilidades do Estado para o terceiro setor a fim de suprir as necessidades sociais, ao passo em que se aguçam as precárias condições de trabalho em decorrência da sua desregulamentação, flexibilização e precarização.

Deflagrando-se um processo de recrudescimento da questão social, de modo que a intervenção estatal na atual fase do capital visa intervir tão somente nas situações de exclusão mais aviltantes. Nessa perspectiva, “*questão social* é mais do que as expressões de pobreza, miséria e ‘exclusão’[...] conduz à banalização da vida humana, à descartabilidade e indiferença perante o outro” (IAMAMOTO, 2008, p. 29) (Grifos da autora).

A política social, portanto, só tem por alvo a coesão social, a qual deve ser alcançada por meio de pactos plurais e competitivos. As necessidades sociais são atendidas de modo focalizado e rebaixadas ao nível premente da sobrevivência, transformando a política social de preventiva e pública, em paliativa e estigmatizadora da pobreza.

Nessa perspectiva, a política social deve ter por orçamento ideal aquele que atende as necessidades de valorização do capital. Pauta-se dessa maneira pela seletividade e a focalização, propiciando o desmantelamento dos sistemas de segurança e proteção social universais ao priorizar as ações nas situações de extrema pobreza.

As considerações tecidas até aqui ilustram o modo como as políticas de saúde foram se delineando nos marcos do desenvolvimento do capitalismo a partir das suas fases, sendo portanto estratégicas para sua acumulação e legitimação e ao mesmo tempo atenderem as necessidades mais imediatas da classe trabalhadora, principalmente a partir da era monopólica e dos padrões de acumulação inerentes, quais sejam o Fordista-Keynesiano e o modelo Toytista nas experiências dos países centrais, sobretudo europeus e o norte-americano.

Nessa direção, para elucidação dos objetivos deste capítulo que é a compreensão de como se dá a trajetória da política de saúde no Brasil, exigindo esforço teórico para apresentação do desenvolvimento do capital e, por conseguinte das ações do Estado nas particularidades deste país, as quais realizando as devidas ressalvas apresentam tendências e perspectivas comuns aos demais países que compõe a América Latina, dado que são países que compartilham uma herança colonial frente aos países centrais a qual se repõem nas suas formações sócio-históricas revelando traços de subalternidade e dependência aos ditames do capitalismo internacional o qual incide diretamente, porém de modo diferenciado, nas configurações de Estado e das relações que se estabelecem com a sociedade civil.

Nesse contexto, cabe destacar como a América Latina, e, portanto, o Brasil, se inserem na dinâmica do capitalismo internacional.

A América Latina até o início do século XX não havia desenvolvido a produção industrial, e nem tampouco os padrões societários inerentes em termos de organização social, política e econômica, vivenciadas nos países capitalistas centrais, de modo que se inserem no circuito do capitalismo de modo subsidiário e dependente, isto é, de forma desigual e combinada enquanto prerrogativa de desenvolvimento das sociedades consideradas atrasadas, estando atravessadas pelas particularidades de sua formação sócio-histórica.

Portanto,

[...] há relações, processos e estruturas que aparecem e reaparecem em diferentes países, devido ao modo pelo qual o conjunto da América Latina e cada país *per se* vincula-se ao capitalismo mundial. [...] O país atrasado assimila ou combina, de maneira *sui generis*, materiais, instituições ou mesmo fases diversas do processo histórico das nações mais adiantadas [...] segundo as condições socioculturais, políticas e econômicas do país atrasado [...] esses processos dependem das influências, pressões e interesses dos países dominantes. Isto é [...] flutuações e desenvolvimentos do capitalismo mundial (IANNI, 1991, p. 15-16).

Não se pode compreender a América Latina como um bloco homogêneo, pois apresenta clivagens em seus aspectos políticos, econômicos e culturais. Todavia ressalta-se que independentemente dos países que a compõe, apresenta similaridades na formação de sua base econômica e social pela consolidação do poder: seja com a vigência do Estado em sua vertente oligárquica ou populista; ou nos regimes ditatoriais ou democráticos, os quais serão melhor descritos adiante.

Do ponto de vista do desenvolvimento dos direitos e das políticas sociais tanto no Estado oligárquico (final do século XIX até décadas iniciais do século XX), como no Estado Populista (1930-1950), depreende-se que não havia uma demanda ou mobilização efetiva da sociedade civil em prol de sua consolidação e desenvolvimento.

No poder oligárquico, em que as relações de classe não eram bem nítidas e o domínio era garantido mediante a simples coerção, não havia direitos. Resguardados os esparsos direitos civis, tudo corria ao bel prazer do mandatário oligarca e da filantropia, sendo o Estado subsidiário nesses aspectos. A questão social quando não caso de polícia, era de ajuda e quase nunca de política.

No Estado populista, a partir da industrialização, urbanização, diversificação de trabalhadores e definição (mesmo que não compreendida) das relações de classe, houve um desenvolvimento mais efetivo dos direitos sociais e políticos, sobretudo na regulação social e trabalhista num contexto em que a mera coerção não mais caberia tão somente, e nesse sentido

o Estado ao implementar a política social, busca construir consensos e hegemonia enquanto estratégia de dominação e controle necessários a legitimação do capitalismo industrial promovendo a imagem de um Estado neutro e paternal.

Cabe ressaltar que o autoritarismo sempre esteve no jogo para controle da radicalização das classes subalternas. Constituindo-se nesse sentido polarizações demarcando que “a sociedade nacional por um lado, e a economia dependente, por outro. Por essa razão o autoritarismo mais ou menos violento para uso interno, ‘justapõe-se’ ao liberalismo efetivo e retórico, nas relações externas” (IANNI, 1991, p. 70).

Tal panorama se torna evidente a partir de 1960, conjuntura que em decorrência de influências internas e externas a América Latina, efervescida em seus aspectos políticos e culturais, encontrava-se mobilizada por frações de classe trabalhadora (cada vez mais politizada) que, usando do seu poder de pressão, exigia mudanças profundas nos padrões socioprodutivos vigentes.

Todavia, foi golpeada e neutralizada pela onda de regime ditatoriais (sob influência norte americana em tempos de Guerra Fria) justificando as medidas repressivas adotadas, quais sejam, a preservação e manutenção da ordem do capital, reafirmando os traços autoritários e não democráticos das sociedades latino-americanas.

Concomitante e intrinsecamente, resguardando-se as mediações sociopolíticas e históricas necessárias, é a partir deste período histórico, sob o novo padrão de regulação social do capital devido a reestruturação produtiva que, enquanto estratégia de acumulação, o capitalismo dos países cêntricos tendeu a fugir para os países emergentes, em que havia a disponibilidade de mão-de-obra mais barata e desprotegida. Nesse sentido os países da América Latina, uma vez dependentes do capitalismo internacional, tenderam a adotar e implementar uma série de medidas de cunho extremamente neoliberal prescritas pelos organismos multilaterais internacionais.

Segundo Montano e Duriguetto (2011), dentre as medidas destacam-se: a disciplina fiscal e a redução dos gastos públicos (as custas da redução ou não investimento social), associada à desregulamentação das leis trabalhistas e também às privatizações; reforma tributária; regime cambial de mercado; abertura comercial e facilitação da entrada de capital estrangeiro; assim como a institucionalização da propriedade intelectual. Em suma, significa adotar um plano de ajuste estrutural na ótica neoliberal que fere diretamente aos trabalhadores, ao financiamento das políticas sociais e à autonomia dos estados nacionais da América Latina.

Segundo Pereira e Stein (2010), não se vivenciou na América Latina experiências de Estado de Bem-Estar Social. A partir de 1980, alternativas que caminhavam na direção da

universalização dos direitos se viram compelidas pela implementação das ações focais em decorrência das já citadas políticas de ajuste estrutural.

As medidas adotadas consistiam em modo geral na implementação focal e gerencial de ações nas áreas de saúde, nutrição e renda destinadas a população extremamente pobre. Em tese, deveriam funcionar de modo temporário e anticíclicos, todavia os mesmos se tornaram permanentes, funcionando “como uma válvula de escape que permite a manutenção das instituições governamentais sem as reformas necessárias no sentido de sua adequação para atendimento das demandas sociais” (BID *apud* PEREIRA; STEIN, 2010, p. 119).

No campo da saúde, sob a hegemonia norte americana, desenvolveu-se uma série de programas de assistência técnica aos países da América Latina, tendo por “[...] objetivo implícito atenuar as contradições das sociedades capitalistas periféricas e eliminar as ameaças à estabilidade dos Estados Unidos como centro hegemônico”. (BRAVO, 2013, p. 71).

Esses programas eram efetivados a partir das estratégias de desenvolvimento de comunidade mediante implantação de planos de desenvolvimento social que em seus desdobramentos contemplavam as ações de medicina comunitária, tendo como instrumento para esse processo, vislumbrado pela ONU, a atuação dos profissionais de área de saúde no atendimento dos grupos populacionais mais pobres.

As propostas de Desenvolvimento de Comunidade e Medicina Comunitária, apesar de seu caráter apolítico, contribuíram para perpetuar as estruturas vigentes, de forma a desviar a atenção dos problemas de natureza política e privilegiar ações em torno de lazer, esporte, educação e atenção aos problemas imediatos de saúde da população, desvinculando dos determinantes sociais (BRAVO, 2013, p. 72).

Conforme visto, a proposta da Medicina Comunitária desempenhava um papel manipulatório, visto que tendia a obscurecer os nexos da realidade, isto é, das relações sociais capitalistas que incidiam sobre as condições de vida e trabalho da população através da prestação de serviços na ordem do individual. O objetivo implícito era de atenuar a conflitividade social e obtenção do consenso passivo da classe trabalhadora mediante as estratégias de consolidação do capital.

Segundo Teixeira (2011), no cenário da transição democrática vivenciada na América Latina a partir do fim dos regimes militares, a forte mobilização popular e articulação de movimentos sociais, trouxeram uma nova perspectiva para a saúde, mediante os movimentos pela Reforma Sanitária que, apesar das distintas formulações e efeitos práticos, lutavam pela ampliação e consolidação do direito à saúde, confundindo-se com o próprio movimento de democratização da sociedade, dados os contextos desafiadores do ponto de vista da proteção

social e da recessividade na economia vivenciadas na América Latina, como foi a experiência brasileira.

1.2 A política social de saúde e a Reforma Sanitária nas particularidades sócio-históricas do Brasil

Em nível macro, foram discutidos alguns elementos essenciais para se compreender o Brasil no bojo das relações sociais das nações de capitalismo dependente conforme os traços do desenvolvimento sócio-histórico e político da América Latina, por isso, cabe ressaltar aqui suas particularidades para as configurações do Estado e da Política Social.

Nos dias atuais ainda prevalecem o caráter patrimonialista e elitista da classe burguesa. Preservou-se o predomínio dos interesses privados sobre a esfera ou dimensão pública, sem um espírito claramente democrático e sem uma classe trabalhadora organizada para a defesa e proteção dos seus direitos.

Até os anos de 1930, predominou estritamente o Estado em suas configurações oligárquicas, compreendido como uma fase particular do capitalismo na América Latina que visava atender as necessidades de valorização do capital nos países cêntricos, já industrializados, a partir da produção e exportação de matérias-primas (advindas da monocultura, mineração ou extrativismo), administradas e geridas pelos grandes proprietários. Na particularidade do Brasil, pelos coronéis, mediante alianças, articulando-se entre si para o exercício do poder político, administrativo e para manutenção do *status quo* mediante a dominação política, cultural e social.

Em geral, as várias modalidades políticas da oligarquia orientavam-se no sentido do autoritarismo e personalismo inerentes à dominação patrimonial. Fossem o que fossem os fundamentos das relações econômicas predominantes [...] as relações de produção eram sempre capturadas pelas relações e estruturas políticas de tipo oligárquico. [...] ele governa segundo as condições e exigências econômicas, políticas e sociais abertas pelas atividades produtivas predominantes, às quais pode estar ligado por seus interesses pessoais diretos ou pela sua condição de classe (IANNI, 1991, p. 60-61).

Nessas configurações, sob o peso escravocrata e patrimonial, entre coronéis e escravos, havia uma população, considerada livre, que não dispunha de educação e nem condições de exercer seus direitos, desassistida de suas necessidades básicas e que deviam tudo aos senhores, inclusive o dever de submissão, pois até a justiça era utilizada pelos coronéis enquanto instrumento de poder de uso pessoal. Os pactos de dominação da população se baseavam no favor, na repressão e na lealdade, em troca de assistência e proteção.

A consequência de tudo isso era que não existia na verdade um poder que pudesse ser chamado de público, isto é, que pudesse ser a garantia de igualdade a todos perante a lei [...] os direitos civis beneficiavam a poucos, os direitos políticos a pouquíssimos, dos direitos sociais ainda não se falava [...] (CARVALHO, 2005, p. 22 -24).

Acresce-se a isso que as grandes transformações do Brasil (inclusive a independência) não foram precedidas por revoluções, como nos países europeus e nas colônias espanholas na América Latina. Todas as alterações sociais foram pensadas de modo a não gerar a conflitividade, de modo passivo, lento e gradual.

O Brasil não contava com uma sociedade civil organizada e consciente e civilmente apta para o exercício dos seus direitos estando ligada ao ranço das relações coronelísticas. Não havia mobilização popular em prol da criação e ampliação de direitos e nem organização política efetiva. Mesmo considerando os movimentos políticos (abolicionista, tenentista, cabanagem, Balaiada, canudos, contestado e da vacina), estes não propunham claramente o rompimento da ordem.

O Estado era aceito por esses cidadãos desde que não violasse um pacto implícito de não interferir na vida privada, de não desrespeitar seus valores, sobretudo religiosos [...] eram em verdade, movimentos reativos e não propositivos [...] A participação na política nacional [...] era limitada a pequenos grupos. A grande maioria do povo tinha com o governo uma relação de distância, de suspeita, quando não de aberto antagonismo. Quando o povo agia politicamente, em geral o fazia com reação ao que considerava arbítrio das autoridades. Era uma cidadania em negativo [...] O povo não tinha lugar no sistema político, seja no império, seja na república (CARVALHO, 2005, p. 75-83).

O Estado Brasileiro independente do enclave ou matéria-prima (pau-brasil, cana-de-açúcar, ouro, algodão, café), teve suas relações sociais definidas a partir dos interesses econômicos da grande propriedade os quais também detinham o poder político e de justiça. Segundo Ianni (1991), não havia uma distinção clara das relações de classe na medida que predominava uma passividade da sociedade frente aos acontecimentos e determinações de cunho político e social.

Num contexto da pura coerção, de naturalização do escravagismo e do privatismo do espaço público, não há espaço para o desenvolvimento dos direitos e nem mesmo uma necessidade do capital, dado o padrão de acumulação vigente de se garantir política social. Se não há uma relação nítida das classes, também não se escamoteia suas contradições de modo que os conflitos decorrentes das condições entre o capital e trabalho eram considerados caso de polícia e não de política.

A herança colonial pesou [...]. O novo país herdou a escravidão, que negava a condição humana do escravo, herdou a grande propriedade rural, fechada à ação da lei, e herdou um Estado comprometido com o poder privado. Esses três empecilhos ao exercício da cidadania civil revelaram-se persistentes. A escravidão só foi abolida em 1888, a grande propriedade ainda exerce seu poder em algumas áreas do país e a desprivatização do poder público é tema da agenda atual de reformas (CARVALHO, 2005, p. 45).

No campo da saúde, o Brasil até ao final do século XIX, não dispunha de uma organização que prestasse adequadamente tais serviços. As alternativas para o período eram solicitar assistência médica por meios próprios, mediante a expansão da prática liberal da medicina ou recorrer à filantropia, de cunho religioso, a partir da criação das Santas Casas de Misericórdia. De um modo ou de outro, eram considerados serviços esparsos concentrados, sobretudo na capital da metrópole, a cidade do Rio de Janeiro (BRAVO, 2013).

Somente a partir do século XIX, no contexto do desenvolvimento lento e gradual do capitalismo industrial do país, com a instalação das primeiras manufaturas e com o empreendimento das obras públicas na área de infraestrutura, é que se gestaram as primeiras ações de saúde realizadas tendo por fator preponderante a expansão urbana, e juntamente com ela, a deficiência da estrutura de saneamento básico e índices relativamente altos da disseminação de doenças infecto-contagiosas (tuberculose, hepatite, varíola).

No período compreendido entre o final do século XIX e início do século XX, foram instauradas, as comissões, juntas e inspeções de Saúde Pública com o objetivo de fiscalizar e prover melhores condições sanitárias e de salubridade bem como a criação os institutos de vacinação. Destaca-se também, que a introdução do avanço tecnológico na formação e prática médica sob a influência norte-americana no período, propiciaram avanços significativos em decorrência da diminuição das taxas de mortalidade e controle de algumas doenças,

Segundo Bravo (2013), o que cabe salientar é que tais ações demarcaram o início efetivo da atuação direta do Estado (mesmo que incipientes) nas questões relacionadas à saúde, tendo por objetivos primordiais resguardar as atividades econômicas no espaço urbano, sobretudo nas zonas portuárias onde se operava as relações comerciais de importação e exportação; preservar a saúde da mão-de-obra e atrair trabalhadores estrangeiros (os imigrantes); e proteger a burguesia das doenças que assolavam a sociedade no período.

Houve também o avanço no protagonismo da sociedade civil, prioritariamente a fração de trabalhadores urbanos composta pelo operariado nascente que, apesar das divergências, reivindicavam melhores condições de trabalho e de acesso à saúde, agitando a cena pública por meio de greves.

O movimento operário, um ator importante na cena política do período, questionava o seu não intervencionismo. [...] A ‘questão social’ considerada como ‘caso de polícia’ e tratada no interior dos aparelhos repressivos do Estado, ganha nova dimensão [...] Os governantes e as elites percebem que a mera repressão se torna insuficiente para enfrentar os problemas colocados pelas classes trabalhadoras (BRAVO, 2013, p. 121).

Enquanto resposta da classe dominante aos movimentos da classe trabalhadora que se delineavam, em 1923, criou-se a Lei Eloi Chaves que institucionalizava a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's).

Segundo Boschetti (2006), tais Caixas tinham por objetivo oferecer cobertura a alguns riscos decorrentes do trabalho para categorias específicas de trabalhadores urbanos, que previa em caráter complementar, a assistência à saúde e farmacêutica. Tal modelo era excludente aos demais segmentos da população que deveriam recorrer aos profissionais liberais, e sobretudo à filantropia, e aos saberes e crenças populares para atendimento de suas necessidades de saúde.

A análise da situação de saúde no período tem que contemplar as determinações urbanas e rurais e o papel atribuído ao Estado. Outro aspecto importante a ser salientado era o baixo patamar do conhecimento científico e tecnológico relativo ao diagnóstico, prevenção e terapia das doenças apresentadas. É neste contexto que se podem entender as protoformas de políticas públicas de higiene e saúde, das primeiras décadas do século XX (BRAVO, 2013, p. 118).

As ações de saúde tinham interesses meramente econômicos e sua intervenção se dava de modo focal e imediato diante das situações de calamidade pública e de ameaça à hegemonia da classe dominante mediante a organização do movimento operário, o que justifica as ações de vacinação, de vigilância epidemiológica, e de regulamentação do acesso à saúde de alguns segmentos populacionais, demarcando as protoformas da intervenção estatal na área.

A crise político-econômica instaurada na ordem do capital em 1929 gerou uma queda brusca da demanda efetiva de matérias-primas em decorrência da desestabilização das grandes potências da Europa, resultando em uma crise de superprodução, afetando a base econômica brasileira mediante a exportação cafeeira.

Segundo Ianni (1991), tal conjuntura propiciou o desenvolvimento de um modelo econômico pautado pela industrialização e pela substituição de importações, no intuito de investir o capital excedente na produção e no consumo interno.

A partir de então, reformularam-se os pactos de dependência econômica, todavia sem romper com a subalternidade da burguesia, a qual, em troca de capital e tecnologia, fazem novos acordos com os países cêntricos (diga-se os Estados Unidos), consolidando a

industrialização dos países da América Latina e, portanto no Brasil, rompendo com o poder oligárquico já sinalizado desde o início do século XX.

A urbanização e conseqüente industrialização, que romperam as bases do pacto oligárquico, demandaram a necessidade de uma nova estrutura de poder, abrindo-se precedentes para o desenvolvimento do Estado populista, o qual é definido como uma esfera de poder conformado por forças heterogêneas, quando não antagônicas. No intuito de preencher o flanco aberto pela derrocada das oligarquias e assegurar as novas bases de desenvolvimento do capital, o Estado busca obter o controle das massas, sobretudo da população urbana, a partir do seu assalariamento, forjada por uma classe trabalhadora cada vez mais diversificada.

No jogo com as massas assalariadas, o governo populista é obrigado a pôr em prática ou estabelecer as condições institucionais mínimas ao exercício da cidadania, por parte dessas massas [...] ainda que de modo desigual e incompleto [...] É obvio que esses direitos e deveres são também as condições e limites da participação política dos assalariados urbanos nas campanhas e lutas relativas tanto aos problemas de classe como aos assuntos nacionais (IANNI, 1991, p. 127).

Nesse sentido, a sustentação do Estado se dá mediante um pacto policlassista que tende a congregiar interesses divergentes e paradoxais. A burguesia tendia a cooptar a sociedade civil em torno de interesses apresentados como comuns, quais sejam, o aniquilamento do poder político e econômico das oligarquias e a defesa do avanço da industrialização e da soberania nacional enquanto sinônimo de progresso, escamoteando os novos pactos de dependência com o imperialismo e as contradições próprias das relações entre o capital e o trabalho.

Nessas condições, o proletariado aceita a coalizão com outras forças sociais e políticas, particularmente a burguesia nacional. [...] O princípio da 'paz social' ou da 'harmonia entre as classes sociais' adquire primazia sobre as ideias e práticas políticas inspiradas nos antagonismos de classe. (IANNI, 1991, p. 109).

Destaca-se também que o fortalecimento da classe trabalhadora em seu caráter social e político, foi preponderante para organização de suas lutas em torno da garantia de melhores condições de trabalho. Abria-se os precedentes para a consolidação do populismo no Brasil que vigorou na realidade brasileira de 1930 até o ano de 1964.

O período supracitado foi conturbado por estar pautado em regimes autoritários entremeados de experiências democráticas. Em contrapartida, foi período de consolidação de direitos sociais antes não vistos, obtidos enquanto estratégia de governabilidade das forças políticas que se delineavam, com forte apelo militar, porém sem grande participação da sociedade civil, destacando-se nesse contexto a distintas fases do governo de Getúlio Vargas.

No Brasil, o *varguismo* teve várias fases. Entre 1930 e 1937, Getúlio Vargas ensaiou uma democracia de bases populares, fazendo concessões simultâneas à classe média e ao proletariado. [...] Nos anos 1937-1945 Vargas instalou uma ditadura de tipo populista, sob a denominação de Estado Novo, com elementos de inspiração corporativa. Nesse período outorgou a *Consolidação das Leis do Trabalho* (CLT), formalizando as relações de trabalho no setor secundário e terciário (IANNI, 1991, p. 110)(Grifos do autor).

Na conjuntura dos anos de 1930 se tornou possível o desenvolvimento das políticas sociais enquanto respostas às expressões da questão social que se evidenciavam, o que requeria um modo mais sofisticado de intervenção num contexto de urbanização e industrialização aceleradas em que a ampliação do mercado de trabalho foi proporcional à precariedade das condições de vida, moradia e saúde da população. Diante de tal quadro, a burguesia industrial que se consolidava.

Despontam como as primeiras medidas de política social a implantação da legislação trabalhista e a criação do Ministério do Trabalho em 1930 e a estruturação dos Institutos de aposentadorias e pensões (decorrentes da unificação e uniformização das CAP's em vigência desde 1923). Menciona-se também a instituição do sufrágio universal e seus respectivos órgãos de controle e a extensão dos votos para mulheres.

A intervenção do Estado, via políticas sociais, visava à desmobilização e à despolitização da classe operária, com um discurso integrador e paternalista, ocultando a luta de classes. A preocupação era de extinguir a violência na solução dos conflitos, zelando pela ordem pública [...] tentando manobrá-los, proibindo e reprimindo as organizações políticas e sindicais, que fugissem do seu controle (BRAVO, 2013, p. 128).

A Constituição Federal de 1934 além de implementar medidas de política social e no âmbito dos direitos, também buscou centralizar as decisões na esfera federal enquanto estratégia para enfraquecimento das oligarquias regionais e conduzir a questão dos trabalhadores estabelecendo novas relações de dominação.

A partir da instauração do Estado Novo, em 1937, que operou com a centralização política e administrativa do Estado, sofisticam-se as estratégias de controle sobre a classe trabalhadora a partir da extensão e ampliação da proteção ao trabalho, tais como: extensão da jornada de oito horas para todas as categorias profissionais; garantia de férias remuneradas; instauração do acordo coletivo de trabalho; indenização por justa causa, dentre outras. Tais medidas foram tomadas no intuito de desestimular e desestabilizar o movimento operário.

No campo da saúde, é criado no período o Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médica-Social, que se dividia em dois subsectores, a saber: o de saúde pública, que

tinha por objetivo viabilizar as condições sanitárias mínimas, sobretudo nas grandes cidades, promovendo ações de combate a epidemias e endemias mediante as campanhas sanitárias; e o da Medicina previdenciária, a partir da execução das ações dos institutos de aposentadorias e pensões (IAPS), os quais foram resultantes das estratégias de “modernização ” das CAP’s, sendo a partir de então, organizados por categoria profissional (e não mais por empresa) e subordinados ao Ministério do Trabalho.

Cabe destacar, todavia, que apesar de ‘modernizar’ a atuação das CAP’s previa-se, ainda que de forma limitada, assistência médica e farmacêutica aos filiados e uma extensão excludente de cobertura.

Tal modelo era de base contencionista dado a rápida expansão da massa segurada, ao passo que os recursos acumulados não retornavam em sua integralidade para serviços, pois eram realocados para os projetos centrais do governo de incentivo à industrialização.

Portanto, a preocupação não era a prestação de serviços de modo eficaz e integral, mas tão somente controlar o trabalhador e ser instrumento de acumulação de reservas financeiras do Estado. Apesar das pressões da classe trabalhadora, os gastos eram restritos com a saúde e daí destaca-se o seu papel ideológico, seja pelo Departamento de Imprensa e Propaganda, via rádio, seja pela incorporação dos tecnocratas da saúde que tinham por finalidade justificar e naturalizar a estrutura político-econômica do país.

Depreende-se que a inserção da saúde enquanto alvo de intervenção estatal assumiu, nas particularidades do Brasil, nuances distintas do que as vivenciadas nos países cêntricos, sem, todavia, perder suas premissas fundamentais, quais sejam, oferecer as condições para acumulação sintonizando-as às necessidades do capitalismo internacional num contexto em que a simples coerção e o favor, como vivenciados no Estado oligárquico não mais eram suficientes para a dominação e garantia dos novos padrões de acumulação.

Segundo Carvalho (2005), entre 1930 e 1945, houve a consolidação de uma série de direitos sociais, tais como a regulamentação das leis trabalhistas e do complexo previdenciário, destinados, sobretudo, aos trabalhadores formais urbanos, propiciando o surgimento e desenvolvimento das políticas sociais.

Era avanço na cidadania, na medida que trazia as massas para a política. Mas, em contrapartida, colocava os cidadãos em posição de dependência perante os líderes [...] A antecipação dos direitos sociais fazia com que os direitos não fossem vistos como tais, como independentes da ação do governo, mas como um favor em troca de lealdade do qual se deviam gratidão e lealdade. (CARVALHO, 2005, p. 126).

O autor afirma ainda que no período que se estendeu entre 1930 e 1945 foi a primeira experiência popular na política brasileira, todavia centrada no objetivo de tomar o Estado, contexto em que a participação popular era facultada devido uma falta de convicção das elites na representação democrática. “Para ambos os lados, direita e esquerda, a democracia era, assim, apenas um meio que podia e devia ser descartado desde o momento que não tivesse mais utilidade” (CARVALHO, 2005, p. 151) ao passo que não havia ainda se consolidado uma organização coesa da sociedade civil.

O Estado novo entra em declínio com a reestruturação democrática nos anos de 1945, período marcado pela entrada do Brasil na fase monopolista. Todavia, não houve alteração dos grupos políticos hegemônicos no poder, mantendo-se a mesma estrutura anterior, apesar da reformulação constitucional em 1946, que expressa avanços significativos na construção dos direitos e sua regulamentação.

De acordo com Bravo (2013), a partir de 1945 pode-se afirmar que na realidade brasileira houve um aumento considerável com os gastos na área social em setores variados em caráter emergencial em decorrência da expansão industrial e da massa urbana. “O enfrentamento da questão social pelo Estado fez-se através da extensão da educação, ampliação da previdência social, combate às doenças endêmicas e melhora da habitação popular” (BRAVO, 2013, p. 140).

A política de saúde que se delineava desde a década de 1930 foi sendo consolidada. Na década de 1940 foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em convênio com os EUA mediante a Fundação Rockefeller para combate a epidemias de malária e febre amarela o que incidiria no momento na extração da borracha e de minérios em áreas de mata.

O capitalismo dependente brasileiro, mesmo com a transição democrática na década de 1940, consolidou-se e legitimou-se mediante estratégia de conciliação de classes (frações da classe burguesa e trabalhadores), conciliação esta obtida pelo cooptação e repressão da organização dos trabalhadores na justa medida em que a expandia a política social. Tal perspectiva foi combatida pelo Governo Dutra (1946-1951) e retomada pelo governo Vargas posteriormente.

[...] Nos anos 1951-54 o populismo conformou as regras da democracia representativa [...] talvez os dois mais importantes acontecimentos do governo populista, tenha sido a criação da *Petróleo Brasileiro S.A* (Petrobrás) e a publicação da *Carta Testamento*, de Vargas. [...] A ideia de devolver o país ao povo, de que o imperialismo impedia o progresso nacional [...] alimentará boa parte da ideologia populista [...] (IANNI, 1991, p. 110-111) (Grifos do autor).

Na área da saúde, o destaque fica por conta da criação do Ministério da Saúde, em 1953. Apesar da melhoria do orçamento para a área, operacionalmente não promoveu mudanças significativas nas ações e nem teve efeitos práticos sobre as condições de saúde da população. O avanço foi a atuação em novo rol de doenças (epidêmicas e infecto-contagiosas), com estrutura e esfera decisória concentrada no âmbito federal, sem articulação com estados e municípios, atuando nas ações de saúde pública, porém sem romper com hegemonia da medicina previdenciária na viabilização do acesso a saúde.

Na década de 1950 sob o governo de Juscelino Kubitschek evidencia-se uma reorientação da política econômica para a industrialização, sobretudo na indústria pesada, articulada ao favorecimento dos interesses do capital estrangeiro entrando em declínio o apelo ao desenvolvimentismo nacional. “A gestão de Kubitschek valorizou mais a política econômica em prejuízo da política social que manteve, no geral, o que herdara de Getúlio Vargas. A mudança de maior peso foi relativa à Lei Orgânica da Previdência Social e sua regulamentação [...]” (BRAVO, 2013, p. 141).

Em 1961, com a vitória de Jânio Quadros para eleições da presidência preservam-se os traços mais populistas de sua intervenção. Apresentando-se independente dos interesses econômicos e partidários das elites e partidos políticos, Quadros retomou pautas tais como a ampliação da democracia, o nacionalismo e a soberania nacional, todavia não conseguiu se manter no poder, renunciando ao cargo em decorrência da ausência de mecanismos de conciliação de classes, assumindo a presidência o seu vice, João Goulart, que permaneceu no poder até o ano de 1964.

Este governo procurou aprofundar o desenvolvimentismo de cunho nacionalista, para isso desenvolveu o primeiro Plano de Desenvolvimento Nacional visando atender às necessidades da população de baixa renda, o que contribuiu para sua adesão e apoio ao governo. Como consequência desse posicionamento, suas ações aguçaram a insatisfação da elite burguesa e do militarismo.

Nessa direção as aspirações políticas do então presidente, em torno da realização das Reformas de Base e o forte apoio popular recebido enquanto reflexo da politização da classe trabalhadora, elevou as contradições do populismo ao seu limite e representando uma ameaça ao domínio burguês nos padrões vigentes.

Essa politização, aliás, tem sido uma das principais contradições do populismo latino-americano. Pode-se dizer que ele despolitiza as classes sociais, ao politizar a aliança e a harmonia das classes. Na prática, entretanto, as classes acabam por amadurecer um pouco mais a sua compreensão das suas situações respectivas, tanto a burguesa com a proletária (IANNI, 1991, p. 115-116).

No que tange ao campo da saúde, destaca-se que se delineava no início da década de 1960, um padrão de atendimento baseado na expansão da medicina previdência e de assistência farmacêutica-hospitalar a ela associada, focalizada no modelo hospitalocêntrico e curativo de cobertura excludente e estritamente funcional às necessidades do capitalismo. Entre as ações desenvolvidas destacaram-se a ampliação da assistência médica na área rural (endêmica), a assistência à Maternidade, e a fiscalização dos preços das medicações.

Até 1964, as ações para o atendimento das necessidades de saúde da população no contexto do desenvolvimentismo nacional, apesar da predominância no discurso político, não foram implementadas. A Política de saúde continuava dividida em dois subsetores, saúde previdenciária e saúde pública, com uma predominância da primeira sobre a segunda em decorrência do avanço da industrialização e urbanização no país, sendo fundamental “[...] para o processo de trabalho, pois a massa assalariada tinha péssimas condições de trabalho e baixa remuneração, sendo a previdência um complemento indispensável para sua renda” (BRAVO, 2013, p. 148). Ao mesmo tempo, as condições de salubridade e as epidemias continuavam intensas e incapazes de serem absorvidas pela medicina previdenciária.

A situação de saúde da população, no período de 1945 a 1964 [...] não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantis, como também mortalidade geral [...]. Em síntese, a melhoria da qualidade de saúde da população não foi alterada substancialmente, havendo a opção governamental pela intervenção setorial, segundo as necessidades mais prementes de Saúde Pública (BRAVO, 2013, p. 149).

E, apesar de se ter observado uma maior organização da classe trabalhadora nesse contexto, ela não “[...]conseguiu desenvolver uma luta integrada que demonstrasse clareza para enfrentar a questão Saúde, ao contrário das classes dominantes, que percebiam a importância econômica e política das políticas sociais no âmbito da previdência [...]” (BRAVO, 2013, p. 151), não rompendo com esse modelo até os anos de 1980. Concomitantemente, a defesa da privatização da saúde se delineava desde a década de 1950, permeando as estruturas do modelo médico previdenciário.

A concepção desenvolvimentista de que o progresso econômico conduziria diminuição da pobreza, esgotava-se e apresentava limites visto não ter produzido resultados práticos. Na saúde, por exemplo, não se ofereceu uma estrutura governamental compatível (sobretudo financeira, mas também técnica e administrativa) para a ampliação e abrangência dos serviços prevalecendo tão somente medidas de cunho racionalizador, burocrático e administrativo, em

um contexto em que as pretendidas Reformas de Base ganhavam escopo cada vez maior pelas camadas populares.

Estes, dentre outros fatores, impulsionaram uma resposta da classe burguesa que era defender o aprofundamento do modelo vigente sob o risco de entrar numa disputa pela hegemonia com projetos societários contrários ao domínio burguês ou extirpar quaisquer possibilidades de questionamento da ordem. Diante disso, a partir de uma rearticulação da burguesia em torno de seu padrão de dominação, optou-se pela exclusão de todo o aparato nacional-populista, e a defesa de um projeto do capital de cariz modernizador, de interlocução favorável ao capital internacional. Abriam-se os precedentes para os regimes militares, situação análoga a todos os países da América latina no período resultando na deposição de João Goulart e na implantação do estado ditatorial do capital no Brasil, em 1964.

A implantação dos regimes ditatoriais na América Latina está associada à hegemonia norte-americana no aspecto político-econômico na perspectiva de uma contrarrevolução preventiva em escala mundial. “Essa estratégia tinha como finalidades: internacionalizar o capital, imobilizar os protagonistas sociopolíticos habilitados e resistir a esse processo e mobilizar tendências contrárias à revolução e ao socialismo” (BRAVO, 2011, p. 54-55).

Dentre outras características desse regime na experiência brasileira destaca-se a crescente despolitização da questão social visualizada tão somente em caráter técnico e burocrático, a evocação da nação enquanto projeção a ser concretizada no momento adiante e não no momento real e o fechamento dos canais democráticos de participação popular, aprofundado o caráter repressivo para consolidação das relações sociais capitalistas.

Tal regime ditatorial militar instaurado em 1964, que se estendeu até 1985, foi marcado pela violência e restrição dos direitos civis e políticos, ao passo que houve uma forte ênfase aos direitos sociais (na lógica do capital), e forte crescimento econômico (1968-1974). Todavia acirrando as desigualdades sociais a “avaliação dos governos militares, sob o ponto de vista da cidadania, tem, assim, que levar em conta [...] a expansão de direitos sociais em momento de restrição de direitos civis e políticos” (CARVALHO, 2005, p. 172).

Em face da **questão social** [...] o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada pela máquina estatal, com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital (BRAVO, 2011, p. 58) (Grifos do autor).

Na área da saúde, sobretudo entre os anos de 1964-1974, reforçou-se a dicotomia já existente entre a saúde pública atrelada ao MS para o desempenho das ações de combate as endemias e epidemias; e a medicina atrelada ao regime previdenciário sob responsabilidade do instituto nacional de Previdência Social (INPS) criado em 1966.

No que tange à medicina previdenciária, sob responsabilidade do INPS, a cobertura e expansão de serviços de saúde se davam mediante o credenciamento dos serviços privados para atendimentos dos usuários segurados sendo substitutivas, portanto, a à intervenção do Estado para construção de uma rede de atendimento de saúde e destinação de orçamentos próprios, para a viabilização de tais serviços.

Segundo Bravo (2011), ocorre uma inversão, pois a cobertura dos serviços públicos de saúde se dava através da ampliação e compra de serviços do setor privado, ocorrendo um favorecimento, sobretudo dos grupos econômicos ligados à indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares, de modo que a intervenção estatal na saúde foi orientada para a lucratividade desses ramos.

Nesse contexto, as defasagens, deficiências, e até mesmo inoperância do setor saúde nos governos militares, dado o caráter centralizado e excludente de suas ações, eram atribuídas a uma ausência de racionalidade e gerenciamento, isto é, cultuava-se o descrédito à coisa pública enquanto herança da formação sócio-histórica do povo brasileiro, na justa medida em que o setor privado é a imagem da referência de gestão, eficiência e qualidade, consolidando portanto a interpenetração dos interesses do capital na saúde brasileira estando o Estado a seu serviço.

O setor saúde precisava assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior. A saúde pública teve no período, um declínio maior que aquele ocorrido no início dos anos de 1960, e a medicina previdenciária cresceu, principalmente após a reestruturação do setor em 1966 (BRAVO, 2011, p. 59).

Portanto, operava-se uma estruturação da prática médica em consonância estrita aos padrões de desenvolvimento do capitalismo que em termos práticos previa atendimento diversificado das necessidades de saúde: curativa, para os cobertos pelo INPS ou para aqueles que podiam pagar os serviços médicos de prática liberal; e a miséria e o descaso para os que não tinham acesso, estando relegados às esparsas e ineficientes ações de saúde pública cada vez mais desfinanciada pelo Estado.

A pedra-de-toque da saúde era tão somente a domesticação, em suas condições de reprodução e de instauração da ordem social da força de trabalho, estando direcionadas para preservação dos critérios de lucratividade.

A crise internacional do capital eclodida em 1973 incide diretamente sobre o Brasil, pondo fim ao ciclo de crescimento econômico vivenciado no período anterior. O aprofundamento da dívida externa brasileira desembocou numa fase de recessão econômica que expôs as mazelas da questão social, tais como a pauperização, altas taxas de mortalidade infantil, violência urbana, dentre outros, trazendo novamente à tona movimentos da sociedade civil (sindicatos, trabalhadores rurais, operários, entidades da sociedade civil), desembocando numa crise social e política.

Diante desse contexto sob a iniciativa do governo Geisel iniciou-se o período de distensão política (1974-1979) associado ao fato que nos dez primeiros anos, o regime militar não conseguiu conquistar a hegemonia do poder político e econômico, exigindo-se um rearranjo das relações entre Estado e Sociedade, à custa de seu declínio.

Essa distensão política, enquanto estratégia de sobrevivência do autoritarismo burocrático, foi contraditória, evidenciando a dialética entre as demandas de democratização da sociedade civil e a necessidade de tornar constitucional o aparelho montado durante o período da ditadura militar, com a finalidade de garantir a continuidade do regime e do modelo econômico excludente (BRAVO, 2011, p. 63).

Nesse contexto de crise, o Estado se viu compelido a expandir as medidas de política social em decorrência da agudização da questão social no período. Tais medidas de distensão foram estratégicas, sendo a única alternativa para sobrevivência do regime.

Portanto, no período em questão ocorreram alterações no regulamento da política social pautada no conceito de eficiência (onde interesses econômicos se sobrepõem aos interesses sociais), presa tão somente a critérios de racionalização e organização, abrindo-se para uma perspectiva de negociação com a sociedade civil de modo a canalizar a reivindicação popular em cena. Modificações na área da saúde faziam-se prementes diante do quadro de urbanização desenfreada; proliferação de epidemias e a pauperização crescente da classe trabalhadora.

No âmbito do plano governamental de desenvolvimento elaborado na época, previam no âmbito da saúde alterações na assistência médica prestada pelo serviço previdenciário com a ampliação do setor conveniado na área da saúde ampliando-se as parcerias (universidades, sindicatos, governos estaduais e prefeituras, dentre outros). Todavia, ainda mantendo uma visão gerencial dos processos de saúde, desconsiderando-se os seus aspectos estruturais (econômicos, sociais, políticos).

A partir de 1974 medidas foram tomadas, tais como o Plano de Pronta Ação que consistia, dentre outras ações, na universalização do atendimento de emergência desburocratizando e permitindo integração entre a rede conveniada e previdenciária; e o

Sistema Nacional de Saúde, criado em 1975, que visava disciplinar a articulação dos órgãos que atuavam no setor de saúde prevendo a elaboração de um plano geral de saúde sob coordenação dos governos estaduais. O que deveria resultar em fortalecimento da saúde pública consistiu no final das contas nas modalidades já existentes, todavia agora de modo associado.

Em 1978 o destaque fica por conta da reestruturação do complexo previdenciário com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) e de suas autarquias, e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) para a prestação dos serviços médicos.

O SINPAS pode ser compreendido no processo de crescente universalização e de adoção do modelo de seguridade, em vez de seguro social. A criação do Inamps é a expressão dessa tendência, ao aglutinar a assistência médica por todos os órgãos previdenciários, desvinculando o atendimento médico da concessão de benefícios (BRAVO, 2011, p. 75).

Cabe destacar que efetivamente o alcance de tais propostas foi ínfimo, pois não se tocou nas bases do sistema resultando tão somente em ações de cunho administrativo. O suporte financeiro não foi oferecido pelo Estado, o qual fez tão somente racionalizar o serviço com ênfase à estrutura previdenciária mantida quase que tão somente pelos segurados. Ademais, as alterações empreendidas na política de saúde entre 1974 e 1979 não tiveram participação da população.

Mediante a inoperância da intervenção estatal diante das necessidades de saúde da população ganhava adesão forças que se contrapunham ao modelo vigente, sobretudo à ênfase dada ao setor privado na execução dos serviços e do seu caráter excludente, confrontando-se com os setores da indústria médico-hospitalar e de seus representantes, a Federação Brasileira de Hospitais (FBH).

Delineavam-se as bases para a consolidação do movimento de reforma sanitária e a defesa de uma nova perspectiva para a saúde, a partir de suas entidades representativas, sendo preponderante a ocupação dos profissionais sanitaristas no Estado mediante a ocupação de cargos no Ministério da Saúde na década de 1970.

O acesso e a produção intelectual sobre a saúde coletiva e incorporação das ciências sociais para tais análises também foram fundamentais para divulgação do novo ideal de práticas para a saúde no interior da sociedade civil, que de maneira inédita e em contra hegemonia ao pensamentos e práticas vigentes, coloca a discussão da saúde no âmbito da organização da produção e das relações de classe, destacando o protagonismo do Centro Brasileiro de Estudos de saúde (CEBES) criado em 1975; da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), da Conferência

Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), das universidades, dos sindicatos, dentre outros. Conforme afirma Bravo,

a elaboração da política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade dos recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas, entre os setores estatal e empresarial médico, e a emergência do movimento sanitário. As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter ênfase da política de saúde, caracterizadas pela predominância da participação da previdência social, através das ações curativas, comandadas pelo setor privado. O Ministério da Saúde, como se viu, retomou as medidas de saúde pública, que embora de forma limitada, aumentaram as contradições do Sistema Nacional de Saúde (BRAVO, 2011, p. 78).

Após o período considerado de distensão política (1974-1979), inicia-se a plataforma de abertura política do regime militar. Tal abertura por sua vez, não almeja entregar o poder à oposição democrática, e sim negociá-la de modo a manter a hegemonia vigente, isto é, deixando intocada a estrutura do Estado em suas bases políticas e econômicas, pautadas pelo mandonismo e o privilegiamento do capitalismo internacional.

Do ponto de vista político, a reorganização partidária, ocorrida em 1979, permitiu a consolidação dos novos partidos políticos, em que a oposição, apoiada por organizações da sociedade civil, passou a ocupar espaços importantes dentro da estrutura governamental. No que tange à sociedade civil, destacam-se o movimento sindical que se consolida na época, e o movimento urbano, que lutavam pelo fortalecimento da democracia e faziam oposição ao autoritarismo.

O período em questão (1979-1985) foi marcado pelas altas taxas de desemprego e impossibilidade de expansão das políticas sociais em decorrência da crise econômica forçando o Brasil a recorrer ao Fundo Monetário Internacional (FMI), este exigindo como contrapartida o corte do orçamento público, o que teve impactos sobre a política de saúde.

A Política Nacional de Saúde, de responsabilidade do Ministério da Saúde, mediante as ações do SINPAS e do Sistema Nacional de Saúde, não conseguiu responder ao que se propôs: a unificação das ações curativas e preventivas. Do mesmo modo, no INAMPS, prevaleciam-se as ações de caráter curativo e a compra de serviços médicos, apresentando por sua vez, instabilidade do seu financiamento.

Dentre as medidas governamentais, destaca-se a elaboração do Programa Nacional dos Serviços Básicos de Saúde (PREV Saúde), em 1980, elaborada pela tecnocracia do Ministério da Saúde o qual previa a reformulação das prioridades de atuação e cobertura. Tais medidas foram baseadas nos encaminhamentos resultantes da VII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1980, que ocorreu sem participação popular. Ressalta-se por sua vez que tal

programa não teve efetividade, atuando mais na racionalização dos serviços do que na melhoria deles.

Tal período também foi marcado pela crise do complexo previdenciário anunciada em 1981 em decorrência da crise econômica em voga. Enquanto estratégia, o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária e o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde são criados com o objetivo de racionalizar os gastos, prevendo um redirecionamento das ações em caráter de reversão gradual com a implementação das Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983.

Essa proposta visava reunir, em um planejamento único e integrado, recursos federais, estaduais e municipais para atenção à saúde, com gerência nos níveis central, regional e local.[...] Pautaram-se nos princípios de universalização, direito universal à assistência à saúde a toda população brasileira; potencialização e priorização dos serviços de atenção primária à saúde, com ênfase na prevenção; descentralização e democratização das decisões administrativas, técnicas e políticas referentes à política de saúde. (BRAVO, 2011, p. 92-93).

O debate sobre a saúde foi se tornando cada vez mais incorporado no interior da sociedade civil, ancorada nas condições de vida e trabalho dos brasileiros e conectada aos anseios democráticos que se delineavam no período. “A saúde deixou de ser interesse apenas técnico para assumir a dimensão política, estando estritamente vinculada à democracia” (BRAVO, 2011, p. 93).

Entravam em cena profissionais de saúde por meio de associações, que lutavam pela saúde para além de um apelo corporativo, e da CEBES que propugnava o debate intelectual sobre a saúde junto a população e ao governo. Evidenciava-se o caráter progressista-democrático na saúde, consolidava-se o movimento de reforma sanitária.

O período da transição democrática (1985-1990), consolidada a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, foi negociada entre as elites políticas ligadas ao regime militar e a oposição (BRAVO, 2011). A composição do governo que se delineava era polarizada entre a centro-esquerda tendo por representante o Movimento Democrático Brasileiro (MDB) e a centro-direita, pelo Partido da Frente Liberal (PFL).

Apesar das divergências, as prioridades para o momento eram: a restauração da democracia; organização financeira-administrativa e a instauração de um novo pacto social mais equitativo e voltado ao bem-estar social. “[...] o pacto expressava o desejo de inaugurar o novo momento político com uma trégua social entre setores mais importantes das relações ligadas ao capital e ao trabalho, sendo o estilo da proposta bem getulista [...]” (BRAVO, 2011, p. 96).

No período, a crise econômica continua afetando o Estado Brasileiro, sendo marcado pela inflação e pela solicitação de empréstimos aos organismos multilaterais e a crise política, marcada pelas incertezas pelos rumos da administração-governamental.

Existiam tensões entre forças que defendiam a preservação da antiga institucionalidade ditatorial e aquelas, que de fato, empenhavam-se pelo aprofundamento da democracia. Nesse sentido, o projeto neoliberal foi ganhando desde então a adesão do bloco conservador, em caráter de continuidade ao que já estava consolidado. Por sua vez, a sociedade civil organizada se tornava cada vez mais envolvida com o processo de construção da nova constituição, de forma antes nunca vista nos marcos da história democrática do Brasil.

Nesse processo, retoma-se a discussão sobre a dívida social em decorrência do agravamento das condições de vida da população no período ditatorial em suas nuances políticas e sociais, articulando-se em dois níveis: na implantação dos programas de emergência nas situações de fome, miséria e desemprego; e na abertura e intenção de reformulação dos sistemas de proteção social brasileiro, incorporando os reclames da população tais como a descentralização das políticas e recursos; integração dos serviços e equipamentos públicos, havendo avanços importantes em torno da temática da saúde (BRAVO, 2011). A realidade sanitária brasileira se tornara pauta.

Bravo (2011) aponta que eram três as tendências políticas e ideológicas que disputavam a direção da política de saúde nesta conjuntura, a saber: uma proposta conservadora que defendia a manutenção dos serviços de saúde tais quais como configurados durante o regime ditatorial, de forma plural e adquiridos mediante a compra dos serviços privados pelo poder público, sendo ensejada pelos empresários do ramo; a proposta privatista que defendia que as necessidades de saúde devem ser viabilizadas pelo mercado, cabendo ao Estado prover tão somente as ações em âmbito coletivo àqueles que não têm condições de pagar pelos serviços, demarcando a interpenetração mais massiva do mercado capitalista no campo da saúde, apropriada pelas multinacionais do ramo; e a proposta racionalizadora, defendida pela ala progressista da sociedade e pela sociedade civil em torno dos ideais do movimento de Reforma Sanitária – defendendo a progressiva estatização da saúde prevendo-a enquanto direito universal de dever do Estado.

Nesse contexto em que se prevalecia o pensamento progressista no âmbito da saúde destaca-se que no governo houve uma dinamização das Ações Integrais de Saúde (AIS) a partir de um reordenamento técnico administrativo a nível de gestão e de financiamento. Nessa direção, ocorreram a iniciativa de unificação das ações de saúde (MPAS, INAMPS) de modo a subordiná-las ao Ministério da Saúde. Todavia, houve uma divergências político-ideológicas

em torno da pauta da unificação. Tal assunto seria tratado na VIII Conferência de Saúde no ano de 1986.

Tal evento é considerado como o marco do movimento de reforma sanitária. Congregando mais 4500 participantes entre intelectuais, movimentos sociais, gestores e ala do governo (e fortemente rechaçada pelo setor empresarial da área médica-hospital e farmacêutica), fundamentou a concepção de saúde alicerçada nas determinações sociais e na organização social da produção, alicerçada no direito à saúde de responsabilidade do Estado.

O conceito de saúde e a necessidade de reestruturação do setor com a criação do Sistema Único de Saúde que efetivamente representasse a construção de um novo arcabouço institucional separando saúde de previdência, com estatização progressiva através de uma ampla reforma sanitária, foram avanços na perspectiva de acumular forças para efetivação dessa reforma. (BRAVO, 2011, p. 110).

As discussões a partir da VIII Conferência, segundo Bravo (2011), consensuaram sobre a unificação do sistema e pela dinamização das AIS, o que resultou na criação do Sistema Unificado e Descentralizado (SUDS), em 1987, a partir de uma reorganização administrativa-financeira. Nesse sentido o INAMPS deixou, em 1988, de atuar na execução dos serviços diretos de saúde, o qual passa a ser responsabilidade dos governos municipais e estaduais, sendo de sua competência, a partir de então, a fiscalização e controle do repasse das verbas.

Apesar da evidente inoperância do Estado em viabilizar ações de saúde compatíveis às necessidades do povo brasileiro e a crescente mobilização social pela alteração dos padrões vigentes e dos avanços em termos de reorientação da política de saúde na direção da desvinculação do sistema previdenciário, que se configurava tão somente como serviço complementar, muitos eram os desafios para sua efetivação destas alterações. A partir do avanço das discussões em torno da reforma sanitária, a nova constituinte seria a grande oportunidade de plasmar tais princípios e consolidar a saúde como direito.

O debate da saúde no âmbito da nova constituinte era polarizado entre os propugnadores do Projeto de Reforma Sanitária e os grupos empresariais no ramo da saúde – Federação Brasileira de Hospitais e multinacionais no ramo farmacêutico. Nesse debate houve uma preponderância do setor progressista em decorrência da sua capacidade técnica, clara e objetiva e antecipada de sua proposta, e sobretudo, a mobilização social em torno da questão saúde.

O texto aprovado na constituinte, com relação a saúde, após vários acordos políticos e pressão popular, atende em grande parte as reivindicações do movimento sanitário, prejudica os interesses empresariais do setor hospitalar e não altera a situação da indústria farmacêutica [...] embora não tenha sido possível atender a todas as demandas quando elas se confrontavam com interesses empresariais ou de setores do

próprio governo. As questões centrais sobre o financiamento do novo sistema ficaram pouco definidas, não tendo sido estabelecido percentual sobre os orçamentos do qual se origina (BRAVO, 2011, p. 116).

Nesse sentido, os grandes desafios que se apresentam nessa condição, segundo Bravo (2011), para a viabilização da reforma sanitária se presentifica a nível jurídico-formal, na inserção da saúde nas leis orgânicas municipais e estaduais; técnico-institucional no que tange à reestruturação e expansão dos serviços em níveis de complementariedade e efetividade; e no nível sociopolítico através da criação da consciência sanitária e da ampliação da participação popular.

Bravo (2011) e Teixeira (2011) apresentam os aspectos fundamentais que fortaleceram o Movimento de Reforma Sanitária para consolidação dos direitos à saúde foram: a politização da saúde mediante a inserção do debate na agenda governamental e no seio da sociedade, sendo a VIII Conferência, traço fundamental, a alteração da norma institucional – através da incorporação, de forma clara e objetiva, dos princípios da reforma sanitária na Constituição de 1988, e a mudança das práticas institucionais as quais atuaram para o fortalecimento do setor público e universalização do atendimento a partir da criação do SUDS em detrimento do setor privado.

Conforme até aqui elucidado, compreende-se que a intervenção estatal na área da saúde se manifesta na realidade brasileira a partir de 1930 de acordo com as necessidades de consolidação e legitimação do capitalismo em sua fase industrializada em uma perspectiva excludente, segmentada e focalizada, adquirindo o status de direito apenas cinquenta anos depois, conforme plasmado na Constituição Federal de 1988, sendo caudatária do Movimento de Reforma Sanitária que sintonizada lutas sociais vigentes na e pela democratização da sociedade brasileira, tal movimento questionava a ordem vigente em suas determinações estruturais.

No caminho da democratização da sociedade brasileira também se encontram o movimento das profissões de saúde que compartilhando dos mesmos princípios e pautas do Movimento de Reforma Sanitária redefiniram seus projetos profissionais demarcando o seu compromisso com a transformação social, com as lutas sociais, como o pensamento crítico e com a expansão dos direitos, como é o caso do Serviço Social nas bases do seu projeto ético-político.

Portanto, pode-se dizer que mencionar o projeto de reforma sanitária, significa também, se referir ao desenvolvimento do projeto de viés crítico do Serviço Social, pois ambos foram gestados, no que tange a petição de princípios e valores, em sintonia com as lutas sociais

democráticas. Ambas os projetos – o de saúde e do Serviço Social – não estão deslocados/isolados do contexto das lutas de classe e das conformações dos padrões que se estabelecem entre Estado e Sociedade.

Apesar dos avanços, a defesa do SUS constitucional se insere numa arena de conflitos de modo que a saúde se encontra numa encruzilhada: entre o aprofundamento da reforma iniciada mediante a consolidação da Reforma Sanitária e as propostas mercantis que visam à contrarreforma do SUS, reatualizando-se sobre novas bases, as forças antagônicas que se contrapõe a realização dos direitos a saúde presentificados na realidade brasileira desde os anos de 1950.

1.3 A Reforma e a Contrarreforma na Saúde: o ponto de chegada ou o recomeço da caminhada?

Segundo Teixeira (2011), a saúde pública pode ser compreendida a partir do reconhecimento do caráter de classe da sociedade moderna para explicar o desenvolvimento das práticas e políticas de saúde no interior do Estado. Nesse contexto, o Movimento de Reforma Sanitária decorre do processo de deslocamento do poder político hegemônico para as camadas populares na luta pela transformação do padrão de proteção social à saúde, cuja concretização se dá mediante alteração da norma legal e institucional para sua concretização enquanto direito universal e de responsabilidade estatal, tendo, por referência histórica, o contexto de democratização das sociedades e enquanto visão processual, a inclusão da questão sanitária nos processos decisórios e institucionais a partir dos novos rearranjos que se estabelecem entre Estado e Sociedade Civil.

Elucidam-se enquanto elementos fundamentais e invariáveis para efetivação dos processos de reforma sanitária: uma nova cultura das práticas e concepções de saúde, sobretudo dos profissionais da área; uma aproximação à teoria social crítica para a construção de um paradigma em torno da compreensão da determinação social do processo saúde-doença; a definição de mecanismos que garantam a participação popular (controle social) na gestão e execução dos serviços; assim como a capacidade de articulação entre grupos e setores da sociedade para defesa e consolidação da reforma.

De acordo com Teixeira (2011), as demandas sanitárias são tanto resultantes, como indutoras das lutas sociais, isto é, enquanto decorrentes das formas de organização societárias, se expressam na vida cotidiana mediante a luta populares no contexto da democratização da sociedade. A democracia foi vislumbrada enquanto possibilidade de se criar uma contra

hegemonia na busca de novas mediações entre o Estado e a Sociedade na luta pela cidadania. A reforma sanitária ao congregar lutas sociais em torno da democracia, atua tanto para desenvolver a consciência sanitária, como a consciência de cidadão no bojo da luta de classes.

Na experiência brasileira, o Movimento de Reforma Sanitária, surgido entre 1970 e 1980, como já sinalizado se desenvolve em decorrência do questionamento dos padrões de atendimento à saúde pautados no modelo médico privatista, curativo e excludente, predominantes nos governos militares que, segundo Medeiros,

defendia a concepção do processo saúde-doença ‘como processo ecológico que se dá em conjunto de relações estabelecidas com o ambiente, no qual se inclui o social’ evidenciava a saúde num contexto de ‘estrutura de relações sociais de produção, explicitando, na particularidade do capitalismo, a contradição de se gerar riqueza e pauperização e as repercussões no processo saúde-doença (MEDEIROS *apud* CORREIA; SANTOS, 2015, p. 116).

Nessa direção, o SUS, conforme plasmado no art. 196 da Constituição Federal (CF) de 1988 e posteriormente na Lei 8080/1990 incorporou as pautas significativas do projeto de reforma sanitária elaborado por este momento ao defender uma da concepção ampliada de saúde decorrente de suas determinações sociais, como direitos de todos, de dever do Estado, numa perspectiva integral e de acesso universal.

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 3º os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por forçado disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1988).

A consolidação da política de saúde nos marcos constitucionais de 1988 só se efetivou, de acordo com Teixeira (2011), pela capacidade do Movimento de Reforma Sanitária de aglutinar, mediante a construção de alianças e consensos, diversas camadas da sociedade civil em torno da democratização da saúde enquanto valor ético e universal, portadora de interesses coletivos e de questão nacional, tendo por porta-vozes das novas propostas as lideranças que se constituíam e ocupavam o aparelho estatal, conduzidas pelas frações progressistas da sociedade (intelectuais, sindicatos e organizações populares, associações e profissionais da área de saúde).

Segundo a mesma autora, o Movimento de Reforma traz consigo o conceito da universalização e só poder ser materializado a partir da consolidação do Estado democrático e de uma concepção ampliada da sociedade que relacione a organização da produção e as determinações sociais da saúde.

Assim, a luta pela Reforma Sanitária não pode deixar de andar *pari passu* com a luta por mudanças estruturais na sociedade brasileira, o que equivale a dizer que o Movimento Sanitário, em seu projeto contra hegemônico, tem necessariamente de enfatizar o estreito vínculo entre saúde e sociedade, e ligar-se às correntes políticas e organizações sociais que de uma forma ou de outra contestam a sociedade instituída (BRAVO, 2011, p. 94).

Conforme pontuado, o movimento de reforma sanitária tem a democracia enquanto elemento preponderante, tanto para consolidação da luta quanto para efetivação dos direitos a saúde. Portanto, a democratização da saúde se torna integrante e se confunde com o próprio movimento de democratização da sociedade. “Este primeiro ato não *levanta uma bandeira sanitária com vocação contra-hegemônica, mas é um incisivo gesto contra-hegemônico com vocação sanitária*” (TEIXEIRA, 2011, p. 75) (Grifos da autora).

Escorel (*apud* TEIXEIRA, 2011) aprofunda tal análise, abrindo o questionamento sobre até que ponto a consolidação da consciência sanitária na direção das transformações dos serviços da saúde pode ser preponderantes, ou até mesmo constituintes de uma consciência de classe. A autora conclui que a saúde, compreendida enquanto resultante das formas de organização político-econômica, exige, para a efetivação das alterações dos padrões sanitários vigentes que se ultrapasse o setor saúde propriamente dito. O “conceito, de saúde como *resultante* e como *condicionante* de um conjunto de fatores, transforma a luta pela saúde numa luta global, por transformação social” (SCOREL, *apud* TEIXEIRA, 2011, p. 182) (Grifos da autora).

Damaso (*apud* TEIXEIRA, 2011) também aponta que o sistema capitalista, no qual colidem com os interesses e projetos para a saúde no interior do Estado, é o condicionador dos níveis de saúde ao interferir negativamente nas condições de vida e trabalho da população, defende, portanto que para o alcance dos propósitos da Reforma Sanitária. “Não se trata de melhorar o sistema, mas de transformá-lo estruturalmente [...] introduzindo no planejamento de saúde a categoria das lutas de classes [...] e de [...] atuar ao nível das condições sociais de produção de doenças” (TEIXEIRA, 2011, p. 720).

Essa mesma autora complementa ainda que a saúde é concebida “como núcleo permanentemente subversivo da estrutura social, o que indica uma possibilidade sempre

inacabada no processo de construção social” (TEIXEIRA, 2011, p. 45) (Grifos da autora), isto é, que ultrapassa os limites da democracia burguesa, sendo tão somente possível a efetivação e consolidação das pautas de reforma sanitária em outro modelo de sociedade que não encerre a exploração do capital pelo trabalho, apresentando-se, de caráter revolucionário.

Desta forma, a luta pela saúde adquire caráter subversivo, inclusive em contraposição ao tratamento de mercadoria que recebe nas sociedades capitalistas. Porém o que queremos destacar é o que chamamos de potencial revolucionário é o fato de a saúde constituir um campo privilegiado da luta de classes [...] onde se enfrentam o direito em si e o exercício deste, onde pode se dar a formação e transformação da consciência (luta ideológica), onde se chocam as concepções de vida de diferentes classes sociais (TEIXEIRA, 2011, p. 183-184).

Diante disso, ressalta-se que a saúde só se efetiva enquanto perspectiva revolucionária em um caráter contra hegemônico se pautada nas limitações da democracia e ordens na tematização da saúde, relacionando desse modo os aspectos viáveis e os inviáveis. “Só pode levar a uma consciência sanitária revolucionária se na sua tematização estiver presente a discussão sobre as limitações que o capitalismo impõe à agenda da saúde, onde algumas questões sequer são colocadas” (TEIXEIRA, 2011, p. 114).

A consolidação dos frutos e a permanência do Movimento de Reforma Sanitária se encontram permanentemente tensionadas pelas perspectivas e projetos contrários a consolidação dos direitos à saúde, apresentando desafios para sua efetivação, dentre eles: a luta permanente pela elevação da consciência sanitária das camadas da sociedade civil, envolvidas ou não, nos processos de luta pela saúde; as alterações na perspectiva ética e cultura das práticas e concepções dos profissionais de saúde; e também sobre a necessidade de conduzir as propostas da reforma e de sua execução de modo que não se limitem aos seus aspectos burocráticos e administrativos. Ressalta-se que tais desafios se apresentam ao Movimento de Reforma Sanitária, e a ele atravessam e extrapolam dada a ofensiva conservadora que perpassam todas as esferas da vida social sob ótica do neoliberalismo.

No que tange à elevação da consciência sanitária, cabe destacar que historicamente o Movimento de Reforma Sanitária, mesmo que construindo alianças com diversas camadas da sociedade civil em prol dos interesses da coletividade, apesar de representar os interesses dos trabalhadores, não conseguiu articular-se de modo orgânico. Tal contexto se explica em decorrência de que o movimento faz opção por uma interpenetração do aparelho estatal, como observou-se no cenário da pré-constituente, e não diretamente com a classe trabalhadora, apesar de portar os seus valores.

O movimento sanitário pode ser considerado como um *intelectual orgânico* das classes trabalhadoras no campo da luta da saúde. [todavia] Ao optar por uma luta ‘técnico-política institucional’, o movimento de reforma sanitária se afasta de um trabalho mais cotidiano e permanente com a classe trabalhadora. Daí ter encontrado dificuldades para colocar-se como intelectual orgânico do proletariado e para produzir *permanentemente* uma fratura ideológica na massa de intelectuais setoriais. (TEIXEIRA, 2011, p. 191) (Grifos da autora).

Vasconcelos (2012) aponta que no início dos anos de 1990, observa-se uma descrença dos usuários sobre o serviço público de saúde, dada a sua precariedade, e a ausência de sua defesa nos marcos da Constituição Federal de 1988, atribuindo que a “[...] não introjeção da noção de direito público à saúde que, transcendendo a democratização do consumo de assistência médica, considere os determinantes econômicos e socioambientais da saúde” (VASCONCELOS, 2012, p. 81).

A tematização de saúde deve ser realizada em torno da ideia do direito de todos e do dever do Estado, promovendo a mudança do modo como a sociedade compreende a questão saúde, em seus valores e normas e não menos importante na cultura dos profissionais da área, todavia Vasconcelos (2012) aponta que os profissionais de saúde, que outrora desempenharam papel fundamental enquanto intelectuais orgânicos do movimento, não se sentem pertencidos e, portanto, não se mobilizam pelo bom funcionamento do sistema, sendo necessário mudar os valores que impactam os profissionais de saúde a partir da recuperação de sua dignidade e o estímulo de sua participação nas discussões sobre a saúde

O que podemos perceber hoje, no cotidiano das unidades de saúde, são profissionais de saúde presos ao modelo clínico-assistencial [...] assim, no seu conjunto, os profissionais de saúde, se por vezes observam a frequência da reincidência de muitos problemas de saúde devidos a fatores que escapam às ações assistenciais, fazem desta observação justificativa para atitudes pessimistas em relação a possíveis resultados da prática profissional na saúde pública (VASCONCELOS, 2012, p. 91).

Compreende-se que a implantação de um modelo de saúde compatível aos pressupostos da Reforma Sanitária, dadas as mudanças de paradigmas a serem realizadas nos padrões vigentes na realidade sócio-sanitária do Brasil na década de 1980, supõe reformas administrativas e sobretudo financeiras. Todavia, segundo Teixeira (2011), a burocracia tem sobrepujado as perspectivas de mudança, o que pode comprometer o projeto da reforma, a qual deve ter por núcleo a própria saúde, e não somente medidas de implementação da mesma.

É certo que a Reforma Sanitária sempre será uma reforma administrativa, mas ela transcende esse nível ao propugnar um efetivo deslocamento do poder. O risco que se corre é que os aspectos, necessários, mas não suficientes, relativos à administração das mudanças, passem a ocupar lugar cada vez mais destacado em detrimento da essência revolucionária do processo que é a própria saúde [...]. Assim, o caráter racionalizador embutido na proposta da reforma, ao invés de ser um dos elementos de

fortalecimento e viabilização do projeto político, passaria, ao contrário a comprometer e descaracterizar a proposta da reformadora (TEIXEIRA, 2011, p. 229).

Pensar a saúde em suas conexões com a sociedade, sobretudo numa perspectiva contra-hegemônica, exige indagar quais são os projetos sociais que disputam a hegemonia. Na perspectiva democrática, guardando fortes diferenciações entre si, destacam-se o socialdemocrata e o socialista. A socialdemocracia e o socialismo apresentam pontos de intersecção. Ambos defendem a ampliação da esfera pública e políticas sociais de tendência mais universalista e controle do Estado sob serviços e bens coletivos, todavia, o que é o fim último da socialdemocracia é apontado como ponto de partida do socialismo. “[...] o sentido que o socialismo dá a democracia é, portanto, radicalmente inverso daquele da socialdemocracia” (TEIXEIRA, 2011, p. 103). A perspectiva socialista exige uma democratização profunda de todas as esferas da vida social e de uma hegemonia ativa e uma democracia de massas.

A partir da década de 1990, vários desafios foram impostos para efetivação da política de saúde nos marcos constitucionais, pois não se suprimiu do cenário sócio-histórico a presença das forças conservadoras no campo da saúde, presentes desde a década de 1950, de apelo privatizante. Tais forças, a partir da instauração do neoliberalismo, se reatualizaram e se impõem até os dias, operando, por sua vez medidas de contrarreforma para a saúde.

A alteração do arcabouço jurídico da política de saúde pautadas numa concepção ampliada conforme ordenara o SUS, não produziram alterações significativas nas práticas de saúde. Contraditoriamente, o Sistema Único de Saúde se institucionalizava e se expandia preservando os traços do modelo médico hegemônico de atenção saúde do período ditatorial, ou seja, diametralmente oposto aos princípios da Reforma Sanitária. (FLEURY *apud* VASCONCELOS, 2011).

Desse modo, os usuários contam com o acesso universal à saúde, mas não com a qualidade dos serviços prestados, decorrente do modelo médico hegemônico, este sim necessitando de reformulação objetivando a busca da qualidade dos serviços de saúde como direito universal. É a associação e confusão entre modelo e acesso – que frequentemente têm servido de justificativa para a contestação do direito universal à saúde em vez de contestação do modelo médico hegemônico na saúde brasileira (VASCONCELOS, 2011, p. 82).

No aspecto econômico, o Estado Brasileiro é orientado segundo os ditames do capital internacional de hegemonia neoliberal. Segundo Behring (2009), o Fundo Monetário Internacional (FMI) executa uma série de ajustes estruturais, tais como o corte dos gastos públicos e o incentivo da exploração do capital industrial e financeiro no país, mediante as

condições que permitam a maior rentabilidade do capital. Tais práticas operam uma contrarreforma do Estado, mediante a desregulamentação dos mercados, o incentivo a privatização e pela capitalização das dívidas pública e interferência direta na autonomia dos Estados Nacionais.

São característicos dessa contrarreforma o reordenamento das políticas sociais, mediante forte tendência de desfinanciamento e desresponsabilização estatal em prover proteção social. Prevalece neste modelo a focalização das ações e o incentivo à solidariedade da sociedade civil, assim como das Organizações Não Governamentais (ONGs) e das instituições filantrópicas.

Segundo Correia e Santos (2015), a agenda da contrarreforma teve por marco a criação do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), em 1995, sob a presidência de Fernando Henrique Cardoso (FHC), que tinha, dentre outras funções transferir a execução das políticas públicas para os setores não estatais públicos, todavia regidos pelo direito privado. Nesse contexto, ao Estado caberia tão somente coordenar e financiar tais políticas, reforçando uma perspectiva meramente gerencial sob a justificativa de que a dita crise fiscal do Estado era em decorrência da ineficiência da máquina pública, sendo o setor privado o modelo de eficiência.

Dentre as modalidades de gestão regulamentadas destacam-se as Organizações Sociais (OS), criadas em 1998, e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), em 1999. Em suma, tais organizações deveriam executar atividades de diversas áreas tais como educação, meio ambiente, cultura e, sobretudo, na saúde.

No campo da saúde, as ditas novas modalidades de gestão criadas para execução dos serviços seguem as orientações expressas pelo Banco Mundial que, em 1991, lançou documento específico de diretrizes para o setor, segundo consta na medida em que prevê a participação do Estado tão somente como agência reguladora, preconiza “a descentralização da administração dos serviços de saúde, financiados pelo Estado, para instâncias não governamentais, estimulando, dessa forma, a atuação da iniciativa privada, na oferta de serviços para o setor” (CORREIA; SANTOS, 2015, p. 57).

Tais reorientações rebatem diretamente na implementação das políticas sociais recém-conquistadas na Constituição Federal de 1988, sobretudo na saúde que prevê na sua plataforma de luta a progressiva estatização, pois na prática, significa o repasse do fundo público para a esfera privada, abrindo precedentes para a privatização, flexibilização dos direitos à saúde e precarização das condições de trabalho dos profissionais.

Neste quadro, o recém-criado SUS, a partir dos anos 1990, é alvejado pelo ajuste estrutural neoliberal do Estado brasileiro, o que inviabilizou a sua consolidação. Por outro lado, o que se viu na prática foi um sistema seletivo, focalista, descentralizado, com característica assistencialista e impregnado de tendência privatizante. [...] Evidenciou-se a disputa do projeto de saúde privatista com o apoio estatal, em contraposição às propostas defendidas pelo projeto de reforma sanitária. (CORREIA; SANTOS, 2015, p. 97)

A Constituição Federal de 1988 define em seu art. 199 a participação da iniciativa privada no âmbito do SUS, em caráter de complementaridade nos contextos em que os recursos do SUS forem insuficientes para efetivação da cobertura. Tal dispositivo constitucional abriu precedentes importantes no sistema para a interpenetração do setor privado na política de saúde.

No contexto de redução de gastos sociais pelos ajustes neoliberais e ausência de vontade política de viabilização do SUS, este sempre se apresentará deficiente, abrindo as portas para o capital privado na área mediante a venda dos seus serviços ao SUS, retomando, portanto, a antiga prática vigente do período de regime militar sob os auspícios da medicina previdenciária, corroendo a própria lógica constitucional.

Portanto, contraditoriamente, expande-se o mercado privado por iniciativa do Estado através do SUS, mediante uma inversão desta complementaridade, visto que esse sistema é que afinal se torna complementar ao setor privado de saúde que cada vez mais vem abocanhando o fundo público.

A privatização do SUS por meio da complementaridade invertida tem propiciado a desestruturação da rede pública de saúde, ao privilegiar a compra de serviços privados, ao invés de investir na ampliação e manutenção dos serviços públicos. Tal processos tem se refletido na precarização dos serviços públicos, com a falta de infraestrutura, insumos, recursos humanos, fatores que se refletem, de forma negativa, na prestação de serviços aos usuários do SUS (CORREIA; SANTOS, 2015, p. 128).

Em termos de efetivação, umas das críticas aos novos arranjos de gestão é a atuação baseada em metas, procedimentos e protocolos que nem sempre são compatíveis às reais necessidades de saúde da população, reatualizando, conforme Correia e Santos (2015), a burocratização da execução dos serviços do SUS.

O SUS carece historicamente de uma política efetiva de financiamento, que possibilite a universalização do acesso e expansão dos serviços. No entanto, o aumento dos recursos públicos tem que estar vinculado ao fortalecimento do setor público estatal, por intermédio de uma política que alie o aumento do financiamento público para o setor ao questionamento da macropolítica econômica atual [...]. (CORREIA; SANTOS, 2015, p. 61)

Com a vitória de Luís Inácio Lula da Silva, do Partido dos Trabalhadores (PT) para as eleições presidenciais de 2002, havia uma expectativa de resistência ao projeto neoliberal, todavia não foi isso que se observou. No plano macroeconômico permaneceram as mesmas protoformas do governo de Fernando Henrique Cardoso. Do ponto de vista das políticas sociais, destacaram-se ações focalizadas de transferência de renda tais como os programas Fome Zero e Bolsa Família; e os ataques à previdência social e aos recursos da seguridade social a qual não foi assumida na perspectiva da CF. 1988. “Um breve balanço das políticas sociais mostra que, apesar de algumas inovações, a agenda da estabilidade fiscal é muito forte e, conseqüentemente, os investimentos são muito reduzidos e não apontam na direção de um outro projeto para o país”. (BRAVO *et al.*, 2014, p. 22).

No que tange ao campo da saúde, havia se uma expectativa de fortalecimento da saúde na perspectiva do projeto de Reforma Sanitária, todavia, observou-se que tal projeto estava em constante disputa com as perspectivas neoliberais já postas para a saúde.

[...] pode-se identificar que a política de saúde sofreu os impactos da política macroeconômica. As questões centrais como a universalização das ações, o financiamento efetivo, a Política de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde e Política Nacional de Medicamentos, não foram enfrentadas. Na atual conjuntura, desafios estão colocados para os defensores do Projeto de Reforma Sanitária com relação à democratização da saúde (BRAVO *et al.*, 2014, p. 28).

Tal perspectiva se reforça no segundo mandato. O plano de governo 2007-2010 não apresenta nenhum compromisso com a defesa da reforma sanitária. Questões como o financiamento efetivo e das ações intersetoriais sequer foram mencionados. A saúde foi perdendo sua dimensão enquanto bem coletivo e projeto social, na justa medida em que a intervenção estatal foi se tornando incipiente diante das expressões da questão social que se delineavam no período com a progressiva interferência neoliberal nas condições de vida e trabalho do povo brasileiro.

São retomadas no período a discussão e a implementação dos novos modelos de gestão para a política de saúde mediante as OS's e com as propostas de criação das fundações públicas de direito privado que, a partir de 2007 foram sendo implantadas em várias unidades da federação. A proposta, segundo Bravo *et al.* (2014), é clara: pretende-se exaurir o controle democrático da saúde e fortalecer a tendência privatizante. Tais intenções foram sendo totalmente rechaçadas pela XIII Conferência Nacional de Saúde no ano de 2007, todavia não impediu que fossem constantemente reafirmadas nas plenárias do legislativo federal.

A proposta descaracteriza o SUS Constitucional [...] substitui-se o interesse público por interesses particularistas numa privatização perversa do Estado Brasileiro, o que infelizmente não é novidade na cena pública nacional (BRAVO *et al.*, 2014, p. 32).

De acordo com Correia e Santos (2015), o incentivo do Estado à expansão do setor privado pode ser evidenciado, dentre outras medidas, pelo incentivo de concessão dos planos de saúde para os servidores públicos e pela isenção fiscal para empresas e pessoas físicas mediante dedução do imposto de renda. Destaca-se também nessa direção, a certificação, pelo Ministério da Saúde, de entidades sem fins lucrativos que desenvolvam projetos de intervenção no SUS, conforme regulamentado pelo Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS), criado em 2009.

Nos dois mandatos dos governos Lula as medidas tomadas no que tange às políticas de saúde se mostram contraditórias em decorrências das orientações das políticas econômicas adotadas. Nesse sentido, mesmo registrando alguns avanços, a saúde não foi priorizada, havendo maior ênfase nas políticas de transferência de renda e geração de emprego (REIS; PAIM, 2018)

Entre os anos de 2011-2016, esteve à frente da presidência da república Dilma Rousseff, também do PT. Segundo Reis e Paim (2018) no que tange a política econômica, Dilma pretendia implantar uma agenda política que aliasse crescimento econômico e avanço do capitalismo nacional e as medidas de transferência de renda e de geração de empregos sem, todavia, romper com os pressupostos neoliberais. No que tange à saúde não trouxe propostas significativas em direção ao fortalecimento do SUS na perspectiva da Reforma Sanitária, e apesar de alguns avanços, os desafios se tornaram mais evidentes.

Entre os avanços, estavam o processo de descentralização dos serviços de saúde para os municípios, ampliação do acesso aos cuidados de saúde, cobertura universal da vacinação e assistência pré-natal, além da expansão de recursos humanos e tecnologias em saúde. Porém, o SUS indicava alguns desafios, como o de garantir o acesso universal e equitativo, aumentar o financiamento e mudar o modelo de atenção (REIS; PAIM, 2018, p. 103).

Logo no início da primeira gestão de Dilma Rousseff foi sancionada a Lei n. 12.550, de 2011 que cria a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), contrariando o que havia sido estabelecido na XVI Conferência Nacional de Saúde em relação à saúde pública. A EBSERH consiste numa empresa pública de direito privado que tem por competência administrar e gerir os Hospitais Universitários Federais, os quais se constituem o maior suporte para o SUS no atendimento da média e alta complexidades em saúde, que conjugando recursos

do Ministério da Educação (MEC) e prestação de serviços ao SUS, reforçam os aspectos gerenciais da saúde.

No período também é publicado pelo Ministério da Saúde o Decreto nº 7508/2011 que tinha dentre outros objetivos organizar os serviços do SUS e a articulação interfederativa das ações, prevendo para tal, em seu art. 3º, a complementaridade (que já se sabe invertida) do setor privado para execução das ações.

Associado a isso, destaca-se também que em 2011 foi aprovado projeto que previa a Desvinculação das Receitas da União (DRU) de 20% do orçamento da seguridade social, estrangulado ainda mais o financiamento e a implementação das políticas sociais correspondentes, em decorrência da necessidade de remuneração do capital financeiro para amortização da dívida externa.

Em 2013, o Banco Mundial publica um novo documento com novas recomendações para a política de saúde, propondo o aumento da dotação orçamentária para o setor, visto que os estados e municípios apresentam dificuldades para a manutenção dos serviços de saúde, apresentando, portanto, um enfoque diverso do documento de 1991, que previa a racionalização dos gastos. Contudo, as reais intenções do BM com os novos modelos de gestão, é a transferência de recursos para a iniciativa privada mediante os contratos de prestação de serviços, tendo por intenção, portanto, aumentar a parcela do fundo público a ser destinada ao setor privado.

A saúde tornou-se, portanto, para o capitalismo, uma variável do sistema econômico-financeiro, com duas vertentes contraditórias e significativas: para o Estado – dada a lógica do mercado –, transformou-se numa sobrecarga para os orçamentos públicos; já para o capital, uma presa para os mercados e uma fonte inesgotável de renda [...]. Nesse contexto, o fundo público tende a cada vez mais, ser alocado no setor privado da saúde, em detrimento da ampliação do setor público (CORREIA; SANTOS, 2015, p. 151).

Diante do que até aqui foi exposto, no contexto da contrarreforma da saúde, o documento do Banco Mundial reforça a tendência de corrosão do SUS mediante a sua segmentação, segundo Correia e Santos (2015), dividido em dois subsistemas, sendo um sob responsabilidade direta do Estado, tendo base de financiamento as fontes da seguridade social e o outro de natureza pública não-estatal e privadas, ao qual caberia a execução direta dos serviços de saúde. Em outras palavras, um SUS para os que não podem pagar, cabendo ao Estado prover as condições mínimas e a iniciativa privada para aqueles que o podem, mediante o acesso aos serviços de maior complexidade. De forma velada, opera-se uma segmentação da assistência no SUS.

Eis aqui o fundamento da política neoliberal para a saúde, preconizada pelos órgãos multilaterais, divulgada e defendida – nem sempre de forma clara e transparente [...] uma política que preconiza: partindo da desigualdade, não da diversidade, tratar desigualmente os desiguais. Ou seja, aos pobres uma saúde pobre para os pobres, que nem chega a cumprir um papel compensatório em relação às necessidades de saúde, mas que primordialmente **regule as relações sociais**. (Vasconcelos, 2012, p.87) (Grifos da autora).

Destaca-se também que a aprovação da Lei nº 13.097/2015, que alterou a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/1990), permite o controle direto e indireto do capital estrangeiro no âmbito da assistência à saúde no Brasil e a permissão da instalação de hospitais e clínicas, gerais e de especialidades em território nacional. Segundo Reis e Paim (2018, p.109), tal aprovação significa uma “vitória da coalizão de interesses de hospitais privados, empresas farmacêuticas e operadoras de planos de saúde. Demonstrava a atuação do Legislativo em defender os interesses do mercado na saúde e na agilidade em desmontar os direitos sociais”. De acordo com Correia e Santos (2015), fortalece a privatização do setor, visto que os serviços prestados podem ser conveniados ao SUS.

No caminho do desmonte, também foi criada a Lei nº 12.873/2013 que tem por objetivos fortalecer as instituições filantrópicas sem fins lucrativos que prestam serviços ao SUS em caráter complementar tendo dentre outras finalidades, conforme disposto no seu art. 5º, inciso IV “apoiar a recuperação econômica e financeira das entidades de saúde privados filantrópicas e das entidades de saúde sem fins lucrativos”. Portanto, o Estado institucionaliza a expansão do setor privado (filantrópico) mediante a compra de serviços para o SUS, todavia sem um controle efetivo da execução desses serviços, alimenta-se a complementaridade invertida. Segundo o IBGE (*apud* CORREIA e SANTOS, 2015, p. 76)

Entre os anos de 2008 a 2014, foram alocados, no setor privado filantrópico, em média, 57% dos recursos do SUS destinados aos procedimentos hospitalares, enquanto que no setor público essa média não passou de 43%.[...] Neste sentido, observa-se que, no total de internações realizadas ao setor privado, entre 2001 e 2008, 74,5% foi custeada pelo SUS. Do total de leitos disponíveis, 78,66% foram utilizados pelo SUS, neste período.

Conforme observado, não se trata de complementaridade e sim de terceirização do sistema. O Estado de forma progressiva tem se desresponsabilizado pela execução e financiamento efetivo do setor público de saúde. Atinado às necessidades do capital internacional, tem atuado de modo a favorecer o capital privado no ramo da saúde, situação presente desde a década de 1990 e que perpassa irrestritamente todos os governos até a

atualidade, independentemente de suas orientações políticas. Em detrimento do movimento de reforma sanitária, o desmantelamento do SUS se torna projeto do Estado Brasileiro.

Em 2014, a presidente Dilma Rousseff se reelege a presidência, num contexto de forte agitação social enquanto efeitos das mobilizações populares – as denominadas jornadas de junho iniciadas em 2013 e seus desdobramentos – em torno de mudanças no ordenamento das políticas sociais brasileiras associadas aos escândalos das investigações dos crimes de corrupção nos governos PT.

Instaurava-se um quadro de crise política e social do governo associada a uma perda de governabilidade e apoio no âmbito legislativo (Câmara dos Deputados e Senado), os quais, segundo Reis e Paim (2018) também operaram diversos ataques ao SUS, propondo e aprovando medidas, desde a abertura da exploração da saúde ao capital internacional; propostas de ampliação de cobertura dos planos de saúde para os trabalhadores empregados e, até mesmo proposição de perdão das dívidas contraídas pelos planos privados de saúde operantes à união.

Diante de todo esse contexto socialmente e politicamente conturbado, efetiva-se mediante diversas manobras políticas e sobre forte peso da opinião pública de giro conservador mediante a influência midiática, as vias de tramitação para o impedimento da Presidente Dilma Rousseff encabeçada pelo Congresso Nacional, sendo concluído em 12 de junho de 2016. “A situação do Brasil, com o ajuste fiscal, penetração da ideologia liberal e dificuldade do governo em apresentar resposta adequada aos fatos, indicava uma mudança na correlação de força, trazendo impactos negativos para as políticas de saúde” (REIS; PAIM, 2018, p. 107).

Não se pretende afirmar que sob os governos petistas (Lula e Dilma) não se obtiveram ganhos para a classe trabalhadora em termos de acesso e atendimento nos serviços de saúde, mesmo que incipientes. Todavia, destaca-se que nesses governos não se rompeu com as propostas da contrarreforma da saúde evidenciadas desde os anos de 1990. Pelo contrário, o que ocorreu foi a implantação de diversas medidas que ampliaram a transferência do fundo público e dos recursos do SUS para a iniciativa privada, enfraquecendo o Sistema Único de Saúde.

Os governos supracitados também não buscaram intervir substancialmente nas determinações sociais da doença vista a plataforma da política macroeconômica adotadas – de orientação neoliberal e desenvolvimentista – que aprofundam as expressões da questão social. Depreende-se que a defesa dos princípios da Reforma Sanitária e ampliação do SUS em termos de qualidade e progressiva estatização se perpetuaram nesses governos tão somente a nível de retórica.

Com a deposição da presidente Dilma Rousseff, assume a partir de junho de 2016 o seu vice, Michel Temer do Movimento Democrático Brasileiro (MDB), permanecendo no poder até ao final do mandato da chapa em 2018. Segundo Bravo *et al.* (2018), o governo Temer representou as forças mais conservadoras e reacionárias da sociedade brasileira, sendo evidente na sua gestão o aceleramento de ações e medidas que visavam contribuir com o desmonte da proteção social brasileira, continuando e ressignificando as contrarreformas em curso.

Trata-se de uma restauração conservadora de um projeto político ultra neoliberal, assumidamente pró-capital, que visa resolver os impasses de acumulação e favorecer os interesses da classe dominante do país e aprofundar sua dependência junto ao capital internacional (BRAVO *et al.*, 2018. p. 12).

Tal proposta, extremamente vinculada aos interesses da classe burguesa, tem como horizontes fortalecer a influência do capital internacional reforçando os pactos de dependência, sobretudo aos Estados Unidos; promover um retrocesso cultural e ideológico reforçando as estratégias de alienação; baratear os custos do trabalho mediante sua flexibilização e minimização das políticas sociais perante a orientação de ajuste fiscal.

Depreende-se disso que no governo Temer foram discutidas e implementadas diversas ações nessa direção, tais como a flexibilização das leis trabalhistas, mediante a “modernização” da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT); da Reforma da Previdência e da aprovação da Emenda Constitucional nº 95, que estabelece o congelamento dos gastos públicos em áreas essenciais, tais como a educação e a saúde.

No campo da saúde, Bravo (2018) identifica que na atualidade recente três projetos em disputa pela direção da mesma, a saber: **O projeto de Reforma Sanitária** – já descrito e analisado neste trabalho; o projeto de **Reforma Sanitária Flexibilizada** – delineada nos governos petistas, pauta-se num rebaixamento da proposta inicial da Reforma Sanitária, tendo por ideal a defesa do SUS que é possível, exigindo, portanto, a sua adaptação às manobras e rearranjos institucionais e à política macroeconômica; e o **projeto privatista** – atinada aos interesses do mercado a ser explorada na perspectiva do lucro, conforme visto em destaque nas orientações da política de saúde desde o regime ditatorial.

Nitidamente favorecendo o último projeto, o privatista, o governo acelera a agenda das contrarreformas na saúde propondo, segundo Bravo (2018), dentre outras ações: a criação de planos acessíveis de saúde com o objetivo de ampliar a venda dos seguros privados, num contexto de recessão econômica, em que parcelas dos segurados abriram mãos destes planos, contudo, com o Estado assumindo os procedimentos de alta complexidade; bem como dos retrocessos na política de saúde mental mediante a que prevê o retorno das internações

psiquiátricas, e do fortalecimento do setor privado mediante o credenciamento das Casas Terapêuticas, comprometendo a atuação das redes de atenção psicossocial na direção dos princípios da reforma psiquiátrica.

No que tange à gestão de Michel Temer, depreende-se que, apesar de um curto tempo na chefia do poder executivo, foi preponderante para alavancar uma série de medidas econômicas visando atender unilateralmente os interesses do capitalismo sob os ditames neoliberais que radicalizaram sobre as condições de vida e trabalho, ainda lançando seus efeitos, em todos os níveis da sociedade brasileira, que atônita, não ofereceu resistência significativa mediante tais contrarreformas da saúde e do sistema de proteção social em geral. Na falha da estratégia de conciliação de classes nos governos petistas, Temer reforça o papel do Estado a serviço dos interesses do capital.

Nas eleições presidenciais de 2018, teve-se como candidato eleito o Sr. Jair Messias Bolsonaro, o que reforça as orientações da extrema-direita, não obstante reacionária, para a chefia do poder executivo sinalizando um clima de instabilidade para os direitos sociais democraticamente conquistados dada ao aprofundamento das propostas neoliberais em curso. Sob comando do ministro da economia Paulo Guedes, retoma-se pautas, tais como a reforma da previdência; reforma administrativa para o serviço público, cortes de gastos para a política de educação, dentre outros.

No campo da saúde, conforme sinaliza Weiller (2019), o SUS em consonância com a EC nº95 sofreu no ano passado com um desfinanciamento de 8,5 bilhões na justa medida que se reitera um discurso gerencial de cunho privatista no âmbito da saúde.

Afirma ainda o autor que estão em cursos uma série de retrocessos, quais sejam no campo da saúde mental, destacando-se a integração das comunidades terapêuticas enquanto dispositivos da rede de atendimento e a defesa das internações, posturas estas que demarcam clara oposição aos princípios da reforma psiquiátrica; destaca-se também a flexibilização para obtenção e ampliação do porte de armas, o que é contraproducente para um país como o Brasil que tem números alarmantes de óbitos e ferimentos por arma de fogo; por sua vez também destaca-se no âmbito do Ministério da Agricultura, a liberação quase de indeliberada do uso de agrotóxicos sem acompanhamento efetivo do impacto dessas substâncias na vida humana e ao meio ambiente.

interessa-nos, então, reconhecer que as políticas do governo Bolsonaro têm se voltado para os diferentes negócios que podem ser “fechados” com o mercado: planos/serviços privados de saúde, hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas, indústria das armas e do tabaco, além de todo o setor do agronegócio, de fazendeiros às multinacionais dos agrotóxicos. O que se pode concluir, de fato, é que o desmonte do SUS já é um processo de longo prazo, mas que se tornou mais intenso com o

governo Bolsonaro. Para além de analisar o SUS, o que se apresenta pelo governo são políticas voltadas à precarização das condições de vida e saúde da população, ou seja, políticas para a morte. (WEILLER, 2019, P. 238)

Salienta-se, por sua vez, que a instauração do Estado de Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV) – Portaria do Ministério da Saúde e Nº 188, de 3/02/2020, considerada pandemia, de nível global, que no âmbito do Brasil já chegou-se na marca de 4,5 milhões de pessoas infectadas e mais de 135.165 mil mortes, impõem desafios para a política de saúde sinalizando para além de uma crise sanitária, uma crise social e política, reforçando desigualdades e exponenciando as expressões da questão social.

No Brasil, as recomendações de isolamento doméstico e higienização ocorrem junto com o desemprego, o subemprego, a ausência de moradia, de abastecimento de água e de saneamento básico. O ato de lavar as mãos e a proteção de um teto não é igual para todos/as. Em um país onde parte considerável da população vive com menos de um salário-mínimo e milhões estão desempregados/as ou subempregados/as. Assim, esse momento exige medidas governamentais que se voltem para toda a classe trabalhadora e reafirmem a inclusão da população. (CFESS, 2020, p.1)

Por sua vez o que tem se evidenciado, conforme amplamente divulgado pela mídia é que o chefe do poder executivo tem emitido declarações que têm relativizado a gravidade da pandemia e das medidas para sua prevenção e contágio; sendo recorrente a troca dos ocupantes dos cargos de ministro da saúde e discordâncias políticas com governadores e prefeitos do país quanto ao enfrentamento da pandemia intensificando um cenário de crise já latente, e transferindo as questões que perpassam a covid-19 para o campo ideológico de caráter conspiracionista e negacionista da ciência.

O SUS apesar do seu desfinanciamento e dos rearranjos gerenciais na tentativa de seu desmonte sob égide neoliberal tem se configurado enquanto espinha dorsal no enfrentamento da pandemia para diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos de Covid-19 no Brasil. O SUS, com apelo especial aos profissionais de saúde, resiste!

Em meio aos conflitos e interesses que se colocam à política de saúde e da conjuntura desafiadora do ponto de vista político, social e sanitário, aponta-se na dupla condição de profissionais e enquanto classe trabalhadora, os assistentes sociais que historicamente atuam na política de saúde e que têm no seu projeto ético-político profissional hegemônico interlocuções fecundas com o Movimento de Reforma Sanitária.

2. REFORMA SANITÁRIA E SERVIÇO SOCIAL NA PERSPECTIVA DOS VALORES DO PROJETO ÉTICO-POLÍTICO E DE SUA DIREÇÃO SOCIAL ESTRATÉGICA.

Neste capítulo, pretende-se discorrer sobre a inserção do Serviço Social na área da saúde e das interfaces estabelecidas entre o Movimento de Reforma Sanitária e o Serviço Social a partir das configurações do projeto ético-político profissional, elucidando, a partir do acúmulo teórico, as atuais tendências que se delineiam para o exercício profissional na área.

2.1. Breve histórico do serviço social na saúde

Historicamente a saúde tem sido a área que mais tem absorvido assistentes sociais. Tal fato não resultou de mera eventualidade, pois deita raízes na própria constituição da profissão e nas configurações do Estado capitalista, que priorizou, no campo da saúde, o desenvolvimento das primeiras ações frente ao acirramento da questão social, e no assistente social, um dos agentes especializados para intervenção na área (BRAVO, 2009)

Conforme as necessidades do capital, no decorrer da temporalidade sócio-histórica, as configurações do Estado e das políticas sociais no âmbito da saúde têm delineado o perfil profissional e as funcionalidades esperadas pela intervenção do assistente social. Todavia, o que interessa, segundo os objetivos deste trabalho, é compreender a partir de quais contextos e determinações, ocorrem as interfaces teórico-práticas estabelecidas entre o Serviço Social e as lutas sociais na área da saúde.

Para tal, conforme o acúmulo do capítulo anterior busca-se apresentar essa trajetória, discorrendo de forma breve, o solo histórico em que se vinculam Serviço Social e Saúde, particularizando a realidade brasileira.

É no contexto do desenvolvimento da industrialização, que a radicalização da questão social demonstrou que as formas tradicionais de atendimento das necessidades sociais se tornavam insuficientes para manutenção da ordem, o que demandou do Estado mecanismos de ação mais efetivos mediante a institucionalização e racionalização do atendimento dessas necessidades, abrindo-se os precedentes para o surgimento e desenvolvimento do Serviço Social.

A profissão emergiu [...] como um dos mecanismos institucionais mobilizados pelos representantes do capital para atuar na reprodução da totalidade do processo social no sentido de contribuir para encobrir, atenuar ou controlar efeitos das contradições criadas e reforçar os mecanismos de dominação (BRAVO, 2013, p. 45).

Surgido na Inglaterra, o Serviço Social teve por precursora Octavia Hill, no ano de 1873, estando vinculado primeiramente a instituições filantrópicas e/ou religiosas, as quais também se responsabilizavam pela preparação do profissional a partir de uma formação moral e doutrinária de base vocacional. De cunho conservador e reformista, o Serviço Social atuava na perspectiva do ajuste à ordem social constituída, sendo característico o empirismo/praticismo das suas ações (BRAVO, 2013).

Na saúde, as primeiras ações do Serviço Social se davam pelas visitas aos doentes e suas famílias para aconselhamento sobre os cuidados de saúde no intuito de evitar recaídas e reincidências de internação e a triagem de pacientes que teriam isenção da taxa hospitalar custeadas pelas damas de caridade. As ações profissionais eram extremamente focais, imediatas, individualizadas e ideológicas, segundo as necessidades de legitimação da ordem burguesa.

O Serviço Social, na área de saúde, no século XIX, na Inglaterra principalmente, preocupava-se com os problemas sociais e emocionais que afetavam a recuperação do paciente, sendo valorizados primordialmente os aspectos socioeconômicos. Predominavam as atividades paternalistas, assistenciais, na perspectiva setorizada, focalista. O papel dos profissionais, caracterizados inicialmente como visitantes, era de ajuda à equipe médica (BRAVO, 2013, p. 46).

No Brasil, segundo Bravo (2013), o Serviço Social desenvolve-se na década de 1930, em conexão com as bases confessionais e morais originárias da profissão. Vinculada ao ideário católico, suas ações pautavam-se na perspectiva da recuperação da hegemonia desta no contexto da laicização do Estado Brasileiro.

Por meio das obras sociais buscava o engajamento da sociedade, o apostolado social, na realização das ações de caridade junto ao proletariado nascente, sendo também requisitado pelo Estado para intervir nas instituições assistenciais e previdenciárias criadas no período.

O Serviço Social tinha como componente essencial, a vocação mística de um apostolado social, elemento básico da legitimação de seu projeto de recuperar o homem e recristianizar a sociedade ameaçada pela crise. A conotação do controle ideológico da sociedade burguesa, sancionada pela igreja, era assumida pelos profissionais, que buscavam na sua intervenção o consenso social (BRAVO, 2013, p. 157).

De acordo com Matos (2017), a inserção do Serviço Social na saúde brasileira se deu nos anos de 1940 tendo por parâmetros o modelo médico clínico. Nessa perspectiva, no contexto de cooperação do processo de trabalho em saúde, tinha por objetivo facilitar o trabalho médico, executando tudo aquilo que lhe era delegado, aquilo que ele não julgava capaz ou não

tinha interesse, sendo, portanto, um profissional paramédico, tendo por balizas o pensamento positivista e no estudo de caso, a metodologia de sua intervenção.

A ação dos assistentes sociais na área da saúde, chamado de Serviço Social médico, foi inicialmente ligada à puericultura e à profilaxia de doenças transmissíveis e hereditárias. As funções exercidas pelos profissionais eram: triagem socioeconômica, elaboração de fichas informativas sobre o cliente para ajudar o médico no tratamento, distribuição de auxílios financeiros para possibilitar a ida do cliente à instituição médica, conciliação do tratamento com os deveres profissionais do cliente mediante entendimentos com o empregador, cuidado com relação aos fatores emocionais e psicológicos do tratamento, adequação do cliente à instituição com a obtenção de sua confiança (BRAVO, 2013, p. 156).

Segundo Bravo (2013), as ações do Serviço Social na saúde tinham um caráter subsidiário ao trabalho do médico e normativo junto aos clientes, de cunho individual, centrado nos aspectos morais e sociais do enfermo, buscando sua reintegração ao trabalho e readaptação à família.

Entre os anos de 1945-1964, conforme já mencionado, houve um avanço da industrialização e da consolidação das relações tipicamente capitalistas no âmbito da sociedade de classes, ratificando as funcionalidades para a profissão, quais sejam, o ajustamento psicossocial da classe trabalhadora na perspectiva da busca de harmonização das relações entre o capital e o trabalho, sendo recrutado, portanto, por diversas instituições estatais. Tal inserção vai demarcar institucionalização e legitimação do Serviço Social pelo Estado capitalista brasileiro.

Nesse contexto, a ampliação da assistência médica no âmbito das instituições, foi preponderante na expansão do Serviço Social na saúde, que passa a se concentrar “nos Hospitais de Clínicas, Dispensários de tuberculose, Departamentos de Saúde dos Estados, Hospitais e Clínicas Particulares e na atuação médica da Previdência Social” (BRAVO, 2013, p. 162). Por sua vez, a categoria profissional passa a debater sua inserção na saúde, segundo a preocupação de elevação do padrão técnico de atuação na área.

Portanto, ao Serviço Social médico caberia intervir, de modo educativo, nos aspectos psicológicos, emocionais, sociais, e no modo com que estes aspectos interferem no tratamento e cura das doenças. “Outro aspecto sinalizado como importante para ação e a mobilização do leito-dia, evitando a permanência dos doentes nos hospitais por um período prolongado, tendo como justificativa o custo das hospitalizações e os rendimentos dos leitos” (BRAVO, 2013, p. 164).

A partir de 1964, o processo de modernização conservadora conduzido no âmbito do regime ditatorial no Brasil, engendra-se por meio de uma reestruturação do Estado a partir da

racionalização burocrática das políticas e de todos seus componentes organizacionais, sobretudo do complexo previdenciário, ampliando rol de atuação dos assistentes sociais, no planejamento, implementação e execução destas políticas, em um novo padrão de desempenho compatível com o aparato burocrático (BRAVO, 2011).

Para o Serviço Social, no bojo da assistência médica prestada no complexo previdenciário previa-se as ações “[...]individuais, de caráter preventivo e curativo, grupal, de caráter educativo-preventivo; comunitária para mobilização de recursos e reintegração à família e ao trabalho (BRAVOS, 2013, p. 125)”, ressaltando-se também o trabalho em pesquisa e sistematização, por meio do fornecimento de informações dos aspectos psicossociais que interferiam no processo de tratamento dos doentes, o que lhes garantiu certa legitimidade junto às equipes de saúde.

A partir da década de 1960 inicia-se o movimento de reconceituação do Serviço Social na América latina que, na particularidade brasileira e assumindo diversas perspectivas e tendências, abre possibilidades para redefinição das bases constitutivas da profissão.

No âmbito da saúde prevalecia o caráter meramente conservador do exercício profissional a partir da resignificação do serviço social tradicional e/ou do projeto modernizador. Ambas as tendências se pautavam na perspectiva do ajuste do indivíduo ao meio social, de caráter ideológico, e dissociado dos componentes sócio-históricos para sua análise e planejamento de suas intervenções, a despeito dos avanços do Movimento de Reforma Sanitária em curso desde os anos de 1970.

A partir da década de 1990 mediante amadurecimento teórico-metodológico e ético-político da profissão que com os devidos aportes com a teoria social crítica e aproximação mais efetiva com os movimentos sociais em curso desde a década de 1980, desvelou-se possibilidade de uma nova perspectiva para a profissão. Isto é, a partir da consolidação do atual projeto ético-político profissional (PEP).

A partir desse marco, cabe aprofundar a discussão sobre as bases, os determinantes, componentes e dimensões do PEP enquanto projeto profissional, demarcando sua interface com o Movimento de Reforma Sanitária (MRS), de forma a extrair os elementos que apontam as indicações e as possibilidades para um exercício profissional na área da saúde coerente a direção social estratégica adotada pela profissão.

Para tal, pretende-se inicialmente resgatar a natureza, conceitos e componentes dos projetos profissionais. Discussão imprescindível para que se possa apreender o PEP em suas configurações, sustentação e horizontes.

2.2. Projeto ético-político profissional e movimento de reforma sanitária brasileira: fundamentos críticos para o Serviço Social na política de saúde.

De acordo com Cardoso (2013), as profissões são práxis sociais que se desenvolvem mediante necessidades históricas e políticas requeridas a partir dos interesses de preservação e legitimação do modo de produção capitalista, se moldando, portanto, para oferecer respostas a tais necessidades.

Tais respostas, dentre outros fatores, são condicionadas pelos contextos sócio-históricos em que são gestadas, e se desenvolvem pela capacidade de organização dos agentes profissionais, pelo nível de consciência destes na projeção dos objetivos, e construção de estratégias para o alcance das finalidades da profissão.

Os projetos profissionais [...] “são estruturas dinâmicas, respondendo a alterações no sistema de necessidades sociais sobre o qual a profissão opera às transformações econômicas, históricas e culturais, ao desenvolvimento teórico e prática da própria profissão [...]” (NETTO, 2009, p. 144), portanto, incidem de modo direto e indireto sobre a reprodução material e nas relações sociais a ela inerentes, isto é, incidem diretamente sobre a vida dos seres humanos, sua cultura, seus valores.

Nessa condição, todo projeto profissional constitui-se de aspectos éticos e políticos. Éticos, pois tais projetos reclamam valores e princípios que embasarão a atuação e informarão a direção social da profissão, políticos, pois exige-se estratégias para que suas finalidades, conforme a direção assumida, sejam alcançadas. “Assim, toda profissão terá uma *razão de ser* e construirá sua projeção de *dever ser*” (Cardoso, 2013, p. 71).

Segundo Netto (2009) e Barroco (2010), tais aspectos perpassam todo o projeto profissional e ultrapassam a mera normativa ou prescrição de normas e direitos, pois implicam em valores que só podem ser efetivados mediante a política enquanto espaço de luta. Articulam-se, de modo consciente ou inconsciente, aos projetos societários, que podem vir a reforçar ou não o *status quo*, aos limites da sociabilidade do capital.

De acordo com Netto (2009), os projetos societários são projetos coletivos macroscópicos que abrangem propostas para o conjunto da sociedade sendo indissociáveis, portanto, dos projetos de classe de acordo com os interesses e necessidades que se vinculam: ao capital ou ao trabalho, portando uma dimensão política, que apontam uma outra direção.

Cada um desses grandes projetos terá divergências internas e será defendido e apropriado pelos diversos grupos sociais que irão propor diferentes formas, estratégias e táticas na busca de sua concretização. Ambos coexistem em disputa em nossa sociedade, mas apenas será hegemônico em cada tempo histórico. Ou seja, um deles

direciona nossa sociedade, embora o outro continue a existir buscando **hegemonia** (CARDOSO, 2013, p. 77) (Grifo do autor).

Portanto, ainda que se vigore uma perspectiva conservadora no âmbito da sociedade é possível que a profissão se alinhe a outro projeto societário que se contraponha a sociabilidade em vigência na perspectiva da emancipação. “Esses projetos só ganham força na sociedade quando extrapolam os limites das categorias profissionais, estando vinculados aos valores, finalidades e projetos societários maiores, como o dos movimentos sociais dos trabalhadores” (CARDOSO, 2013, p. 78). Nesse sentido, aponta-se como possibilidade a construção de um projeto profissional na perspectiva da contra-hegemonia.

Os projetos profissionais, portanto, são constituídos por valores ético-políticos e opções teórico-metodológicas em consonância com um projeto societário, tendo por base o trabalho profissional dos sujeitos dessa ação. *Valores* que legitimam a opção de uma *direção social, caminhos* para a concretização dessa opção, tendo como *finalidade* uma *forma de sociabilidade*. Enquanto projeto, direciona a ação cotidiana desses profissionais que, por sua vez, construirão e reconstruirão tal projeto em sua *práxis* profissional (CARDOSO, 2013, p. 79) (Grifos do autor).

Por sua vez, a afirmação da hegemonia de um ou outro projeto não suprime as diferenças, ou contradições de posicionamentos e perspectivas de mundo e sociedade, que permeiam o corpo profissional. “[...] sempre existirão segmentos profissionais que proporão projetos alternativos; por consequência, mesmo um projeto que conquiste hegemonia nunca será exclusivo” (NETTO, 2009, p. 145).

De posse destas informações a respeito da consolidação dos projetos profissionais é que se reúnem elementos para se analisar a consolidação e legitimação do atual projeto ético-político do Serviço Social Brasileiro, enquanto profissão inserida na divisão sociotécnica do trabalho que tem no polo da contradição seu elemento propulsor, sendo contratado pela burguesia para atuar junto as expressões da questão social na perspectiva da manutenção da reprodução social vigente, mas que, ao revisitar seus conteúdos e valores, buscou no jogo das relações contraditórias em que se insere, se posicionar pela defesa dos interesses da classe trabalhadora na perspectiva da transformação social, da emancipação humana.

O *Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social brasileiro* incorpora a profissão como processo histórico, cujo significado social e ideopolítico se inscreve no âmbito das relações sociais entre as classes e suas frações e destas com o Estado [...] na conjuntura da ‘transição democrática’[...] Os anos 1980 sintetizam o período de consolidação teórico-política da vertente de *ruptura* na organização político-sindical, formação acadêmica, exercício profissional e estudantil, por suas concepções, em disputa por projetos profissionais [...] (ABRAMIDES, 2019, p. 36) (Grifos da autora).

Na particularidade do serviço social brasileiro, a redefinição do novo projeto profissional, ganha expressividade a partir dos anos de 1980, período em que o país enfrenta o regime ditatorial, instalado desde 1964, momento de forte efervescência de movimentos sociais, com destaque ao movimento sindical, que agregando diversas frações da classe trabalhadora incluindo uma ala progressista dos assistentes sociais, propiciou que estes se reconhecessem enquanto classe, integrando movimentos na luta contra a ditadura e também pela ampliação dos direitos sociais, civis e políticos no contexto da recessividade econômica e social mediante o “fim do milagre econômico”.

No bojo desse contexto sócio-histórico, no âmbito profissional vivenciava-se, conforme mencionado anteriormente, o processo de revisão e crítica do Serviço Social gestado na década de 1960, período denominado como Movimento de Reconceituação do Serviço Social, em voga em toda a América Latina, o qual ressaltando as particularidades de como se desenvolveu em cada um dos países, se caracterizou pela pretensa recusa do conservadorismo no âmbito profissional, pela necessidade de redefinição das bases de legitimação da profissão e de seus aspectos teóricos, políticos e interventivos na perspectiva de ruptura com o conservadorismo que historicamente marca a trajetória profissional.

A experiência sócio-histórica do final dos anos 1970 e anos 1980, das mobilizações e lutas sociais, estabeleceu a base para a opção sociopolítica do projeto profissional de ruptura com o conservadorismo pelo reconhecimento das assistentes sociais como trabalhadoras assalariadas, dos usuários dos serviços sociais como sujeitos de classe, do compromisso profissional com os interesses imediatos e históricos da classe trabalhadora, da necessária articulação entre projeto profissional e projeto societário emancipatório, o que lhe confere um estatuto ontológico. (ABRAMIDES, 2019, p. 81)

É na perspectiva de intenção de ruptura, mediante os aportes da tradição marxista e na articulação com os movimentos sociais no contexto da redemocratização brasileira, é que se têm as bases para a consolidação do atual projeto ético-político profissional.

Este é contexto que possibilitou que o projeto de ruptura ganhasse as condições objetivas para se organizar: explicitação da questão social pela luta de classes, abertura democrática com o enfraquecimento do regime militar, resquícios de uma grande crise econômica (nacional e internacional) [...] As origens desse projeto profissional estão no processo de democratização que antecede o golpe militar, quando do início da articulação das classes subalternas e movimentos sociais, que via horizontes na revolução cubana e na articulação da América Latina pelas lutas sociais (CARDOSO, 2013, p. 181)

Destaca-se que a aproximação dos assistentes sociais aos movimentos e lutas sociais em voga partiram de uma dupla condição: como cidadão, a partir do seu reconhecimento como classe trabalhadora e, portanto, também afetada pela crise social e política, e enquanto profissionais que, inseridos em variados espaços sócio-ocupacionais, vivenciavam o cotidiano das massas em sua precariedade de condições de vida. Abramides (2019, p.97) destaca que “desse binômio decorre a inter-relação do exercício profissional com os movimentos sociais de luta por políticas públicas com políticas de direitos, que ganham estatura institucional, a partir da promulgação da Constituição, em 5 de outubro de 1988 [...]”.

Paim (2008) afirma que é nesta mesma quadra histórica – entre os anos de 1970 e 1980 – que se desenvolve o movimento de reforma sanitária que no bojo do movimento pela redemocratização da sociedade brasileira, tinha por pautas a luta pela democratização da saúde, congregando setores populares, estudantes, professores universitários e entidades profissionais da área, e com uma perspectiva de transformação social que não se encerra na saúde em si, e que aponta a construção de uma nova sociabilidade. O MRS tem, segundo Damaso (*apud* Paim, 2008), um fundamento revolucionário que à medida em que operam mudanças no setor saúde, incide sobre questões estruturais da sociedade.

O projeto da Reforma é o da civilização humana, é um projeto civilizatório, que para se organizar precisa ter dentro dele princípios e valores que nós nunca devemos perder, para que a sociedade como um todo possa um dia expressar estes valores, pois o que queremos para a saúde é o que queremos para a sociedade brasileira (AROUCA *apud* PAIM, 2008, p. 174).

Apesar de se tratar de projetos de natureza distintas – Movimento de Reforma Sanitária e Projeto Ético-político profissional do Serviço Social – afirma-se que estes compartilham do mesmo terreno sócio-histórico e têm na democracia e na articulação com os movimentos sociais o fio condutor para o seu desenvolvimento, tendo por aportes, em suas origens a teoria social crítica.

O projeto de reforma sanitária ao aglutinar diversos setores e interesses de classes sociais que lhe deram sustentação, se caracteriza como movimento amplo, que ultrapassa uma política de Estado. O projeto ético-político, apesar de apresentar um escopo menor, ou seja, o âmbito profissional, também ultrapassa uma perspectiva corporativista, pois busca ressignificar sua função social, se posicionando pela defesa dos interesses da classe trabalhadora, estando conectado ao movimento sócio-histórico da realidade brasileira.

Ambos os projetos compartilham de uma perspectiva anticapitalista, estando intrinsecamente conectados a uma perspectiva emancipadora que do ponto de vista ético-

político radicaliza valores e princípios que ultrapassam a ordem vigente, demarcado seu caráter revolucionário.

Assim, mesmo que distintos – uma vez que o projeto ético-político do Serviço Social é uma corporação profissional e o da reforma sanitária seja um projeto de política social que se materializa como um serviço – ambos os projetos têm uma clara concepção de mundo e de homem, com uma nítida vinculação a um projeto societário não capitalista, apontando o socialismo como alternativa (MATOS, 2017, p.103).

Portanto, é na participação cívico-política e no exercício profissional que os assistentes sociais à época vivenciavam cotidianamente a crescente demanda dos trabalhadores por políticas e serviços sociais, engrossando tais movimentos mediante a inserção em sindicatos, partidos políticos e movimentos sociais.

A ambientação sócio-histórica daquele período contribuiu para o adensamento da **direção sociopolítica do projeto profissional**, impulsionada pelas lutas sociais que alimentaram a ação profissional, voltada aos movimentos sociais por direitos e políticas públicas, na esfera institucional dos espaços sócio-ocupacionais (ABRAMIDES, 2019, p. 97) Grifos da autora

Conforme Netto (2009) foi a inserção dos setores progressistas do Serviço Social na luta pela democracia da sociedade brasileira que criou condições para o rompimento do monopólio conservador da profissão, isto é, para que nessa direção democrática, popular e anticapitalista, se consolidasse um nova perspectiva para o Serviço Social, demarcando sua respectiva hegemonia no âmbito da formação e exercício profissional.

A direção sociopolítica estratégica do projeto profissional pressupõe articular-se a um processo de lutas e mobilizações de massas, que possam reverter o quadro e barbárie social imposto pela ditadura do capital. Lutar por consolidação e ampliação dos direitos sociais implica somar forças com o conjunto das massas trabalhadoras, da cidade e do campo, em uma perspectiva de autonomia e independência de classe na luta anticapitalista, anti-imperialista e socialista. (ABRAMIDES, 2019, p. 38) Grifos da autora.

Retomando ao debate específico dos projetos profissionais, em termos gerais, Cardoso (2013) aponta que estes dispõem de quatro dimensões: a ética profissional – que corresponde aos valores que traduzidos em princípios norteiam as escolhas e as ações cotidianas legitimando a profissão em dada direção social; a organização política – no que tange a construção de estratégias ou respostas profissionais condizentes aos valores e direção social assumidas, tendo nas instancias política-organizativas da profissão seu núcleo irradiador; a teórico-metodológica – no que se refere à produção dos conhecimentos e metodologias de intervenção embasadas em dada concepção de história, de homem, de sociedade e de mundo mediante a composição

teórico; e a dimensão jurídica – no que tange às legislações que respaldam o projeto, a formação e o exercício profissional estabelecendo os correspondentes parâmetros, marcos ou diretrizes.

Na particularidade do Serviço Social, Braz e Teixeira (2009) afirmam que de forma sistematizada, os elementos constitutivos do PEP se relacionam primeiramente aos princípios e valores ético-políticos defendidos, os quais, tendo por matriz teórico-metodológica fundada na teoria social crítica (sendo esse o segundo elemento), assumem uma perspectiva crítica à ordem capitalista (terceiro elemento), os quais se manifestam na organização política, nas lutas e defesas de interesses coletivos em consonância com os interesses da classe trabalhadora na da sociedade brasileira.

No que tange aos valores e princípios que sustentam o PEP, Netto (2009) elucida que

[...] este projeto tem em seu núcleo o reconhecimento da *liberdade* como valor central – a liberdade concebida historicamente, como possibilidade de escolha entre alternativas concretas; daí um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais. Consequentemente, *este projeto profissional se vincula a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem exploração/dominação de classe, etnia e gênero*. A partir destas opções que o fundamentam, tal projeto afirma a defesa intransigente dos direitos humanos e o repúdio do arbítrio dos preconceitos, contemplando positivamente o pluralismo, tanto na sociedade como no exercício profissional (NETTO, 2009, p.155). Grifos do autor

Conforme sinalizado, tal perspectiva de liberdade é totalmente oposta àquela defendida pela ideologia burguesa, que está vinculada à propriedade privada e, portanto, não alcança a todos em termos de generalidade humana, sendo atribuída ao esforço pessoal, ao mérito, à vontade. Como algo a ser obtido, e não inerente a sociabilidade e constituição humana, geradora, portanto, da desigualdade. Nesta perspectiva

[...] a universalização dos valores não implica, necessariamente, sua objetivação como tal; os valores universais, tornam-se princípios abstratos porque não são realizáveis para o conjunto da sociedade. [...] a ideologia dominante possibilita o ocultamento das contradições entre existência objetiva de valores humano-genéricos (expresso pelas normas abstratas) e suas formas de concretização (seus significados históricos particulares), entre valores humano-genéricos e sua não-realização prática (Barroco, 2010, p. 52-53)

Na perspectiva defendida pelo PEP, segundo Barroco (2010), a liberdade está calcada no trabalho na perspectiva teleológica da autoconstrução humana, no atendimento das necessidades materiais e sociais e do desenvolvimento ilimitado de suas possibilidades, mediante “vontade racional liberadora de sua autonomia; pode escolher entre as alternativas por ele criadas, traçar seu destino, superar limites, fazer escolhas, objetivando suas capacidades

e deliberações(Barroco, 2010, p, 28)”, e que propiciem a superação dos preconceitos, que evidencie a criatividade e estimule a participação política e cívica dos indivíduos.

O valor da liberdade que fundamenta o PEP nos remete ao princípio da integralidade defendido pelo MRS, segundo Nogueira e Miotto (2009) e Matos (2017), pois parte do reconhecimento do usuário como todo indivisível, enquanto totalidade, o que demanda articulação das práticas, saberes e entre as ações preventivas e curativas, e que atue, para além da cura pelo alargamento dos horizontes da vida material e espiritual dos indivíduos.

O MRS, em relação ao indivíduo, tem enquanto diretriz, conforme (BRASIL, 1990), a preservação da sua autonomia, da integridade física e moral, de modo que esteja consciente para que possa escolher e deliberar sobre as possibilidades possíveis no que tange à tomada de decisão e/ou construção de possibilidades às condutas e terapêuticas necessárias a preservação e manutenção da sua saúde; e que se potencialize o conhecimento e politização sobre seus direitos a partir da elevação de sua consciência sanitária.

Nesse contexto, ressalta-se também a dimensão política contida no PEP:

ele se posiciona a favor da *equidade* e da *justiça social*, na perspectiva da *universalização* do acesso a bens e a serviços relativos às políticas e programas sociais; a *ampliação e consolidação da cidadania* são explicitamente postas como *garantias dos direitos civis, políticos e sociais das classes trabalhadoras*. Correspondentemente, o projeto se declara radicalmente *democrático* – considerada a *democratização* como *socialização da participação política* e *socialização da riqueza socialmente produzida* (NETTO, 2009, p. 155). Grifos do autor.

A democracia é compreendida aqui enquanto possibilidade de ultrapassagem dos limites impostos pela sociedade burguesa para o desenvolvimento efetivo da cidadania, da autonomia e autogestão dos indivíduos, na perspectiva de ultrapassagem da sociabilidade burguesa. Nesses termos, a equidade, a igualdade e a justiça social também assumem essa feição. Tem-se por direção uma individualidade em que a liberdade de cada um é a condição, e não o limite da liberdade do outro. Pauta-se nas possibilidades de conexão do ser social com a riqueza humana, dirigida, portanto para a emancipação dos indivíduos.

Conforme Nogueira e Miotto (2009), a democracia se configura como o núcleo duro da reforma sanitária, pois além da defesa do acesso aos bens e serviços de modo igualitário e universal da saúde, o movimento de reforma sanitária também defende o acesso ao poder, tendo por princípio a participação da comunidade, na condução, fiscalização e formulação do SUS, na perspectiva da cidadania.

[...] A Reforma Sanitária [está] centrada nos seguintes elementos constituintes: a) *democratização da saúde*, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão; b) *democratização do Estado* e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social [...] c) *democratização da sociedade* alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza e do saber, seja na adoção de uma “totalidade de mudanças”, em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral. Enfim, uma das vertentes críticas do movimento sanitário admite a Reforma Sanitária como um *projeto civilizatório* articulado à *radicalização da democracia* na perspectiva do socialismo. (PAIM, 2008, p.173) Grifos do autor.

Segundo Nogueira e Miotto (2009), nessa direção, a universalidade prevista no PEP é vislumbrada no MRS mediante a concepção da saúde enquanto direito, na perspectiva do rompimento com a desigualdade sócio-histórica do acesso à saúde tão característica no período pré 1988. “é compreendida como a defesa de que todos, independente da contribuição financeira ou não, tem direitos aos serviços públicos de saúde” (MATOS, 2017, p. 105) de forma igualitária, equânime.

No que tange a equidade, destaca-se, no campo da MRS, a incorporação do SUS dos princípios da hierarquização e da regionalização:

Hierarquização, onde os serviços de saúde devem ser estruturados de maneira que haja uma ordenação de prestação de acordos com as demandas apresentadas [...] a **regionalização**, que indica para a articulação entre as redes de serviços [...] por compreender que a situação de saúde está ligada diretamente às suas condições de vida, bem como articular a rede de serviços existentes (MATOS, 2017, p.105). grifos do autor.

A universalidade do acesso a bens e serviços, a cidadania, e propriamente a democracia, conforme já mencionado, se configuram concomitante a princípios do PEP e do MRS, tendo estes por meio (e não por fim) para transformação social na perspectiva revolucionária. “Ambos os projetos têm pontos em comum: defesa dos direitos inalienáveis do homem, defesa do público, do Estado Laico e democrático, dentre outros” (MATOS, 2017, p. 105). Corroboram tal perspectiva, Nogueira e Miotto (2009, p. 222), ao afirmarem que “a expansão dos direitos da cidadania, a preocupação com a universalidade, com a justiça social e o papel do Estado na provisão da atenção social”, são pontos de convergência entre tais projetos.

Independente do campo de atuação, no plano estritamente profissional, o PEP afirma a necessidade do aprimoramento intelectual permanente do assistente social, de modo a forjar, dentre outras coisas, um profissional investigativo e propositivo, condição fundamental para a competência profissional.

A afirmação de um perfil profissional propositivo requer um profissional de novo tipo, comprometido com sua atualização permanente, capaz de sintonizar-se com o ritmo das mudanças que presidem o cenário social [...] que invista em sua formação intelectual e cultural e no acompanhamento histórico-conjuntural dos processos sociais para deles extrair potenciais propostas de trabalho – ali presentes como possibilidades – transformando-as em alternativas profissionais. (IAMAMOTO, 2015, p. 145).

Elucida Netto (2009), no que tange à relação assistente social/usuário, que o PEP aponta um tipo de relação em que o indivíduo deve ser respeitado em sua condição de cidadão na perspectiva do direito à informação sobre os recursos institucionais, na democratização do acesso, no fortalecimento de sua autonomia e pelo compromisso profissional com a qualidade do atendimento prestado, conforme já sinalizado, convergentes aos atributos da integralidade previstas no MRS.

[...] o projeto prioriza uma *nova relação* com os usuários dos serviços oferecidos pelos assistentes sociais: é seu componente elementar o *compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população*, aí incluída a *publicidade* dos recursos institucionais, instrumento indispensável para sua democratização e universalização e, sobretudo, para abrir as decisões institucionais à *participação dos usuários* (NETTO, 2009, P. 155-156) grifos do autor.

Sinaliza Iamamoto (2015), que o assistente social é um potencial educador político, visto que deve se pautar pela construção e ampliação da esfera pública e dos canais de participação popular construindo possibilidades de questionamento, de proposição, tomada de decisão e responsabilidades acerca dos seus direitos e interesses.

O MRS aponta o potencial dos profissionais de saúde para o fortalecimento das bases de sustentação e defesa da luta pela saúde pautadas nos princípios e diretrizes do movimento de reforma sanitária incorporados pelo SUS, sendo estratégico para a alteração da perspectiva do fantasma da classe ausente, já mencionado na primeira parte deste estudo, pois tem no cotidiano do trabalho, potencialidades para o desenvolvimento de atividades que incidam sobre a elevação da consciência sanitária dos usuários e os mobilizem politicamente para a defesa dos seus direitos.

O esforço volta-se para realizar um trabalho que zele pela qualidade dos serviços prestados e pela abrangência no seu acesso, o que supõe a difusão de informações quanto aos direitos sociais e os meios de sua viabilização [...] trata-se de envidar esforços para assegurar a universalidade ao acesso e/ou a ampliação de sua abrangência [...] (IAMAMOTO, 2015, p. 145).

Conforme Barroco (2010), tais valores e princípios do PEP na perspectiva do compromisso e competência profissional exigem, para sua concretude, no âmbito na prestação dos serviços que o assistente social realiza desde que se promova uma interligação entre as dimensões ética, intelectual e prática, tendo por direção prática e operativa [...] “a defesa e a universalização dos direitos sociais e de mecanismos democráticos de regulação social (Barroco, 2010, p. 205)”, na particularidade da saúde e para além dela, sendo aspecto constituinte do projeto ético-político profissional hegemônico da profissão.

Nesse contexto é que se delineiam suas atribuições e competências profissionais, as quais, segundo a Lei de Regulamentação do Serviço Social, de 1993 versam na elaboração, implementação, execução, avaliação e coordenação de políticas sociais, planos, programas e projetos na área de serviço social e afins junto aos órgãos da administração pública, empresas, entidades e organizações populares; assim realizar encaminhamentos, orientações sociais (individuais e coletivas), estudos socioeconômicos; assessoria e consultoria; laudos, pareceres, vistorias, dentre outras, para identificação de recursos e acesso a benefícios e serviços sociais na perspectiva da proteção, defesa e acesso aos direitos civis, políticos e sociais.

Com base nisso, o projeto de reforma sanitária demanda que o assistente social atue na

Busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, [...], estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático e estímulo à participação cidadã (BRAVO; MATOS 2009, p. 206)

No que tange à matriz teórico-metodológica, conforme já sinalizado, tem-se a teoria social crítica marxista e marxiana, constituída no interior desse projeto, segundo Netto (2009) mediante a consolidação da produção de conhecimento na área, sobretudo, a partir da década de 1970 e 1980 conforme sua interlocução com as ciências sociais e humanas com inspiração na teoria social crítica, sendo determinante para tal, a sua inserção no ambiente universitário, sobretudo na pós-graduação.

No campo marxista consolidam-se as bases teórico-políticas pautadas na compreensão da realidade na perspectiva da totalidade, do significado social da profissão no âmbito das relações sociais; do reconhecimento da categoria enquanto classe trabalhadora; da perspectiva da transformação social e da luta de classes dando a direção sócio-política à profissão (ABRAMIDES, 2019).

Nesse sentido, o Serviço Social, mesmo não se configurando como ciência, propiciou o adensamento da massa crítica mediante o aprofundamento em pesquisas se consolidando como

área de conhecimento tendo inclusive fomento de órgãos da área, como é o caso do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), quebrando por sua vez, o monopólio conservador no âmbito teórico e metodológico da profissão.

[...] consolida-se no interior do Serviço Social no Brasil, uma produção do conhecimento crítico no aprofundamento da relação com a tradição marxista [...], que será essencial ao amadurecimento [...] Tal amadurecimento conduz o projeto ético-político à revisão de seu compromisso com a classe trabalhadora, [...] compreendendo o seu papel profissional, sua institucionalidade e a discussão do trabalho profissional (CARDOSO, 2013, p. 203)

Segundo Netto (2010), tal opção teórico-metodológica foi ao encontro da necessidade de ressignificação da prática interventiva do Serviço Social, tanto em relação às demandas tradicionais, como das novas, a partir da ampliação dos campos de intervenção em decorrência da consolidação de direitos e políticas sociais a partir de 1988, portanto, exigindo-se um novo perfil de profissional.

Daí a ênfase numa *formação acadêmica* qualificada, fundada em concepções teórico-metodológicas críticas e sólidas capazes de viabilizar uma análise concreta da realidade social – formação que deve abrir a via à preocupação com a *(auto)formação permanente* e estimular uma constante *preocupação investigativa* (NETTO, 2009, p. 156).

Por sua vez, é na adoção do materialismo histórico-dialético que genuinamente se fundamentam os aspectos teórico-metodológicos que dão direção às ações e a produção de conhecimentos no âmbito MRS. Segundo Paim (2008), parte-se do entendimento que a saúde no âmbito da coletividade tem determinantes que ultrapassam os componentes de natureza biológica e ecológica, sendo perpassada social e historicamente por determinações apreendidas a partir dos processos de produção de reprodução social, ao que se define por conceito ampliado de saúde.

O materialismo histórico torna-se o fundamento epistemológico do ‘objeto’ processo saúde/doença, ao mesmo tempo que se institui como instrumento de transformação racional da realidade [...]. Assim, a categoria central explicativa do processo saúde/doença seria, pelo seu máximo grau de abstração, aquela de ‘produção’ e ‘reprodução social’, naturalmente intermediada por outras categorias, quando se trata de especificidades (NOVAES *apud* PAIM, 2008, p. 166).

Conforme Paim (2018), a partir de uma revisão do conceito ampliado de saúde, considera-se que os componentes de classe social devem ser enriquecidos através da consideração de que os processos de reprodução social são intermediados, ou resultantes, dos

demais fatores de desigualdades que interferem nas condições de vida e trabalho, tais como o gênero, raça e etnia, questão geracional, dentre outros.

A revisão do conceito ampliado de saúde é contemplada pelos princípios do PEP, na medida em que se posiciona contrário aos preconceitos, e defende o exercício profissional sem discriminar e sem ser discriminado por tais questões supracitadas, pautando-se pelo respeito à diversidade e por uma sociabilidade sem dominação e/ou exploração de classe, etnia e gênero.

No âmbito da matriz teórico-metodológica, destaca-se também a centralidade adotada para coordenação de pesquisas na área de serviço social e afins que contribuam com análise da realidade e deem subsídios para as ações profissionais, e também a dimensão do ensino mediante o magistério, supervisão de estágio, e especificamente no campo da saúde, funções de preceptoria e tutoria de residência multiprofissional, dentre outros.

A partir de uma perspectiva de totalidade entre as dimensões ético-políticas, teórico-metodológica, e técnico-operativa, o processo formativo deve ser nutrido à luz da teoria social das múltiplas dimensões que informam a realidade das demandas sociais, das configurações do mercado do trabalho, dos movimentos sociais e das configurações do modo capitalista em seus impactos e consequências para as condições de vida dos trabalhadores.

Aponta Matos (2017), que no âmbito da formação e exercício profissional do assistente social na área da saúde não se tem nenhum procedimento interventivo ou um saber exclusivo na área, visto que se trata de profissão generalista que intervém em múltiplas expressões da questão social, nestas residindo as nuances para intervenção na saúde.

Por sua vez, mesmo não dispondo de conhecimentos específicos, isso não impede que o profissional desenvolva um trabalho de qualidade a partir da apropriação de conhecimentos sobre a legislação da área, pesquisas, dentre outras que iluminem o exercício profissional na direção do MRS, dispondo de referências ou parâmetros para tal, dada a convergência que estabelece com o PEP.

No que tange ao posicionamento político e das lutas que informam o compromisso profissional com os interesses das classes trabalhadora, Abramides (2019) afirma a necessidade que se faça um combate não apenas político, mas também teórico, e orientado a lutar contra a ofensiva neoliberal e conservadora, que se coloque favorável à expansão das políticas públicas de caráter universal e se oponha à precarização das relações de trabalho; às opressões sociais e criminalização dos movimentos sociais.

Exige-se que haja uma consonância entre o projeto profissional em um projeto societário na perspectiva da emancipação humana, que em termos práticos se consubstancia, dentre outros

elementos, que contemplam a defesa do SUS na perspectiva do direito universal a partir de um conceito ampliado e revisado, portanto evidenciadas na:

a) luta pela continuidade de nosso projeto, com qualidade, na formação e exercício profissional; [...] f) luta contra as medidas neoliberais e contrarreformas do Estado, do ensino superior, previdenciária, trabalhista e sindical dos governos FHC, Lula, Dilma e Temer, e as que estão em curso da extrema-direita do governo Bolsonaro, com a participação nas mobilizações e greves no período; [...] n) Articulação com as lutas e movimentos sociais sindicais e populares classistas; [...] q) defesa da saúde e educação pública, laica, gratuita, universal, de qualidade; r) recursos públicos para a esfera pública estatal e defesa intransigente do orçamento da seguridade social e fim da vinculação de receitas da união – DRU [...] t) contra os pacotes, decretos, projetos e ajustes fiscais dos vários governos, de cunho privatista e de destruição de direitos sociais e trabalhistas, com a drástica redução do orçamento nas áreas sociais para pagar os juros da dívida externa e da dívida pública que estão a serviço dos banqueiros das grandes empreiteiras e do capital internacional; [...] Z2) movimento contra a privatização da saúde, em defesa do SUS e na defesa da legalização das drogas, com ênfase na política de redução de danos por situações de uso prejudicial submetida ao controle social (ABRAMIDES, 2019, p. 255-257).

Sintetizando, os elementos constitutivos do PEP aqui mencionados se desdobram em “[...] componentes que lhe dão materialidade. Ou seja, aqueles elementos se objetivam e se expressam na realidade [...] construídos pelos próprios assistentes sociais” (BRAZ; TEIXEIRA, 2009, p. 193).

Segundo Braz e Teixeira (2009), mediante a produção de conhecimentos no interior da profissão, devido à legitimação do Serviço Social brasileiro na graduação e pós-graduação, e reconhecimento como área de pesquisa, e conforme sua interlocução com a teoria social crítica das suas instâncias política-organizativas em seus fóruns de deliberação e de suas entidades como o conjunto CFESS/CRESS (Conselho Federal de Serviço Social/ Conselho Regional de Serviço Social), a ABEPSS (Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social), o movimento estudantil, e a ENESSO (Executiva Nacional de Serviço Social), assim como, da dimensão jurídico-política da profissão, constituída pelas leis, resoluções, e documentos pertinentes à profissão, com destaque ao Código de Ética profissional, promulgado em 1993; da Lei de Regulamentação da Profissão, também de 1993; das Diretrizes Curriculares para o Curso de Serviço Social, de 1996; e de forma mais abrangente: a legislação social brasileira, que apesar de não exclusiva da profissão, o assistente social com ela trabalha em seus espaços interventivos.

Conforme exposto, foi no bojo do processo de redemocratização do cenário político e social, que a possibilidade de cisão do Serviço Social com o seu legado conservador se evidenciou, principalmente a partir da aproximação com os movimentos sociais e da adoção da teoria social crítica para a redefinição da profissão em seus aspectos éticos, políticos e

interventivos, consolidando na década de 1990, a partir de seus componentes e elementos constitutivos, no atual e hegemônico projeto ético-político do Serviço Social.

Apesar de se tratarem de projetos distintos, foi no compartilhamento do mesmo terreno sócio-histórico que se consolida e se desenvolve o movimento de reforma sanitária, apresentando interlocuções e convergências com o PEP, na perspectiva da defesa da cidadania, universalidade, da democracia, da autonomia, da equidade, dentre outros valores, os quais criticamente fundamentados apontam para um dever ser que não se encerra na sociabilidade do capital, e ressignificando o exercício profissional do assistente social na área da saúde, tendo no conceito ampliado e revisado de saúde, as diretrizes para atuação competente.

Por sua vez, é na quadra histórica de consolidação do PEP em que ofensiva neoliberal é implantada na realidade brasileira demandando que o Estado promova reestruturações no campo político, econômico e social, o que têm por consequência o agravamento das condições de vida e trabalho da população. Tal ofensiva tem duplo impacto sobre os assistentes sociais incidindo, tanto sobre as condições de vida dos usuários atendidos nos espaços sociocupacionais, como, nas suas próprias condições de trabalho.

Vive-se o maior período de privatizações e um retrocesso dos direitos sociais no Brasil. A desregulamentação do trabalho gera uma massa de trabalhadores que passam a viver do trabalho informal e precarizado [...] Ocorre ainda a diminuição do Estado no que se refere às políticas sociais em um processo de ampliação do repasse das responsabilidades do Estado à sociedade civil [...] Em outras palavras, a saída do governo está no enxugamento do Estado sob o discurso de sua reorganização e na sua desresponsabilização frente à questão social que se reflete duramente no aumento da pobreza no país (CARDOSO, 2013, p. 198-199).

Aponta Cardoso (2013), que a consolidação do projeto ético-político a partir da ofensiva neoliberal acresce-se de novas nuances ou fatores que incidem/incidiram na sua efetivação perpassando pela ampliação e diversificação das expressões da questão social, de modo que novas expressões somam-se às antigas, apresentando um panorama diverso para o trabalho profissional, incidindo diretamente no exercício profissional na área da saúde, quais sejam:

Violência de gênero, violência urbana, drogadição, AIDS, discriminação por questão de etnia, gênero e geração, moradia de rua, moradia insalubres e em risco, fome, crianças e adolescentes em situação de risco e abandono, doença mental, discriminação por deficiências físicas, envelhecimento sem recursos, violência contra o idoso, doenças do trabalho, não acesso a direitos e benefícios sociais, miséria, trabalho infantil, entre outras situações que nos remetam à pobreza, exclusão social e discriminação (CARDOSO, 2013, p. 201-202).

De acordo com Bravo (2009), nessa perspectiva a saúde vincula-se aos ditames do mercado, enfatizando as parcerias com a sociedade civil, apontando para a refilantropização dessa política, onde o Estado tende a garantir o mínimo, mediante pacotes básicos, para os que não podem pagar, direcionando para o setor privado, e àqueles que têm acesso ao mercado, requisitando, nesse contexto, aos assistentes sociais, o atendimento de demandas relacionadas “a seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial através do aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais (BRAVO; MATOS 2009, p. 206)”, portanto, opostas ao que defendem o MRS e o PEP.

Os movimentos sociais, que outrora foram preponderantes para a definição e consolidação dos direitos sociais no pré 1988, foram adotando, diante desse quadro regressivo de direitos e de insegurança em relação ao mundo do trabalho, uma postura mais defensiva, segundo Abramides (2019), uma reorientação de caráter reformista e defensivo em sua ação política que passa a privilegiar a luta institucional em detrimento da luta sindical, filiando-se a perspectiva socialdemocrata, o que tem imposto desafios para o processo da luta entre classes;

A via institucional deve ser concebida como um espaço de lutas (guerra de posição) e de apoio ao projeto estratégico da luta social rumo ao socialismo (guerra de movimento). Porém o processo de luta de classes no plano extrainstitucional é elemento-chave do projeto de transformação social de ruptura e superação da ordem burguesa [...] O Estado capitalista apresenta contradições em seu anterior, e os trabalhadores organizados em partidos de esquerda devem travar incansavelmente a luta no terreno da institucionalidade, nas esferas executivo e legislativo; porém, a luta determinante se encontra na ação direta das massas no âmbito da luta de classes, independente e autônoma (ABRAMIDES, 2019, p. 204; 207).

De acordo com Abramides (2019), os movimentos sociais, sobretudo o sindical, abandonam progressivamente o caráter anticapitalista e revolucionário a partir de uma concepção politicista “[...] essa *concepção politicista* apresenta-se na social-democracia que influencia setores da esquerda que migram gradativamente a ela, como se *fosse possível humanizar o capitalismo*. (ABRAMIDES, 2019, p. 212) Grifos da autora.

No que tange ao Movimento de Reforma Sanitária, segundo Paim (2008), observou-se que, à medida em que se institucionalizou o SUS, o referido movimento foi abandonando seu caráter mobilizador, atuando preponderantemente apenas no campo da institucionalidade, abrindo precedentes para a manutenção, quando não defesa, do estatuído diante das contrarreformas operadas pela ofensiva neoliberal.

Portanto, ocorreu um deslocamento da base política, ideológica e social da RSB [Reforma Sanitária Brasileira] na passagem da década de 1980 para a de 1990 que requer alguma análise e reflexão. Esse deslocamento de poder poderia explicar, em parte, a ênfase na dimensão setorial da Reforma Sanitária, além de um destaque para aspectos relativos ao financiamento e gestão, em detrimento do modelo de atenção e das condições de saúde e seus determinantes (PAIM, 2008, p. 287).

Compreende-se que o MRS para a sua sustentação e desenvolvimento valeu-se de um pacto policlassista para a publicização da questão saúde e da via institucional, mediante a elaboração da Constituição de 1988 para plasmar seus valores, princípios, os quais sem sombra de dúvidas constituem-se em ganhos para as massas trabalhadoras, as quais mesmo não participando ativamente do processo, estiveram na representação do movimento suas demandas direcionadas, todavia a ausência de articulação efetiva com a classe trabalhadora impôs desafios para sua continuidade.

a Reforma Sanitária careceu de bases sociais e forças políticas suficientes para assegurar a sua sustentação política na conjuntura pós-constituente e para avançar o seu *processo*. A fragilidade da base social da RSB tem sido reconhecida, particularmente no que se refere à classe trabalhadora. Os partidos, por sua parte, não assumiram a *proposta* da Reforma Sanitária ainda que as forças do movimento sanitário utilizassem o Parlamento como espaço de atuação política (FLEURY *apud* PAIM, p. 281).

Portanto, no pós 1988, o MRS foi perdendo seu caráter mobilizador e militante, à medida que também foi perdendo influência no campo parlamentar, visto que a mercantilização da saúde com base nas recomendações dos órgãos multilaterais, se torna uma orientação dos governos em consonância com os ditames da política macroeconômica adotada.

Nesse sentido, os desafios se repõem ao MRS, até mesmo pelo cumprimento daquilo que já se tem a nível de legislação sobre o SUS. Capitula-se, conforme já mencionado por Bravo (2019), a defesa da reforma sanitária flexibilizada, isto é, naquilo que é possível mediante da atual conjuntura, conformando-se a ordem vigente.

Pela a via institucional os conceitos de controle e participação social, como os conselhos de direitos e conferências, também foram sendo desqualificados mediante a centralidade do poder executivo sobre o legislativo, que passa a determinar de forma vertical, a despeito do interesse público, o rumo das políticas sociais mediante decretos e medidas provisórias (CARDOSO, 2013).

Reiteram Nogueira e Mioto (2009), que enquanto instrumentos democráticos, os conselhos e conferências, sob a égide neoliberal, transfiguram-se como espaço em que a

sociedade pode interferir na gestão pública, nas ações do Estado, visando à defesa dos interesses coletivos no âmbito da saúde, para instâncias de cooptação política e para redução dos conflitos.

De todo modo, segundo Paim (2008), por mais exitoso que seja a controle social, por si só, não seria capaz de conduzir a reforma sanitária na direção da transformação social, conforme propugnada, dado seu caráter institucionalizado.

Apesar de ter valores e princípios que são factíveis na contemporaneidade, sua efetivação plena só se dará em uma nova sociabilidade sem exploração e dominação do capital, daí a necessidade de conectar o MRS ao quadro geral das lutas da classe trabalhadora, posicionando-se para além das limitações burguesas.

Não semeio ilusões de que a esfera política, por meio do Estado capitalista, realize mudanças profundas na sociedade se não realizarem transformações estruturais na base da produção material de mercadorias. [...] Por outro lado, a Constituição de 1988 contemplou somente algumas das reivindicações populares por direitos sociais e trabalhistas, e as poucas conquistas vêm sendo aniquiladas a partir da ofensiva neoliberal (ABRAMIDES, 2019, p. 110).

Sob a égide neoliberal, tal discussão se faz necessária pelo contexto sócio-histórico em que a sociedade está imersa mediante a fetichização da realidade social e do ocultamento das relações sociais próprias da ideologia burguesa que na ênfase neoliberal tem evidência a partir da ascensão do pensamento pós-moderno que reatualiza, sob novas roupagens, o conservadorismo.

Segundo Braz e Teixeira (2009), o pensamento pós-moderno constitui-se na expressão ideológico-cultural do capitalismo em crise, que diante do seu quadro estrutural, busca legitimar-se através da propagação do pensamento único e da impossibilidade de superação da ordem do capital, isto é, sem alternativas para uma outra sociabilidade, incidindo no aspecto teórico, ideológico e político – dando impulsos para o neoconservadorismo no âmbito profissional e um aspecto conformista com a sociabilidade do capital.

Nesse sentido,

[...] o **pensamento pós-moderno**, realiza a crítica ao pensamento racional, na recuperação das tradições e valorização das culturas em detrimento da história e dos processos sociais. É declarado o suposto fracasso dos projetos emancipatórios e o que importa é viver o presente, sem projeções futuras ou retomada do passado [...]. Neste sentido, na referência neoliberal e no neoconservadorismo, com o suporte das elaborações pós-modernas, encontram-se perfeitamente: o enxugamento do Estado e o alargamento da sociedade civil e do mercado, com a dissolução do público e a valorização do privado (CARDOSO, 2013, p. 196-197) (Grifos do autor).

É importante se destacar a institucionalidade em que a luta social e política do conjunto da classe trabalhadora no geral se revestiu, sobretudo, a partir dos anos 2000, incluindo-se a categoria dos assistentes sociais, em decorrência da cooptação política por parte de partidos que outrora, no auge da movimentação sindical, agregavam grande parte dos movimentos sociais e dos intelectuais mais progressistas em torno do seu caráter classista, mas que na atualidade, capitularam ao discurso socialdemocrata e aos ditames do neoliberalismo.

A relação entre projeto profissional e projeto societário pressupõe, no plano imediato, um processo de resistência e de oposição ao neoliberalismo, e uma organização socioprofissional independente e autônoma de governos e partidos. Torna-se necessário ainda alertar quanto ao risco de vincular o projeto profissional à concepção hegemônica social-democrática, predominante nos setores de centro-esquerda que assumiram governos democráticos e aplicaram uma política neoliberal a partir de 2003 no país. (ABRAMIDES, 2019, p. 41) Grifos da autora.

Segundo Abramides (2019), por mais ampliado que o Estado seja, a luta no campo da institucionalidade apresenta limites, pois se preservam as condições de exploração do trabalho, não se sobrepondo a luta de classes no seio dos movimentos sociais, sendo dissonantes, portanto, ao MRS e ao PEP, impondo desafios para intervenção do serviço social.

É preciso retomar o debate acerca da emancipação, do horizonte desse projeto e de suas estratégias políticas em tempos de neoliberalismo, compreendendo as divergências e convergências existentes entre os assistentes sociais quanto ao entendimento da teleologia e direção estratégica do projeto (CARDOSO, 2013, p. 236).

Reafirma-se que a perspectiva da socialdemocracia não é aquela defendida pelo projeto ético-político do Serviço Social Brasileiro. Apesar de se posicionar pela defesa dos direitos na perspectiva da cidadania, da democracia, da liberdade, dentre outros, tendo nas políticas sociais os instrumentos de trabalho para sua intervenção nas sequelas da questão social, o projeto profissional a estes elementos não se reduz, pois busca a partir das contradições do capital, a supressão da sociedade das classes. Afirma-se “o papel da profissão na luta pela emancipação política, sem perder de vista, no entanto, o horizonte da emancipação humana” (CARDOSO, 2013, p. 211), possível tão somente com a construção de uma nova sociabilidade.

A vinculação dos profissionais a parte desses valores não significa necessariamente que estes defendam um projeto anticapitalista. A questão é: são valores defendidos como meio ou como fim? Na lógica proposta pelos princípios do código [de ética dos assistentes sociais], estes são encarados como meio, tendo como fim a construção de outra ordem societária (CARDOSO, 2013, p. 224).

Conforme visto, o posicionamento em torno desses valores não significa que o profissional tenha um posicionamento anticapitalista, visto que pode se apropriar destes como fim último da profissão segundo os apelos social-democráticos; por sua vez, tais valores não podem ser refutados ou absolutizados em uma perspectiva radical, visto que só poderão se efetivar plenamente em outra ordem social. A refutação ou absolutização negam as possibilidades objetivas mesmo que restritas, de que esses valores se efetivem no aqui e agora.

Em outros termos, do mesmo modo que não cabe unicamente a uma profissão, como é o caso do Serviço Social, conduzir um processo revolucionário, não se credita que seja possível humanizar o capitalismo. Portanto, têm-se a partir dos direcionamentos do PEP os meios, e não os fins da profissão.

Tenho clareza que nosso horizonte é a construção de outra ordem social sem dominação/opressão de classe, etnia ou gênero, mas compreendo que esta não é tarefa de uma única profissão. E, ainda, que diante das características do Serviço Social enquanto profissão inserida na divisão sócio-técnica do trabalho para atender às expressões da questão social, o que se coloca como possibilidade concreta [...] para a atuação profissional é a luta pela defesa, ampliação e universalização dos direitos (CARDOSO, 2013, p. 234).

Sinaliza Netto (2009) que na perspectiva do pensamento neoliberal, a defesa e implementação do PEP são sinônimos de atraso, é estar na contramare do desenvolvimento histórico, o que tem agudizado as lutas e tensões, próprias do campo profissional, em suas contradições e divergências na defesa e apoio, consciente ou não, de projetos e perspectivas profissionais alternativos ao PEP. “[...] a ruptura com o quase monopólio do conservadorismo no Serviço Social não suprimiu tendências conservadoras ou neoconservadoras” (NETTO, 2009, p. 156).

Portanto, é nesse contexto desafiador de regressão dos direitos e dos movimentos sociais e ataque ao mundo do trabalho que contraditoriamente se consolidou o Projeto Ético-Político Profissional, e houve avanços significativos para os direcionamentos do Movimento de Reforma Sanitária.

Apesar de terem naturezas distintas, possuem na crítica da sociabilidade burguesa e nas sequelas da exploração do trabalho, expressas mediante as diferentes expressões da questão social, as bases que os fundamentam, e deste modo, à medida que o PEP ultrapassa uma perspectiva corporativa, o MRS se coloca para além do setor saúde e da doença em si, ambas apontando para emancipação política da classe trabalhadora nos horizontes da construção de uma nova sociabilidade em que as determinações da saúde revestidas enquanto expressões da

questão social, sejam combatidas pela raiz, sendo estas condições para a conquista da emancipação humana.

É desnecessária qualquer argumentação detalhada para verificar o antagonismo entre projeto ético-político que ganhou hegemonia no Serviço Social [e também do MRS] à *ofensiva neoliberal* que no Brasil, em nome da racionalidade, da modernidade, dos valores do Primeiro Mundo etc., vem promovendo [...] a liquidação de direitos sociais [...]. a privatização do Estado, o sucateamento dos serviços públicos e a implementação sistemática de uma política macro-econômica que penaliza a massa da população (NETTO, 2009, p. 158) Grifos do autor

Todavia, sob a égide do neoliberalismo alicerçada pela pós-modernidade evidenciam-se desafios para ambos os projetos. No âmbito do MRS apreende-se uma capitulação do movimento aos ditames do capital travestidos pelo discurso político-institucional, pelo desmonte do SUS. Conforme sinalizado por Bravo (2019), aponta para a defesa de uma reforma sanitária flexibilizada, no bojo do ajuste estrutural do capital. Tal condição também incide em certa medida sobre o PEP, mediante a deturpação dos valores e princípios que defende sob ideal da social-democracia, e pela precarização das condições de vida e trabalho da classe trabalhadora, onde se inclui os assistentes sociais.

Nesse sentido, o futuro de ambos os projetos está condicionado à capacidade de se combater tais tendências a nível teórico, ético e político e prático, adensando as conexões que estabelecem com a luta geral dos trabalhadores – conforme aponta Abramides (2019), a partir da oposição a concepção de conciliação de classes e articulando-se com independência de classe junto a classe trabalhadora, atuando na e para a defesa dos seus interesses, buscando a conquista da hegemonia política e teórica no âmbito da totalidade das relações sociais capitalistas.

O futuro do PEP depende

das respostas políticas que as vanguardas profissionais darão aos desafios atuais no âmbito do exercício profissional e no campo da formação [...] quanto das ações profissionais nas áreas de atuação, a partir de intervenções qualificadas, éticas e socialmente comprometidas (BRAZ; TEIXEIRA, 2009, p. 16).

Pois, segundo Vasconcelos (2015), é no campo do exercício profissional, e de suas consequências para os trabalhadores, no caso em questão, no âmbito da saúde, é que se pode evidenciar as particularidades de sua intervenção aos rumos aludidos pelo PEP e também do MRS, em seus desafios e exigências.

Isso porque é na materialização das finalidades e objetivos contidos no projeto profissional que se torna fundamental identificar e definir tendências e as possibilidades presentes na profissão [...], para, aí, para além da petição de princípios, apreender na realidade a direção social que os assistentes sociais vêm imprimindo ao

seu cotidiano profissional e as tendências presentes nesse movimento (VASCONCELOS, 2015, p. 180)

Conforme apresentado, as interlocuções fecundas se efetivam entre o MRS e o PEP sendo ambos, portanto, referências imprescindíveis para o exercício profissional dos assistentes sociais na política de saúde, todavia, desafiadas pelos impactos gerados pela ofensiva neoliberal, constituindo-se em desafios para aprofundamento de ambos os projetos e elucidando tendências e perspectivas para a profissão.

2.3 Perspectivas e tendências para o exercício profissional do assistente social na saúde.

A partir das considerações tecidas até o presente momento, pretende-se discorrer e analisar, a partir do acúmulo teórico, no âmbito do cotidiano do exercício profissional do assistente social na saúde, as tendências para atuação do assistente social tendo por parâmetros o projeto ético político profissional e as concepções e direcionamentos do movimento de reforma sanitária na particularidade brasileira.

Abramides (2019) aponta que desde a década de 1980 houve uma aproximação do Serviço Social, sobretudo através do movimento sindical, da luta pela reforma sanitária e a constituição do Sistema Único De Saúde, propiciando que se delineassem aspectos fecundos para a defesa dos direitos da classe trabalhadora e crítica ao capitalismo.

Todavia, no que tange ao campo das práticas, isto é, do exercício profissional tal aproximação do Serviço Social com os postulados do movimento de reforma sanitária, para além dos conceitos, valores e princípios, segundo Bravo e Matos (2009) e Matos (2017), se deu, conforme já mencionado, apenas na década de 1990. E a despeito da sua histórica inserção na saúde, a nível normativo, foi através da resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 218, no ano de 1997, que o assistente passa a ser reconhecido como profissional de saúde.

A partir dos anos 1990 podemos afirmar que há uma incorporação pelos assistentes sociais dos princípios da reforma sanitária, que se constituem, na sua maioria, dos princípios do SUS. Diferentes estudos apontam para isso, mas é necessário que se façam mais investigações para se certificar se essa incorporação tem alterado o exercício profissional cotidiano. No que se refere aos assistentes sociais, ao menos, a hipótese é que essa incorporação vem se dando por meio do seu discurso, mas não está devidamente apropriada (MATOS, 2017, p. 62).

De acordo com as reflexões de Matos (2017), a despeito das potencialidades dos princípios da reforma sanitária para o exercício profissional do assistente social na saúde, há

uma fragilidade dessa apropriação, estando mais presente nos discursos, do que efetivamente nas práticas, evidenciando, portanto, “uma desconexão, uma fratura entre a prática profissional realizada pelos assistentes sociais [...] e as possibilidades práticas contidas na realidade” (VASCONCELOS, 2009, p. 245).

Tal descompasso tem se refletido ao longo dos anos em demandas da categoria profissional por referências específicas e/ou metodologias para atuação na saúde que contribuíssem com o resguardo de suas atribuições, competências, de sua autonomia e legitimidade. Todavia, tais demandas se apresentam incoerentes com a perspectiva ético-política e teórico-metodológica adotada pelo PEP, visto se tratar de profissão generalista, isto é, que atua na saúde e a ela não é exclusivo, não podendo ser reduzida a uma área ou saber.

A saúde é historicamente o maior campo de trabalho dos assistentes sociais; entretanto, por esses profissionais não atuarem somente nessa política, têm sido sistematicamente questionados sobre a sua competência no campo do trabalho coletivo em saúde, ao mesmo tempo em que possuem dificuldades de produzirem uma resposta sistematizada (MATOS, 2017, p. 57).

Tal demanda, apesar de particularizada no âmbito da discussão da saúde ressoa no escopo do projeto ético-político profissional, visto que o avanço teórico-metodológico e ético-político obtido pela profissão não foi acompanhado pelo desenvolvimento de referenciais teórico-práticos efetivos para o exercício profissional, sendo perceptível, conforme Netto (*apud* Abramides, 2019) o distanciamento entre os profissionais em campo e as vanguardas acadêmicas, carecendo de canais efetivos para socialização dos avanços desse projeto profissional.

Cardoso (2013) sinaliza que há lacunas técnico-operativas que traduzem os direcionamentos do Projeto Ético Político (PEP) no cotidiano profissional, demarcando, por sua vez, uma “suposta crise de materialidade do projeto”, reforçando dicotomias e uma apreensão abstrata dos seus valores e/ou considerando-os irrealizáveis, recaindo-se em posturas messiânicas ou fatalistas.

De acordo com Guerra (2015), tal fragilidade pode se desdobrar em compreensões/interpretações do PEP idealistas ou instrumentais, ambas abstratas, visto que tal projeto se funda na história. É a processualidade da realidade social que lhe dá inteligibilidade.

No que tange às concepções idealistas, a ideia prevalece sobre a realidade, portanto abstraída de suas bases sócio-históricas e, portanto, sem possibilidade de crítica à ordem burguesa.

[...] a leitura idealista do projeto profissional encontra-se baseada no senso comum, romantizada, moralizada, travejada da visão religiosa do mundo, que redundando em um voluntarismo e messianismo que resiste a toda prova da realidade [...] Nela o projeto se torna um conjunto de princípios ideais, a-históricos, produto do pensamento, desejo, vontade dos sujeitos e dos seus sentimentos, mero resultado da sua boa vontade e compromisso individuais. (GUERRA, 2015, p. 46)

Nesses termos, tomado por um sentimento voluntarista e disposto a ajudar, o assistente social acaba por realizar ações com um fim em si mesmo, que na melhor das hipóteses, atende às necessidades mais imediatas dos usuários; ou na pior das hipóteses, têm seus direitos negados pelo assistente social, que com “jeitinho, acolhimento, humanização e ‘muito respeito’” (VASCONCELOS, 2015, p. 157), assume o papel institucional do dizer não.

Em ambas, as hipóteses há o reforço do *status quo*, negando as possibilidades concretas de construir junto ao usuário o reforço da autonomia, da elevação da consciência sanitária e do acesso efetivo aos seus direitos.

Para além de tal perspectiva o profissional transita a outro patamar, ora oposto, ora complementar ao idealismo. Essa percepção do PEP, a partir de uma racionalidade abstrata, busca traduzir os valores e princípios e direcionamentos do PEP em dogmas, normas em sua forma absoluta, a despeito das mediações sócio-históricas necessárias para a sua compreensão, sendo isto resultante da ausência de leitura crítica da realidade resultando em uma concepção trans-histórica, eticista e principista (GUERRA, 2015).

Portanto, ao final das contas, leva a um questionamento entre a teoria e prática social e profissional, o que pode gerar uma descrença em relação ao PEP.

Como correntes agnósticas, tanto o idealismo quanto o racionalismo formal-abstrato são funcionais à reprodução da ordem social na medida em que desconfiam, descartam, negam, ignoram e, sobretudo, desacreditam das possibilidades de desvelamento da realidade para além da sua fenomenalidade, expressões, forma e aparência. Ao descartarem a possibilidade de o sujeito alcançar a essência dos fatos, a lógica que os constituem, tais tendências reduzem a realidade às suas expressões fenomênicas, e sua racionalidade se limita às percepções, representações captadas pelos sujeitos, como resultados de suas experiências individuais. (GUERRA, 2015, p. 48).

De acordo com Matos (2017), outro desafio que perpassam pela efetividade e internalização do PEP no exercício profissional se dá mediante o embate deste projeto com a socialização primária dos assistentes sociais, os quais podem carregar valores e princípios dissonantes àqueles que conformam a direção social estratégica da profissão.

Assim é que é possível termos profissionais com um expressivo discurso concatenado com o projeto ético-político profissional, mas que defendem a propriedade privada e exercem o preconceito no seu dia a dia (MATOS, 2017, p. 99).

Tanto o voluntarismo quanto o principismo ignoram a dimensão política do PEP, visto que é na luta de classes que há a possibilidade de realização de tais valores, o que requer no âmbito profissional, uma análise crítica tanto dos fundamentos da sociabilidade do capital, quanto do conservadorismo que permeia tanto a profissão, como a socialização primária dos assistentes sociais.

Tais tendências justificam, portanto, as inquietações no âmbito do exercício profissional na saúde em torno da busca de respostas ou metodologias para a intervenção, como se este se realizasse de modo incoerente com o PEP e por sua vez com o legado da MRS.

Segundo Guerra (2015), é necessário que se faça o combate à desqualificação do PEP quanto ao questionamento de sua legitimidade, viabilidade e possibilidade histórico-social sob acusações de que reduz a mera retórica, discurso vazio ou petição de princípios, o que requer a apreensão da materialidade, a concretude da realidade social não enquanto opção, mas exigência própria da profissão.

Há uma ilusão metafísica de que basta intencionalidade para se transformar em realidade, uma identificação entre representação e teoria (conceito), entre desejo e possibilidade, do que resulta uma confusão de que é o pensamento que engendra a realidade (e não o contrário), inclusive na convicção de que na prática a teoria é outra ou simplesmente não existe. (GUERRA, 2015, p. 48)

Em oposição clara e objetiva a estas ilusões, é que se busca compreender a realidade enquanto “esfinge que nos exige o deciframento do seu modo de ser, da lógica que a constitui [...] no sentido de sua sobrevivência como profissão interventiva com uma forte base técnico-operativa (GUERRA, 2015, p.52)”, mediante a possibilidade de crítica à ordem do capital, detendo potencial de nortear uma prática profissional crítica e competente a partir da e na realidade em suas limitações e possibilidades.

Temos apontado que todo projeto que tem sua gênese na realidade deve ‘descer do céu para terra’: da intencionalidade formulada como projeto para uma intervenção prático-social e política, visando plasmar na realidade a intencionalidade do sujeito, não exatamente como foi projetada, mas moldada segundo as condições objetivas nas quais essa intencionalidade se realiza, no confronto entre o projeto e sua possibilidade histórica. Mas há que se ter cuidado: há limitações estruturais e históricas do modo de produção e do modo de ser da profissão, donde causas não podem ser atribuídas à mera vontade e capacidade dos sujeitos. (GUERRA, 2015, p. 63)

Nessa direção aponta Vasconcelos (2015),

não há como esperar que o projeto do Serviço Social brasileiro se realize em sua plenitude. Isso porque, como projeto está caucionado pela processualidade de sua realização e porque, na sociedade do capital, os assistentes sociais estão submetidos às requisições institucionais e, frente a interesses divergentes [...] mas espera-se dos assistentes sociais que o escolhem como referência, a partir de sua articulação – individual e coletiva – com as lutas sociais, uma contribuição na luta pela transformação radical da sociedade, quando o aspecto educativo da profissão toma relevância na medida em que esses assistentes sociais possam contribuir efetivamente com a formação, com a mobilização e organização dos trabalhadores e trabalhadoras comprometidos com a busca pela emancipação humana, caucionada por outra organização social, sem exploração-dominação de classe, etnia e gênero (VASCONCELOS, 2015, p. 192-193).

Nesse contexto, acredita-se que as fragilidades das bases técnico-operativas do PEP adensam perspectivas profissionais que tendem a uma compreensão equivocada do projeto profissional, superdimensionando, relativizando, ou reduzindo, este projeto a partir da negação da realidade e das possibilidades de sua apreensão concreta. Dessa forma reduz-se a possibilidade de construção de estratégias que visem dinamizar o PEP na sua dimensão interventiva e superar discursos que apontam uma dicotomia entre teoria e prática.

Reafirma-se, portanto, a viabilidade e possibilidade sócio-histórica do PEP, pautando-se, portanto, em aspectos concretos da realidade social, a qual aponta as possibilidades e limitações da sociabilidade burguesa para a realização de intervenções concretas do exercício profissional. Portanto,

a simples petição teórica (sou marxista), a petição de princípios (apoio e/ou tomo o projeto como referência; estou do lado dos trabalhadores) a participação na luta política da categoria e/ou na luta geral dos trabalhadores (sindicato/partido etc.) e/ou pesquisa/produção de conhecimentos, não são suficientes [...] isso quer dizer que, por princípio, uma atitude crítica não garante práticas mediadas pelo projeto profissional [...] mas no que resulta da transformação da direção ético-política e teórico-metodológica escolhida em realidade e das consequências que dela advém, principalmente, e em última instância, para a classe trabalhadora em seus diferentes segmentos (VASCONCELOS, 2015, p. 199-200)

Não se trata de criar uma metodologia própria do Serviço Social o que é incoerente com a perspectiva ético-política e teórico-metodológica adotada, mas de se ter subsídios que numa referência crítica e articulada aos componentes e dimensões do PEP que norteiem o cotidiano do trabalho profissional, no âmbito das suas consequências, para além da petição teórica, tarefa esta apreendida e conduzida pelo conjunto CFESS/CRESS, o qual

tem sido responsável por instrumentalizar os profissionais pensando as diferentes áreas de atuação, com a criação de parâmetros ou subsídios para a intervenção

profissional, que não se reduzem a uma metodologia de intervenção e, sim, orientam, linhas gerais, sua atuação [...] Não esgotando, no entanto, em nosso entender, a necessidade de discussões e reflexões sobre o cotidiano profissional e a criação de estratégias de intervenção (CARDOSO, 2013, p. 209-210)

Segundo Cardoso (2013), em tempos de referência pós-moderna, tal iniciativa foi fundamental, pois apresentam alternativas críticas à demanda por suposto receituário metodológico do serviço social para cada área de atuação, demarcando o compromisso da categoria com o desvelar da realidade, em sua base material e histórica, enquanto fundamento para estabelecer, de forma crítica, as mediações necessárias, entre o PEP e o cotidiano profissional.

Na área da saúde tem-se por referência a construção coletiva do documento intitulado “Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde” no ano de 2009, no intuito de referenciar a intervenção na área visando

responder, portanto, a um histórico pleito da categoria em torno de orientações gerais sobre respostas profissionais a serem dadas [...] às demandas identificadas no cotidiano do trabalho no setor saúde e àquelas que ora são requisitadas pelos usuários [...] ora pelos empregadores (CFESS, 2009, p. 10)

A construção desse documento resulta de ampla discussão da categoria, mediante criação de grupo de trabalho para discussão desses parâmetros, e pela realização de 52 debates por todo o Brasil, congregando 5000 participantes, propiciando uma reflexão dos profissionais frente às ações realizadas na perspectiva do fortalecimento do projeto ético-político profissional.

Tal documento pauta-se na articulação existente entre projeto ético-profissional e do movimento de reforma sanitária ressaltando o terreno em que foram gestados em torno das demandas democráticas e populares da sociedade brasileira na década de 1980 e na “exigência de transformações políticas e sociais e a necessidade de articulação entre projetos profissionais aos projetos societários, que são propostos para o conjunto da sociedade” (CFESS, 2009, 24).

Em linhas gerais, aponta as diretrizes para uma atuação crítica e compromissada do Serviço Social a partir do conceito ampliado e revisado de saúde e das fundamentações teórico-metodológica, ético-política e dos procedimentos técnico-operativos que também fundamentam o PEP, como por exemplo:

estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; Conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença; Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da

rede de serviços e direitos sociais [...]; Buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade [...]; Estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social [...]; Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde; Efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais[...] (CFESS, 2009, p. 28).

Nos termos deste documento, tais diretrizes se fundamentam em 4 eixos, que de forma interligada e complementar, independentemente de quais frentes da saúde em que o assistente social atua, se desdobram em conjuntos de atividades: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; e as de assessoria, qualificação e formação profissional.

Tal documento, demarca que, “para avançar na delimitação das atribuições e competências dos assistentes sociais, torna-se necessário considerar as expressões específicas da questão social que desafiam a pesquisa concreta e a situações concretas” (CFESS, 2009, p. 66), exigindo, portanto, uma análise macroscópica da questão social, de forma que a investigação da realidade deve ser concebida em caráter transversal ao cotidiano profissional, e chave, para que o no contato com o usuário, se disponha de elementos para a construção de práticas inovadoras.

O assistente social pode dispor de um discurso de compromisso ético-político com a população, mas se não realizar uma análise das condições concretas vai reeditar programas e projetos alheios às necessidades dos usuários. É a capacitação permanente que possibilita o profissional romper com a prática rotineira, acrítica e burocrática, e buscar, a partir da investigação da realidade a que estão submetidos os usuários dos serviços de saúde, a reorganização da sua atuação, tendo em vista as condições de vida dos mesmos e os referenciais teóricos e políticos hegemônicos da profissão, previstos na sua legislação, e no projeto de Reforma sanitária. (CFESS, 2009, p. 67)

Portanto, não existem fórmulas e respostas prontas, tão somente indicações que só podem ser passíveis de serem realizadas, se encaradas do ponto vista investigativo e crítico, por meio do desvelamento da realidade em suas mediações; das correlações de força institucionais e, sobretudo, mediante o planejamento, a pesquisa, a capacitação permanente e o debate/articulação sistemática junto aos usuários e movimentos sociais.

Nesse contexto, a necessidade de se desvelar as bases concretas que conformam a realidade perpassa pela discussão sobre o cotidiano, e das requisições que nele ocorrem, para o exercício profissional na área da saúde, desocultando posturas irrefletidas e ratificadoras do *status quo* que idealizam ou instrumentalizam o PEP e o MRS.

Segundo Matos (2017), o cotidiano é insuprível à vida dos seres humanos, se configurando enquanto espaço em que se reproduz as singularidades do indivíduo, na objetivação imediata de suas necessidades. No cotidiano manipulam-se diversos conhecimentos, todavia, de modo superficial, não refletido, num contexto em que verdade e utilidade se confundem, o que resulta em atividades de pouca reflexão e tendendo à repetição, ao espontaneísmo, ao imediatismo, sem profundidade analítica e ética.

Na vida cotidiana, a relação entre o indivíduo e a sociedade se faz de modo espontâneo, pragmático, heterogêneo, acrítico; o 'nós' é geralmente apreendido como aquele pelo qual o 'eu' existe, ou seja, através de uma identificação imediata. O indivíduo responde às necessidades de sua reprodução sem apreender as mediações nelas presentes; por isso, é característico do modo de ser cotidiano o vínculo imediato entre pensamento e ação, a repetição automática de modos de comportamento. Isto, porém, não significa a inexistência de mediações mas, que no âmbito do cotidiano, elas permanecem ocultas pela aparência imediata dos fatos, dada a espontaneidade e a rapidez com que são apreendidas e a forma como se manifestam no âmbito da alienação (BARROCO, 2010, p. 38).

O assistente social responde às requisições institucionais, dos usuários e da própria profissão devendo, por isso, acionar os recursos e os aportes que dão fundamentação a essa profissão, o qual se materializam conforme as possibilidades objetivas contidas na realidade e a capacidade dos assistentes sociais de se apropriarem da mesma, estando perpassadas por desafios para a atuação crítica e competente.

Destaca-se, entre outros, como limites e obstáculos para objetivações dos valores democráticos advindos das repercussões desse processo no cotidiano do exercício profissional, a segmentação do *fazer* profissional e a potencialização das tensões e dos conflitos vinculados à produtividade, demarcando o ritmo e a regularidade dos procedimentos técnico-operativos nos diferentes espaços sócio-ocupacionais. (FORTI; COELHO, 2015, p. 29-30)

Segundo Forti e Coelho (2015), tal fragmentação decorre a partir da reestruturação produtiva e de como a sociedade burguesa atende às expressões da questão social mediante as políticas sociais e do modo como estão planejadas no âmbito do Estado.

Mediante a política social, a questão social é respondida de modo fragmentário, é desarticulada em parcelas ou recortes de intervenção. “Assim, a ‘questão social’ é atacada nas suas *refrações*, nas suas sequelas apreendidas como problemáticas” (NETTO, 2011, p.32), autonomizando o atendimento em suas expressões, segundo o nível de proteção, o público a ser atendido e o tipo de serviço prestado (FORTI; COELHO, 2015).

De acordo com Yazbek (2009), a fragmentação expressa pela setorialidade das políticas sociais tende a elucidar a realidade e as necessidades sociais dos usuários de modo desarticulado

e parcial, como se a realidade social fosse composta pela somatória justaposta de setores que compõe a vida.

Tal fragmentação incide sobre o exercício profissional do assistente social em decorrência dos desafios postos pela alienação própria da realidade, para apreensão da totalidade frente aos recortes, tanto da política social, como aqueles circunscritos à esfera da instituição em que realiza o seu trabalho, o que exige do profissional uma capacidade para articular redes que visem integralizar os atendimentos, o que em tempos neoliberais também representa impasses, sobretudo face ao sucateamento e a insuficiência/precarização dos recursos para estruturação dos serviços, programas e políticas sociais.

No exercício profissional do Serviço Social na saúde, tal tendência, conforme sinalizada por Bravo e Matos (2009) e Matos (2013), se expressa pela defesa de parte da categoria profissional, pela construção de um saber e de aspectos interventivos específicos da área, conforme a clássica divisão da prática médica. Abre-se mão da dimensão de totalidade, necessárias à compreensão da saúde em suas determinações e suas conexões sócio-históricas, focando-se nos diagnósticos, segundo critérios biológicos.

Cabe reafirmar: “Os assistentes sociais manejam conhecimentos específicos, a depender da área em que se inserem profissionalmente e que, mesmo não sendo fundantes na sua formação enquanto profissional contribuem com a qualidade do serviço prestado” (MATOS, 2017, p. 102-103), tais como o arcabouço jurídico-político do SUS. Todavia, isso não justifica, visto que se trata de profissão generalista que intervém em múltiplas expressões da questão social. O desafio é desvelar como estas se relacionam às determinações sociais da doença.

Em um outro patamar, a fragmentação também se expressa em decorrência da cisão que provoca entre os trabalhadores que planejam e avaliam as políticas e programas sociais, a nível de gestão, daqueles que a executam em sua fase terminal, onde se inserem majoritariamente os assistentes sociais. Demandam diferentes habilidades entre os que planejam, requerendo destes “um nível de competência prático-teórica e habilidades de domínio da linguagem, da escrita e da informática” (FORTI; COELHO, 2015, p. 30), enquanto que para aqueles que a executam em sua fase terminal, demandam ações focais, automatizadas e com forte ênfase operacional no âmbito dos espaços sociocupacionais

Assim, se nesses espaços sócio-ocupacionais o profissional é requerido para desenvolver atividades emergenciais em uma realidade mais complexa, isso não significa, contudo, que tal requisição represente a necessidade de domínio de todas as competências teórico-metodológica, ético-política e técnica-operativa explicitadas no projeto ético-político (FORTI; COELHO, 2015, p. 31).

Nesse contexto, a execução das políticas sociais tende a se apresentar de modo simplista e despida de caráter ético-político e teórico-metodológico demandando dos profissionais que saibam tão somente “preencher fichas e cadastros e tenham a capacidade de assimilar e discernir as demandas dos segmentos da classe trabalhadora a serem atendidas” (FORTI; COELHO, 2015, p. 32), reforçando, segundo Vasconcelos (2009), uma prática burocrática e não assistencial.

Uma prática profissional burocrática que segue mecanicamente normas impostas pelo regulamento da administração, autoridade ou seu representante, e que ao priorizar um atendimento de escuta, acolhimento /ou preenchimento moroso e mecânico de formulários, questionários, cadastros – que viabilizam acesso a benefícios ou inscrição, em programas da instituição – referenda a complicação e morosidade da coisa pública burocratizada, que objetiva dificultar ou inviabilizar o acesso dos usuários e serviços e recursos enquanto direito social. (VASCONCELOS, 2009, p. 250-251)

Associada a esta burocratização, e enquanto determinantes postos pelo cotidiano nos espaços sociocupacionais sob a ofensiva neoliberal, está a questão da produtividade que na ideologia neoliberal, confunde-se com qualidade, ou seja, o trabalho passa a ser mensurado por seu ritmo em sua dimensão quantitativa, em termos de eficácia, mas, em menor tempo, com menos recursos/custos, implicando em impasses para a atuação do Serviço Social e a concretude do PEP.

A produtividade exigida do trabalho nas políticas sociais, uma vez que mensurada pela lógica mercantil, tensiona o cotidiano profissional dos assistentes sociais. Esses conflitos revelam o confronto da direção social hegemônica na sociedade capitalista e aquela contida no projeto ético-político do Serviço Social brasileiro e se replicam entre os assistentes sociais [...] Tais metas privilegiam a quantidade de procedimentos e atividades que visam à aferição de critérios de elegibilidade, de condicionalidades, de controle de normas institucionais, de repasse de recursos e benefícios (FORTI; COELHO, 2015, p. 33).

Na saúde, enquanto política social e espaço sociocupacional do Serviço Social, a questão produtividade/metapas de atendimento associa-se a precarização das relações/vínculos de trabalho – baixas remunerações, rotatividade, desproteção trabalhista e previdenciárias, dentre outros, nos marcos dos novos modelos de gestão para a saúde de orientação neoliberal – tais, como as Organizações Sociais, incidindo sobre o exercício profissional dos assistentes sociais em termos de qualidade, autonomia e planejamento do serviço prestado.

Segundo Vasconcelos (2009), nesse contexto de precarização e alienação no cotidiano, as demandas potenciais do assistente social na saúde que ultrapassam o controle burocrático, tais como ações de educação em saúde, mobilização de usuários, a assessoria, o planejamento,

dentre outras, são negligenciadas, não obstante, sequer desveladas, reduzindo o exercício profissional “*ao movimento interno da unidade de saúde, tornando suas ações complementares às ações dos demais profissionais de saúde e/ou funcionais à ordem social vigente*”. (VASCONCELOS, 2009, p. 251) (Grifos da autora).

Denota um exercício profissional incompatível aos direcionamentos do PEP e do MRS.

Em meio ao cotidiano de urgência, não há tempo para refletir, no máximo pensar de modo imediato na ação; a lógica institucional impulsiona os profissionais a circunscreverem-se ao imediato, ao pragmático e ao urgente [...] as respostas a estas situações apresentadas como emergenciais [...] mesmo que do ponto de vista objetivo e pontual atuem sobre o problema em si, em vez de revelar, mascara e, ao contrário de mobilizar usuários e profissionais em torno dos direitos à saúde, passiviza (SOARES, 2013, p. 111-112).

A ausência de leitura crítica da realidade social e institucional descreditando o desvelamento das expressões da questão social e de como estas incidem sobre o processo saúde-doença, sob o discurso da ausência de referências para atuação na saúde, associada a pressão exercida pela ordem do capital pela produtividade no cotidiano alienado do trabalho, tem reduzido a atuação do assistente social a mera operacionalização.

Nessa direção, o exercício profissional coaduna com a perspectiva médico hegemônica da atuação na saúde, retomando o seu caráter conservador, focada estritamente no aspecto da doença circunscrita ao espaço institucional e àqueles que a ela tiveram acesso, dotada, portanto, de um caráter individualizante dissociado de suas determinações sociais, incoerentes com a concepção ampliada e revisada da saúde, e desmobilizadora na perspectiva do fortalecimento da consciência sanitária e das lutas em defesa da saúde enquanto direito.

Tais demandas têm se caracterizado predominantemente pela natureza assistencial/emergencial. As demais naturezas de demandas (gestão, assessoria, socioeducativas, mobilização e politização e etc) vêm tendo uma importância menor na prática social do assistente social. Mas são fundamentalmente estas últimas que têm escopo maior nas possibilidades estratégicas na perspectiva da democratização da política e do direito à saúde, de mobilização, de socialização de informações (SOARES, 2013, p. 112).

As outras demandas que têm configurado o exercício profissional na saúde perpassam pela incorporação da Política Nacional de Humanização (PNH), concebida no âmbito do SUS no ano de 2004, que tem por objetivos criar uma nova cultura profissional baseada no cuidado e no diálogo, mediante alterações das relações de poder, de trabalho e de afeto (BRASIL, 2013), demandando para o Serviço Social, conforme apontado por Ramos e Forti (2018), ações de acolhimento – diante das situações de sofrimento no contexto do tratamento de saúde; e de

escuta qualificada – aos problemas que o trouxeram à instituição. Ambas assentadas em práticas individualizadas e psicologizantes e de base subjetiva.

Sublinhamos que a atuação do profissional deve pautar-se pela crítica aos conteúdos referentes a essa política, uma vez que, em desalinho com as diretrizes do atual projeto profissional crítico do Serviço Social, esses assuntos tendem a se restringir a manejo de conflitos, às ações ajustadoras e imediatistas, incompatíveis com ações profissionais que, assentadas em análises substanciais da realidade, se dirijam às reais necessidades dos usuários (RAMOS; FORTI, 2018, p. 97)

Nos termos do desalinho com o PEP, o assistente social é chamado a intervir em resolução de conflitos no âmbito institucional; á fiscalização de comportamentos; atuando na perspectiva da responsabilização/culpabilização do usuário. Evidenciando posturas conservadoras voluntaristas e/ou concepções idealistas, fazendo jus, a uma tendência histórica, apontadas por Bravo e Matos (2009), reclamada por parte da categoria profissional pela legitimação para intervenção no âmbito da subjetividade, o chamado Serviço Social Clínico.

o problema não está no domínio de teorias que abordam a psi ou sobre doenças, mas sim quando este profissional se distancia, no cotidiano de seu trabalho profissional, do objetivo da profissão, **que na área da saúde perpassa pela compreensão dos aspectos sociais, econômicos, culturais que interferem no processo saúde-doença e a busca de estratégias para o enfrentamento destas questões.** (BRAVO; MATOS, 2009, p. 212) (Grifos meus).

Sintetizando, no bojo das contrarreformas de orientação neoliberal e do pensamento pós-moderno e neoconservador apresentam-se como tendências para o Serviço Social “a retomada da individualização no exercício profissional, da correção de distúrbios, dos processos terapêuticos, e uma forte marca da ênfase na dimensão técnico-operativa do trabalho profissional dissociada das outras dimensões” (CARDOSO, 2013, p. 238), que no âmbito do exercício profissional na saúde, particulariza-se mediante “a proposta do Serviço Social Clínico, com defesa da realização de atendimentos terapêuticos nos serviços de saúde; a defesa de um suposto saber específico do Serviço Social por especialidade clínica da medicina [...]” (MATOS, 2017, p. 107).

Ao mesmo tempo a ênfase ao técnico-operativo se dá mediante a orientação da produtividade, das fragmentações das políticas sociais a nível de atendimento, planejamento e execução, propiciando uma prática que no cotidiano profissional da saúde é incoerente com os direcionamentos do PEP e MRS, configurando-se em uma prática burocratizada, expressa por meio de

[...] ações irrefletidas, reiterativas, paliativas, até utilitárias, nas quais a resolução imediata em face dos conflitos deve expressar no lócus institucional, tornando-se parâmetro da eficiência e da competência. Sendo assim, as demandas para o Serviço Social transitam, basicamente, entre as questões ideológicas [...] e as questões de cunho meramente administrativos, como o preenchimento de fichas, atualização de cadastros e os encaminhamentos que, majoritariamente, se reduzem ao fornecimento de endereços da rede de saúde (RAMOS; FORTI, 2018, p. 92).

Aponta-se em Forti e Coelho (2015) que o PEP não se restringe ao cotidiano da prática profissional, visto que tem por horizonte a construção de uma nova sociabilidade, estando condicionado para sua materialização pela dimensão objetiva e subjetiva no que tange às condições de trabalho, da direção social assumida e da competência impressas nas atividades cotidianas, estando, portanto, para além da mera intencionalidade, vontade, ou simples petição de princípios, tendo, de acordo com Guerra (2015), por desafios para sua realização, elementos de duas ordens:

[...] a primeira, de natureza material-concreta: o mundo burguês e seu modo de ser, sua estrutura dinâmica; a lógica que conforma e sua sociabilidade, a ideologia dominante e a correlação de forças sociais que, em geral, limita ou impede iniciativas que confrontem com sua reprodução social. A segunda, de ordem teórico-intelectual, necessitando o desvelamento da ideologia dominante e a formação de um sujeito que seja capaz de interpretar adequadamente os princípios, valores e direção estratégica desse projeto, e, ainda, de saber intervir na realidade na direção da sua transformação, combinando seus princípios como formas de operacionalizá-los (GUERRA, 2015, p. 64).

Tais desafios, no âmbito da política de saúde, particularizam-se no exercício profissional mediante um descompasso com PEP e o MRS na perspectiva dos valores, princípios e referências teórico-metodológicas que ambos os projetos portam, apresentando dois fatores inter-relacionados:

O primeiro se refere à dificuldade de se efetivar, por parte dos governos de diferentes esferas, a política universal e de direitos que o SUS preconiza, bem como à forma como está estruturando o trabalho coletivo em saúde, que se configura por meio de várias ações profissionais fragmentadas, sobrepostas, com pouca ou nenhuma interdisciplinaridade, tendo como objeto de suas ações e a doença e não a saúde propriamente dita [...] outro fator refere-se à nebulosa concepção da própria categoria dos assistentes sociais, e também dos outros trabalhadores da saúde, sobre qual a particularidade do seu exercício profissional no âmbito do SUS (MATOS, 2017, p. 64-65).

No que tange às indefinições ou ausência de indicativos para o exercício profissional, tem-se nos Parâmetros para atuação dos assistentes sociais na saúde, referências para um exercício profissional crítico e competente, nos direcionamentos do PEP e MRS;

Por fim, como afirma Abramides (2019), é imprescindível que a categoria profissional esteja atinada, independentemente do espaço sociocupacional, às modificações ou configurações da realidade social, refletindo sobre o modo de ser e realizar do Serviço Social em consonância com o projeto societário emancipador, no bojo da luta de classes, para a construção de respostas profissionais consoantes às demandas sociais em tempos de radicalização do neoliberalismo.

Assim, é necessário, que cada profissional também possa estar atento cotidianamente às suas ações, aos valores que dão base a elas, as escolhas que realiza e as estratégias que adota. Aprofundar a direção ética emancipatória, reconhecendo e enfrentando os próprios preconceitos, juízos de valores e limites profissionais. É essencial olharmos a realidade com olhar crítico soluções nessa própria realidade, articulando-nos com outras categorias, movimentos sociais e com os próprios usuários. Romper com o isolamento e a tendência à não reflexão e automatização das ações (próprias do cotidiano), buscando a garantia de momentos de paradas estratégicas à reflexão (CARDOSO, 2013, p. 238-239).

É na apreensão crítica da realidade tendo a questão social enquanto objeto de investigação, intervenção e planejamento é que residem as possibilidades para que se estabeleçam as conexões inerentes entre PEP e MRS, desvelando as determinações sociais da doença, e viabilizando no exercício profissional, as ações que expressem o compromisso com a defesa da classe trabalhadora, na luta e defesa dos direitos à saúde, radicalizando os limites da emancipação política tendo por horizontes a emancipação humana.

3. AS PERSPECTIVAS E TENDÊNCIAS DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS EM HOSPITAIS DO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA-GO, 2020.

Em consonâncias com os objetivos de pesquisa, neste capítulo pretende-se analisar as tendências e perspectivas do exercício profissional do assistente social a partir da concepção de reforma sanitária e do projeto ético-político profissional nos serviços de saúde hospitalares no município de Goiânia-GO, com base nos dados coletados junto a estes profissionais.

Em um primeiro momento, pretende-se traçar um perfil breve dos assistentes sociais que atuam nestas instituições, sejam os hospitais geridos pela administração pública e/ou entidades sem fins lucrativos situados no município de Goiânia-GO, que integram o quadro efetivo e/ou permanente de profissionais nestas instituições (concurados, contratados ou cedidos por outros órgãos ou esferas administrativas e institucionais, independentemente do vínculo e regime empregatício) no desenvolvimento das competências e atribuições privativas do assistente social previstos na Lei nº 8662/1993.

3.1 Perfil dos assistentes sociais

Os dados da pesquisa foram coletados em 3 instituições sendo 2 geridas pela administração pública e 1 gerida por entidade sem fins lucrativos. Segundo informações do DATASUS (2018), trabalham nessas instituições respectivamente 45 assistentes sociais. Mediante amostra por viabilidade, foram abordados 18 profissionais, dos quais foram coletadas as informações referentes a idade e sexo; formação; qualificação profissional; exercício profissional na saúde e das condições/relações de trabalho.

Quanto a idade das profissionais, há uma variação entre as faixas de 30 a 60 anos; com destaque de 50% entre 31-40 anos de idade, e média de 41. No que se refere ao sexo, apreende-se que há uma predominância de profissionais do sexo feminino correspondentes a 94% da amostra, sinalizando a tendência histórica da profissão, dado o traço conservador que permeia sua imagem social e protoformas, segundo Iamamoto e Carvalho (2014), que apreendiam o Serviço Social como vocação natural da mulher, e que na atualidade deve ser analisada, segundo Cisne (2018), de modo dialético a partir das relações sociais estabelecidas entre sexo, raça e classe social em seus rebatimentos sobre as condições de vida e trabalho das mulheres. Necessidades estas, que extrapolam os objetivos deste estudo.

O tempo de formação desses profissionais, em média, é de 17 anos, com destaque para 50% das assistentes sociais com graduação realizada há até 10 anos; e 11,2% com formação há mais de 25 anos. Destaca-se diante dessas informações, que parte majoritária ou quase absoluta dos profissionais, já tiveram sua formação com base nas diretrizes curriculares implantadas em 1996 e nos demais marcos importantes da profissão, tais como o código de ética e lei de regulamentação, ambas de 1993.

No que se refere à formação, destaca-se que 94,4% das profissionais graduaram-se em instituições privadas de ensino na modalidade presencial (88, 9%), semipresencial e a distância (11, 2%). No âmbito do estado de Goiás, salienta-se que o primeiro curso de Serviço Social público foi fundado no ano de 2009.

Em âmbito geral, a formação inicial das assistentes sociais foi contemporânea e embasada na perspectiva do Projeto ético-político profissional. A média de tempo de exercício profissional é de 12 anos, e na particularidade dos serviços de saúde, o tempo é de 8 anos.

Em seus atuais vínculos empregatícios, isto é, nas instituições de saúde, nos hospitais onde se realizou a pesquisa, a média do tempo de exercício profissional é de 4 anos. Destaca-se que ambos os hospitais pesquisados são geridos por Organizações Sociais. As quais, conforme já mencionados neste estudo, integram as estratégias neoliberais de apropriação do fundo público pelo setor privado por meio da desresponsabilização do Estado de executar e implementar a política social, como é o caso da saúde, suscitando questionamentos sobre a qualidade dos serviços prestados e sobre as condições de trabalho oferecidas aos profissionais, em termos de contratação e garantias trabalhistas, recursos e autonomia para o desempenho de suas funções.

No que tange aos regimes de contratação 94,4% são celetistas (CLT), o que representa uma retratação dos vínculos estatutários que garantem a estabilidade no trabalho, que neste estudo abrangeu somente 5,6% dos entrevistados. De forma unânime, todos os assistentes sociais têm jornadas de trabalho de 30 horas semanais, isto é 100%, estando em conformidade com Lei nº 12.317/2010 que passa a integrar a lei de regulamentação profissional e que representa conquista notória da organização da categoria de assistentes sociais.

No interior destas instituições de saúde, as equipes de Serviço Social se organizam para coberturas das internações (enfermarias), Unidades de Terapia Intensiva (UTI's); ambulatórios, serviços de urgência e emergência, e, ou nas funções de supervisão de equipe, conforme escalas de trabalho por plantões (12h), ou diárias (6h).

No que tange às remunerações, apreende-se que a mesma é variável, estando condicionada à Organização Social que gere a instituição contratante do assistente social, que

nos termos da pesquisa apresenta-se variável entre 2 a 6 salários-mínimos vigentes, com predominância de 66,7% de salários nas faixas de 2 a 4 salários mensais, seguidos das profissionais que recebem entre 4 e 6 (33,3%). Tais informações sinalizam que a lógica das OS's cria uma heterogeneidade de condições e possibilidades objetivas para o trabalho de uma mesma categoria profissional dentro de um mesmo ramo de atividade, que é a saúde, no âmbito do Estado.

Destaca-se ainda que 38,9% dos profissionais pesquisados afirmam possuir um duplo vínculo empregatício na área de Serviço Social, em modalidades distintas da CLT, tais como de credenciamento (14,3%), e os contratos temporários (28,6%). Aponta-se que a precarização das relações de trabalho sugere ao profissional enquanto alternativa para manutenção de suas necessidades básicas essenciais, o acúmulo de empregos, o que pode incidir de modo negativo, tanto ao trabalhador, quanto sobre as condições objetivas e subjetivas para o exercício profissional.

No que tange à qualificação, compreende-se que o aprimoramento intelectual na perspectiva da competência profissional é um princípio ético-político da profissão, que incide positivamente na qualidade dos serviços prestados, com potencial para a construção de possibilidades e estratégias profissionais alinhadas ao PEP e das bases do MRS.

Nessa direção, de acordo com os dados obtidos, 77,7% das assistentes sociais afirmam ter realizado atividade de qualificação, como, cursos de especialização lato sensu 66,7%, com destaque para as de ensino em serviço (22,3%), realizados nas modalidades presenciais (50%), semipresencial (35,7%) ou do ensino à distância (14,3%). Em seu oposto, 33,3% dos profissionais afirmam não terem realizado nenhum tipo de atividade de qualificação durante sua carreira profissional. Quando indagados se teriam algum tipo de incentivo institucional para qualificação, 90,9% afirmam não dispor de nenhum tipo.

Em exercício de síntese, os profissionais de Serviço Social inseridos nos serviços hospitalares do município de Goiânia, são compostos por pessoas do sexo feminino, com média de 41 anos de idade, graduadas em instituições privadas na modalidade presencial, em média com 17 anos de carreira, 8 destes na área da saúde, sendo contratadas pelas organizações sociais que gerenciam tais hospitais, pela CLT, com jornada de 30h semanais e com remuneração variável de 2 a 4 salários mínimos vigentes, atuando em clínicas, serviços de urgência, unidades de terapia intensiva e ambulatórios, majoritariamente.

Parte significativa dos profissionais apresenta acúmulo de vínculos empregatícios, são especialistas, e apresentam interesses de realizarem atividades de qualificação profissional, porém não contam com incentivo institucional.

A partir destas breves informações sinalizam-se desafios aos profissionais para o exercício profissional, pois a precarização das condições de trabalho e o aviltamento das suas condições de vida impõe desafios para sua qualificação. A qualidade do atendimento e a valorização do trabalhador não se apresentam como prioridade para os novos modelos de gestão da saúde, provocando um tensionamento negativo da autonomia relativa dos profissionais diante desse cenário de instabilidade e insegurança para a construção de uma intervenção qualificada.

A partir destas informações, parte-se para a apresentação e análise das informações obtidas junto aos profissionais integrantes da pesquisa que apontem as tendências e perspectivas do exercício profissional em suas interlocuções com o projeto ético-político e movimento de reforma sanitária, perpassando, segundo a visão dos profissionais, pelas suas concepções de saúde, do SUS e das inter-relações destes com a profissão, pelos objetivos e referenciais na saúde e da dinâmica e dos desafios e perspectivas que se colocam no cotidiano profissional.

Neste segundo momento, se utilizará os discursos de 12 profissionais, os quais serão identificados por numeração definida aleatoriamente pelo pesquisador (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12), não guardando relação direta com a ordem das entrevistas realizadas junto os profissionais nas instituições.

3.2 As interlocuções entre o movimento de reforma sanitária e o projeto ético-político profissional no exercício profissional dos assistentes sociais em hospitais do município de Goiânia-GO

Em linhas gerais, concebe-se a saúde a partir das formas de organização social, sendo econômica e historicamente determinadas e que no âmbito do capitalismo e seus efeitos deletérios para as condições de vida e trabalho, sinalizam para uma concepção que ultrapassa os aspectos biológicos e ecológicos. Na sua concepção ampliada e revisada perpassa por questões de classe, gênero, raça e etnia.

No universo pesquisado, as concepções de saúde das assistentes sociais apontaram as seguintes direções: saúde enquanto bem-estar e qualidade de vida (Profissionais 1, 2, 3, 4, 5, 10, 11); e/ou associada a elementos ou fatores externos (Profissionais 1, 3, 4, 8, 11); associados a aspectos organizativos da política de saúde (Profissionais 6,7, 9, 11) ou que sinaliza a saúde de modo subjetivo ou abstrato (Profissionais 5, 6, 8).

Eu vejo a saúde assim, concepção de saúde pra mim é isso, é tudo, é uma... É um conjunto de bem-estar do ser humano, sabe. (Profissional 1)

A saúde, hoje, ela vai muito além do aspecto físico, da questão clínica, é mais uma questão biopsicossocial. (Profissional 3)

Olha, é o bem-estar [...] O bem-estar físico, psíquico, mas o socioeconômico também que influencia [...] saúde é o equilíbrio do ser humano em todas essas situações e em todas essas áreas. (Profissional 10)

A maioria dos discursos analisados sinaliza que a saúde decorre da conjugação dos aspectos físicos, mentais e sociais na perspectiva do alcance do bem-estar ou da qualidade de vida. Tal compreensão remete ao conceito de saúde cunhada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948 no bojo da ascensão do capitalismo em sua fase monopolista e a difusão do ideal de Bem-Estar Social enquanto estratégia de controle e cooptação ideológica do capital.

Portanto, mediante as reconfigurações do Estado na implantação e execução das políticas sociais, a saúde torna-se mediação entre o capital e a classe trabalhadora, que no contexto do acirramento da luta de classes do período, reforçava a necessidade da integração da classe trabalhadora através da ideologia, operando um deslocamento das tensões entre as esferas do capital e do trabalho. Nesse sentido, de acordo com Bravo (2013), enquanto conjugação de bem-estar, a saúde é compreendida de modo fragmentado mediante a justaposição de aspectos que compõe a vida, numa perspectiva individualista e liberal, desvinculadas das análises estruturais.

Nessa direção também foi presente nos discursos de que a saúde está vinculada conforme relatos, a fatores externos como: alimentação, lazer, renda habitação, saneamento básico, afeto, esportes, convívio familiar:

É você ter um trabalho pra você ter uma boa alimentação, você ter um bom salário... Um salário, pelo menos, que você tenha condições de ter boa alimentação, uma qualidade de lazer [...] que tudo isso **engloba** saúde (Profissional 1)

É muito amplo, que muita gente, às vezes, pensa que a saúde é só a questão de doença e ir lá, fazer uma cirurgia e ficar. Mas não, ela envolve tudo a saúde. Se você está bem no trabalho, isso te **ajuda** na saúde. Se você não está bem no trabalho, com seus colegas, isso aí vai te afetar (Profissional 4)

concepção saúde é, pra mim o **que caminha** junto com tudo. Ela não é sozinha, nunca. Você precisa de saúde, mas você precisa de lazer; você precisa de saúde, mas você precisa de... é.. Amor... você precisa de casa, você precisa de comida. Acho que anda junto, saúde ela é algo atrelado a tudo que você faz (Profissional 8).

A alteração das condições de saúde perpassa pela alteração deste modo de produção, o que lhe confere um caráter revolucionário em detrimento da concepção definida pela OMS a qual aliena e reforça a saúde enquanto meio de ajuste dos trabalhadores segundo a necessidade fundante da adaptação e manutenção da força de trabalho.

Um outro grupo de profissionais relacionaram a saúde a partir dos seus aspectos organizativos, enquanto política social ou serviço, mediante a evidenciação de alguns dos seus elementos:

Saúde é vida. O direito ao acesso, à saúde, é o mínimo que se tem. Então, assim, saúde, é a base fundamental para nós em todas as outras políticas. A política de saúde, ela está acima de qualquer política. (Profissional 6)

Eu acho que, saúde, ela começa na questão clínica. Mas ela tem muitas coisas que envolve que ofereça todo esse aporte, todo esse suporte... é... de uma equipe multidisciplinar. Ela só é completa, só faz sentido se você tem todo esse apoio (Profissional 7)

Tais concepções de saúde associada ao acesso (6), prevenção ou cura de doenças remetem às protoformas de desenvolvimento das ações de saúde evidenciadas nos países europeus a partir do século XIX, discutidas no primeiro capítulo deste trabalho, que compreendem a saúde a partir do acesso serviços médicos, prevalecendo os aspectos curativos, o que significa compreendê-la

como a ausência de doença ou da saúde em si mesma.

Nessa perspectiva, dissociada das determinações mais abrangentes da estrutura social em seus impactos e consequências para a saúde; apreende-se também nos discursos uma definição de saúde a partir de elementos subjetivos e abstratos.

Saúde é aquilo que vem em primeiro lugar na vida do ser humano, aquilo que a gente tem que zelar, tem que tratar, tem que cuidar como se fosse um recém-nascido, uma criança [...] porque o indivíduo sem saúde, ele não consegue evoluir. (Profissional 5)

Saúde, eu acho que é o bem mais precioso, porque, sem ela, você não vai fazer nada. Então, sempre quando o paciente vai embora, eu falo: 'Cuida, cuida da sua saúde que é o seu bem mais precioso', todos que vão de alta, eu falo isso, Por que de que adianta você ser riquíssimo e não ter saúde? (Profissional 8)

De modo geral, apreende-se uma visão superficial dos processos de saúde-doença. Há uma interlocução frágil da análise dos determinantes estruturais, isto é, enquanto resultante da exploração do trabalho, deixando intocada a base fundante das formas de organização social da produção para análise da saúde.

A saúde está totalmente relacionada a determinantes sociais, então, hoje, a gente trabalha a saúde num todo. Quando o paciente entra aqui, pensar ele enquanto pessoa, trabalhador...Tudo isso. E de que maneira que ele vive lá fora e o que que pode ter determinado o seu processo de saúde? Saneamento básico, é... Habitação [...] para pensar nessa concepção de saúde. Até no pós alta, porque às vezes, a pessoa vai dar alta aqui e pensa 'ah, mas ele vai ter acesso à consulta?', isso é muito pequeno né? 'Ele vai ter acesso à moradia?', 'ele vai ter acesso? (Profissional 3).

A partir da apropriação das concepções de saúde dos assistentes sociais, depreende-se agora sobre as percepções e avaliações sobre a política de saúde – o SUS. Em termos gerais número significativo de profissionais atribuíram uma avaliação como negativa (4); ruim (1, 2); e associando a perdas e retrocessos (3, 12) em decorrência da sua não efetivação ou execução (2, 5, 6, 9, 12), e partir disso, elucidando os elementos que na opinião dos profissionais incidem para sua não efetividade (2, 3, 7, 10), apontando suas sugestões/ percepções para melhoria do sistema.

Eu acho que nós, o SUS, a saúde, nós teríamos todas as condições pra serem excelentes, o programa de saúde é... **Lindo teoricamente, se funcionasse** [...] (Profissional 2)

Eu acho o SUS maravilhoso... Eu sou uma defensora do SUS. Eu acho que a política nossa, de saúde, que é o SUS, ela é maravilhosa se ela fosse executada, como ela foi escrita realmente [...] **Só que a forma de aplicação dela, ela ainda tá falha...** [...] Ela só precisa ser melhorada e implantada da maneira mais adequada. (Profissional 6)

A política de saúde, eu vejo que é muito boa, mas se ela fosse realmente feita, igual está na lei. Se fosse feito igual, seria perfeito. (Profissional 9)

Conforme visto, apreende-se que os profissionais têm uma avaliação negativa em decorrência da não execução da política, e não ao modelo de proteção social à saúde previsto no SUS. Sinalizam a distinção entre o SUS ideal e o SUS real, apontando a necessidade de que o mesmo se consolide na perspectiva dos direitos. Dentre as motivações apontadas para tal, destacam-se:

Saúde virou mercado. Eu acho isso muito nítido. Pra mim, isso é muito nítido atualmente. (Profissional 2)

Antes de entrar em OS, eu era totalmente contra: ‘Eu sou a favor? Não!’. Não sou, mesmo estando aqui dentro, porque eu acho que o Estado, ele conseguiria fazer um bom trabalho sem ter que pagar administradores pra isso, de uma maneira mais efetiva com o nosso dinheiro. E hoje, a gente tem um processo de perdas mesmo, porque aqui é levantado todos os dias, a questão da quarteirização[...] então a gente trabalha todos os dias sem saber como que vai ser amanhã.... Com essas mudanças, a gente vê o impacto que causa na vida do paciente que tinha acesso [...] Eu acho que tudo é uma burocracia, porque eles tão tentando, cada dia mais, baixar custo: Material – sempre trabalhou com material de primeira qualidade, então a gente sabe que não é mais; Redução de equipe, pra redução de gastos, ainda mais nesse período que a gente está vivendo, deveria ter ampliação, valorização do profissional, isso não tem acontecido. Estamos na contramão mesmo, passando por um processo de contrarreforma. Os acessos tão muito mais difíceis e a rede não tem suporte para as necessidades dos pacientes. (Profissional 3)

A gente tem duas situações: as dificuldades financeiras e administrativas, que envolvem desde o Ministério da Saúde, os ministérios, tratando-se de saúde, que há lá os seus desvios e isso acaba prejudicando, o acesso, a redistribuição dos serviços, acaba dificultando também nos materiais. (Profissional 10).

Os discursos dos profissionais ao mencionarem aspectos relacionados à contrarreforma da saúde, de gestão e a escassez de recursos, sinalizam a partir de suas concepções teórico-metodológicas a leitura dos impactos do neoliberalismo sobre o mundo do trabalho e nas políticas sociais.

Conforme sinalizado por Montano e Duriguetto (2011), o neoliberalismo tem por bases: a minimização do Estado a partir da redução dos gastos sociais; a reorientação do fundo público para esfera privada; o acirramento da exploração e desproteção do trabalho; a desresponsabilização estatal em prover proteção social, mediante um reforço da perspectiva gerencial do Estado que relega a execução dos seus serviços essenciais para a esfera privada, a exemplo das OS's, identificadas como os novos modelos de gestão para as políticas, como é caso da saúde.

A ideologia gerencialista, quando aplicada no serviço público, serve a contrarreforma implementada no período neoliberal que submete o Estado, o fundo público e até as próprias políticas sociais ao capital, seja pelo seu sucateamento e redução, abrindo novos espaços para o mercado e 'economizando', ao mesmo tempo, fundo público, seja pela sua apropriação direta, por meio dos chamados 'novos modelos de gestão' que entregam a gestão do Estado diretamente para a iniciativa privada (CISLAGHI, 2018, p. 11)

Sinaliza Correia e Santos (2015) que tais reformulações ocorridas a partir da década de 1990 incidiram diretamente sobre a implementação da política de saúde recém-criada pela CF de 1988, pois caminha num sentido inverso: de sucessiva estatização mediante os recursos públicos para a destinação crescente de recursos para esfera privada, abrindo espaço para a flexibilização dos direitos à saúde, sua privatização e precarização das condições de trabalho dos profissionais.

Nesse sentido, segundo Cislighi (2018), repasse dos recursos públicos realizado pelo Estado a essas organizações são creditadas em termos de cumprimento dos pactos e metas de gestão contratualizadas, todavia não seguem o rito do direito público para realização das licitações e contratações, estabelecendo regimes próprios e, portanto, sem transparência. Nessa direção a ideia é reduzir os custos ao máximo para o cumprimento de tais metas de modo a gerar excedente, isto é, a lucratividade dessas organizações, que se apropria de recursos do fundo público à custa do sucateamento do sistema e exploração dos trabalhadores.

Tais tendências ficam nítidas no discurso (3), na observação que pontua sobre a qualidade dos materiais e recursos utilizados no trabalho; das reduções de equipe realizadas o que compromete a qualidade dos serviços prestados, pois sobrecarrega os profissionais; da instabilidade dos vínculos empregatícios mediante tais circunstâncias e a tendência a terceirização irrestrita, inclusive regulamentada pela Lei 13.429/2017, sinalizando processos de quarteirização dos serviços e processos de trabalho, e também na burocratização/ redução do acesso do usuário em decorrência do sucateamento dos serviços.

Nessa perspectiva, ressignificam-se os apontamentos de que o SUS não se efetiva e/ou não se consolida tão somente por questão de recursos (10), visto que os desafios apontados afirmam-se, sobretudo pela destinação destes, segundo os ditames neoliberais, fazendo referência neste sentido ao conceito da complementaridade invertida discutida por Correia e Santos (2015), na primeira parte deste trabalho.

Em âmbito geral, as concepções analíticas e críticas em relação à política de saúde e sua efetivação, condizem substancialmente com a dimensão teórico-metodológica que fundamenta o Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social, ao fazer referência implícita ao movimento do capital e suas incidências sobre o trabalho, as políticas sociais e aos efeitos sobre a classe trabalhadora.

Associado a isto, ao demarcar-se nas falas ao avaliarem negativamente o SUS, as distinções sobre execução, e não sobre a política de saúde em si, demarcam princípios ético-políticos condizentes com o PEP, tais como a ampliação e consolidação da cidadania na perspectiva da garantia dos direitos das classes trabalhadoras.

Outro fator apontado enquanto desafios para a efetivação do SUS é denominado pelo profissional, como a ignorância dos usuários em compreender as orientações prestadas pelos profissionais de saúde.

Porque você faz um acompanhamento com inúmeras pessoas, orienta, orienta e a pessoa ela não faz nada daquilo que a rede traz do que é a saúde [...] toda a equipe vem trazer para ela que não é tirado do nada. E isso tem toda uma parte teórica, tem estudos, tem estatísticas, tenho tudo que comprovam que aquilo ali é eficaz, aquilo ali veio pra trazer um benefício pra ele, e ele não segue isso, então nós temos déficits tanto por parte da gestão em geral da saúde, quanto também por parte da população, que ela não absorve aquilo que o médico, ou que a enfermeira e toda equipe multiprofissional traz no auxílio à saúde dela [...] É muito relativo, tem usuário que ele acha que as coisas não vão acontecer com ele. E alguns que acham que já não tem solução mais; uns desacreditam na equipe ou não se identifica com o médico e ali desiste do tratamento [...] (Profissional 10)

Segundo Carvalho (2003), as relações historicamente estabelecidas entre o Estado e a Sociedade Civil na formação sócio-histórica brasileira são forjadas a partir os pactos de

dominação, predominantemente na ordem do favor e da repressão. No Brasil as grandes transformações sociais se pautaram por acordos “pelo alto” na perspectiva de uma modernização conservadora. Portanto, um ambiente desafiador para o fortalecimento da cidadania, escamoteada pela alienação próprias da sociabilidade do capital.

As fragilidades de uma tradição cívica ou de uma cultura de direitos, a alienação, e a desinformação, incidem negativamente sobre a consciência sanitária da população, que nesse sentido, não compreende que suas condições de vida e trabalho incidem sobre seus níveis de saúde e das potencialidades do SUS enquanto instrumento de direitos.

Pelo contrário, o SUS dado o seu sucateamento, é vislumbrado com descredito e desconfiança por parte população, atribuída

não só à falta de qualidade dos serviços públicos [...] mas, principalmente, à não introjeção da noção de direito público à saúde que, transcendendo a democratização do consumo de assistência médica, considere os determinantes econômicos e socioambientais da saúde (VASCONCELOS, 2015, p. 81)

Nesse aspecto reforça-se a importância dos profissionais de Serviço Social na política do desenvolvimento de atividades no âmbito do exercício profissional na perspectiva do debate, da reflexão crítica sobre o processo saúde-doença, e da educação sanitária na perspectiva da construção de uma contra-hegemonia.

Nessa direção, os demais profissionais pesquisados demarcaram, em âmbito geral, a importância do envolvimento dos profissionais de saúde para a defesa e consolidação do SUS.

Eu acho que os profissionais precisam batalhar muito por isso, para que essas políticas, elas sejam realmente vinculadas, elas sejam respeitadas e sejam distribuídas (Profissional 5)

Tem algumas coisas que a gente esbarra, como no tempo de retorno. Isso não faz parte da nossa política, isso faz parte da máquina de atuação, que somos nós... É a matéria! É o ser humano! É o homem que precisa melhorar esse acesso, essa agilidade se, entender melhor as políticas e conseguir executar ela de uma forma mais eficaz (Profissional 6)

Todavia, deve se fazer uma análise cuidadosa da questão para que não se recaia em perspectivas que apontem supervalorização (5), ou culpabilização (6), dos profissionais em decorrência de sua autonomia e amplitude do exercício profissional.

Atribuir de modo simplista e subjetivo que cabe ao ser humano melhorar o acesso ao SUS enquanto desafio posto para agilidade do sistema (6), sem a ponderação das condições objetivas que o perpassam, evidencia uma concepção de saúde e de profissão desistoricizada e

acrítica, que não apreende os processos sociais sob égide do capital e suas incidências na totalidade destes processos, sendo, portanto desvinculada das suas determinações, compatível a concepção de saúde predominante no discurso hegemônico dos profissionais pesquisados.

Na perspectiva defendida pelo PEP, o Serviço Social deve estar conectado às lutas gerais dos trabalhadores, para que atue nos seus campos de trabalho pela mobilização, construção coletiva, na perspectiva da autonomia, da emancipação, do acesso e garantia dos direitos dos usuários mediante as condições objetivas postas.

Na particularidade da saúde tal exigência se expressa, e pode se materializar, segundo CFESS (2009), por meio do desenvolvimento de atividades de sensibilização quanto aos direitos à saúde, da promoção e prevenção de doenças; elaboração de material socioeducativo, dentre outros, assim como na atuação direta junto aos trabalhadores, usuários e familiares, e movimentos sociais para participação dos espaços democráticos de controle social. Nesta direção a profissional destaca:

[...] Aponto a importância dos movimentos sociais não deixarem de discutir, de pedir, de cobrar, para que não tenha mais perdas, então que a gente consiga firmar essa importância que o Estado de realmente manter a universalização dos direitos em relação à saúde (Profissional 3)

De acordo com Viana (2015), os movimentos sociais consistem na mobilização dos grupos sociais, compreendendo grupo social (a exemplo: intelectuais, estudantes, profissionais de saúde) como um conjunto de indivíduos que partilham de aspectos comuns: cultura, aspectos físicos, demandas sociais ou questões ideológicas, que se mobilizam mediante uma situação social (degradação dos níveis de saúde da sociedade, por exemplo), que gera insatisfação social e um senso de pertencimento à demanda a partir da tomada de consciência coletiva; definindo a partir disso, os seus objetivos e se mobilizando para o alcance dos mesmos.

Nessa condição é que se situa o Movimento de Reforma Sanitária, enquanto mobilização coletiva da, e para, as camadas populares que têm por objetivos a transformação dos padrões de proteção social da saúde por meio da sua democratização, nos limites da democracia burguesa, mediante a consolidação do SUS, mas que a ele ultrapassa, apresentando um caráter revolucionário e de luta permanente para transformação dos padrões societários vigentes, compreendida enquanto condição para plena efetivação da saúde.

Os assistentes sociais entrevistados foram indagados se há ou houve contribuições dos movimentos sociais para o SUS. Todos afirmaram unanimemente que houve contribuições positivas. De modo direto (1 profissional) e indireto, metade dos entrevistados:

Acredito que sem esses movimentos sociais, a trajetória do SUS seria completamente distinta ou inexistente. Porque, desde o movimento de reforma sanitária, que a gente vê a importância desses movimentos sociais para ampliação do sistema, para acesso das pessoas em relação ao direito à saúde, dele ser universal como é hoje (Profissional 3).

E, através desses movimentos, dos movimentos sociais mesmo, que lutou em prol da saúde pública, porque era uma saúde pública, mas não igualitária. Era pra quem trabalhava com carteira assinada. E, através dos movimentos sociais mostraram que precisava ter um sistema único de saúde e foi criado, hoje em dia, um SUS né [...]provou que realmente precisava criar, através dessa consolidação das leis (Profissional 8).

Por exemplo, a implantação mesmo do próprio SUS. Porque, anteriormente, a gente não tinha esse atendimento. Esse atendimento era mais questão de dinheiro. Não era esse atendimento mesmo governamental (Profissional 7).

Nos discursos apontados, apreendeu-se, de modo direto e indireto, a contextualização sócio-histórica do movimento de reforma sanitária enquanto aspecto fundante para constituição e implementação do SUS, definindo enquanto avanço para consolidação dos direitos a saúde, demarcando os princípios da universalidade e da igualdade, e em oposição ao que vigorava ao período anterior à sua criação, no bojo dos regimes militares segundo o modelo de privilegiamento do setor privado na área.

Por sua vez, destaca-se que 25% dos entrevistados não mencionaram ou não souberam informar sobre nenhum movimento social que tenham contribuído com o SUS:

Hm... Ai, eu... não sei assim, te falar se teve algum que foi positivo assim, que contribuíram ...Hm... Não sei te responder. (Profissional 4)

Eu não lembro mais, mas eu... **Na época que a gente fez faculdade**, tinha... Era os... Ai, como que era os movimentos sociais lá, antigamente? [...] não estou lembrada mais. (Profissional 11)

Reforça tal perspectiva o destaque dado pela profissional (11) ao sinalizar que o debate crítico sobre os movimentos sociais e saúde restringem-se, na visão da profissional, ao âmbito do teorismo, sem incidências no exercício profissional, em decorrência do fato que nem foi ao menos citado.

Todavia, o que foi preponderante nos discursos dos assistentes sociais foi a associação direta dos movimentos sociais com os conselhos de saúde, menções estas também presentes nos discursos daqueles que sinalizaram o Movimento de Reforma Sanitária:

Existem esses movimentos, os conselhos de saúde... De uma certa forma, há uma contribuição sim. Não vou dizer que é 100% de contribuição, mas existe uma porcentagem, e é significativa. (Profissional 5)

Então, os conselhos! Porque ajuda muito a comunidade, quando tem. (Profissional 9)

Nota-se que há uma evidenciação do princípio da participação da sociedade civil presente no MRS, compreendida enquanto espaço de construção e democratização para formulação e fiscalização da política de saúde, incorporada pela art. 196 da CF. 1988; regulamentada pela Lei nº 8142/1990 e definida, conforme disposto nos parâmetros para atuação do assistente social na saúde, como atividade importante para o exercício profissional.

De acordo com Raichelis (2009), os conselhos são espaços de negociação, pactuação e debate mediante o controle social das deliberações governamentais no âmbito das políticas sociais, na perspectiva da construção de uma nova institucionalidade entre Estado e sociedade civil. Apesar da sua suma importância, a participação popular não pode ser reduzida aos espaços dos conselhos, e não é substitutiva e nem equiparadas aos movimentos sociais, mas resultante destes, e só tem a possibilidade de ser efetivo se articulados a eles.

[...] os conselhos não podem ser considerados como únicos condutos da participação política e nem exemplos modelares de uma sociedade civil organizada. Esta é *uma* das formas que o movimento social conseguiu conquistar, que precisa ser acompanhada e avaliada atentamente, e combinada com outras modalidades de organização e mediação políticas [...] não-institucionalizados, menos formalizados e burocratizados, por isso mais permeáveis à participação popular [...] (RAICHELIS, 2009, p. 83-86)

Afirma Paim (2008) que, por mais frutífera que seja a atuação dos conselhos de saúde, estes tão somente não têm a capacidade de conduzir o movimento de reforma sanitária, dado o seu caráter institucionalizado. O SUS, em termos normativos, incorpora pautas fundamentais do MRS, todavia a ela não se limita, sendo necessário o estabelecimento de mediações com quadro geral de lutas da classe trabalhadora.

Apreende-se nesse sentido uma redução dos horizontes ético-políticos dos profissionais ao projetarem as possibilidades de mobilização e transformação dos padrões de proteção social à saúde, tão somente ao âmbito dos conselhos, pela ótica institucional da política de saúde e das instituições em si.

Tais espaços apesar de importantes para alteração das correlações de força e fortalecimento da consciência sanitária e autonomia dos sujeitos sociais, sinalizam uma postura mais defensiva e burocratizada diante dos ataques sofridos pela política de saúde não obstante, desacreditada do potencial dos movimentos sociais. Nessa perspectiva destacam-se os discursos abaixo:

[...] **os movimentos sociais não têm atuação mais... Cadê? Quem vai lutar por isso? Hoje em dia, é uma luta... Hoje em dia, é a lei do mais forte, da questão dinheiro mesmo, financeiro... Não tem ninguém que lute por você, depende de você, por você!** (Profissional 8)

[...] A importância dos movimentos sociais é não deixar de discutir, de pedir, de cobrar, **pra que não tenha mais perdas** (Profissional 3)

Conforme Abramides (2019), diante da ofensiva neoliberal de regressão dos direitos e instabilidades do trabalho, os movimentos sociais assumem uma postura defensiva, de caráter reformista, que privilegia a luta institucional, sinalizando o abandono teórico e prático da perspectiva da luta de classes ao abrir flancos para uma perspectiva politicista, e não revolucionária, que atua na defesa ou manutenção do estatuído, e não pelo seu aprofundamento ou transformação.

A partir de 1989, há paulatinamente um deslocamento da natureza ideológica na ofensiva do capital e na posição dos trabalhadores que passam a privilegiar a conjuntura da crise econômica, em detrimento do embate em torno de projetos sociais. Esse deslocamento redireciona o conteúdo das suas reivindicações para o campo das ideologias práticas, marcadas pelas suas necessidades imediatas. Nesse sentido, os trabalhadores terminam por reduzir as suas propostas ao campo da preservação das conquistas ou, tão somente das possibilidades postas pela conjuntura da crise (MOTA *apud* MONTANO E DURIGUETTO, 2011, p.244)

Todavia, apesar de sua retração, segundo Duriguetto (2014), os movimentos sociais mantêm relação orgânica com o Serviço Social, tendo centralidade para a ruptura com o conservadorismo profissional, isto é, para a consolidação do projeto ético-político. Ações de organização e mobilização populares constituem-se de competência do assistente social expressando a dimensão ideológico-política desta profissão, e o do seu papel educativo para ampliação da esfera pública, e consolidação dos direitos e interesses da classe trabalhadora.

Para parte majoritária dos assistentes sociais pesquisados a inter-relação dos movimentos sociais no âmbito da saúde com o Serviço Social é apreendida como importante ou relevante, ressaltando as potencialidades do assistente social para ações de educação em saúde de forma facilitada dada a sua formação política e técnica (3), remetendo a ideia do educador sanitário e da assessoria, mediante a contribuição com ideias, orientações e informações (5), pela sua capacidade teórico-metodológica e técnico-operativa para a viabilização de projetos (9), pelo aspecto ético-político, dada a importância destes movimentos para a luta, defesa e garantia dos direitos do cidadão (4, 5,11). Abaixo, alguns posicionamentos:

Eu acho que a participação do Serviço Social é de extrema relevância, porque somos uma profissão politizada, que conhece de políticas públicas, que conhece de

legislação. Então consegue ter esse contato com a sociedade, para levar a discussão de uma forma mais facilitada que a população entenda. Eu acho que o assistente social, nesse aspecto, consegue fazer essa relação de uma forma mais facilitada. Eu acho de extrema importância que o Serviço Social esteja à frente desses movimentos. (Profissional 3)

Eu acho que existe sim uma participação nem que seja com ideias, com orientações, com informações, porque essa é o nosso principal papel de lutar pelos direitos sociais do cidadão (Profissional 5)

Tem importância, porque é nos movimentos sociais que sai grandes questionamentos que possam a melhorar nossa voz, tanto na área da saúde quanto para nossa classe do Serviço Social... (Profissional 11)

Conforme explicitado, aponta-se, a partir das concepções que no âmbito geral da profissão as assistentes sociais sinalizam, convergências importantes entre o Serviço Social e os movimentos sociais nos direcionamentos do Projeto Ético-Político Profissional. Por sua vez, um número significativo de assistentes sociais aponta que tal inter-relação com os movimentos sociais na saúde é insuficiente, insignificante e dissociada da profissão, segue os discursos:

Olha, eu vejo, assim, ainda muito vago, ainda um pouco fraco. A gente, na verdade, fala muito na faculdade de movimento social, porém na execução, depois que a gente se forma, depois que você vai pra uma realidade não é muito presente[...] **É muito pequeno essa interligação de movimento social, de luta por direito e o assistente social** (Profissional 1)

Olha... Eu vejo que é mais teoria. **na prática nós nos distanciamos tanto da teoria que isso, para gente não tem, assim, tanto significado, apesar que eu sei que tem muito peso... Na hora da prática, a gente acaba que entende que existe uma grande diferença em teoria e prática.** Eu não tenho essa disponibilidade. (Profissional 7)

Olha, eu acho que a nós assistentes sociais, ainda somos muito enfraquecidos, assim, por 'N' motivos. Infelizmente, ainda nós nos vendemos pra sobreviver financeiramente. Eu que estou aqui, que tenho um salário melhor do que os nossos outros colegas, **eu não quero perder meu trabalho. E acaba que a gente deixa de lutar, de entrar nesse movimento [...]. Quando a gente fala assim, 'Isso vai prejudicar.'** ou que a gente vai ter que sair ou que a gente vai bater de frente com alguém, a gente recua sim, com certeza (Profissional 2)

Destaca-se que nos discursos apresentados há a apreensão de uma cisão entre teoria e prática profissionais, no que tange aos movimentos sociais e o exercício profissional, de modo que a participação e compreensão da importância desses movimentos sociais não adquire peso ou relevância, o que sinaliza perspectivas frágeis dos profissionais em relação ao PEP.

Apontam também que tal desarticulação se dá em decorrência das condições objetivas para o trabalho profissional. Nesse sentido, as fragilidades dos vínculos empregatícios, do desemprego estrutural, dentre outros fatores associados e decorrentes da lógica perversa do

capital, incidem negativamente sobre sua autonomia. Conforme sinalizado por Iamamoto (2009), há um recuo ou defensiva por parte dos assistentes sociais, dadas as pressões operadas pelo mundo do trabalho sob a égide neoliberal, decorrendo em presunções fatalistas do exercício profissional.

Apesar de que a ofensiva neoliberal tem por consequências a retração dos movimentos sociais, isto não significa sua inviabilidade no âmbito profissional em decorrência das articulações orgânicas que estabelece com a profissão. Apesar da conquista dos direitos da saúde pela classe trabalhadora, são numerosos os desafios que se colocam para a consolidação do SUS, e, portanto, ao Movimento de Reforma Sanitária, sendo o ponto de partida e não o fim da linha.

Sintetiza-se até aqui, segundo os depoimentos analisados, que as concepções de saúde dos profissionais pesquisados são limitadas se analisadas segundo os referenciais do Movimento de Reforma Sanitária.

Enquanto movimento social apreendem em certa medida as contribuições do MRS para a consolidação dos direitos a saúde mediante a consolidação do SUS, todavia, na atual conjuntura, apreendem os movimentos sociais com descrédito no que tange ao potencial para as transformações sociais, confirmando a tendência de retração dos movimentos a partir da ofensiva neoliberal e de seu caráter mais defensivo.

A partir dessas considerações evidencia-se que há uma cisão por parte dos assistentes sociais com as perspectivas revolucionárias presentes nos fundamentos do Movimento de Reforma Sanitária e que plasma por sua vez nas concepções de saúde destes profissionais, sinalizando o que Bravo (2018) apreende como Reforma Sanitária Flexibilizada a partir do rebaixamento da proposta inicial, pautando na defesa do SUS possível e de forma conformista, diante dos ataques operados pela ofensiva neoliberal.

Diante deste quadro, indaga-se em que perspectivas e tendências teórico-metodológicas e ético-políticas se evidenciam no exercício profissional dos assistentes sociais. Na perspectiva da análise pretende-se refletir sobre os objetivos e as referências que embasam o exercício profissional dos assistentes sociais nos hospitais do município de Goiânia-GO.

Conforme já mencionado, o movimento de reconceituação do Serviço Social inicia-se na década de 1960 e consiste no processo de revisão e crítica da profissão; que a despeito das diversas tendências e perspectivas que se delinearam, pretendia-se romper com o monopólio conservador que historicamente perpassa o Serviço Social.

Na perspectiva da ruptura, na particularidade brasileira, a aproximação com os movimentos sociais e com a tradição marxista no contexto sócio-histórico da redemocratização

foi preponderante para redefinição das bases de legitimação da profissão e de seus aspectos teóricos, políticos e interventivos as quais foram consolidadas a partir da construção do atual e hegemônico projeto ético-político profissional, sendo este o legado fundamental da Reconceituação.

Nessa perspectiva, os profissionais foram indagados se reconheceriam avanços para a profissão após o Movimento de Reconceituação. De forma positiva, apontaram o reconhecimento da profissão e expansão do seu campo de atuação (2, 3, 4, 5), do exercício profissional pautado sob a ótica dos direitos (9, 10, 11), e no que tange à produção de conhecimentos (2, 9). Por sua vez, houve um grupo de profissionais que não identificaram avanços, ou apontaram que obtidos não se efetivaram, ou já estão superados (1, 7, 8).

Dos que sinalizaram sobre reconhecimento e ampliação da profissão, destaca-se:

Eu acredito que teve sim avanços. Tem muita instituição que vê a importância desse profissional no quadro. E Pra mim, o avanço maior mesmo seria esse crescente número de solicitações de profissional dentro das instituições, que a gente vê que, todo edital que sai de concurso (Profissional 3).

Olha, eu acho que, o maior avanço na área do Serviço Social, foi a expansão do próprio Serviço Social em várias frentes de atuação... Tem várias instituições, empresas, universidades... Então acho que, o campo, ele tem sido mais expansivo nesse sentido de atuações (Profissional 5)

Segundo Iamamoto (2009), a ampliação do mercado de trabalho para os assistentes e seu reconhecimento parte, primeiramente, da reconfiguração do Estado a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, e posterior criação e regulamentação das políticas sociais, o que contraditoriamente, a partir das contrarreformas neoliberais subsequentes, que segundo Cardoso (2013), amplificaram e alteraram a questão social, dada a precarização e sucateamento das condições de vida e trabalho da classe trabalhadora.

Nesse cenário, diante das demandas provenientes da amplificação da questão social, ocorre a ampliação de postos de trabalho, abertura de novas áreas de atuação [...] realizar-se-á a inserção dos profissionais do Serviço Social nas diferentes políticas sociais, como um reconhecido profissional na execução e planejamento destas, bem como sua inserção no trabalho nas ONG's, no campo sócio-jurídico, socioambiental, previdenciário, nos distintos movimentos sociais e na educação, diversificando os campos de atuação (CARDOSO, 2013, p. 202).

Tal panorama vem exigindo do Estado estratégias para estabelecimento do consenso de classes, cooptação e controle para o atendimento nas questões mais extremas no âmbito da focalização, privatização e terceirização das políticas sociais; portanto, abrindo terreno, nessa

direção, para ampliação do mercado de trabalho dos assistentes sociais e do seu reconhecimento profissional dado a sua capacidade teórico-prática e técnica de responder e incorporar tais demandas emergentes. Capacidades estas, resultantes da construção e consolidação do PEP. Portanto, decorrentes tanto das determinações sócio-históricas como da capacidade dos seus agentes profissionais. Enquanto expressão disso destacam-se os discursos:

Então acho que teve grandes avanços [...] porque antes era assim: Um profissional que qualquer um faz, agora faz a necessidade. [...] Isso não era antes... era qualquer profissional de nível médio ou superior e, agora, não, tem que ter o assistente social. (Profissional 9)

Eu acho assim que, enquanto, conselhos de classe. [...] Muitas articulações que vieram a somar em termos de direitos [...] essas conquistas, como profissional de saúde. Trazendo para nós 30 horas, sabe? Então, assim, eu acho que veio agregar a nós muita coisa (Profissional 12).

Outro discurso presente na fala dos profissionais é relacionado a uma suposta intelectualização da profissão, sinalizando o componente do PEP da produção de conhecimento, que segundo os profissionais representam um avanço positivo e importante para o crescimento profissional, em oposição ao período antecedente à reconceitualização.

A próprio... O próprio Serviço Social, começa... O assistente social começa a estudar mais, a saber qual é a sua colocação (Profissional 9).

Nós, assistentes sociais, estamos avançando... E, assim, eu via antes que, o perfil do assistente social, era um perfil que não gostava muito de estudar. E com tempo, eu acho que tive contato com várias assistentes sociais que querem crescer e isso vai dar e já vem dando uma visibilidade ótima para o Serviço Social (Profissional 2).

Um grupo de profissionais, ao destacar os avanços do Movimento de Reconceitualização, fizeram referência ao aspecto ético-político do PEP; situando a profissão à perspectiva da defesa e garantia dos direitos sociais, quais sejam:

Houve muitos avanços sim, na garantia de direitos (Profissional 9)

Se não fosse o movimento de reconceitualização, a gente estaria trabalhando naquele molde ainda dos favores, da caridade [...] O movimento de reconceitualização, vem trazer a garantia de direitos do usuário, de uma forma igualitária [...] (Profissional 10)

Serviço Social enquanto crítica, houve avanço demais, porque era mais como? Clientelismo, não é? E, hoje, não, como um direito! Trabalhar essa questão do direito mesmo da pessoa. (Profissional 11)

[...] As pessoas conhecem mais o que é assistente social, que não é aquela pessoa que faz o assistencialismo. (Profissional 3)

Portanto, sinalizam enquanto avanço a ruptura com conservadorismo profissional sob a ótica dos direitos, demarcando oposição à lógica dos favores, caridade (10), do clientelismo (11), do assistencialismo (3).

Segundo o CFESS, o assistencialismo define-se como “forma de oferta de um serviço por meio de uma doação, favor, boa vontade ou interesse de alguém e não como um direito¹”, resgatando elementos da herança patrimonialista da formação sócio-histórica brasileira, em seus traços coronelísticos e populistas, em que o atendimento das necessidades sociais são baseadas nas relações de favor, e servem estritamente à fins de cooptação, controle e dominação de classe, que se reatualiza mediante a tendência de refilantropização das políticas sociais sob a égide neoliberal.

Reforça-se, então, que o assistencialismo caminha em direção oposta aos indicativos e referências do Projeto Ético-Político Profissional; pois nessa perspectiva, o exercício profissional dos assistentes sociais pauta-se no desenvolvimento de ações que se esgotam em si mesmas, que não emancipam e que aniquilam as possibilidades de participação social, de alargamento da esfera pública para a construção e exercício da cidadania nos limites da ordem burguesa, e que negam a ampliação de uma consciência crítica que rompa com a alienação dessa sociabilidade, isto é, que escancare suas contradições e que aponte a necessidade de sua superação.

Entretanto, apresenta-se nos discursos de parte das profissionais perspectivas que reforçam o caráter conservador da profissão a partir da não identificação dos avanços do PEP no âmbito do exercício profissional.

No passado, eu acho que houve sim, mas a gente vive, ainda hoje, no Serviço Social, de coisas passadas. Eu acho que a realidade ela é... Ela muda constantemente, muito mutável... E daí eu acho que deveria seguir esse movimento... Eu não acho que só a importância do que aconteceu lá, eu acho que deveria ainda que estar acontecendo tudo isso... A meu ver, não está [...]. Eu acredito que, de uma certa maneira, o Serviço Social, ele acabou fazendo em vários âmbitos, não só na saúde algo muito assistencialista. Infelizmente, nós não conseguimos sair desse contexto que vem lá do berço do Serviço Social [...] porque, infelizmente, a gente ainda faz aqui no hospital. Aqui nós temos um perfil de pessoas muito carentes... (Profissional 7).

Muitas vezes, não adianta você buscar novos horizontes, buscar novas visões de atuação, sendo que você não vai colocar em prática... Tá? [...] Então, quer dizer, pensou uma coisa e não colocou em prática. É da mesma forma. Esse movimento de reconceitualização foi pensado há uns anos bem atrás e a gente já vive uma era já, que já tem que ser repensada novamente... [...]. Por que se engessa tanto a cabeça do estudante pra atuação dele ser parecendo que está naquele trilho? você não sai daqui

¹ CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Perguntas Frequentes**. 2016. Disponível em <<https://bit.ly/3q6exva>>. Acesso em: 19 de ago. 2020.

não, senão vai dar errado. Não dá! Não dá! Se eu fizer a mais me prejudicar? Não vai, gente.! Não vai. (Profissional 8).

Ao defender-se a ideia que o movimento de reconceituação na sua vertente crítica da intenção de ruptura consolidada no PEP, não representou avanços para o exercício profissional crítico e emancipador, reforça-se a concepção de que há uma fratura entre as ideias de profissão e de como esta se materializa na realidade; inclusive definindo o PEP enquanto doutrinação (8). Sinalizam concepções equivocadas, segundo Guerra (2015), uma postura dogmática e principista da profissão. Um discurso vazio nos marcos da razão abstrata, de forte apelo ao conservadorismo, fundada nas fragilidades de apropriação do PEP.

De forma explícita e em caráter de totalidade nenhum profissional pesquisado apontou o Projeto Ético-Político enquanto avanço, sendo evidenciado nos discursos tão somente menções de alguns dos seus componentes e desdobramentos, com ênfase aos aspectos mais corporativos, como a expansão do mercado de trabalho e seu reconhecimento. E de modo menos evidente destacaram-se a produção de conhecimentos e a possibilidade de intervenção profissional sob a ótica dos direitos, em detrimento da ótica assistencialista, dos favores. Por sua vez, de forma significativa, houve discursos que não reconhecem a consolidação do projeto ético-político enquanto avanço, apontando a necessidade de sua superação, ressaltando aspectos que demarcam a inviabilidade de tal projeto.

Entre concepções parcializadas em relação ao PEP e daquelas que o consideram-no inviável ou superado, os profissionais foram questionados sobre quais os referenciais e aportes norteiam o exercício profissional, dos quais obtiveram-se os seguintes relatos:

O aporte nosso aqui é a questão mesmo humanitária de **transmitir confiança**, porque, muitas vezes, a pessoa tá há tantos anos sozinha... É o lado mesmo social daquele paciente [...] gente não pode esquecer nunca que ele tá fragilizado pelo fato de tá doente né? A doença, muitas vezes deixa a gente tão fragilizado quanto o doente né. Porque é muito ruim, você conversar com paciente hoje, amanhã você chega aqui e ele faleceu... Mas aí você não pode esquecer que você, é **deu um oi pra ele, o lado humano, conversou com ele um pouquinho, deixou claro pra ele que ele podia contar com o apoio dessa área social... É mais o humano mesmo** (Profissional 8)

A gente tem que ter o lado humano, sabe? Muito, é... Muito enraizado, porque são pessoas extremamente... carentes mesmo [...] tem muita gente muito fragilizada por questão emocional [...]. Então, assim, são pessoas que, no momento, **elas querem tanto uma palavra de conforto**, tanto, tanto, que, às vezes, uma coisinha que você fala, assim, sabe? De **empatia**... Para ela já é algo assim que tem preço (Profissional 7)

Eu vou te falar, assim, pela nossa experiência. Às vezes, o **paciente, ele nos procura pra ele ouvir uma palavra ou ele ter um sorriso... Ou ele ser**

ouvido. Sabe? Então... Eu acredito que o Serviço Social, ele faça uma grande diferença sim, na área da saúde [...] (Profissional 5).

Apreende-se nos discursos das profissionais (5, 7, 8), enquanto referenciais que embasam seus cotidianos, o que denominam o lado humano ou humanitário, remetendo a valores como a confiança, a empatia, conforto, a escuta e de forma implícita a compaixão mediante uma supervalorização dos aspectos subjetivos e emocionais. Faz referência ao que Vasconcelos (2012), define como comportamento moral de **compaixão dos deserdados**, dada complacência e condescendência dos profissionais aos usuários e que em última consequência reduz a intervenção a garantia do mínimo, e não ao necessário. São aportes e referências totalmente incompatíveis com o projeto ético-político em suas dimensões e componentes para o exercício profissional.

Endossa tal perspectiva, a menção recorrente dos profissionais á política de humanização enquanto referência fundante para o exercício profissional na saúde.

Olha... O que a gente usa, assim, rotineiramente, é a PNH, que é nossa **Política Nacional de Humanização** (Profissional 6).

A Política Nacional de Humanização, concebida no âmbito do SUS no ano de 2004 tem por objetivos a melhoria da qualidade da gestão e atenção da saúde, tendo dentre outros princípios, segundo Castro *et al.* (2018) a valorização da dimensão subjetiva, o fortalecimento do trabalho em equipe, da atuação em rede, da cooperação e solidariedade, dentre outros, mas que, dadas as contradições próprias do capital mediante o sucateamento e desmonte do SUS, tem sido distorcido em seus princípios, vinculando-se

[...] I ao assistencialismo, voluntarismo, paternalista e até mesmo ao tecnicismo [...] e a práticas pautadas no cumprimento de metas [...], independente da resolutividade e qualidade do atendimento. [...] tem-se ainda uma perspectiva simplista que associa a ideia de humanização ao bom tratamento, o que contribui para a abertura de relações clientelistas entre os profissionais e usuários (Castro et. Al, 2018, p. 70-71)

Segundo Castro *et al.* (2018), nessa perspectiva a política de humanização a partir de sua distorção mediante o reforço do voluntarismo e do clientelismo centrada na abordagem em detrimento da qualidade dos serviços prestados, opera um deslocamento da análise da saúde enquanto resultante dos conflitos entre o capital e trabalho para a esfera da subjetividade, o que segundo Ramos e Forti (2018) apresenta-se incompatível, em oposição aos direcionamentos do PEP, remetendo para perspectivas profissionais conservadoras.

Destaca-se ainda, enquanto referências para o exercício profissional contidas de modo significativo nos discursos analisados, as legislações sociais da área da saúde e a ela correlatas (onde também se inclui a PNH) presentes em nos depoimentos dos profissionais 6, 9.10, 11 e 12, e de forma exclusiva, sem outro aporte ou referência associada, nas falas dos profissionais 6, 11 e 12, como descritas a seguir.

Eu vejo que a gente tem ainda pouco material de aporte na área da saúde direcionada ao trabalho do assistente social e aí eu busco muito em material que venha contribuir com equipe multiprofissional e identificar o nosso papel dentro desse processo todo de saúde, da política de saúde. Então, assim, o maior... O nosso maior aporte é a legislação do SUS hoje. (Profissional 6)

A saúde, eu acho, assim, que ela abrange todas as políticas, de assistência, previdência... e tudo a gente tem que ter um certo conhecimento [...]A gente atua, basicamente, quase todas as políticas sociais (Profissional 12)

Ai, eu tento dar uma lida nas questões de diretrizes do SUS. Tudo relacionado a SUS (Profissional 11)

Partindo-se de uma concepção ampliada da saúde compreende-se que está é condicionada por determinações sociais que se presentificam em necessidades sociais as quais no âmbito do Estado burguês, segundo Netto (2011), Yazbek (2009) e Forti e Coelho (2015) são respondidas de modo autonomizado e fragmentado diante dos diversos recortes operados pelas políticas sociais, segundo o público, tipo de serviço e nível de proteção, demandando aos assistentes sociais a capacidade de articulação das redes na perspectiva da intersetorialidade definida enquanto diretriz no âmbito dos parâmetros para atuação dos assistentes social na política de saúde.

Por sua vez, segundo Braz e Teixeira (2009), as instâncias jurídico-políticas enquanto componentes de materialidade do PEP, além das legislações profissionais e de modo abrangente, também consideram as legislações sociais as quais os assistentes com elas trabalham cotidianamente

Os assistentes sociais manejam conhecimentos específicos, a depender da área em que se inserem profissionalmente e que, mesmo não sendo fundantes na sua formação enquanto profissional, contribuem para a qualidade do seu serviço prestado nas áreas em que atuam (MATOS, 2017, p. 102-103).

Todavia, considerá-las enquanto referência preponderante para o exercício profissional, em detrimento dos demais aspectos estritamente profissionais que compõe o PEP, desvela um reducionismo da profissão. Dessa forma, se sinaliza um deslocamento do objeto profissional

que é a questão social para suas refrações, conforme recorte realizado pelas políticas sociais, o que não se justifica visto que se trata de profissão generalista que tem por horizontes a liberdade, a autonomia, a justiça social, a garantia dos direitos em sua forma plena e que aponta para a construção de nova sociabilidade.

Nesta perspectiva há limitação dos horizontes e as possibilidades profissionais. A profissão fica à mercê do sucateamento e reconfiguração destas políticas em decorrência do avanço neoliberal, reforçando a tendência a fragmentação das necessidades sociais e da própria profissão, conforme sua área de atuação.

Sinaliza o que Netto (2018), aponta enquanto tendência profissional, como o crescimento das abordagens particularistas do Serviço Social deslocada, portanto, de suas bases fundantes em detrimento do recuo, ou decréscimo, de abordagens mais abrangentes e inclusivas da profissão que a considerem em sua totalidade, expressando, então, uma atrofia histórico-analítica que aponta uma inflexão da direção social estratégica do PEP.

Destaca-se também, conforme o discurso da profissional (6) a afirmação de que não há referências para a atuação do assistente social na saúde. Conforme Matos (2017) tais afirmações sinalizam uma fratura, ou defasagem teórico-metodológica, e ético-política, evidenciando a ausência de capacidade para realizar as mediações teórico-práticas do projeto ético-político, e deste, com os princípios da reforma sanitária, para o desvelamento das possibilidades do exercício no cotidiano profissional, o que reverbera negativamente na categoria sob a demanda ou exigência de referências específicas e/ou metodologias para atuação.

Abre-se a discussão sobre as condições objetivas dos profissionais para o aprimoramento intelectual na perspectiva da competência profissional e do compromisso com os serviços prestados nos serviços de saúde. Historicamente, este tem sido campo preponderante para atuação do assistente social e que no âmbito da produção de conhecimento, apresenta denso acervo intelectual. No mais, acresce-se que os “Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde”, a partir de ampla articulação com a categoria, foram criados no ano de 2009, no intuito de referenciar a intervenção na área, respondendo tais reclames da categoria.

Outro discurso que chama a atenção para análise é o que demarca a não utilização de quaisquer tipos de referências para o seu exercício profissional:

As minhas referências são, basicamente, o dia a dia da população. Eu consigo ver o que as pessoas precisam, o que realmente elas estão ali; o que elas estão vivenciando no dia a dia. Eu vejo que muitos profissionais têm uma questão mais ligadas a... Tipo... Tipo assim, Zé Paulo Netto e Yamamoto. Eu me ligo muito no que a população vive no dia a dia, vivência. (Profissional 7)

A despeito de todo o arcabouço profissional e de suas dimensões, apreende-se no discurso uma fragilidade de apropriação teórico-metodológica, fazendo oposição a intelectuais importantes para a profissão que se dedicaram, dentre outras temáticas, com os fundamentos do trabalho e exercício profissional na perspectiva da ruptura e consolidação do PEP, sinalizando uma prática pobre e imediatista, pautada na intuição e no senso comum.

Apreende-se que, no âmbito geral, as referências profissionais dos assistentes sociais pesquisados, quais sejam o lado humanitário e a legislação social, com destaque para a Política de Nacional de Humanização e/ou a empiria, a sinalização que o PEP não se constitui como referência fundamental para o exercício profissional na saúde, mesmo em seus elementos ou componentes de modo isolado, evidenciando uma contradição nos discursos que o apontaram outrora como avanço da profissão, sendo preponderante elementos que resgatam o projeto tradicional do serviço social brasileiro, dos seus valores, princípios e que tendem ao ajuste dos indivíduos.

Segundo Cardoso (2013), o projeto do Serviço Social tradicional brasileiro, resguardando as particularidades conceituais e sócio-históricas que assume no decorrer do seu desenvolvimento, apresentam uma estrutura comum. Institucionalizado na década de 1930 pelo Estado para execução de políticas sociais recém-elaboradas, atuava na perspectiva do apaziguamento dos conflitos entre as classes fundamentais, estando vinculado aos interesses da burguesia e da igreja católica com uma atuação numa perspectiva individualizada, moralizadora, nos horizontes da humanização das relações sociais capitalistas, através da busca da perfeição humana, do ajuste, da integração do indivíduo à sociedade e suas normativas, e que materializada na execução de ações assistencialistas.

Sintetizando, na perspectiva conservadora, a ética se expressa na eleição de valores humanistas-cristãos, como pessoa humana, perfectibilidade da pessoa humana, bem comum, autodeterminação e integração social, orientando a ação profissional ao enquadramento, ajustamento e correção das condutas de maneira disciplinadora [...] (CARDOSO, 2013, p. 166).

Segundo Cardoso (2013), se revela ao Serviço Social tendência ao reforço do exercício profissional na perspectiva individualizada e da atuação no campo da psi e associando a estas, conforme apontando por Barroco (2015), a exigência pelo desempenho de atividades fiscalizatórias/moralizadoras, tanto demandado pelas instituições, como decorrentes da própria orientação conservadora do profissional

objetivando o controle da vida dos usuários, o cerceamento de suas escolhas, o impedimento dos seus direitos baseados em avaliações moralistas, na adoção de critérios de elegibilidade pautadas em preconceitos e discriminações (BARROCO, 2015, p. 634).

A partir dos discursos dos profissionais em relação aos aportes e referências que embasam o exercício profissional, os assistentes sociais foram questionados em relação aos objetivos do Serviço Social na política de saúde: um grupo de profissionais não apreende os objetivos da profissão na saúde a partir de sua atuação (profissionais 1, 7 e 9) e/ou, associam-na a perspectiva da mediação entre o usuário e a política de saúde (profissionais 1, 5 e 11).

É, assim, na verdade, eu não vejo objetivo, objetivo não. De profissão, eu ainda não consegui ver bem não saberia te responder... Exato assim... Assim, eu vejo aqui, através do meu trabalho que a gente está numa condição de... mediador. A gente media... é... o paciente e... e a política de saúde (Profissional 1)

Nós somos, vamos dizer assim, uma ponte [...] fazendo um papel, um grande papel de mediador entre empresa-funcionário, entre instituição e o paciente [...] o papel do Serviço Social, ele se destaca muito dentro de um ambiente onde tem muitas pessoas e pessoas com problemas, vamos dizer socioeconômicos n (Profissional 5)

Existe sim, muitos, porque, assim, a gente depara com muita desestrutura social, familiar. Então, a gente tenta muito resgatar a questão do vínculo familiar e social (Profissional 11)

O que fica evidente no posicionamento das profissionais é que os objetivos do exercício profissional se vinculam mais aos interesses institucionais sinalizando aspectos como a neutralidade, a conciliação de interesses entre usuário e as instituições capitalistas, dentre outras, que tendem ao ajuste do indivíduo. Nessas configurações a construção de um espaço democrático e participativo que radicalize uma postura ético-política que favoreça os interesses da classe trabalhadora e de sua autonomia a partir da compreensão dos processos saúde-doença e da saúde enquanto direito tornam-se reduzidas ou anuladas. Reflete-se:

Verifica-se uma tensão entre projeto profissional [...] e a condição de trabalhador assalariado, cujas ações são submetidas ao poder dos empregadores e determinadas por condições externas aos indivíduos singulares, os quais são socialmente forçados a subordinar-se, ainda que coletivamente possam rebelar-se (IAMAMOTO, 2009, p. 8)

Segundo Iamamoto (2009), o trabalho do Serviço Social de modo fundante, se insere num polo contraditório de tensões situadas nos conflitos entre o capital (seu empregador) e o trabalho (dada a possibilidade de defesa dos interesses dos usuários). Nessa direção, o fortalecimento de um polo ou outro, depende das condições objetivas e da capacidade técnica,

ética e, sobretudo, política dos profissionais a partir dos direcionamentos do PEP, o que nos discursos apresentados, de modo consciente ou não, tem propendido aos interesses institucionais na delimitação dos objetivos profissionais.

Mediante a ausência ou fragilidade da capacidade teórico-metodológica, ético-política e técnica-operativa de compreensão e intervenção na realidade dentro das possibilidades objetivas, evidencia-se uma cisão entre teoria e prática profissionais e uma tendência à impossibilidade da profissão, isto é, uma perspectiva fatalista do exercício profissional em relação ao PEP e/ou, em decorrência da suposta ausência de referenciais, e da adoção de perspectivas estranhas à profissão:

Então, assim, eu acho que ele tinha que ter um objetivo maior e a gente deveria traçar planos, um projeto, um programa que colocasse em prática a nossa profissão mesmo [...] o Serviço Social, ele acabou fazendo algo muito assistencialista e eu acho que a gente devia fazer um trabalho mais significativo no âmbito mesmo do profissional (Profissional 7)

Eu acho que ainda não está bem especificado, acho que, muitas vezes, a gente fica até perdido. [...] Então, eu acho que falta muito suporte, que o Serviço Social tem que fazer várias coisas mas, ao mesmo tempo, eu vejo que a gente não tem como fazer (Profissional 9)

Reafirmando o que já foi mencionado neste trabalho, apreende-se que a humanização, para além de referência, constitui-se como objetivo do Serviço Social na saúde:

A humanização do trabalho é um dos principais (Profissional 6)

Sim... Bem-estar, acolhimento, humanização do paciente [...] sobretudo, o profissional de saúde ele tem esse viés, esse acolhimento, às vezes, é um paciente que não tem vínculo familiar... Esse suporte, esse apoio são nossos. Essa conduta perpassa por nós. (Profissional 12)

Nessa perspectiva, opera-se um resgate da perspectiva do Serviço Social Clínico e das bases conservadoras que permeiam a profissão. Nessa direção, o Estado conta de forma direta ou indireta [...] com o trabalho dos assistentes sociais para se **desobrigar de seus deveres democráticos**, na medida em que pode contar com um quadro de profissionais que aliviam tensões e conseguem deixar satisfeito quem nada recebeu, cumprindo à risca seu papel de “amortecedor do sistema” (VASCONCELOS, 2012, p. 106)

Às vezes, o paciente, ele nos procura pra ele ouvir uma palavra ou ele ter um sorriso... Ou ele ser ouvido. Sabe? [...] a gente tenta dar um norte para esse paciente, ou para esse cuidador, ou para esse familiar. Eles nunca saem sem uma resposta, mesmo que a resposta seja um não [...]. Então nós trabalhamos

muito nesse nível. Graças a Deus, o nosso setor ele é muito procurado (Profissional 5)

Os objetivos profissionais na saúde, conforme o discurso dos profissionais apresentados, encontram-se destoantes das perspectivas e indicações contidas no Projeto Ético-Político e do Movimento de Reforma Sanitária, os quais na perspectiva da atuação crítica e competente na saúde têm as seguintes diretrizes:

Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; Conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença; Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização do seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS [...] contido no projeto de reforma sanitária [...]; Buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade [...]; Estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais [...]; tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas; Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde; Efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais Contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados. [...] (CFESS, 2009, p.30-31)

Na perspectiva destas diretrizes, alguns profissionais em seus discursos resgataram alguns dos seus elementos ao definir por objetivos: a prestação de orientações e dos encaminhamentos, presentes nos depoimentos dos profissionais (9, 8, 12); a facilitação do acesso (profissional 4); e a garantia dos direitos (profissional 10):

Eu penso que sim... O objetivo do Serviço Social é a garantia de direito do usuário. Então a gente luta por isso (Profissional 10)

Em grande parte, eu acho que da área da saúde, isso é voltado para o Serviço Social, algumas coisas que, muitas vezes, o cidadão desconhece que é direito dele (Profissional 8)

Encaminhar... Direcionar ele, orientar o usuário que compete, porque aqui é a demanda dele, não é? (Profissional 12)

As inter-relações que sinalizam, conforme as diretrizes apontadas perpassam preponderantemente pelo indicativo de busca pela da intersetorialidade entre as políticas sociais

na perspectiva da desburocratização e do acesso, em nível individual, aos serviços e recursos institucionais. Apesar de pertinentes, esses discursos tendem a reduzir os objetivos da profissão em função de suas ações em consequências mais imediatas, questionando-se sobre quais interesses atendem efetivamente e os horizontes ético-político que repousam.

Conforme elucidado, apreende-se que na delimitação dos objetivos profissionais, há uma preponderância de posicionamentos que sinalizam ou remetem aos aspectos mais conservadores a partir da vivência do exercício profissional relatado pelos usuários mediante elucidação de princípios e valores incompatíveis aos direcionamentos do PEP e do MRS. E mesmo aqueles elementos que resgatam os elementos de ambos os projetos, se dão de modo parcial e pontual, não os refletindo em caráter de totalidade em sua riqueza de determinações e componentes. Portanto, apreende-se que os profissionais não têm clareza sobre os objetivos do Serviço Social na saúde, o que traz implicações sérias para o desenvolvimento das atividades profissionais e aos interesses que se vinculam.

A partir das informações obtidas sobre as concepções de saúde; do SUS, dos movimentos sociais e suas inter-relações com o Serviço Social; e dos objetivos e referências para o exercício profissional dos assistentes sociais inseridos nos hospitais do município de Goiânia-GO, cabe agora analisar o modo que esses elementos se processualizam no cotidiano dos assistentes sociais a partir das atividades profissionais realizadas nestas instituições.

Apesar dos assistentes sociais estarem inseridos em instituições de referências para a prestação dos serviços de saúde e ter-se parâmetros para a atuação do assistente social na área, o exercício profissional, ocorre, conforme relatado na grande parte dos discursos, de modo não planejado, não programado.

No dia-a-dia, nós trabalhamos com os atendimentos da seguinte forma: **é uma demanda espontânea**. Então se o paciente necessita de uma orientação, de uma informação ou de um esclarecimento, ele vem ao Serviço Social, que é onde a gente... tem a condição de passar pra ele essas informações [...] temos atendimentos multiprofissionais, então nós temos pacientes de várias clínicas que participam dessas terapias **e acabam procurando o Serviço Social** (Profissional 5)

Tem essa... Esse cotidiano... E as demandas que vão surgindo. Eu trabalho com médicos, aí, no período que eles estão lá, que é a parte da manhã, é onde vão **surgindo as demandas**, eles pedem para olhar alguma coisa [...] (Profissional 8)

Aí as **demandas que vão aparecendo né?** Solicitação de família... Aí você tenta acolher as demandas da família. (Profissional 9)

Nesse aspecto, a atuação do Serviço Social ocorre de acordo com a espontaneidade presente no cotidiano das instituições, tendo por parâmetros, tão somente as solicitações

direcionadas pela equipe médica e demais profissionais de saúde, pelo próprio usuário ou família (conforme sinalizado pelos profissionais 3, 8, 9), que porventura solicitem atendimento do Serviço Social, visto que tal atendimento seria uma consequência do atendimento das demais equipes de saúde, conforme sinalizado na fala do profissional (5).

Não identificado nos discursos nenhum tipo de plano, programa, projeto ou ação de intervenção específica do Serviço Social, se não aquela configurada pela espontaneidade das solicitações. Atuando de acordo com que lhe é direcionando. Remetendo, segundo Matos (2017) às protoformas da atuação do Serviço Social na saúde em sua perspectiva paramédica.

De forma preponderante os profissionais pesquisados desenvolvem as seguintes atividades: Obtenção de informações socioeconômicas (presentes nos depoimentos dos profissionais 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11); de forma quase hegemônica, a prestação de orientações sociais e encaminhamentos, conforme as falas dos assistentes sociais (1,2,3, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 12); otimização das altas, de acordo com os discursos dos profissionais (3, 4, 10); atividades de cunho administrativo (profissionais 5, 8, 9, 10, 11, 12) e de planejamento e gestão (profissional 6).

No que tange a obtenção de informações socioeconômicas, destaca-se as considerações de Lewgoy (2007) sobre entrevista social, compreendida com um modo particular de diálogo entre o/a assistente social e o usuário, que tem por finalidade conhecer e posteriormente intervir diante de suas necessidades. Segundo CFESS (2009), enquanto fio condutor do exercício profissional propicia a identificação dos determinantes sociais do processo saúde-doença para a construção possibilidades de intervenção profissional.

Apresentaram-se nos discursos dos profissionais: coleta de dados socioeconômicos (profissionais 5 e 7), anamnese (profissionais 3 e 8); ficha social (profissional 10), caracterização social (profissionais 8 e 11), conhecimento social (profissional 2) as quais são utilizadas segundo diferentes finalidades: esclarecimento e/ou orientação de benefícios e/ou encaminhamentos, conforme sinalizados nos depoimentos (2, 3, 5); identificação de demandas/planejamento da intervenção (profissionais 3 e 7); Obtenção de informações sobre documentação e contexto familiar (profissionais 10,11).

Quando o paciente é cirúrgico, a gente coleta dados mais básicos: De onde que o paciente é, qual é a forma de transporte que ele necessita pra poder fazer os retornos; o que aconteceu, se foi acidente ou não, pra ver qual que é o benefício que ele pode ter acesso ou não. O paciente clínico que vai ficar um tempo maior na internação, a gente faz anamnese, para coleta de dados e verificar qual demanda que a gente pode atuar (Profissional 3).

Porque nós colhemos dados desse paciente a partir desse momento de coleta de dados é que nosso trabalho vai se realizar no cotidiano. Nós podemos identificar demanda, nós podemos programar, quais as próximas ações que podemos fazer (Profissional 7).

É muito mecânico [...] A gente faz um preenchimento de uma ficha social que ela é... Já tem o modelo, a gente faz a escuta, algumas perguntas que já é dessa ficha. Se não tiver como fazer a ficha social por falta de documento, a gente ter, pelo menos, uma evolução e que traga algumas informações importantes e os contatos dos familiares pra hora que precisar de um acompanhante, alguma coisa, a gente tem como localizar o familiar (Profissional 10).

Nota-se nos discursos dos profissionais uma variedade de termos ou nomenclaturas e finalidades para os instrumentais utilizados para coleta de informações, tais quais como sinalizado pelo profissional (10), como atividade rotineira segundo critérios pré-definidos, ou, e em âmbito geral, para a identificação das demandas para fins de orientação e de encaminhamentos.

De acordo com a Lei nº 8662/1993, o art. 4º define que as orientações sociais individuais e/ou coletivas se constituem como competência profissional na perspectiva da ampliação da cidadania de acordo as necessidades sociais evidenciadas no processo saúde-doença no intuito de ampliar o acesso aos direitos, recursos sociais, bens e equipamentos públicos.

[...] uma informação transmitida na ótica do direito social, em que os sujeitos individuais e coletivos são reconhecidos em suas necessidades coletivas e demandas legítimas, considerando a realidade macrossocial de que eles são parte e expressão [...] Impulsionando, assim, também, a integração de recursos sociais que forneçam uma retaguarda aos encaminhamentos sociais e a articulação do trabalho com as forças organizadas da sociedade civil, abrindo canais para a articulação do indivíduo com grupos e/ou entidades de representação, capazes de afirmar e negociar interesses comuns na esfera pública.(IAMAMOTO, 2009, p. 18).

Conforme evidenciado, parte majoritária dos assistentes sociais pesquisados tem suas atividades profissionais voltadas para orientações, sobretudo, na perspectiva do encaminhamento aos programas e/ou serviços sociais e para acesso a benefícios.

Você trabalha direitos, [...] sobre os direitos da pessoa... Mantendo esse público informado e de que forma ele vai reivindicar esses direitos dele. (Profissional 1)

Então nós temos pacientes de várias clínicas que [...] acabam procurando o Serviço Social porque nós somos um meio de veicular as informações referentes aos benefícios e quando tem alguma coisa assim, disponível na comunidade (Profissional 5)

Aí eu, quando paciente chega, a família chega junto, a gente vai conhecer socialmente essas famílias e o paciente, pra conseguir inserir eles no que precisa. (Profissional 2)

Apesar da importância e pertinência de tais atividades ao exercício profissional, apontadas nos discursos dos profissionais, exige-se estudos mais aprofundados para avaliação de atividades em termos de qualidade, pois, para além do mero repasse ou veiculação de informações, tem por indicação para sua realização, a construção de possibilidades e/ou estratégias junto aos usuários a partir de interesses e/ou necessidades social. E na perspectiva apontada pelos profissionais, apreende-se que há preponderância da ação para a agilização do tempo de permanência do usuário na instituição, encaminhando-o aos serviços externos.

Sinaliza que a execução da atividade se dá de modo mecânico, pautada segundo Guerra (2009), em níveis e graus de conhecimentos epidérmicos: na intuição, no empirismo do senso comum, tendo por horizontes obtenção e repasse de conhecimentos mínimos para os encaminhamentos mais emergenciais e imediatos; o que se aplica também para as atividades de obtenção de informações socioeconômicas. Sinaliza a um exercício profissional acrítico segundo os ditames institucionais.

Salienta-se dentre as orientações realizadas pelos assistentes pesquisados têm destaque, significativo a prestação de orientações sobre as normas e rotinas institucionais, presentes nos depoimentos dos profissionais (1, 2, 4, 5, 7, 10), equiparando-se em quantidade, de forma associada ou não, aos que sinalizaram tal atividade na perspectiva dos benefícios, programas e serviços sociais (profissionais 1, 4, 5, 9, 10, 12).

Então, a gente tá aqui para orientar sobre as normas institucionais, mas também sobre os direitos da pessoa [...] (Profissional 1).

A gente orienta em relação às normas institucionais. O que prevê a permanência dele durante o período de acompanhamento na instituição e o que limita (Profissional 5).

Aí nós damos as normas... Nesse momento das normas, nós integramos essa família e esse paciente a toda a equipe, nós fazemos essa interligação. Então, eu acho que é um momento muito pro nosso trabalho como assistente social (Profissional 7).

Por mais que esteja referendado do ponto de visto ético-político que cabe ao profissional esclarecer ao usuário sobre os serviços disponíveis na instituição na perspectiva da democratização de tais normas e rotinas, mediante as fragilidades de compreensão e apreensão do PEP presentificados nos discursos dos profissionais, tais orientações sobre normas e rotinas podem desempenhar funções coercitivas e ajustadoras do indivíduo às normas e dinâmica institucionais.

Um último ponto ainda referente às orientações sociais e aos encaminhamentos é que, no discurso hegemônico dos profissionais, estes são tanto objetivos do Serviço Social na saúde,

como ações profissionais realizadas, isto é, são compreendidas como equivalentes em termos de conteúdo e finalidades. A ação em si torna-se objetivo.

Nessa perspectiva, sinaliza-se uma defasagem teórico-metodológica evidenciado tanto na apreensão dos objetivos, como da compreensão das dimensões que constituem a profissão, o que resulta numa visão empobrecida e reduzida do exercício profissional em suas consequências ético-políticas. Evidencia uma prática profissional mecanicista. Aponta, conforme definido por Cardoso (2013), uma ênfase nos aspectos técnico-operativo em detrimento das demais dimensões.

[...] a dimensão técnico-operativa é constituída dos seguintes elementos: estratégia e táticas definidas para orientar a ação profissional, os instrumentos, técnicas, habilidades utilizadas pelo profissional, o conhecimento procedimental necessário para a manipulação dos diferentes recursos técnico-operacionais, bem como a orientação teórico-metodológica e ético-política dos agentes profissionais (SANTOS *et al.*, 2017, p. 28)

Segundo Santos *et al.* (2018), no contexto em que o trabalho se organiza diante da espontaneidade própria do cotidiano, exigindo respostas rápidas a situações imediatas, se o instrumental não for utilizado a partir de suas determinações e conexões, reduz a dimensão técnico-operativa às ações, e estas, a um fim em si mesmo, que ao final das contas atende aos ditames da racionalidade burguesa segundo os interesses institucionais.

Reafirma tal tendência, a preponderância nos discursos dos profissionais de atividades realizadas no exercício profissional de cunho meramente administrativo, isto é, que não exigem capacidade técnica exigida em curso superior para o seu desempenho, sendo incompatíveis com as atribuições e competências da profissão, e a elas se sobrepondo no cotidiano da atuação, tais como comunicação de alta, comparecimento na unidade e solicitação de ambulância (8, 10), agendamento/comunicação de consulta; atualização de cadastro/levantamento de documentos (8,5), dentre outros.

[...] em termos de agendamento, é tudo via telefone. **Então, quando sai uma consulta pro paciente, essa consulta ela é... É comunicada via telefone, então a gente tenta, é... Melhorar essa veiculação dessa informação também via telefone.** [...] Às vezes é um paciente que tá com uma piora do quadro clínico, **ele procura o Serviço Social pra uma análise de uma possível antecipação de consulta...**[...] Até mesmo cadastro de paciente, a gente tenta atualizar sempre os dados, porque todo contato com o paciente, em termos de agendamento, é tudo via telefone [...] **Então hoje a gente tá trabalhando com essa atualização de cadastro, até mesmo é uma força tarefa que o setor se propôs a fazer pra ajudar o serviço de recepção da instituição.** (Profissional 5)

[...] **identificar se o paciente tá ou não com acompanhante, [...] é levantamento de documentos, endereço,** que são muito importantes e muitas vezes as pessoas não dá

valor [...] é entrar em contato com família, **levantamento de quando vai de alta [...]** **agendamento de retornos de ambulatório,** [...] **contatos com transporte do município, principalmente, que a maioria vem de fora,** [...] **contato com uma família pra avisar ou pedir pra vim buscar** [...] **Aí, no período que eles estão lá [médicos], que é a parte da manhã, é onde vão surgindo as demandas: pede pra olhar alguma coisa de agendamento de exames, buscar família, autorização de acompanhante.** (Profissional 8)

A gestora... Diga-se fundadora do Serviço Social, ela centralizou muito o Serviço Social pra instituição. Ela tinha uma holística, assim, bem paternalista e tudo perpassa pelo Serviço Social aqui... [...] **Tem algumas coisas que a gente já conseguiu que não era um trabalho técnico, e há muitas coisas que a gente não conseguiu e continua. São coisas, assim, que fogem, assim, do nosso técnico especificamente** (Profissional 12)

No mais se associando as atividades ditas administrativas, com aquelas de orientação das normas e rotinas, evidencia-se tendência da funcionalidade da profissão às instituições. Nesse sentido, no bojo da autonomia relativa que os assistentes sociais dispõem, apreende-se nos seus cotidianos que há um favorecimento dos interesses do capital mediante o atendimento quase que indeliberado das requisições institucionais e de suas burocracias na perspectiva do ajuste do usuário.

Outro ponto em destaque dentre as atividades profissionais foi o que se identificou nos discursos como a otimização de altas, que corrobora com a perspectiva evidenciada quanto às ações de encaminhamento.

A gente trabalha muito aqui com a questão da alta, para **otimização da alta**, pra encaminhar pra rede. Então às vezes, o paciente acaba ficando com demora, aguardando alta social por falta de local para encaminhar esse paciente que não tem suporte de família (Profissional 3)

Aqui a gente atende a família e o paciente em relação à orientações, garantia de direito ou **otimização de altas, segura e qualificada** (Profissional 4)

Conforme apontado por Bravo (2013), tal atividade remete a uma requisição antiga ao Serviço Social da década de 1940, isto é, das intervenções que visavam a agilização do atendimento para redução dos custos e rendimentos das internações; as quais nos marcos dos novos modelos de gestão para a saúde ressignifica-se a partir da intensificação do ritmo de trabalho, segundo os padrões gerenciais e produtivistas.

Há nos serviços de saúde, em geral, um costume de identificar os usuários com alta médica, mas com alguma dificuldade de sua autonomia na sociedade capitalista em que vivemos [...] como alvos exclusivos de intervenção dos assistentes sociais, uma vez que a responsabilidade para a solução dessas questões são identificadas como sendo apenas do profissional do Serviço Social. Essa cobrança expressa duas reduções: a primeira de por para o assistente social a resolução de problemas que são

próprios do capitalismo e, a segunda, a crença de que é possível resolver esses problemas estruturais por meio de políticas sociais do capitalismo [...] Nunca é demais afirmar que defender no capitalismo as políticas sociais é uma estratégia, mas não um fim em si mesmo. Tais desigualdades só se podem superar com a supressão do capitalismo (MATOS, 2017, p.68)

A demanda por otimização dos processos da alta tende a supervalorizar o exercício profissional, visto que não cabe nem ao assistente social ou a quaisquer outras profissões, oferecer soluções a questões que são estruturais do capital; à medida que a pressão do empregador pela exigência de respostas associada a uma fragilidade de compreensão da realidade em suas possibilidades e limites para o exercício profissional, podem ser traduzidas em posturas fatalistas pelos profissionais que apontam a inviabilidade da profissão, a exemplo do discurso da profissional 9:

Você precisa viabilizar um monte de coisa, mas como? Você não tem esse suporte, você não tem! Igual uma casa de apoio, você não tem. É muito difícil, você não tem o transporte para essa família, muitas vezes a família está lá fora, não tem alimentação... Então, assim, falta vários... Falta realmente o Serviço Social por, realmente, os objetivos e como alcançar.

No que tange à gestão, destaca-se que do universo pesquisado, somente uma profissional desempenha atividade correspondente – supervisão da equipe de Serviço Social, desenvolvendo atividades que visem construir e implantar processos e rotinas de atendimento em parceria com demais equipes multiprofissionais; estabelecer parcerias com a rede socioassistencial para encaminhamentos de demandas; para tomada de decisões relacionadas ao Serviço Social na instituição e avaliar o desenvolvimento do trabalho na equipe mediante implantação de indicadores.

As assistentes sociais entrevistadas defendem, em unanimidade de que é totalmente positivo ter-se assistentes sociais ocupando cargos de gestão, assim justificadas: pelo reconhecimento e/ou visibilidade profissional (depoimentos 1, 3); pela possibilidade de resguardo das atribuições e competências profissionais no âmbito institucional (profissionais 4, 10, 12); pela particularidade de sua visão e concepções do atendimento de saúde presentes nas falas dos profissionais (2, 9, 10) e para melhoria dos processos de trabalho da equipe (profissionais 6, 8, 11).

Todavia, observa-se em sua maioria, que as equipes de Serviço Social são subordinadas, em termos de organograma, a chefias ocupadas por demais profissionais da saúde, destacando-se fisioterapeutas, fonoaudiólogos e psicólogos. Nesse sentido, observa-se que há uma tendência a se reproduzir no âmbito institucional uma heterogeneidade do exercício

profissional; um tensionamento negativo de sua autonomia, e evidenciando desafios para a articulação política da equipe.

Esse meu gestor agora, ele é muito aberto: o que a gente fala, ele concorda. E ele fala assim “não, vocês estão certas e tal”, ele entende, mas tem uns que não veem o lado, entendeu? Por exemplo, às vezes a gente pode falar uma questão que a gente vai avaliar um paciente, uma questão que a gente consegue ver com nosso conhecimento, nossa experiência. E às vezes pra pessoa que não tá na nossa área: “ah não, isso não tem nada a ver!”, entendeu? (Profissional 4).

Há um questionamento implícito de que os processos de trabalho, e, sobretudo o reconhecimento para o livre exercício das atribuições e competências do Serviço Social seriam melhorados se obtivesse um supervisor/gestor direto da área de Serviço Social para as equipes de Serviço Social.

As profissionais pesquisadas também foram arguidas em relação às atividades de pesquisa. Sobre as concepções e sua relevância no e para o exercício profissional, as assistentes sociais consideram que esta constitui atividade interessante/importante/relevante (3, 7, 9, 10, 12), para ampliação e reconhecimento da profissão e na ocupação de novos cargos; crescimento intelectual; para atualização de assuntos relevantes para o exercício profissional; para aprimoramento do exercício profissional na perspectiva da ruptura do imediatismo profissional e reflexão crítica sobre as novas demandas do cotidiano; avaliação e diagnóstico do serviço e trabalho desenvolvido, dentre outros. Segue os relatos das profissionais:

É, pra mim, é importante, porque a gente precisa de ter as pesquisas pra poder ter é informação, estudos e ter diagnósticos, entender como que está até mesmo próprio serviço, a atuação do Serviço Social... (Profissional 10).

Deveria ter mais intelectuais orgânicos da nossa categoria: Tem muito imediatismo ainda no Serviço Social. Preocupa muito com a prática, deixando aquém a teoria (Profissional 12).

Todavia, no que tange ao desenvolvimento/participação, ou elaboração de pesquisas, ou sistematizações, a totalidade dos assistentes sociais pesquisados afirmaram não existir atividades pertinentes, ou nada disseram, ou sabem a respeito. Portanto, apreende-se que ações de investigação não compõem o rol de atividades profissionais.

Segundo Guerra (2009), em termos gerais, a pesquisa garante o estatuto de maioria intelectual da profissão contribuindo para o desvelar das necessidades da classe trabalhadora; assim como para analisar as perspectivas e tendências da profissão e enquanto uma das condições que lhe garantem legitimidade. Majoritariamente desenvolvida no âmbito acadêmico

dadas as condições objetivas, nos demais espaços sócio-ocupacionais, destaca-se a viabilidade e importância da sistematização enquanto exigência profissional.

Para o Serviço Social, o processo de sistematização da prática permite identificar e problematizar as condições do exercício profissional, os fenômenos existentes, selecioná-los e classificá-los, identificar suas características, as dificuldades, lacunas, a necessidade de aprofundamento teórico para melhor compreendê-los [...] (GUERRA, 2009, p. 8)

Dentre os desafios apontados para tal, evidencia-se falta de incentivo institucional (3, 12), já sinalizada no item 3.1, no que tange as condições para qualificação do trabalho profissional, perpassando tanto pela instituição, pelas condições de sobrevivência dos profissionais dada a precarização das relações de trabalho.

Eu vejo a importância disso, de como que a gente poderia ter um alcance muito maior dentro da instituição, se fosse incentivado, a pesquisa [...]... Mas, infelizmente, a gente não tá caminhando nesse sentido não. (Profissional 3)

E até mesmo o profissional, às vezes, se sente desmotivado, a própria empresa também não te motiva a isso, então eu acho que o profissional tinha que ter mais apoio das instituições para se qualificar [...] então eu acho que falta incentivo, e falta mais disponibilidade dos profissionais, mediante esse incentivo, buscar esse intelecto pra nós né? (Profissional 12)

Para além da pesquisa, outros desafios foram sinalizados pelos profissionais. Conforme sinalizado no item 3.1, a totalidade das instituições que se vinculam os assistentes sociais participantes da pesquisa estão sob gestão das Organizações Sociais integrando o rol dos novos modelos de gestão para a saúde.

O que é comum em todos os chamados ‘novos modelos de gestão’ é a substituição dos concursos públicos e dos empregos com estabilidade por contratos por CLT, podendo ser, inclusive, por tempo determinado. Nesse regime de trabalho, reduz-se a autonomia dos profissionais e limita sua capacidade de organização e reivindicação, na medida em que os contratos podem ser rompidos se os trabalhadores não corresponderem ao projeto do empregador, que não é mais o Estado diretamente (CISLAGHI, 2018, p 23)

Observa-se que nas organizações sociais, intensifica-se as contradições inerentes ao trabalho do assistente social dada a precariedade das condições de trabalho. Segundo Iamamoto (2009), a mercantilização da força de trabalho do assistente social tende a subordinar sua intencionalidade e sua autonomia à alienação. Isto é, o peso do poder institucional impõe entraves para seu trabalho nos direcionamentos desejáveis ao projeto ético-político profissional. Nos espaços sociocupacionais confrontam-se “interesses sociais e antagônicos que se refratam

no terreno institucional enquanto forças sociopolíticas em luta pela hegemonia e que podem ancorar politicamente o trabalho realizado” (IAMAMOTO, 2009, p. 14), confrontos que no cotidiano dos assistentes sociais dos hospitais do município de Goiânia-GO, se expressam nos discursos que seguem:

Eu que estou aqui, que tenho um salário melhor do que os nossos outros colegas, eu não quero perder meu trabalho. E acaba que a gente deixa de lutar, [...]Quando a gente fala assim, ‘Isso vai prejudicar.’ ou que a gente vai ter que sair ou que a gente vai bater de frente com alguém, a gente recua sim, com certeza (Profissional 2).

Aquela coisa de você lutar totalmente pelo direito do usuário é meio utópico, infelizmente... Porque você acaba se esbarrando nas normas da instituição, em que isso tem que ser sim, e aí se você vai bater de frente, você corre risco de perder o emprego... Infelizmente (10).

Infelizmente, quando a gente vê alguma violência que acontece, porque, geralmente, são pacientes acamados, nós somos barrados, a gente não pode fazer denúncia... Se eu tiver que fazer um relatório, encaminhar pro Ministério Público, a gente é barrado. Então a gente faz, porque nós nos comprometemos e anonimamente. A gente não pode fazer em nome da instituição, porque é uma instituição que está muito na mídia, eles não querem ter uma imagem negativa de nada, isso é um grande problema pra nós. É sempre anonimamente (Profissional 2).

Mas nós somos sim monitorados pela produtividade. A gente é medido pelo atendimento que a gente faz. E nós, querendo ou não, ficamos preocupados quando a gente atende poucas pessoas. É péssimo! Eu já vi colegas que chegaram, quer atender muitos e a qualidade do atendimento é péssima. Então eu vejo isso como muito ruim, porque a partir do momento que a empresa cobra uma produtividade, para se manter no emprego, as pessoas querem atender muito e com pouca qualidade (Profissional 2).

Conforme sinalizado nos discursos dos profissionais, as tensões decorrentes do conflito entre o capital e o trabalho se agudizam a partir dos rearranjos gerenciais das políticas sociais e conseqüentemente das condições de trabalho, demandando posicionamentos profissionais mais defensivos ao custo de ter comprometida sua própria sobrevivência, na condição de profissional assalariado, que rebatem diretamente na sua autonomia que já é relativa, e sinalizando perspectivas profissionais fatalistas (10) e sugestivas a prática de atos ilegais e antiéticos (2).

Enquanto pano de fundo para análise destaca-se o discurso do profissional (2.), a grosso modo, apreende-se que a violência é determinante social da saúde e questão de saúde pública, sendo incorporado ao SUS mediante diversos programas e normativas e estruturado mediante implantação de redes especializadas. Todavia, apreende-se que mesmo sendo eixo integrante do SUS, instituições de saúde tendem a negligenciar tais tipos de demandas, a despeito das responsabilidades administrativas, civis e penais, para além do direito à saúde em si.

Tais fatos geram dilemas sérios aos assistentes sociais compromissados com o PEP. Este tem por princípios a defesa intransigente dos direitos humanos, e nessa direção os profissionais têm por dever, denunciar às entidades profissionais e órgãos competentes casos da violação dos direitos; assim como também denunciar as instituições quando estas ferirem o código de ética dos assistentes sociais.

Questiona-se a partir disso, qual o compromisso das OS's com os valores, princípios e diretrizes do SUS para além de apropriação do fundo público, e sobre qual nível de prioridade repousa a qualidade dos serviços prestados, frente às exigências de produtividade.

No que tange a qualidade dos serviços no âmbito das tensões ao trabalho dos assistentes sociais, conforme sinalizado no discurso do profissional (2), a questão das metas são avaliadas de modo negativo por parte majoritária dos profissionais pesquisados. Análise extremamente coerente com as perspectivas profissionais defendidas pelo Serviço Social.

Os profissionais apontam que se deve privilegiar a qualidade dos atendimentos realizados em detrimento da quantidade. Demarcam que são incompatíveis em decorrência da própria natureza do trabalho dos assistentes sociais se comparada aos demais profissionais de saúde. O atendimento não é pautado por procedimentos. Flagrante nas falas obtidas é que as metas de produtividade são requisições institucionais que em decorrência da insegurança dos vínculos empregatícios, os profissionais tendem a se submeterem.

Nota-se que as questões apontadas nos discursos das profissionais situam-se no âmbito dos desafios elucidados para o exercício profissional. Destacaram-se também aspectos relacionados à sobrecarga, déficit de profissionais; insuficiência de recursos (1, 2, 4, 5, 7, 12); e da ausência de clareza ou compreensão das atribuições e competências do assistente social pela equipe de saúde, usuários e familiares (9, 10, 11);

No que diz respeito às condições de trabalho, obtiveram-se os seguintes relatos:

O desafio maior do assistente social nosso aqui é manter um atendimento de qualidade, porque, às vezes, são muitos pacientes, uma demanda grande... você não tem muito tempo para você ficar ali com aquele paciente e tudo [...] (Profissional 1)

[...]Eu acho que é isso, parte pela alta demanda [...] E pouco fluxo, pouco efetivo pra isso tudo [...]às vezes não fica um trabalho de excelência, por conta mesmo de tempo, disponibilidade. [...] não fica um trabalho de excelência, no sentido, assim, de conseguir toda a demanda, às vezes, sabe? (Profissional 12)

Conforme visto os desafios são decorrentes do alto número de atendimentos solicitados em detrimento do número profissionais existentes nas equipes incidem sobre a qualidade do atendimento prestado, isto é, da necessidade de se realizar mais atendimentos em um prazo e

recursos desproporcionais a sua canalização; e em outro patamar e perspectiva que não aquela pautada no PEP, da ausência de recursos que viabilizem os atendimentos e intervenções do Serviço Social:

O desafio maior é lidar com o contexto socioeconômico... Vamos dizer assim, hoje né? [...] nós temos muitos pacientes de renda baixa ou sem renda ou de baixa renda né? É... Então, assim, a gente trabalha muito à nível de orientações, de informações, esclarecimentos, encaminhamentos... Nós não temos aqui, um... Recursos né? Vamos dizer assim. A gente não tem como fornecer, é... Hoje não existe mais, mas existia o sit pass. É... Uma marmita, uma refeição... A gente não tem como porque não é o foco da instituição, nós não trabalhamos com assistencialismo. (Profissional 5)

É um suporte maior do profissional, da própria instituição, poderia ser maior [...] Partindo pro assistencialismo, porque, infelizmente, a gente ainda faz aqui no hospital, aqui nós temos um perfil de pessoas muito carentes... Não sei se você sabe, mas nós temos um perfil de pessoas que vem do interior... esses dias mesmo, eu vi uma mulher, ela não tinha uma peça de roupa. Ela chegou aqui com uma única peça de roupa no corpo. Então ela não tem nada, chegou sem calcinha. [...] Nós não recebemos nenhum apoio nesse sentido... Nada que dê aquele apoio que a população realmente necessite [...] Uma vez, a gente teve uma criança aqui que não tinha sandália. Acho que, se aqui tivesse esse suporte tanto financeiro, quanto material seria muito importante sim pro nosso trabalho. (Profissional 7)

As profissionais demarcam nas falas que o assistencialismo não condiz com a atuação do Serviço Social, todavia se apresenta na realidade como um mal necessário ou possibilidade de atuação viável, reforçando sua importância para o desempenho das atividades profissionais, de modo que a ausência de recursos para tal se constituem em desafios para o exercício profissional – viabilização de refeições, roupas, sapatos, dentre outros. Tais percepções remetem ao voluntarismo profissional.

Outro aspecto que assumiu relevância nos discursos das profissionais incorporados como desafios para o exercício profissional é a ausência de clareza das atribuições e competências do Serviço Social.

É muita demanda que todo mundo acha que é o Serviço Social e você tem que se impor e saber o que é e o que não é, igual aqui, tem vez, que o paciente vem... Em relação à conduta médica, o próprio médico fala assim ‘Vai lá no Serviço Social que ele vai passar como que tá o seu paciente’, como? Se nós não somos aptos pra isso? Conduta médica, o médico que tem que falar [...] (Profissional 9)

Tudo é Serviço Social, não é? Pra que as pessoas tenham clareza do que é, realmente, o nosso trabalho, pra não ficar sempre jogando os pacientes, os acompanhantes, porque acho que fica, assim, querendo se livrar deles lá: ‘Ah, vai lá no Serviço Social que eles resolvem’ (Profissional 11)

Plantão, no caso, chega fim de semana, eu estou sozinha. Você precisa de uma psicologia? Serviço Social. Precisa de um administrativo? Serviço Social... São coisas, assim, que fogem, assim, do nosso técnico especificamente. (Profissional 12)

Eu acredito sim. Olha só uma coisa que eu vou colocar aqui, muitos profissionais eles colocam como se o assistente social estivesse em último lugar de importância dos profissionais. Então essa situação é complicada. (Profissional 7)

Segundo Matos (2017), o fato de o assistente social não ser um profissional exclusivo da saúde impõe desafios para compreensão de sua especialidade no âmbito dos serviços de saúde, tanto para definição dos seus objetivos profissionais, fato evidente conforme análise dos discursos obtidos dadas as fragilidades apontadas, quanto em relação aos demais profissionais da saúde dado a natureza da formação destes profissionais (físico-biológicas).

A questão de fundo que se coloca é: se nem mesmo os profissionais têm clareza dos seus objetivos, atribuições e competências na área da saúde, com base no projeto ético-político da profissão, como exigir tal reconhecimento dos demais profissionais de saúde, dos usuários e das famílias?

De acordo com os discursos dos profissionais entrevistados, apreende-se que o exercício profissional não parte de um planejamento prévio para sua realização, se efetivando de modo não programado, de modo espontâneo e subalterno, ou subserviente ao trabalho dos demais profissionais de saúde, se expressando mediante a execução de atividades diversas, que a despeito das particularidades que guardam entre si e as compatibilidades que têm (ou não) com as atribuições e competências dos assistentes sociais na política de saúde, se dão de modo acrítico, mecânico, irrefletido e que resultam preponderantemente com o atendimento dos interesses institucionais, no caso das OS's, econômicos, em detrimento do compromisso e defesa dos interesses dos usuários.

Todavia, assumindo atividades no exercício profissional que não às suas e/ou que sendo previstas não se realiza na direção social estratégica profissional, apresenta-se de modo contraditório questionamentos que situam os desafios para a profissão como a ausência ou insuficiência do reconhecimento ou resguardo de suas atribuições e competências profissionais. Por sua vez, mesmo identificado os pontos críticos, não se apreende nenhum ensejo da categoria que vise promover alterações desta realidade no âmbito institucional, prevalecendo perspectivas fatalistas, conformistas e a manutenção ou reprodução de uma prática conservadora.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apreende-se por meio deste trabalho que as necessidades de saúde tendem a ser incorporadas pelo Estado, segundo as exigências de manutenção e legitimação da acumulação do capital na perspectiva do controle ideológico da classe trabalhadora e da manutenção da reprodução da força de trabalho. Tal incorporação assumiu diversas perspectivas e nuances no âmbito do capitalismo em conformidade com os padrões produtivos vigentes, seja no âmbito da sua incorporação pelos regimes de acumulação Fordista-Keynesiano, seja a partir da reestruturação produtiva com a ofensiva neoliberal que se apresentam até a atualidade. Todavia, não perde tal determinação fundante que é a preservação e legitimação do capital em direção desejável à lucratividade fundada na exploração do trabalho e na construção de uma hegemonia que escamoteia as contradições expressas na Questão Social.

Por sua vez, com base nos aportes de Gramsci (1991), a partir da concepção do Estado ampliada, sinaliza-se a possibilidade e necessidade da construção de contra hegemonias favoráveis aos interesses e necessidades da classe trabalhadora, que no campo da saúde, segundo Berlinguer (1978) perpassa pela apropriação da consciência sanitária, a partir da compreensão por parte dos trabalhadores que seus níveis de saúde são determinadas pelo modo de produção capitalista, os quais impactam negativamente suas condições de vida e trabalho. Situa-se a saúde no âmbito da luta de classes.

Apreende-se, portanto, que as ações de saúde no âmbito do capital, apresentam-se uma dupla condição, contraditoriamente associadas: à medida que é mecanismo de manutenção do lucro, mediante a viabilização das condições mínimas para o trabalhador; tem componente revolucionário, dado que as alterações dos níveis e das condições de saúde são determinadas diretamente pelo capitalismo, e nessa perspectiva sua alteração sinaliza a própria ultrapassagem do sistema.

Dentre as concepções e práticas de saúde desenvolvidas no interior do Estado capitalista, apreende-se que, no campo do pensamento positivista e da necessidade do controle ideológico, constitui-se segundo a tendência de considerar a saúde tão quanto mera ausência de doença vislumbrada do seu aspecto curativo. Na contra-hegemonia, pauta-se das determinações do capital para compreensão do processo saúde-doença.

Na perspectiva dos direitos nos limites da sociedade burguesa, a partir de sua incorporação enquanto política social assumiu perspectivas distintas, assumindo posturas mais universalistas e focalizadas, estando constantemente tensionadas em torno do seu sucateamento ou ampliação.

Do ponto de vista da sua constituição e consolidação, apesar das determinações fundantes, guarda particularidades decorrentes dos aspectos sócio-históricos e culturais. Na América Latina, onde se inclui o Brasil, dadas as particularidades em que se insere no circuito internacional do capital – de forma tardia, subsidiária e dependente dos países cêntricos, tem-se por herança, nos marcos das relações estabelecidas entre Estado e a Sociedade Civil, o clientelismo, patrimonialismo, autoritarismo, destituída de uma tradição cívica e de uma cultura voltada ao exercício e luta por direitos.

No Brasil, apesar das primeiras ações de saúde se delinearam ao final do século XIX, as primeiras medidas efetivas surgiram tão somente a partir da década de 1930 a partir da industrialização e evidencia de uma classe operária nascente nos marcos da consolidação do Estado populista (1930-1964).

Nasce e se desenvolve atrelada a lógica dos seguros, na condição de serviços complementares prestados a categorias estratégicas de trabalhadores ligados as atividades econômicas (os segurados), a partir da regulamentação do que veio a se consolidar a matriz do complexo previdenciário brasileiro. Associado a este, tinha-se as ações de saúde pública, restrita as ações de vigilância sanitária e epidemiológica numa perspectiva campanhista. Ressalta-se que até o início da década de 1960, período conturbado do ponto de vista econômico e político, não havia se alterado os níveis de saúde da população brasileira.

Com a instauração dos regimes militares (1960-1980), mantiveram-se os padrões de atendimento de saúde vigentes do período anterior, com ênfase para a tendência de privilegiamento do setor privado para prestação e execução desses serviços no âmbito do Estado.

Ao se pautar sobre critérios de racionalidade, eficiência e eficácia a partir de inúmeros rearranjos gerenciais, também não alteraram os padrões de proteção social a saúde agudizando-se a partir da forte crise econômica e social que marca o final do regime, ocasionando forte insatisfação social e constituindo-se em terreno fértil para constituição de movimentos de luta e defesa para constituição efetiva dos direitos à saúde.

Na particularidade brasileira, o Movimento de Reforma Sanitária desenvolveu na década de 1970, aglutinando vários setores da sociedade (intelectuais, profissionais, estudantes, dentre outros), no contexto da redemocratização da sociedade brasileira, tendo dentre outros objetivos, a criação e consolidação dos direitos à saúde enquanto direitos de todos e dever do Estado, e por princípios, a universalidade, descentralização, hierarquização, integralidade, regionalização e participação popular. Tal movimento alcançou êxito, plasmando

consideravelmente seus objetivos e princípios no texto constitucional da CF. 1988 e posterior implantação do SUS.

Na perspectiva da construção de uma contra-hegemonia, apreende-se que a luta pela consolidação dos direitos a saúde é indutora e resultante de lutas sociais em geral, nos horizontes da radicalização da democracia e inserida no bojo da luta de classes, sendo dotada de caráter revolucionário, processo inacabado de construção social que se consolidará tão somente com o exaurimento do capitalismo.

Apesar dos avanços obtidos com o SUS nos limites da democracia burguesa, a sua efetivação nas configurações previstas perpassa por uma arena de conflitos entre interesses distintos, dentre aqueles que atinados ao MRS defendem a sua consolidação e aprofundamento e entre aqueles, que defendendo o modelo de privilegiamento dos interesses privados, defendem a privatização dos serviços de saúde, entre estes, destacam-se aqueles que defendem o SUS possível a partir desses interesses conflitantes.

O projeto privatista ganha fôlego na sociedade brasileira a partir da década de 1990 mediante as contrarreformas neoliberais mediante o sucateamento da saúde pública: estrutura, recursos, acesso, segmentação, precarização das condições de trabalho dos profissionais de saúde na medida em que se incentiva a iniciativa privada que cada vez mais abocanha o fundo público, incidindo, nos termos de Correia e Santos (2015), com a complementaridade invertida do sistema, que prevalece e se agudiza em tempos recentes.

Inseridos nesse bojo de conflitos e interesses que disputam a direção da política de saúde, encontra-se na condição de profissionais e de trabalhadores, os assistentes sociais que reconhecida e historicamente tem nesta área, campo preponderante para sua atuação, e que a despeito da sua trajetória conservadora, a partir de sua revisão crítica, tem no projeto ético-político profissional hegemônico convergências com o Movimento de Reforma Sanitária.

Salienta-se que o processo de redemocratização da sociedade brasileira e adoção da teoria social crítica, são aspectos comuns de base, tanto do Movimento de Reforma Sanitária quanto do Projeto Ético-Político Profissional. Compartilham o mesmo terreno sócio-histórico e apresentam interlocução e convergências dos seus princípios e valores tais como a democracia, a universalidade, a cidadania, a equidade, a autonomia, dentre outros, situando-os aos horizontes da emancipação humana, ambos guardando uma perspectiva revolucionária que aponta a construção de uma nova sociedade.

Nessa perspectiva, apresenta-se fecunda tal articulação entre tais projetos, para uma atuação crítica e competente do Serviço Social, que na particularidade da saúde perpassa pela

sua concepção ampliada e revisada, tendo por potencialidade para o exercício profissional, atividades que elevem a consciência sanitária.

Todavia, destacam-se os impactos da ofensiva neoliberal, mediante uma retração dos movimentos sociais mediante uma postura defensiva dos trabalhadores diante dos ataques sofridos. Isso tem deslocado o aspecto revolucionário das lutas sociais para o campo da institucionalidade, revelando uma tendência socialdemocrata com forte apelo à pós-modernidade e que incide sobre o fortalecimento de ambos os projetos, que no âmbito do MRS, evidencia-se mediante à sua flexibilização e do PEP, pela deturpação dos seus valores e princípios para além da precarização das condições de trabalho e de autonomia dos assistentes sociais.

Nessa conjuntura desafiadora, vem se delineando tendências e perspectivas para o exercício profissional na saúde apontam um distanciamento do exercício profissional com as bases e referências do PEP e do MRS; fragilidade ou ausência de leitura do PEP para a construção de possibilidades profissionais resultando em perspectivas idealistas ou abstratas da profissão. Demandas por metodologias específicas na saúde e/ou para construção de saberes específicos conforme a clássica divisão da prática médica; predomínio das práticas individuais; práticas burocratizadas e não assistenciais; requisições de atendimento com base em critérios quantitativos; dentre outros.

Diante dessas considerações, a partir das referências e indicativos elucidados, buscou-se analisar, a partir das concepções do PEP e do MRS, as perspectivas e tendências para o exercício profissional dos assistentes sociais inseridos nos hospitais do município de Goiânia-GO, à luz dos dados coletados de dezoito (18) profissionais de três (3) diferentes instituições.

Segundo os referenciais do Movimento de Reforma Sanitária, os depoimentos evidenciaram uma concepção de saúde desarticulada dos determinantes estruturais do capital e de suas determinações.

Enquanto movimento social apreendem em certa medida as contribuições do MRS para a consolidação dos direitos a saúde mediante a criação do SUS, todavia, na atual conjuntura, apreendem os movimentos sociais com descrédito no que tange ao potencial para as transformações sociais, deslocando da luta para o campo da institucionalidade, confirmando a tendência de retração dos movimentos a partir da ofensiva neoliberal e de seu caráter mais defensivo.

No que tange ao Projeto ético-Político, evidenciaram-se nos discursos alguns dos seus elementos e componentes, de modo parcial e pontual, não havendo referências explícitas do

PEP em seu caráter de totalidade. Por sua vez identificaram-se aspectos que sinalizaram a necessidade de superação ou que apontam a inviabilidade do PEP para o exercício profissional.

No que se refere aos objetivos e aportes para o exercício profissional apreendeu-se múltiplos posicionamentos sobre os objetivos do Serviço Social na saúde, identificando nesse sentido, que o PEP não se constitui uma referência fundamental à medida que estão ausentes aspectos que remetam e direcionem o exercício profissional, tendo por centralidade, as determinações sociais da saúde na perspectiva do fortalecimento da consciência sanitária e das lutas em defesa da saúde enquanto direito. Pelo contrário, evidenciam-se aspectos e elementos que remetem a uma perspectiva conservadora da profissão em seus princípios e valores sob a ótica assistencialista e/ou no campo da subjetividade.

Apreende-se que o exercício profissional não parte de um planejamento, sendo espontâneo na realização de atividades variadas, por vezes, divergentes às atribuições e competências do assistente social.

Tendo por referência os parâmetros de atuação dos assistentes sociais na política de saúde, não identificado nos depoimentos obtidos, o desenvolvimento de quaisquer ações da perspectiva da mobilização, educação e/ou aprofundamento dos direitos a saúde, quais sejam, sensibilização acerca dos direitos, promoção, prevenção de doenças mediante a instituição de debates, oficinas, reuniões de sala de espera, elaboração e divulgação de material socioeducativo, dentre outros, e/ou ações que visam estimular e mobilizar usuários, familiares e trabalhadores de saúde junto aos movimentos sociais para participação nos espaços democráticos de controle social; atividades de educação permanente de conselheiros e trabalhadores da saúde; à assessoria, junto a entidades e movimentos sociais na perspectiva da emancipação dos trabalhadores.

Portanto, não se realiza quaisquer ações, que partindo das determinações sociais da doença, busquem elevar a consciência sanitária de usuários, profissionais de saúde e familiares, a despeito de seu potencial enquanto educador sanitário e das referências para tal contidas tanto no PEP como no MRS, prevalecendo, portanto, ações pontuais, acríicas e irrefletidas, segundos os padrões gerenciais e requisitos de produtividade.

Nos limites da análise crítica que tecem, associam de modo implícito ou explícito que as possibilidades e impossibilidades do exercício profissional são determinadas pelas condições estruturais, que em instância mais abrangente, decorrem da própria dinâmica do capital.

Em que pese as determinações estruturais, dado o campo de tensões que se situa a profissão, os assistentes sociais tendem a se isentar de suas competências teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas requeridas e apropriadas no âmbito de sua

formação, para a análise concreta, de situações concretas nas particularidades do seu campo interventivo para construção ou proposição de possibilidades profissionais, que visem fortalecer a autonomia relativa que dispõe. Portanto, tais desafios elucidados não decorrem apenas dos efeitos do capital, mas também do compromisso e competência profissionais.

Denota-se uma fragilidade de apreensão das determinações do PEP e destes em relação ao MRS, que a despeito das condições de trabalho, as possibilidades para a construção de uma atuação crítica e competente não foram esgotadas, visto que sequer foram identificadas e exploradas.

Não se defende neste estudo que há uma dissociação absoluta entre os requisitos, fundamentos e conteúdo do PEP com o exercício profissional, todavia tais mediações se dão por meio de referências isoladas em seus componentes, princípios ou sob a forma de petições, apresentando-se de modo insuficiente, parcial e contraditório, entre o que se discursa com aquilo que de fato se realiza. Retomemos novamente a referência de Vasconcelos:

A simples petição teórica (sou marxista), a petição de princípios (apoio e/ou tomo o projeto como referência; estou do lado dos trabalhadores) [...] isso quer dizer que, por princípio, uma atitude crítica não garante práticas mediadas pelo projeto profissional [...] mas no que resulta da transformação da direção ético-política e teórico-metodológica escolhida em realidade e das consequências que dela advém, principalmente, e em última instância, para a classe trabalhadora em seus diferentes segmentos (VASCONCELOS, 2015, p. 199-200).

Os assistentes sociais têm clareza sobre as contrarreformas na saúde, da não efetivação do SUS e dos seus impactos sobre suas condições de trabalho; porém, não creditam no potencial dos movimentos sociais para a luta pela consolidação desse sistema e ampliação da saúde. Mencionam a importância dos conselhos de saúde enquanto referência de mobilização, mas não identificado no cotidiano nenhuma atividade nessa direção, que busque articular os usuários e trabalhadores na perspectiva da educação sanitária, assessoria ou do controle social.

Apontam a importância e relevância da pesquisa para ampliação da profissão, para seu reconhecimento, aprimoramento, reflexão e avaliação do exercício profissional e resguardo de suas atribuições e competências, mas não se realizam nenhum tipo de atividade nessa perspectiva, prevalecendo a espontaneidade do cotidiano e a empiria, demarcando o caráter subalterno de suas ações.

Sinalizam, de modo implícito, mesmo que forma parcial e insuficiente que a consolidação do atual projeto ético-político profissional se constitui em avanço; porém o mesmo não se apresenta na definição dos objetivos, referenciais e na intencionalidade das ações que se processam no cotidiano. O que nivela do ponto de vista do exercício profissional nas

instituições de saúde, as ações entre os defensores do PEP, daqueles que não o apreendem ou compreendem-no em sua inviabilidade.

Nos horizontes de um projeto de Reforma Sanitária (flexibilizada); apresentam-se como defensores do SUS; mas reproduzem em seus cotidianos ações, que com fim em si mesmo, segundo a necessidade de agilização do ritmo, e os números dos atendimentos nas instituições; tendem a favorecer, sem críticas, os interesses mercantis da saúde sob a égide neoliberal.

Portanto, quais tendências e perspectivas do exercício profissional do assistente social na área de saúde a partir da concepção de reforma sanitária e do projeto ético-político profissional nos hospitais do município de Goiânia-GO?

Com base na pesquisa realizada junto aos assistentes sociais que atuam nos hospitais do município de Goiânia, identifica-se um trabalho não planejado e associado, conforme visto, a uma fragilidade de apropriação da profissão nos direcionamentos do PEP, e também das concepções de saúde na perspectiva dos princípios e valores e dos aspectos teórico-metodológicos do MRS.

Tais perspectivas partindo dos assistentes sociais, a despeito da vinculação orgânica da profissão com os movimentos sociais e, sobretudo, com as interlocuções que tem ao MRS; sinaliza um afrouxamento das perspectivas teórico-metodológicas e ético-políticas do projeto ético-político profissional, que transitam entre a flexibilização, fatalismo, e fragilidade de sua apropriação.

Retoma-se os referenciais de Vasconcelos (2009), que identifica a existência de uma fratura entre o exercício profissional e as possibilidades de intervenção contidas na realidade. Para sua (re)conexão, conforme Guerra (2015) exige-se esforço para que o PEP *desça do seu a terra*, segundo as condições objetivas postas pela realidade, no confronto entre o projeto e as possibilidades históricas, sendo esta a condição para a construção de estratégias e intervenções, tendo por objeto a questão social em suas expressões.

Não existem fórmulas e respostas prontas para o exercício profissional, tão somente indicações que só podem ser passíveis de serem realizadas, se encaradas do ponto vista investigativo e crítico, por meio do desvelamento da realidade em suas mediações; das correlações de força institucionais e, sobretudo, mediante o planejamento, a pesquisa, a capacitação permanente e o debate/articulação sistemática junto aos usuários e movimentos sociais.

Demanda-se que se aprofunde a consciência sanitária de modo que “se mantenha nessa direção, consiga operacionalizar suas conquistas e seja capaz de ‘alimentar-se’ permanentemente das ‘questões proletárias’ para informar sua luta política” (TEIXEIRA, 2011,

p. 191) e que transforme as práticas, tenha por suporte a teoria social crítica para compreensão do processo saúde-doença que se posicione perante aos ataques ao SUS.

Nessa direção, o aprimoramento intelectual na perspectiva da competência profissional para a qualidade dos serviços prestados se faz urgente e indispensável para que se abram possibilidades a partir da apropriação mais concreta do Projeto Ético-Político e de suas inter-relações com o Movimento de Reforma Sanitária, de construção de estratégias profissionais, nas condições objetivas postas.

Destaca-se que por condições objetivas e subjetivas, não se pôde realizar um aprofundamento teórico-crítico de elementos significativos que perpassam as análises deste estudo, constituindo indicativos importantes para o seu desvelar em outra oportunidade.

Finaliza-se esse percurso, mas não a caminhada. Parafraseia-se Cora Coralina: *Há mais chão nos meus olhos do que cansaço nas minhas pernas*. Há na perspectiva da construção do conhecimento pautado no real, o chão, de múltiplas determinações e possibilidades o que requer disposição, e principalmente compromisso ético-político, teórico-metodológico e técnico-operativo para o seu desvelar na expectativa de contribuição para um Serviço Social crítico e competente.

REFERÊNCIAS

ABEPSS. Diretrizes Gerais para o curso de Serviço Social. Rio de Janeiro: 1996. Disponível em http://www.abepss.org.br/arquivos/textos/docm_direitaento_201603311138166377210.pdf. Acesso em 20 de ago. 2020.

ABRAMIDES, Maria Beatriz Costa. **O projeto ético-político do Serviço Social Brasileiro: ruptura com o conservadorismo**. São Paulo: Cortez, 2019. 279 p.

BARROCO, Maria Lúcia Silva. **Ética e Serviço Social: fundamentos ontológicos**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2010. 208 p.

_____. Não passarão! Ofensiva neoconservadora e Serviço Social. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo. Ed Trimestral, v. 124, p. 623-635, out. 2015.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: Fundamentos e História**. 9. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2011. 213 p.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 27 out. 2017.

BRASIL. **Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em: 07 jun. 2020.

_____. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 27 out. 2017.

_____. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 27 out. 2017.

_____. Lei nº 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. **Lei Nº 8142**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 27 out. 2017.

_____. **Lei nº 8662, de 07 de junho de 1993**. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8662.htm. Acesso em: 27 out. 2017.

_____. **Lei Nº 12550, 15 de dezembro de 2011.** Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112550.htm>. Acesso em: 27 dez. 2017.

_____. **Lei nº 12317, de 26 de agosto de 2010.** Acrescenta dispositivo à Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993, para dispor sobre a duração do trabalho do Assistente Social. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12317.htm>. Acesso em: 18 set. 2020.

_____. **Lei nº 12.873, de 24 de outubro de 2013.** Altera a Lei nº 9.430, de 27 de dezembro de 1996; dispõe sobre o repasse pelas entidades privadas filantrópicas e entidades sem fins lucrativos às suas mantenedoras de recursos financeiros recebidos dos entes públicos; Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112873.htm>. Acesso em: 07 jun. 2020.

_____. **Lei Nº 13.097, de 19 de janeiro de 2015.** [...] a abertura ao capital estrangeiro na oferta de serviços à saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113097.htm>. Acesso em: 07 jun. 2020.

_____. Lei nº 13429, de 31 de março de 1993. Altera dispositivos da Lei n. 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. **Lei da Terceirização.** Brasil, Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113429.htm>. Acesso em: 18 set. 2020

_____. **Política Nacional de Humanização:** humaniza sus. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2013. 16 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2020.

BRAVO, Maria Inês Souza *et al.* A política de saúde na atual conjuntura: algumas reflexões sobre os governos Lula e Dilma. In: SILVA, Leticia Batista; RAMOS, Adriana (org.). **Serviço Social, saúde e questões contemporâneas:** reflexões críticas sobre a prática profissional. reflexões críticas sobre a prática profissional. 2. ed. Campinas, SP: Papel Social, 2013. Cap. 1. p. 19-47.

_____. Maria Inês Souza *et al.* As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jul. 2018. Disponível em: <<https://www.periodicos.ufes.br/argumentum/article/download/19139/19466/54471>>. Acesso em: 07 jun. 2020.

_____. Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete *et al* (org.). **Serviço Social e Saúde:** formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. Cap. 1. p. 88-110.

_____. Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio de Castro. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate in: In: MOTA, Ana

Elizabete *et al* (org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 197-217.

_____. Maria Inês Souza. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. São Paulo: Cortez, 2013. 191 p.

_____. Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez, 2011. 350 p

BRAZ, Marcelo; TEIXEIRA, Joaquina Barata. O Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: CFESS/ABEPSS (Brasil) (Org.). **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília. 2009. p. 185-200.

BERLINGUER, Giovanni. **Medicina e Política**. Coleção Saúde Em Debate. Cebes/hucitec. São Paulo, 1978.

BOSCHETTI, I. **Seguridade Social e Trabalho: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil**. Brasília: Letras Livres, 2006.

CARDOSO, Priscila Fernanda Gonçalves. **Ética e projetos profissionais: os diferentes caminhos do serviço social no Brasil**. Campinas, SP: Papel Social, 2013. 258 p.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. 7. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005. 236 p.

CASTRO, M.M.C; OLIVEIRA, A.S; RESENDE, L.T. Humanização em saúde e Serviço Social no debate contemporâneo. In: RAMOS, Adriana *et al* (org.). **Serviço Social e Política de Saúde: ensaios sobre o trabalho e formação profissionais**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018. p. 67-82.

CFESS (Brasil). **Os impactos do Coronavírus no trabalho do/a assistente social. CFESS Manifesta: Série - Conjuntura e impacto no trabalho profissional**. Brasília - Df, p. 1-5. 23 mar. 2020. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/2020CfessManifestaEdEspecialCoronavirus.pdf>. Acesso em: 20 out. 2020.

_____. **Parâmetros para Atuação do Serviço Social na saúde**. Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília, 2016.

_____. **Resolução N° 273, de 13 de março de 1993**. Institui o Código de Ética Profissional do/a Assistente Social e dá outras providências. Código de Ética Do/a Assistente Social.

_____. **Serviço Social, assistência social, assistente social: você sabe a diferença?** 2016. Disponível em: <https://bit.ly/3o0iH60>. Acesso em: 18 set. 2020

_____. **Perguntas Frequentes**. 2016. Disponível em <<https://bit.ly/3q6exva>>. Acesso em: 19 de ago. 2020.

_____. (Org.). **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília. 2009. 873 p.

CISLAGH, Juliana Fiuza. Privatização da gestão na saúde e precarização do trabalho no Brasil In: RAMOS, Adriana *et al* (org.). **Serviço Social e Política de Saúde**: ensaios sobre o trabalho e formação profissionais. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018. Cap. 1. p. 11-28.

CISNE, M. Feminismo e marxismo: apontamentos teórico-políticos para o enfrentamento das desigualdades sociais. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v. 132, p. 211-230, mai. 2018.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. 6. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2014.

CNES. **Consulta estabelecimento – identificação**. Disponível em <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>> Acesso em 10/05/2019.

CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos (org.). **Reforma Sanitária e Contrarreforma da Saúde**: interesses do capital em curso. Maceió: Edufal, 2015. 190 p.

COUTINHO, Carlos Nelson. **O Estruturalismo e a Miséria da Razão**. São Paulo: Expressão Popular, 2010. 286 p.

DURIGUETTO, Maria Lucia. Movimentos sociais e Serviço Social no Brasil pós-ano 1990: desafios e perspectivas. In: ABRAMIDES, Maria Beatriz; DURIGUETTO, Maria Lucia (org.). **Movimentos Sociais e Serviço Social**: uma relação necessária. São Paulo: Cortez, 2014. Cap. 2. p. 177-194.

FORTI, Valeria; COELHO, Marilene. Contribuição à crítica do projeto ético-político do serviço social: considerações sobre fundamentos e cotidiano institucional. In: FORTI, Valeria; GUERRA, Y. **A dimensão investigativa do exercício profissional**. Disponível em: <http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/C8pQHQOyl68c9Bc41x5Y.pdf> Acesso em: 18 set. 2020.

_____. (org.). **Projeto Ético-Político do Serviço Social**: contribuições à sua crítica. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2015. Cap. 1. p. 15-38.

_____. Sobre a possibilidade histórica do projeto ético-político profissional: a apreciação crítica que se faz necessária. In: FORTI, Valeria; GUERRA, Yolanda (org.). **Projeto Ético-Político do Serviço Social**: contribuições à sua crítica. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2015. 39-70.

GRAMSCI, Antonio. **Maquiavel, a Política e o Estado Moderno**. 8. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991. 444 p.

IAMAMOTO, Marilda Vilella. Estado, Classes trabalhadoras e políticas sociais no Brasil. In: BOSCHETTI, Ivanete *et al*. **Política Social no Capitalismo**: tendências contemporâneas. 1ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. **Os espaços socio-ocupacionais do assistente social**. Disponível em <http://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/iamamoto-201804131241048556780.pdf> Acesso em: 18 set. 2020.

IAMAMOTO, M.V; CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 41ª ed. São Paulo: Cortez, 2014. 400 p.

_____. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 26. ed. São Paulo: Cortez, 2015. 326 p.

IANNI, Octavio. **A Formação do Estado Populista na América Latina.** 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991. 162 p.

LEWGOY, A. M. B; SILVEIRA, E. M. C. A entrevista nos processos de trabalho do assistente Social (The interview in the social workers's workprocess). **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre v. 6 n. 2 p. 233 - 251 . jul./dez .2007. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/2315/3245>>. Acesso em: 17 dez. 2017.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica.** 5. ed. São Paulo: Editora Atlas S.A, 2003.

MARX, Karl. **A ideologia alemã.** São Paulo: Boitempo, 2007.

MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço Social, ética e saúde: Reflexões para o exercício profissional.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2017. 166 p.

MINAYO, M. C. S. et al (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade.** 34. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020.** Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/Portaria-188-20-ms.htm. Acesso em: 15 out. 2020.

_____. **Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 218, de 06 de março de 1997.** Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0218_06_03_1997.html. Acesso em: 20 ago. 2020.

MONTANO, Carlos; DURIGUETTO, Maria Lucia. **Estado, Classe e Movimento Social.** Biblioteca Básica/Serviço Social. São Paulo: Cortez, 2011. 384 p.

NETTO, José Paulo. A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: MOTA, Ana Elizabete *et al* (org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. Formação e Trabalho Profissional.** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. Cap. 21. p. 141-160.

_____. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social.** 8. ed. São Paulo: Cortez, 2011. 176 p.

_____. **Introdução ao estudo do método de Marx.** São Paulo: Expressão Popular, 2011.

_____. Para uma história nova do Serviço Social no Brasil. In: SILVA, M.L.O (org). **Serviço Social no Brasil: história de resistência e de ruptura com o conservadorismo.** 1ª ed. São Paulo: Cortez, 2016. Cap. 1. p. 49-76.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tamaso. Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde: SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: MOTA, Ana Elizabete *et al* (org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. Cap. 2. p. 218-241.

OMS/UNICEF. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde, Alma-Ata; USSR, 1978. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf>. Acesso em: 9 jul. 2020.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuições para compreensão e crítica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 356 p. Disponível em: <<https://bit.ly/2J2d2Od>>. Acesso em: 20 ago. 2020.

PEREIRA, Potyara Amazoneida P.; STEIN, Rosa Helena. Política Social: universalidade versus focalização: Um olhar sobre a América Latina. In: BOSCHETTI, Ivanete *et al* (Org.). **Capitalismo em crise, política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2010. Cap. 5. p. 106-127.

RAICHELIS, R. Democratizar a gestão das políticas sociais: um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil. In: MOTA, Ana Elizabete *et al* (org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. Cap. 1. p. 73-87.

RAMOS, Adriana; FORTI, Valeria. Contribuição à discussão do trabalho do assistente social na saúde: projeto profissional crítico e algumas demandas recorrentes. In: RAMOS, Adriana *et al* (org.). **Serviço Social e Política de Saúde: ensaios sobre o trabalho e formação profissionais**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018. Cap. 1. p. 83-106.

REIS, Camila Ramos; PAIM, Jairnilson Silva. A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 58, p. 101-114, jul. 2018.

SIMIONATO, Ivete. **Gramsci: sua teoria, incidências no brasil, influências no serviço social**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011. 255 p.

SANTOS, C.M; FILHO, R. S; BACKX, S. A dimensão técnico-operativa do Serviço Social: questões para reflexão In: SANTOS, Claudia Mônica dos; BACKX, Sheilla; GUERRA, Yolanda (org.). **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

SOARES, Raquel Cavalcante. A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (org.). **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2013. Cap. 3. p. 91-116.

SOUZA, Jamerson Murillo Anunciação de. Estado e Sociedade Civil no pensamento de Marx. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 101, p. 25-39, 01 jan. 2010. Quadrimestral. TEIXEIRA, Sonia Fleury (org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. 4. ed. 2011: Cortez/ABRASCO, 2011.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A/O assistente social na luta de classes: Projeto Profissional e Mediações Teórico-Práticas**. São Paulo: Cortez, 2015. 613 p.

_____. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2012. 598 p.

_____. Serviço Social e práticas democráticas na saúde in: In: MOTA, Ana Elizabete *et al* (org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 218-241.

VIANA, Nildo. **Os movimentos sociais**. Florianópolis: Bookess, 2015.

WEILLER, José Alexandre Buso. O desmonte do SUS em tempos de Bolsonaro. In: DANIELA STEFANO (Brasil). Rede Social de Justiça e Direitos Humanos (org.). **DIREITOS HUMANOS NO BRASIL 2019: relatório da rede social de justiça e direitos humanos**. São Paulo: Outras Expressões, 2019. Cap. 2. p. 231-238. Disponível em: http://www.social.org.br/files/pdf/relatorio_dh_2019.pdf. Acesso em: 25 out. 2020.

YAZBEK; M.C. O significado sócio-histórico da profissão. In: CFESS/ABEPSS (Brasil) (Org.). **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília. 2009. p. 185-200.

APÊNDICES

Apêndice 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto de Pesquisa: O exercício profissional do assistente social na área de saúde a partir da concepção de reforma sanitária e do projeto ético-político profissional nos hospitais da rede de alta complexidade no município de Goiânia-GO

Pesquisador Responsável: Máiron César Araújo Capitinga

Local onde será realizada a pesquisa: Hospitais de alta complexidade em saúde geridos pela administração pública e entidades sem fins lucrativos localizados no município de Goiânia-GO

Você está sendo convidado (a) para participar como voluntário nesta pesquisa. Meu nome é Máiron César Araújo Capitinga, sou o pesquisador responsável, discente de pós-graduação *strictu sensu* em Serviço Social da PUC-GO e minha área de atuação é o Serviço Social na Saúde. O convite está sendo feito porque você atende aos critérios de inclusão desta pesquisa que é destinada a assistentes sociais que atuam nos hospitais de alta complexidade em saúde do município de Goiânia-GO. Sua contribuição é importante, porém, você não deve participar contra a sua vontade.

Antes de decidir se você quer participar, é importante que você entenda por que esta pesquisa está sendo realizada, os objetivos da mesma, todos os procedimentos a serem realizados, os possíveis benefícios, riscos e desconfortos que serão descritos e explicados por mim detalhadamente mais à frente.

A qualquer momento, antes, durante e depois da pesquisa, você poderá solicitar mais esclarecimentos. Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato comigo, Pesquisador Responsável Máiron César Araújo Capitinga, nos telefones 62 99457-9640, podendo ligar a cobrar se necessário ou pelo e-mail cezar.mairon@gmail.com.

Se você tiver alguma dúvida sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa ou questões éticas, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC-GO, telefone: (62) 3946-1512, localizado na Avenida Universitária, N° 1069, St. Universitário, Goiânia/GO.

Esclarece-se que o comitê de ética em pesquisa (CEP) é uma instância vinculada à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) que por sua vez é subordinado ao Ministério da Saúde (MS). O CEP é responsável por realizar a análise ética de projetos de pesquisa, sendo aprovado aquele que segue os princípios estabelecidos pelas resoluções, normativas e complementares.

Você tem total liberdade para se recusar a participar, não sendo prejudicado, penalizado ou responsabilizado de forma alguma por sua recusa. Se aceitar participar e depois retirar seu consentimento, também em nada será prejudicado(a).

Todas as informações coletadas neste estudo serão estritamente confidenciais. Somente o pesquisador terá conhecimento de sua identidade e me comprometo a mantê-la em sigilo ao publicar os resultados dessa pesquisa, que serão publicados independentemente dos resultados obtidos. Os dados coletados serão utilizados apenas para esta pesquisa e não serão armazenados para estudos futuros.

Após ser apresentado e esclarecido sobre as informações abaixo descritas, no caso de aceitar fazer parte do estudo, você deverá rubricar todas as páginas e assinar ao final deste documento elaborado em duas vias, que também será rubricado em todas as páginas e assinado por mim, devendo uma via ficar comigo e a outra com você, para que você possa consultar sempre que necessário.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE A PESQUISA

Objetivos da pesquisa: Esta pesquisa tem como objetivo analisar as tendências e perspectivas do exercício profissional do assistente social a partir da concepção de reforma sanitária e do projeto ético-político profissional nos serviços de saúde da rede de alta complexidade no município de Goiânia-GO. **Justificativa para realização da pesquisa:** Este estudo será importante uma vez que este estudo visa oferecer contribuições para a reflexão crítica sobre a atuação do assistente social na rede de saúde de alta complexidade no município de Goiânia-GO contribuindo com a construção de estratégias profissionais alinhadas as concepções de saúde defendidas pelo Serviço Social brasileiro. **População da pesquisa:** Mediante amostragem por viabilidade, a pesquisa será realizada com 20 (vinte) assistentes sociais que atuam em 5 (cinco) hospitais, geridos pela administração pública ou entidades sem fins lucrativos, que integram a rede de alta complexidade em saúde do município de Goiânia-GO, conforme os seguintes critérios de inclusão: Profissionais que integram o quadro efetivo e/ou permanente de profissionais nestas instituições; que tenham o mínimo de 01 ano de experiência profissional na instituição pesquisada no desenvolvimento das competências e atribuições privativas do assistente social previstos na Lei nº 8662/1993. **Detalhamento dos procedimentos que serão realizados:** No que tange aos instrumentos para coleta e análise dos dados será utilizada a entrevista na modalidade semiestruturada, mediante a utilização de roteiro norteador e de perguntas formuladas previamente pelo pesquisador. Salienta-se que se utilizará, se permitido pelo entrevistado, aplicativo com recurso de gravação de voz, com objetivo de revisitar o conteúdo das entrevistas para melhor análise dos dados, assim como para suas transcrições, caso haja necessidade. A partir do conteúdo das falas obtidas por meio da entrevista é que se procederá a análise de discurso, isto é, com a análise do conjunto de ideias e modos de pensar expressos pelos participantes da pesquisa relacionados aos assuntos abordados na entrevista. **Especificação dos riscos:** Ressalta-se que a colaboração na pesquisa oferecerá risco mínimo a sua integridade física, moral e profissional, assim como das instituições a que se vincula e que as informações obtidas serão tratadas com total sigilo. Cabe destacar que o consentimento de participação poderá ser retirado a qualquer momento, e recusa em participar não acarretará qualquer penalidade. Os instrumentais de pesquisa e áudios obtidos mediante gravação de voz serão devidamente enumerados para subsidiar a rastreabilidade dos dados caso você solicite sua exclusão do presente estudo. Se você sentir qualquer desconforto é assegurado assistência imediata e integral de forma gratuita para danos diretos e indiretos, imediatos ou tardios de qualquer natureza para dirimir possíveis intercorrências em consequência de sua participação na pesquisa. Para evitar e/ou reduzir os riscos de sua participação os encontros serão marcados com antecedência, você poderá encerrar a entrevista qualquer momento. **Benefícios:** Os benefícios esperados em decorrência desta pesquisa é a oferta de subsídios para a reflexão no campo teórico-prático do exercício profissional do Serviço Social na alta complexidade em saúde que possa ser revertida para formulação de estratégias de qualificação do trabalho desenvolvido. Nesse sentido também visa qualificar o atendimento dos usuários que precisam do atendimento do Serviço Social no interior das instituições, assim como pode ser utilizado para a criação de instrumentos de gestão institucional que visem a implantação das melhorias necessárias nestes serviços. **Ressarcimento:** Este estudo não acarretará nenhum tipo de despesa para você, mas caso tenha algum gasto decorrente do mesmo este será ressarcido pelo pesquisador responsável. **Indenização:** Se você sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tem direito a indenização. Será assegurado a você o acesso aos resultados da pesquisa por meio dos Relatórios e outros produtos dela decorrentes. Você não receberá nenhum tipo de compensação financeira por sua

participação neste estudo. **Período de participação e previsão de término da pesquisa:** Este estudo iniciará a partir de março de 2020 sendo que sua participação será na previamente agendada, conforme sua disponibilidade, estando previsto o encerramento deste estudo em agosto/2020.

Declaração do Pesquisador

O pesquisador responsável por este estudo declara que cumprirá com todas as informações acima; que você terá acesso, se necessário, a assistência integral e gratuita por danos diretos e indiretos oriundos, imediatos ou tardios devido a sua participação neste estudo; que toda informação será absolutamente confidencial e sigilosa; que sua desistência em participar deste estudo não lhe trará quaisquer penalizações; que será devidamente ressarcido em caso de custos para participar desta pesquisa; e que acatarão decisões judiciais que possam suceder.

Local e data: _____

Nome e assinatura do Pesquisador: _____

Consentimento do participante

Eu, _____, RG _____, CPF _____, abaixo-assinado, declaro que concordo em participar do estudo **O exercício profissional do assistente social na área de saúde a partir da concepção de reforma sanitária e do projeto ético-político profissional nos hospitais da rede de alta complexidade no município de Goiânia-GO** como voluntário de pesquisa. Declaro que compreendi perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no estudo mencionado, tendo sido devidamente informado e esclarecido pelo Pesquisador Máiron César Araújo Capitinga sobre o objetivo desta pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Estou consciente de todos os meus direitos bem como das minhas responsabilidades. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me cause qualquer prejuízo, penalidade ou responsabilidade. Autorizo a divulgação dos dados obtidos neste estudo mantendo em sigilo minha identidade. Informo que recebi uma via deste documento com todas as páginas rubricadas e assinadas por mim e pelo Pesquisador.

Local e data: _____

Nome e assinatura do participante da pesquisa: _____

Apêndice 2

INSTRUMENTAL DE PESQUISA

- 01 Sexo** () Masculino () Feminino
- 02 Idade** (em anos): _____
- 03 Tempo de formação** (em anos): _____
- 04 Instituição formadora:** _____
- 05 Modalidade** () presencial () semipresencial () EAD
- 06 Você já fez algum curso de qualificação?**
- () não. (Pular para item 8)
- () sim. Qual?
- () especialização () residência () mestrado () doutorado () aperfeiçoamento
- 07 Modalidade da qualificação mais recente** () presencial () semipresencial () EAD
- 08 Atualmente você tem interesse em fazer alguma qualificação?**
- () sim
- () não (Pular para item 12)
- 09 Caso queira fazer algum curso de qualificação, teria incentivo institucional?**
- () sim. De que tipo? _____
- () não.
- 10 Tempo de exercício profissional** (em anos): _____
- 11 Tempo de exercício profissional na saúde** (em anos): _____
- 12 Tempo no atual vínculo empregatício** (em anos): _____
- 13 Tipo de vínculo** () Estatutário () emprego público () celetista () contrato
- 14 Carga horária semanal** () 20h () 30h () 36h () 40 ou mais
- 15 Tem outro vínculo empregatício como assistente social?**
- () Se sim, qual tipo de vínculo? _____
- Qual a carga horária no outro vínculo? _____
- () Não.
- 16 Faixa salarial** (considerando seu vínculo principal e/ou na saúde) **em Salários Mínimos – SM**
- () 1 a 2 SM () acima de 6 a 8 SM
- () acima de 2 a 4 SM () Acima de 8 SM
- () acima de 4 a 6 SM

- 17 Você considera que existem movimentos sociais que de alguma forma contribuíram/contribuem com o SUS? *Se positivo, quais são esses movimentos? De que forma se dá tais contribuições?*
-
- 18 Como você vê o Serviço Social na inter-relação com esses movimentos?
-
- 19 Me conte sobre o seu cotidiano profissional na instituição.
-
- 20 No seu cotidiano, o que embasa seu exercício profissional? *Qual o fio condutor das suas ações? Seus aportes, referências.*
-
- 21 Na sua opinião, existem objetivos do Serviço Social a serem atingidos em relação à saúde? *Se positivo, quais?*
-
- 22 Com base no seu exercício profissional, quais são os desafios para o Serviço Social nessa unidade de saúde?
-
- 23 Na sua opinião, houve avanços para o Serviço Social após o Movimento de Reconceituação? *Como você percebe isso no seu cotidiano profissional?*
-
- 24 Há um diferencial na atuação do assistente social na alta complexidade em saúde, comparado aos demais níveis de atendimento do SUS? *Qual a sua opinião sobre isso?*
-
- 25 Há metas de produtividade para o Serviço Social? *Se positivo, como você avalia isso?*
-
- 26 O atendimento do Serviço Social é resolutivo diante das demandas apresentadas pelo usuário?
-
- 27 O serviço social desenvolve atividades de ensino e/ou pesquisa na instituição? *Qual a sua avaliação sobre isso?*
-
- 28 O Serviço Social ocupa ou já ocupou cargos ou comissões ligadas a gestão institucional? *Se positivo, quais? Como você avalia isso?*
-
- 29 Qual a sua concepção de saúde
-
- 30 Como você avalia a política de saúde na atual conjuntura
-
- 31 Quais são suas expectativas em relação ao Serviço Social na Saúde?