



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO ACADÊMICO**

HERIVÂNIA DE MELO FERREIRA E OLIVEIRA

**SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: particularidades da produção do conhecimento
acerca do exercício profissional dos (as) assistentes sociais em tempos de
contrarreforma do Estado**

**JOÃO PESSOA/PB
2018**

HERIVÂNIA DE MELO FERREIRA E OLIVEIRA

**SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: particularidades da produção do conhecimento
acerca do exercício profissional dos (as) assistentes sociais em tempos de
contrarreforma do Estado**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba, como exigência para a obtenção do título de Mestre Acadêmico em Serviço Social.

Linha de Pesquisa: Serviço Social, Trabalho e Política Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Paula Rocha de Sales Miranda

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Aline Maria Batista Machado

**JOÃO PESSOA/PB
2018**

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

O48s Oliveira, Herivânia de Melo Ferreira e.
Serviço Social na Saúde : particularidades da produção do conhecimento acerca do exercício profissional dos (as) assistentes sociais em tempos de contrarreforma do Estado / Herivânia de Melo Ferreira e Oliveira. - João Pessoa, 2018.
239 f. : il.

Orientação: Ana Paula Rocha de Sales Miranda.
Coorientação: Aline Maria Batista Machado.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHLA.

1. Assistente Social. 2. Exercício Profissional. 3. Produção do Conhecimento. 4. Serviços de Saúde. 5. Contrarreforma do Estado. I. Miranda, Ana Paula Rocha de Sales. II. Título.

UFPB/CCHLA

HERIVÂNIA DE MELO FERREIRA E OLIVEIRA

A dissertação intitulada **SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: particularidades da produção do conhecimento acerca do exercício profissional dos (as) assistentes sociais em tempos de contrarreforma do Estado** apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba, foi aprovada e aceita como requisito para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Aprovada em 31 de Agosto de 2018

BANCA EXAMINADORA

Ana Paula Rocha de Sales Miranda

Prof.^a Dr.^a Ana Paula Rocha de Sales Miranda – Orientadora

Universidade Federal da Paraíba- UFPB

Aline J. B. Machado

Prof.^a Dr.^a Aline Maria Batista Machado- Coorientadora
Universidade Federal da Paraíba- UFPB

Patrícia Barreto Cavalcanti

Prof.^a Dr.^a Patrícia Barreto Cavalcanti – Membro Titular

Universidade Federal da Paraíba- UFPB

Rafael Nicolau Carvalho

Prof. Dr. Rafael Nicolau Carvalho – Membro Titular

Universidade Federal da Paraíba- UFPB

JOÃO PESSOA/PB

2018

Dedico a Antônia (*In Memoriam*): mulher, mãe, amiga, cúmplice e serva do Deus Altíssimo dedicada: a você todo o amor e carinho que couberem em minha alma... Devo tudo a você, para sempre te amarei!

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me conceder o dom de existir, pela saúde, pela salvação e pela sabedoria e força de chegar onde tantas vezes sonhei mas não acreditava que realmente seria capaz.

Grata sou meu Senhor, pois nada do que tenho é meu, sou apenas serva administrando aquilo que colocaste em minhas mãos.

À minha amada e saudosa mãe, Antonia, por todo o esforço, incentivo, carinho e palavras de ânimo quando tantas vezes pensei que não chegaria até aqui. Hoje não a tenho mais comigo, porém com ela aprendi que os sonhos não morrem mesmo que adormecemos: o mestrado é um sonho nosso que agora se concretiza.

À minha família: meu amado esposo Emanuel, por tanta cumplicidade e amor nos momentos que mesmo estando lá me encontrava ausente; minha irmã Alessandra e meu Cunhado Roberto Júnior, por toda compreensão, carinho, palavras de incentivo e apoio nos momentos de adversidade.

Liana, jamais esqueceria de agradecer a você minha querida sobrinha, pois seu nascimento me trouxe novo fôlego para galgar conquistas ainda maiores.

À minha orientadora Prof.^a Dr.^a Ana Paula Miranda por enxergar em mim um potencial que nem imaginava que pudesse existir, pelo estímulo a buscar sempre o rigor teórico e metodológico, por todas as reflexões, indagações; enfim, por me incentivar a ser de fato uma pesquisadora.

Aos Professores: Dr.^a Aline Machado, por aceitar em um período curto de tempo me coorientar instruindo-me de forma muito profícua; Dr.^a Patrícia Cavalcanti e Dr. Rafael Carvalho por todas as preciosas intervenções e sugestões não só para este estudo, mas para meu crescimento intelectual.

Aos docentes e equipe técnico-administrativa do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFPB por toda a presteza e empenho em atender-me durante esse período do curso.

A todos/as os/as integrantes do Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social (SEPSASS), por todos os preciosos momentos de construção intelectual e troca de saberes.

À minha turma do mestrado pelo compartilhamento do aprendizado, em especial, as queridas amigas Alinne Medeiros, Elisabete Vitorino, Fernanda Marques

e Priscilla da Fonseca por todas as maravilhosas gargalhadas, as conversas agradáveis e as palavras de ânimo nos momentos de desalento.

Às queridas colegas de profissão que tive o prazer de compartilhar não só o ambiente de trabalho, como também, as diversas angústias e alegrias com relação à profissão e a vida em geral durante minha estadia enquanto assistente social no Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena: Ana Cláudia Madruga, Rejane Rodrigues, Dayann Velozo e Anna Gabriella Lopes, minha gratidão recheada de muito afeto.

Aos/as amados/as amigos/as e irmãos/ãs da comunidade evangélica da Igreja Assembléia de Deus- Congregação do bairro de Mangabeira I pelas orações, pelo carinho e pela compreensão. Que Deus vos retribua com bênçãos em Cristo Jesus!

Enfim, minha gratidão a todos e todas que nesse momento a memória me falha a lembrança, mas o coração não nega o reconhecimento do carinho, do afago e das palavras incentivadoras durante a tessitura deste estudo.

Que o Deus dos céus os abençoe e os cubra de ricas e poderosas bênçãos!

A todas e todos o meu muitíssimo obrigado!

“Sobretudo um dia virá em que todo meu movimento será criação, nascimento, eu romperei todos os nãos que existem dentro de mim, provarei a mim mesma que nada há a temer, que tudo o que eu for será sempre onde haja uma mulher com meu princípio, erguerei dentro de mim o que sou um dia, a um gesto meu minhas vagas se levantarão poderosas, água pura submergindo a dúvida, a consciência, [...]”

*(Clarice Lispector - Perto do Coração do Coração
Selvagem*

RESUMO

Este estudo refere-se à pesquisa sobre o exercício profissional de assistentes sociais em serviços de saúde através da investigação acerca do debate profissional na produção do conhecimento. Objetiva analisar, através de uma pesquisa bibliográfica, o debate profissional sobre o exercício profissional de assistentes sociais nos serviços de saúde. Procura ainda identificar como essa atual conjuntura, atravessada pelos preceitos da Política de Ajustes Neoliberal, através da Contrarreforma do Estado, tem inflexionado o exercício profissional. A hipótese central formulada foi: o debate profissional a respeito da atuação profissional de assistentes sociais nos serviços de saúde demonstra que a conjuntura de contrarreforma do Estado inflexiona esse exercício profissional em detrimento do que está previsto formalmente a profissão. Foi eleita como recorte teórico-metodológico, a teoria social crítica a partir do materialismo histórico-dialético. O desenho metodológico estrutura-se da seguinte forma: é uma pesquisa exploratória quanto aos seus objetivos e uma pesquisa bibliográfica no que se refere aos seus procedimentos técnicos, optando-se pela Revisão Bibliográfica Sistemática do tipo Revisão Integrativa. Utilizaram-se parâmetros (temático, linguístico e cronológico), descritores, critérios de exclusão e inclusão tendo como principal fonte e banco de dados os anais do 15º CBAS. O universo da pesquisa se consubstancia em 1.427 artigos, tendo como amostra 600 artigos identificados e considerados como possíveis para a seleção, no entanto, após a revisão e leitura completa dos artigos, chegou-se ao total de 35 artigos selecionados e potencialmente apropriados para serem incluídos na Revisão Integrativa. O período da pesquisa foi de agosto de 2017 a maio de 2018. A técnica de análise dos dados utilizada foi à análise de conteúdo por categorização, utilizando como instrumento a matriz de síntese a partir do uso de um roteiro de leitura. Os resultados obtidos apontam no âmbito da produção do conhecimento que a pesquisa bibliográfica do tipo revisão de literatura é a mais utilizada e que o Estado é o lócus onde se encontram a maioria dos escritores/as pesquisadores/as. No que tange ao exercício profissional há uma discrepância na organização do trabalho, pois no que tange a articulação teoria e prática, a primeira encontra-se apenas no discurso (idealmente). Evidencia-se ainda que, mesmo havendo no plano do discurso, um compromisso com o Projeto de Reforma Sanitária e o PEPP, vê-se a incompatibilidade desses com as ações desenvolvidas, trazendo ao exercício profissional características do Serviço Social tradicional e vinculação com a instrumentalidade pautada na racionalidade burguesa. Nesse sentido ratifica-se que a contrarreforma do Estado no âmbito da saúde inflexiona o exercício profissional em contraposição ao PEPP e a este, traz uma questão de estranhamento à categoria profissional entre aquilo que foi elaborado e o que de fato está sendo realizado, ou seja, entre projeção/intencionalidade e a efetivação das ações.

Palavras-chaves: Exercício profissional. Assistente Social. Serviços de saúde. Contrarreforma do Estado. Produção do conhecimento.

RESUMEM

Este estudio se refiere a la investigación sobre el ejercicio profesional de asistentes sociales en servicios de salud a través de la investigación acerca del debate profesional en la producción del conocimiento. Objetivo analizar, a través de una investigación bibliográfica, el debate profesional sobre el ejercicio profesional de asistentes sociales en los servicios de salud. También busca identificar cómo esa actual coyuntura, atravesada por los preceptos de la Política de Ajustes Neoliberal, a través de la Contrarreforma del Estado, ha inflexionado el ejercicio profesional. La hipótesis central formulada fue: el debate profesional sobre la actuación profesional de asistentes sociales en los servicios de salud demuestra que la coyuntura de contrarreforma del Estado inflexiona ese ejercicio profesional en detrimento de lo que está previsto formalmente la profesión. Fue elegida como recorte teórico-metodológico la Teoría Social Crítica a partir del materialismo histórico-dialéctico. El diseño metodológico se estructura de la siguiente forma: es una investigación exploratoria en cuanto a sus objetivos y una investigación bibliográfica en lo que se refiere a sus procedimientos técnicos, optando por la Revisión Bibliográfica Sistemática del tipo Revisión Integrativa. Se utilizaron parámetros (temático, lingüístico y cronológico), descriptores, criterios de exclusión e inclusión teniendo como principal fuente y base de datos los anales del 15^o CBAS. El universo de la investigación se consubstancia en 1.427 artículos, teniendo como muestra 600 artículos identificados y considerados como posibles para la selección, sin embargo, después de la revisión y lectura completa de los estudios se llegó al total de 35 artículos seleccionados y potencialmente apropiados para ser incluidos en la Revisión Integrativa. El período de la encuesta fue de agosto de 2017 a mayo de 2018. La técnica de análisis de los datos utilizada fue al análisis de contenido por categorización, utilizando como instrumento la matriz de síntesis a partir del uso de un guión de lectura. Los resultados obtenidos apuntan en el ámbito de la producción del conocimiento que la investigación bibliográfica del tipo revisión de literatura es la más utilizada y que el Estado es el locus donde se encuentran la mayoría de los escritores / as investigadores / as. En lo que se refiere al ejercicio profesional hay una discrepancia en la organización del trabajo, pues en lo que se refiere a la articulación teoría y práctica, la primera se encuentra a penas en el discurso (idealmente). Se evidenció que, aun habiendo en el plano del discurso, un compromiso con el Proyecto de Reforma Sanitaria y el PEPP, se ve la incompatibilidad de esos con las acciones desarrolladas, trayendo al ejercicio profesional características del Servicio Social tradicional y vinculación a instrumentalidad pautada en la racionalidad burguesa. En ese sentido se ratifica que la contrarreforma del Estado en el ámbito de la salud inflexiona el ejercicio profesional en contraposición al PEPP ya éste, tras una cuestión de extrañamiento la categoría profesional entre lo que fue elaborado y lo que de hecho se está realizando, o sea, entre proyección / intencionalidad y la efectividad de las acciones.

Palabras clave: Ejercicio profesional. Asistente social. Servicios de salud. Contrarreforma del Estado. Producción del conocimiento.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------------|---|
| ABEPSS | Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social |
| ABRASCO | Associação Brasileira de Saúde Coletiva |
| ABRES | Associação Brasileira de Economia da Saúde |
| AMPASA | Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde |
| ANS | Agência Nacional Suplementar |
| ANVISA | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| BVS | Biblioteca Virtual em Saúde |
| CBAS | Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais |
| CE | Código de Ética |
| CEBES | Centro Brasileiro de Estudos da Saúde |
| CF | Constituição Federal |
| CFESS | Conselho Federal de Serviço Social |
| CLT | Consolidação das Leis Trabalhistas |
| CNRS | Conselho Nacional da Reforma Sanitária |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| CPMF | Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira |
| CRESS | Conselho Regional de Serviço Social |
| DeCS | Descritores em Ciências da Saúde |
| DH | Direitos Humanos |
| EAD | Educação a Distância |
| EBSERH | Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares |
| ENESSO | Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social |
| ESF | Estratégia de Saúde na Família |
| FBH | Federação Brasileira de Hospitais |
| FHC | Fernando Henrique Cardoso |
| FMI | Fundo Monetário Internacional |
| FNCPS | Fórum Nacional Contra a Privatização da Saúde |
| HEETSHL | Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena |
| HTOP | Hospital de Traumatologia e Ortopedia da Paraíba |
| HU | Hospital Universitário |
| INAMPS | Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social |

| | |
|--------------|---|
| LOS | Lei Orgânica da Saúde |
| MARE | Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado |
| MEC | Ministério da Educação e Cultura |
| MP | Medida Provisória |
| MPC | Modo de Produção Capitalista |
| MRSB | Movimento de Reforma Sanitária Brasileira |
| MS | Ministério da Saúde |
| NASF | Núcleo de Apoio às equipes de Saúde na Família |
| NOAS | Norma Operacional da Assistência a Saúde |
| NOB | Norma Operacional Básica |
| ONG | Organização Não-Governamental |
| OS | Organização Social |
| OSCIP | Organização da Sociedade Civil |
| PDRE | Plano Diretor da Reforma do Estado |
| PEC | Proposta de Emenda Constitucional |
| PEPP | Projeto Ético-Político Profissional |
| PL | Projeto de Lei |
| PLC | Projeto de Lei Complementar |
| PT | Partido dos Trabalhadores |
| RJU | Regime Jurídico Único |
| RSB | Reforma Sanitária Brasileira |
| SUDS | Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|-----|
| FIGURA 1 – Tipos de Revisão de Literatura..... | 147 |
| FIGURA 2 – Processo de Revisão Integrativa..... | 148 |
| FIGURA 3 – Fluxograma da estratégia de busca de avaliação de resumos..... | 153 |
| QUADRO 1 – Descritores utilizados na pesquisa..... | 151 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | | |
|-------------|---|-----|
| GRÁFICO 1- | Vinculação do artigo selecionado ao tema da pesquisa... | 159 |
| GRÁFICO 2- | Eixos temáticos no qual se encontram os artigos selecionados..... | 160 |
| GRÁFICO 3- | Tipo de pesquisa e/ou estudo a que está vinculado o artigo..... | 160 |
| GRÁFICO 4- | Região do Brasil de onde é oriundo o artigo selecionado..... | 161 |
| GRÁFICO 5- | Vinculação institucional dos/as autores/as dos artigos selecionados..... | 162 |
| GRÁFICO 6- | Nível de complexidade em saúde analisado pelos artigos selecionados para o estudo..... | 163 |
| GRÁFICO 7- | Evidência de teoria norteadora no corpo do texto dos artigos selecionados..... | 166 |
| GRÁFICO 8- | Presença de ecletismo quanto ao uso da teoria norteadora..... | 167 |
| GRÁFICO 9- | Enfoque metodológico seguido pelos artigos..... | 168 |
| GRÁFICO 10- | Incidência de categoria, conceitos e/ou descritores..... | 172 |
| GRÁFICO 11- | Incidência de temáticas..... | 173 |
| GRÁFICO 12- | Perspectiva presente sobre o exercício profissional presente no artigo analisado..... | 174 |
| GRÁFICO 13- | Concepção de saúde que orienta o exercício profissional de assistentes sociais nos serviços de saúde..... | 175 |
| GRÁFICO 14- | Articulação entre teoria e prática na organização do trabalho..... | 176 |
| GRÁFICO 15- | Organização interna dos serviços de saúde..... | 178 |
| GRÁFICO 16- | Principais direitos identificados na materialização do exercício profissional de assistentes sociais nos serviços de saúde..... | 185 |
| GRÁFICO 17- | Compatibilidade entre as propostas do PEPP e as ações efetivamente desenvolvidas pelos/as assistentes sociais..... | 187 |
| GRÁFICO 18- | Presença de características do Serviço Social tradicional no exercício profissional nos serviços de saúde..... | 189 |
| GRÁFICO 19- | Imagem prevalecte do Serviço Social nos serviços de saúde..... | 191 |
| GRÁFICO 20- | Autoimagem prevalecte do Serviço Social nos serviços de saúde..... | 192 |
| GRÁFICO 21- | Instrumentalidade predominante no trabalho de assistentes sociais nos serviços de saúde..... | 193 |

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| INTRODUÇÃO..... | 15 |
| CAPÍTULO 1- A CONVIVÊNCIA ENTRE AS PROPOSTAS DO SUS E A CONTRARREFORMA DO ESTADO: É POSSIVEL A COMPATIBILIDADE?..... | 26 |
| 1.1 Apontamentos sobre a Reforma Sanitária Brasileira..... | 26 |
| 1.2 Do SUS à Contrarreforma: descaminhos da saúde..... | 40 |
| 1.3 A contrarreforma do Estado brasileiro e a discussão sobre os novos modelos de gestão na saúde pública..... | 63 |
| 1.3.1 Flexibilização e Precarização das relações de trabalho a partir da contrarreforma do Estado..... | 79 |
| CAPÍTULO 2- A RELAÇÃO ENTRE EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO (A) ASSISTENTE SOCIAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE E O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO PROFISSIONAL..... | 86 |
| 2.1 Trabalho em saúde e exercício profissional do (a) assistente social: discussões sobre as repercussões do Projeto Ético-Político no cotidiano de trabalho..... | 86 |
| 2.2 O Projeto Ético Político Profissional e perspectiva de direito vislumbrado no exercício profissional do assistente social..... | 112 |
| 2.3 Instrumentalidade, autoimagem profissional e realidade do trabalho do assistente social..... | 127 |
| CAPÍTULO 3- DAS QUESTÕES OBJETIVAS À OBJETIVAÇÃO DO TRABALHO: PARTICULARIZANDO O DEBATE PROFISSIONAL DO (A) ASSISTENTE SOCIAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE A PARTIR DE UMA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA..... | 143 |
| 3.1 Percurso metodológico: dos tracejos iniciais à síntese integradora.... | 143 |
| 3.2 Pesquisa e produção de conhecimento no Serviço Social: uma breve caracterização dos artigos analisados..... | 156 |
| 3.3 Exercício Profissional de Assistentes Sociais na Saúde em tempos de contrarreforma: de que fazer se está falando?..... | 169 |
| 3.4 Projeto Ético-Político Profissional na cena contemporânea na política de Saúde: aplicabilidade ou retórica?..... | 183 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 196 |
| REFERÊNCIAS..... | 202 |
| APÊNDICES..... | 216 |
| Apêndice A- Matriz de síntese: Roteiro de leitura | |
| Apêndice B- Fichas com as referências dos artigos analisados | |

INTRODUÇÃO

Este trabalho intitulado “*Serviço social na Saúde: particularidades da produção do conhecimento acerca do exercício profissional dos (as) assistentes sociais em tempos de contrarreforma do Estado*” têm como **tema** o exercício profissional do (a) assistente social e como **objeto** o debate sobre o exercício profissional nos serviços de saúde numa conjuntura de contrarreforma do Estado.

A proposta tem como escopo analisar, através de uma pesquisa bibliográfica, o debate profissional sobre o exercício profissional de assistentes sociais nos serviços de saúde. Procura ainda identificar como essa atual conjuntura, atravessada pelos preceitos da Política de Ajustes Neoliberal, através da Contrarreforma do Estado, tem inflexionado o exercício profissional.

Assim, problematizar como se processa o exercício profissional do Serviço Social na cena contemporânea supõe pensá-lo como parte integrante da “classe-que-vive-do-trabalho” que, necessitando vender sua força de trabalho em troca do salário para poder se reproduzir, encontra-se à mercê dos mesmos dilemas e constrangimentos comuns a todos (as) os (as) trabalhadores (as) assalariados (as) sob a égide do regime capitalista, como tão bem enfatizado por lamamoto (2015), que incitam um Estado mínimo no âmbito dos direitos e da proteção social ao passo em que maximiza sua intervenção e suas funções em prol da esfera do mercado e da lucratividade do sistema.

O interesse pela temática surgiu enquanto fruto de observações e até mesmo inquietações que emergiram durante experiência profissional como assistente social contratada em um hospital da rede de saúde do estado da Paraíba, o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena (HEETSHL) — popularmente chamado de “Hospital de Trauma” — fundado em julho de 2001, como também no hospital criado como retaguarda e suporte para o Hospital de Trauma em setembro de 2013, o Hospital de Traumatologia e Ortopedia da Paraíba (HTOP).

É válido ressaltar que, ambos os hospitais se encontram desde 2011 sob a administração da Cruz Vermelha Brasileira- filial Rio Grande do Sul até a presente data.

Nestes hospitais é perceptível que o caráter de urgência somado a questões objetivas e subjetivas causam impactos sobre o cotidiano profissional do Serviço

Social, muitas vezes colocando em xeque a influência do arcabouço ético-político e teórico-metodológico do Serviço Social ora dominante no seu atual Projeto Ético-Político Profissional (PEPP), cuja dissonância foi constatada empiricamente por expressivo número de Assistentes Sociais inseridos (as) na instituição.

Também foi possível constatar empiricamente que, devido ao regime jurídico de Organização Social, o HEETSHL e o HTOP requisitam dos/as assistentes sociais ali inseridos/as uma prática afinada com o projeto privatista, descrita por Bravo (2008), voltada a ações imediatistas desprovidas de criticidade direcionadas a seleção socioeconômica dos/as usuários/as, atuação psicossocial por meio de aconselhamentos e predomínio de abordagens individuais.

De modo empírico, ficou claro que as ações dos/as assistentes sociais inseridos/as nesses espaços sócio-ocupacionais pautam-se em respostas imediatas concernentes a esfera cotidiana, resvalando em atividades que levam a uma visão limitada e restrita apenas aos fenômenos do real, conduzindo estes profissionais à alienação, ao mero cumprimento de rotinas e tarefas demarcadas pela superficialidade e ao senso comum; pois, como bem explicita Lacerda (2014, p. 23) “a execução terminal de políticas sociais muitas vezes se transforma na acrítica implementação de leis e normas, seguindo critérios e padrões, sendo o carimbo e o papel mais importantes [...]”

Além das tensões vivenciadas na unidade hospitalar, oriundas das próprias demandas que lhe caracterizam, havia também um desconhecimento significativo das demais equipes sobre quais as reais atribuições e competências profissionais do Serviço Social, resultando em requisições de práticas generalistas superadas no atual PEPP, conjuminadas a situações relacionadas à infraestrutura inadequada e flexibilização das relações de trabalho.

Estas e outras questões advindas durante atuação neste espaço sócio-ocupacional desde 2013, somadas aos questionamentos sobre o exercício profissional impactado pela contrarreforma do Estado e pelo desmonte das políticas sociais e retrocesso na consolidação de direitos, ocasionaram reflexões e questionamentos sobre a tensão gerada entre o projeto profissional da categoria e sua condição enquanto trabalhador assalariado sejam na esfera estatal ou em instituições privadas e, como tais tensões, se expressavam nas produções não só de teóricos, mas também de profissionais e estudantes da área de Serviço Social.

Durante a tessitura deste estudo foram feitas considerações de como o capital desde a década de 1970, desenvolve estratégias para burlar a crise que vivencia e (re) organizar novas formas de acumulação, tendo o Estado como um de seus mecanismos de dominação, retraindo e refuncionalizando suas funções e assim desregulamentando e enfraquecendo o campo de cobertura das Políticas Sociais.

Sabe-se que as Políticas Sociais não representam somente “concessões” desse Estado, mas também, são frutos das reivindicações da “classe que vive do trabalho”, onde a cada dia tem-se o crescimento da exploração da sua força de trabalho e o seu empobrecimento como forma de subsumi-lo à acumulação por parte do grande capital.

Cabe destacar, segundo Souza (2010), que o trabalho em saúde tem sofrido de forma diferenciada os açoitamentos da ofensiva Neoliberal que, não o podendo substituir de forma integral por novas tecnologias, o expõem a intensificação e o aviltamento do trabalho, acarretando a desvalorização de seus profissionais e desregulamentação da proteção social para os mesmos.

É fato que este cenário se reflete no exercício profissional de assistentes sociais, pois a saúde é o setor que mais concentra assistentes sociais, reconhecidos (as) como profissionais de saúde pelas Resoluções do Conselho Nacional nº 218, de 06 de março de 1997 e do Conselho Federal de Serviço Social, nº 383, de 29 de março de 1999.

Desta feita, conforme Bravo e Matos (2008) colocam-se na contemporaneidade, no âmbito da política de saúde enquanto desafio à categoria, o reforço à aliança entre o Projeto Ético-Político Profissional – balizado pela cidadania, democracia, emancipação social, entre outros valores – o Projeto Sanitarista, fundado na defesa da universalização, na garantia de direitos sociais na saúde e na democracia e no controle social.

Especificamente, para a categoria, como bem expresso por Netto (2008, p. 158, grifo do autor) “a cruzada antidemocrática do grande capital expressa na *cultura* do neoliberalismo, é uma ameaça real à implementação do projeto profissional do Serviço Social”, ou seja, para a perspectiva neoliberal a defesa e a implementação do PEPP são consideradas como provas de retrocesso, de estar nadando contra a correnteza, haja vista que este projeto profissional encontra-se associado a um projeto societário que, sendo contrário ao projeto veiculado as classes proprietárias e exploradas, finca suas bases na vida social.

No entanto, ainda segundo o autor supracitado, é no seio das lutas político-sociais das décadas de 1970 e 1980 no Brasil, que o Serviço Social intentou a ruptura com o quase monopólio do conservadorismo dentro da categoria através de suas vanguardas, donde a produção do conhecimento na área de Serviço Social assumiu papel fundamental com a criação e expansão da pós-graduação, inicialmente com os cursos de mestrado logo depois vindo os cursos de doutorado; sendo abertos nestes espaços às discussões e estudos sobre o caráter interventivo da profissão, seus procedimentos, formação, história e, principalmente, sobre a realidade social, econômica, política e cultural.

É importante salientar, de acordo com Yasbek (2009), que a profissão de Serviço Social possui estatuto jurídico (a saber, a Lei 8.662/1993) e desenvolve estudos e investigações no âmbito técnico e científico que são incorporadas pelas ciências humanas e sociais, constituindo-se assim tanto como uma profissão interventiva, como também área de produção de conhecimentos, que inclusive possui o apoio de agências públicas de fomento à pesquisa, a exemplo do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

É importante ressaltar que, conforme esclarece Netto (2011), o Serviço Social enquanto profissão é requerida pelo Estado e suas instâncias para atender, ou seja, dar respostas as necessidades sociais oriundas das expressões da “questão social” por intermédio das políticas sociais. Respostas essas que para o capital significa a manutenção da sua sociabilidade e para os trabalhadores, significa a resposta as suas reivindicações e do qual o fim último é a garantia de melhores condições de vida aos que se encontram em situação de pauperismo.

Nesta tensão entre responder demandas tão divergentes situa-se o exercício profissional de assistentes sociais que, de acordo com Torres (2016) atua nas contradições intrínsecas à constituição da sociedade capitalista, pois, ao passo que atende aos interesses de seu empregador, compreende o campo sócio-ocupacional o/a qual está inserido/a enquanto trabalhador/a assalariado/a, engenhando também respostas profissionais voltadas às demandas apresentadas pela população usuária.

Portanto mediante o exposto, se reconhece o Serviço Social como profissão de natureza interventiva e analítica, assumindo cada vez um importante papel como protagonista na área de ciências sociais e humanas a partir da construção de

respostas oriundas das demandas identificadas pelos/as próprios/as profissionais em seus múltiplos campos de trabalho.

Para tanto é válido reforçar o entendimento que o exercício profissional de assistentes sociais também se constitui a partir da compreensão que cada assistente social demonstra ter das dimensões constitutivas do fazer profissional.

Assim, entende-se que o Serviço Social brasileiro avançou nos últimos 30 anos, mesmo diante de um quadro de profundas mudanças na vida societária, passando por um enorme processo de maturação, principalmente após a ruptura com a tradição conservadora, em busca de uma vertente crítica acerca da realidade social.

É também progressivamente evidente que sofre interna e externamente as determinações da realidade e do contexto econômico-político e social da contemporaneidade diante do fortalecimento do Neoliberalismo e da flexibilização das relações de produção e reprodução do trabalho que precarizam e fragmentam toda a classe trabalhadora.

Nesse limiar de análise, é possível identificar a necessidade de estudos e pesquisas concretas sobre situações concretas que desvelem o processamento do trabalho de assistentes sociais, requisitando um entendimento cada vez mais próximo entre formação, exercício profissional, pesquisa e produção de conhecimento.

É posto a categoria enquanto competência profissional “planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais (BRASIL, 2012, inciso VII, art. 4º), tal reconhecimento legal é importante, pois ratifica a necessidade de que o/a assistente social qualifique-se, para assim, fazer e avaliar pesquisas que busquem apreender a realidade social.

Minayo (1994) enfatiza que a pesquisa é a atividade básica da ciência e que alimenta tanto a atividade de ensino quanto a atualiza frente à realidade do mundo, pois, mesmo sendo uma prática teórica, consegue vincular pensamento e ação.

No atual estágio do capitalismo o conhecimento tem sido subsumido e cada vez mais mercantilizado, especialmente no âmbito acadêmico que, onde a universidade vê-se transformada em universidade operacional, isto é, estruturada por programas e estratégias voltadas para a eficácia organizacional e avaliada segundo os índices de produtividade (MIOTO; LIMA, 2007).

Seja essa a razão de, na contemporaneidade haver o questionamento no que compete à qualidade das produções acadêmicas, em especial aos procedimentos metodológicos, e dentre estes se evidencia a pesquisa bibliográfica como sendo uma das mais observadas na atualidade, pois muitas vezes é tida como desprovida de critérios e procedimentos metodológicos.

A pesquisa bibliográfica, de acordo com Severino (2007) é desenvolvida a partir do registro disponível, procedente de pesquisas anteriores em livros, teses, artigos, documentos impressos, dentre outros, utilizando-se dos dados e/ou de categorias teóricas já analisadas por outros pesquisadores e adequadamente registradas, donde os textos consubstanciam-se em fontes dos temas a serem pesquisados e o pesquisador pauta a sua investigação a partir das contribuições dos autores dos estudos analíticos constantes dos textos.

Gil (2016) informa que a pesquisa bibliográfica tem sido um procedimento bastante utilizado em trabalhos de caráter exploratório, como em pesquisas desenvolvidas a partir da técnica de análise de conteúdo. O autor sobressalta que uma das principais vantagens da pesquisa bibliográfica encontra-se no fato de possibilitar ao pesquisador a cobertura de uma gama de fenômenos bem mais ampla do que aquela que poderia investigar diretamente.

Dentro do âmbito da pesquisa bibliográfica destaca-se a Revisão da Literatura, que segundo Botelho, Cunha e Macedo (2011) é um primeiro passo para a construção do conhecimento científico, porquanto é através desse processo que as novas teorias surgem e são reconhecidas lacunas e oportunidades para o surgimento de novas investigações sobre um assunto específico.

A Revisão da Literatura pode ser do tipo Revisão Bibliográfica ou Revisão Bibliográfica Sistemática.

A Revisão Bibliográfica é tradicionalmente conhecida por descrever o estado da arte de um tema, também é chamada de Revisão Narrativa e pauta-se no uso de métodos específicos que tem por objetivo a análise da literatura, da interpretação e análise crítica pessoal do pesquisador.

Já a Revisão Bibliográfica Sistemática, de acordo com Castro (2006 apud BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011) é uma revisão planejada para responder a uma pergunta específica e que usa métodos explícitos e sistemáticos para identificar, selecionar e avaliar criticamente cada estudo, e ainda, para coletar e analisar dados desses estudos tidos como incluídos na revisão.

A Revisão Bibliográfica Sistemática ainda se subdivide em quatro outros métodos: a meta análise, revisão sistemática, revisão qualitativa e revisão integrativa. Dentro das áreas da Saúde e da Educação uma das mais utilizadas é a Revisão Integrativa.

A Revisão Integrativa pode ser definida, como bem explicita Redeker (2000), como um sumário da literatura num conceito específico ou numa área de conteúdo, cuja finalidade é reunir e resumir o conhecimento científico já produzido sobre o tema investigado, permitindo assim buscar, avaliar e sintetizar as evidências disponíveis para contribuir para o desenvolvimento do conhecimento sobre o tema pesquisado. Seu propósito é revisar métodos, teorias e/ou estudos empíricos sobre um tema particular.

Mediante a exposição das razões para a realização desse estudo —seja de base empírica como literária— reafirma-se ante a escolha pela Revisão Bibliográfica Sistemática, do tipo Revisão Integrativa, a importância de expor com clareza tanto o método quanto os procedimentos metodológicos que circundam a execução desse estudo, desde a sua execução e detalhamento das fontes, de maneira a demonstrar o caminho traçado que foi perseguido durante todo o processo de investigação e de análise da proposta.

Para tanto, comungamos do mesmo pensamento de Raichelis (2011; 2013) ao afirmar que, mediante essa conjuntura imposta pelo projeto neoliberal através da contrarreforma do Estado, coloca-se à dinâmica do exercício profissional como objeto de pesquisa a ser desenvolvido, haja vista ser no exercício profissional expresso o significado da prática sócio-profissional do Serviço Social, consubstanciada mediante a inserção na divisão sócio-técnica do trabalho, na forma do assalariamento.

Desta feita o interesse pelo tema do “exercício profissional” se tornou crescente, levando a ter-se como objeto de estudo para a pesquisa “o exercício profissional de assistentes sociais nos serviços de saúde numa conjuntura de contrarreforma do Estado”.

A partir de então, buscou-se a resposta para a questão que norteou o estudo, que foi: “como se apresenta o debate profissional acerca do exercício profissional de assistentes sociais nos serviços de saúde em uma conjuntura de contrarreforma do Estado?”.

A hipótese levantada tomou por base a seguinte assertiva: “o debate profissional acerca da atuação profissional de assistentes sociais nos serviços de saúde demonstra que a conjuntura de contrarreforma do Estado inflexiona esse exercício profissional em detrimento do que está previsto formalmente para a profissão”; onde, a partir de uma investigação bibliográfica o objetivo central do estudo dirigiu-se a “analisar o debate profissional acerca do exercício profissional de assistentes sociais nos serviços de saúde em uma conjuntura de contrarreforma”, buscando especificamente:

- Analisar as congruências e incongruências entre as competências e atribuições profissionais previstas no PEPP e as principais ações desenvolvidas pelos (as) assistentes sociais nos serviços de saúde;
- Analisar as principais demandas dos serviços de saúde ao (a) assistente social;
- Verificar quais os principais direitos em saúde defendidos pelos (as) assistentes sociais nos serviços de saúde;
- Identificar qual a concepção de saúde que orienta o exercício profissional do (a) assistente social;
- Identificar se há características do Serviço Social Tradicional na atualidade do exercício profissional dos (as) assistentes sociais nos serviços de saúde.

Assim, entende-se que o estudo ora proposto se reveste de relevância científica, já que contribui para o esclarecimento de um problema detectado, e de relevância social, posto que sua análise proporciona o desvendamento de traços fundantes relacionados aos movimentos mais recentes do processo de materialização do exercício profissional, no intuito de favorecer novas reflexões que possam minimizar os referidos traços.

Do ponto de vista do recorte teórico-metodológico optou-se pela escolha da Teoria Social Crítica ou Teoria Social de Marx, que apreende uma concepção de homem e de mundo tendo um esclarecimento geral sobre a sociedade capitalista burguesa: seu sistema, suas conexões internas, suas relações e suas leis de funcionamento.

Como método, elegeu-se o materialismo histórico-dialético, visto enquanto um método preciso para conhecer a realidade social, e ainda, tratando-se de um método

de investigação e de exposição crítica da sociabilidade burguesa, partindo do real concreto com fins de se alcançar a qualidade de concreto pensado.

Metodologicamente, este estudo, configura-se como uma pesquisa exploratória no que se refere aos seus objetivos e como uma pesquisa bibliográfica no que compete aos seus procedimentos técnicos, articulando as dimensões quantitativas e qualitativas por ser uma forma adequada para entender e analisar os fenômenos sociais.

É válido salientar que neste estudo foi utilizado a Revisão de Literatura do tipo Revisão Narrativa como forma de pesquisa bibliográfica, porém além do modelo tradicional elegeu-se a Revisão Bibliográfica Sistemática, por ser baseada em técnicas, do tipo Revisão Integrativa.

A revisão Integrativa pauta-se em 6 (seis) etapas/fases que vão do processo de coleta à análise e interpretação dos dados, quais são:

1ª etapa/fase: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa – elaboração da pergunta norteadora, da estratégia de busca, dos descritores e da base de dados;

2ª etapa/fase: estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão – busca ou amostragem na literatura;

3ª etapa/fase: identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados – coleta de dados;

4ª etapa/fase: categorização dos estudos selecionados – análise crítica dos estudos incluídos;

5ª etapa/fase: análise e interpretação dos resultados – discussão dos resultados;

6ª etapa/fase: apresentação da Revisão Integrativa – síntese do conhecimento ou síntese integradora.

Para o levantamento dos estudos (artigos) na literatura realizou-se a busca nos Anais do 15º Congresso brasileiro de Assistentes Sociais de Serviço Social que foi realizado na cidade de Recife-PE no ano de 2016 — ano em que o Serviço Social Brasileiro comemorava seus 80 anos — cujo material foi disponibilizado em CD-RW, configurando-se esse material como a base de dados da pesquisa. Foram estabelecidos ainda os descritores tomando por base os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e suas combinações em língua portuguesa, como ainda as estratégias de busca que incluem os critérios de inclusão e exclusão.

O Universo estudado foi composto pelos artigos publicados no 15º CBAS oriundos das comunicações orais apresentadas nesse evento que versaram sobre o objeto desta pesquisa, totalizando o número de 1.427 artigos, donde se extraiu como amostra o total de 600 artigos que foram identificados e considerados como possíveis para a seleção, no entanto, obedecendo às etapas da Revisão integrativa, após a revisão dos estudos, chegou-se a um total de 35 artigos, tidos como selecionados e potencialmente apropriados para serem incluídos na Revisão Integrativa.

O período em que se deu a pesquisa foi de agosto de 2017 a maio de 2018.

Para tratamento/análise dos dados utilizou-se a técnica de análise de conteúdo por categorização, sendo para Bardin (2008, p. 11) “um conjunto de instrumentos metodológicos em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados”, donde a análise categorial (ou categorização) “funciona por operações de desmembramento do texto em unidades em categorias segundo reagrupamentos analógicos” (IDEM, p. 199).

É válido explicitar que nessa fase da pesquisa, foi utilizado como instrumento de análise dos dados, uma matriz de síntese, que nesta pesquisa, encontra-se sob o formato de um roteiro de leitura tomando por base os estudos de Lima e Miotto (2007) sobre como confeccioná-los.

Para fins elucidativos esse estudo encontra-se estruturado em três capítulos.

O capítulo 1 introduz uma discussão sobre o percurso histórico/conjuntural utilizado na pesquisa, indo desde a idéia da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), passando pela institucionalização do SUS chegando até os processos de flexibilização, precarização e terceirização do trabalho em saúde impostos pelo projeto de Contrarreforma do Estado no Brasil como exigência da Política de Ajustes Neoliberal para o país.

O capítulo 2 enfoca sobre a discussão acerca do setor de serviços e o trabalho em saúde concatenando como se processa o exercício profissional de assistentes sociais na área da saúde abarcando ainda a influência do projeto Ético-Político Profissional no cotidiano de trabalho da categoria no setor saúde. Ainda, para uma melhor elucidação acerca da temática travou-se uma discussão sobre a perspectiva de direito apresentada pelo PEPP e como aquela se reflete no exercício profissional; abordando ainda sobre a instrumentalidade, auto-imagem e realidade do trabalho profissional de assistentes sociais.

O capítulo 3 inicia trazendo a explicitação de como se desenvolveu o caminho metodológico escolhido para essa pesquisa, após, de forma genérica, aborda um pouco sobre pesquisa e produção de conhecimento em Serviço social trazendo os primeiros achados extraídos através da matriz de síntese concernentes a caracterização dos artigos analisados, a seguir são trazidas as discussões de como se processa o trabalho de assistentes sociais nos serviços de saúde nesta conjuntura de Contrarreforma do Estado, bem como, a aplicabilidade ou retórica do PEPP na contemporaneidade da Política de Saúde. É válido ressaltar que os dois últimos pontos apresentados trazem em seu conteúdo os resultados e a interpretação dos dados coletados da pesquisa realizada.

Por fim, tecem-se algumas considerações acerca do que de fato retrata o debate profissional sobre o exercício profissional nos serviços de saúde, em especial no que tange ao PEPP e as inflexões que tem sofrido na atualidade. Tem-se claro que, devido aos limites deste trabalho, novas pesquisas e leituras podem ser elaboradas, a partir do diálogo direto com assistentes sociais enfatizando os aspectos qualitativos presentes no exercício profissional, em especial nos serviços de saúde, os quais ratificam a profissão.

CAPÍTULO 1

A CONVIVÊNCIA ENTRE AS PROPOSTAS DO SUS E A CONTRARREFORMA DO ESTADO: É POSSÍVEL A COMPATIBILIDADE?

Este capítulo explicitará como se deu a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro a partir de uma perspectiva histórica, desde a sua gênese oriunda da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) nas décadas de 1970-1980, até como este sistema tem sido atrozmente inflexionado pelos ditames da contrarreforma do Estado, em sua fase de institucionalização na década de 1990 a seguir pelos anos 2000.

Assim, compreender como surgiu e como se desenvolveu a RSB é mais do que pertinente, pois disto deriva o entendimento das bases que alicerçam o SUS, possibilitando, a partir da abordagem conjuntural identificar a razão de sua incompatibilidade com o projeto reacionário da contrarreforma.

1.1 Apontamentos sobre a Reforma Sanitária Brasileira

Segundo Silva (2014) a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) teve seu percurso iniciado na década de 1970, seu apogeu na década de 1980 e seu retraimento na década de 1990, voltando a reaparecer na agenda política nos anos 2000 do século XXI.

Seu surgimento ocorreu em meados da década de 1970, quando de acordo com Berhring e Boschetti (2011), o Brasil vivia a crise do chamado “milagre econômico”, sob a égide do Regime Militar, que levou enormes contingentes sociais à pauperização.

Tal cuja conjuntura, segundo (Bravo 2011), foi totalmente desfavorável à saúde enquanto um direito social, haja vista que a lógica vigente era a do seu acesso via seguro social (mais precisamente, previdência social) somente para aqueles inseridos formalmente no mercado de trabalho, restando aos demais que se encontravam à margem do mercado formal, a assistência precarizada via ações assistenciais e de saúde pública que funcionavam de forma precária, seletiva e focalizada .

Assim, de acordo com Fleury (2009), este sistema segmentado se estruturava da seguinte forma:

- **Modelo Assistencial**: pautado em ações de caráter emergencial, caritativo e reeducador, direcionado a grupos de pobres vulneráveis com uma associação entre políticas públicas e trabalho voluntário e organizado de forma pulverizada e descontínua. Tal cenário faz com que a autora mencionada conclua que, mesmo permitindo o acesso a certos bens e serviços, não se configurou uma relação de direito social, comportando apenas medidas compensatórias e, de certo modo estigmatizantes. Para tanto, Fleury (2009, p. 744, grifo nosso) denomina esta “relação como *cidadania invertida*, na qual o indivíduo tem que provar que fracassou no mercado para ser objeto da proteção social”.
- **Modelo de Seguro Social**: neste modelo se estabeleceu uma relação de direito contratual, ou seja, os benefícios estavam condicionados às contribuições previamente feitas e à vinculação dos indivíduos às categorias ocupacionais que eram autorizadas a operarem o seguro. Desta feita, com a organização fragmentada dos seguros, a concepção dos benefícios expressava-se como privilégios diferentes entre cada categoria, e resultado de sua capacidade de pressão sobre o governo e de sua inserção na estrutura produtiva, o que Wanderley Santos (apud FLEURY, 2009, p. 745) denominou de *cidadania regulada* pela condição do trabalho.

De acordo com Bravo (2011) além da referida segmentação, o período da ditadura militar foi marcado pelo aprofundamento dos problemas estruturais e houve o acirramento da saúde enquanto mercadoria, a partir do estímulo e investimento do setor público no setor privado com a mercantilização dos serviços, avanço da indústria farmacêutica, de equipamentos médico-hospitalares e a autonomização de serviços terceirizados dentro do complexo previdenciário de assistência médica; dependência do segmento hospitalar privado; gestão centralizada, autoritária e restrita; além da ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada.

Em termos gerais, segundo a autora supracitada, houve o agudizamento da “questão social” e de suas expressões no âmbito da saúde.

Por “questão social” entende-se, conforme Iamamoto (2013, p. 27):

[...] o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação como dos seus frutos mantém-se privada.

No enfrentamento da “questão social” o Estado se utilizou do binômio repressão-assistência pelo Estado, como explicitado por Bravo (2008), onde a política assistencial tanto foi ampliada, burocratizada quanto modernizada, com o objetivo de estender o seu poder de regulação sobre a sociedade, diminuir as tensões sociais e adquirir legitimidade para o regime além também de servir como forma de acumulação para o capital.

A autora ainda enfatiza que, durante este período foi imposta a medicalização da vida social, quer na Previdência Social, quer na Saúde Pública, pois, a Saúde de forma geral necessitava assumir as exigências capitalistas incorporando as modificações tecnológicas vindas do exterior.

Por sua vez, Escorel; Nascimento e Edler (2005) afirmam que a saúde pública foi relegada a um segundo plano, tornando-se uma máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação limitava-se a campanhas de baixa eficácia para quem a carência de recursos colaborava com o quadro de penúria e decadência com graves consequências para a saúde da população.

Behring e Boschetti (2011) relatam que, entre 1974 e 1979 a insatisfação com o governo militar foi expressa politicamente e de forma maciça, pois já se observava sinais de desgaste do modelo político e das consequências sociais da concentração de renda, situação que não passou incólume na saúde, o que de acordo com Bravo (2008), a partir da instalação de uma forte tensão entre o aumento dos serviços, disponibilidade de recursos financeiros, de interesses oriundos das relações burocráticas entre o setor estatal e empresarial-médico e a emergência do movimento sanitário, levou ao aumento das contradições existentes no Sistema Nacional de Saúde.

Segundo Silva (2014), foi nesta conjuntura de crise do regime militar que se fortaleceu a luta pela democratização com o avanço dos movimentos sociais, em especial do movimento sindical que reinseriu a classe operária na cena política, catalisando as demandas democráticas numa escala inimaginável para o período, levando consigo setores das camadas médias, da intelectualidade e até mesmo

segmentos burgueses que se sentiram prejudicados pelo modelo econômico-político vigente à época.

Esta rearticulação paulatina dos movimentos sociais tornou frequentes às denúncias sobre a situação caótica da saúde pública e dos serviços previdenciários médicos, ampliando as reivindicações por soluções imediatas para os problemas existentes no modelo de saúde vigente.

No mesmo sentido, segundo Escorel, Nascimento e Edler (2005) ao passo em que movimentos sociais se organizavam, diversos sindicatos de profissionais de saúde (especialmente médicos, acadêmicos e cientistas) debatiam em seminários e congressos as epidemias, endemias e a degradação da qualidade de vida da população e, no âmbito acadêmico, os profissionais das faculdades de medicina engendraram a discussão sobre outra forma de entender a saúde, delimitando-se teoricamente o campo da Saúde Coletiva, e dando origem ao Movimento de reforma Sanitária Brasileira (MRSB).

Para a corrente que defendia a Saúde Coletiva,

[...] o estudo do processo saúde-doença teria como foco não mais o indivíduo ou o seu somatório, mas a coletividade (as classes sociais e suas frações) e a distribuição demográfica da saúde e da doença. A ciência deixou de ser percebida como “neutra” e a teoria passou a ser vista como instrumento de luta política, com a realidade sanitária como seu objeto de estudo e intervenção política. (IDEM, p. 64).

Fleury (2009) enfatiza que, a Saúde Coletiva enquanto área de saber e espaço da prática social, demarcou a construção de uma problemática teórica fundada nas relações de determinação da saúde pela estrutura social, pretendendo uma organização da prática médica capaz de orientar a análise conjuntural e a definição das estratégias de luta no setor.

A autora em concordância com Paim (2009) explicitam que, enquanto fenômeno histórico-social, as bases teóricas que fundamentaram a construção do projeto da Reforma Sanitária Brasileira alicerçaram-se na revisão da concepção marxista do Estado analisada com base nos conceitos gramscianos e na elaboração de uma leitura crítica do campo da saúde coletiva.

Conforme Montaño e Durigetto (2011) o Estado para Gramsci não era somente o aparelho repressivo da burguesia, e a hegemonia não equivalia à pura

dominação, mas à direção social baseada num certo consenso e na aceitação pelos setores subalternos uma vez que:

Estado é todo complexo de atividades práticas e teóricas com as quais a classe dirigente não só justifica e mantém seu domínio, mas consegue obter o consenso ativo dos governados (GRAMSCI apud MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p. 45).

Para Fleury (2009) a importância da concepção gramsciana contemporânea de Estado reside na compreensão de que ele exerce um papel fundamental na função pedagógica de construção, consolidação e reprodução da direção cultural da classe hegemônica.

Em contraponto, a referida autora também explicita a importância do Estado ético ou civilizatório que equivaleria à elevação das massas, através de políticas públicas, ao nível cultural correspondente ao desenvolvimento das forças produtivas, o que levaria o Estado a cumprir um papel essencial na consolidação dos avanços do processo civilizatório, pois:

O Estado, sua política, suas formas, suas estruturas, traduzem, portanto, os interesses da classe dominante não de modo mecânico, mas através de uma relação de forças que faz dele uma expressão condensada da luta de classes em desenvolvimento. (idem, p. 76).

No que concerne especificamente à saúde, segundo Paim (2009), as bases teóricas da RSB buscavam identificar as relações entre a estrutura de classes e as políticas e práticas de saúde em três níveis, sejam elas: **econômico**, por meio das diferentes necessidades da reprodução ampliada que perpassam o setor saúde; **político**, a partir da compreensão das políticas de saúde como instrumento de legitimação do poder do Estado e manutenção do domínio de classe; **ideológico**, mediante as conexões entre a produção científica, as práticas sociais e o conjunto de valores que organizam o universo cultural e moral dos profissionais de saúde.

Assim, a RBS passava a ser objeto de reflexão teórica que:

[...] fundamentando uma práxis no sentido da superação do modelo vigente de organização de serviços de saúde, a partir da mobilização de um bloco de forças políticas pelo movimento sanitário sem perder o horizonte de transformações nos planos econômico, político, social e cultural (PAIM, 2007, p. 139).

Escorel, Nascimento e Edler (2005) enfocam que Foi a partir definição de Gramsci que tal movimento realizou uma leitura socializante da problemática explicitada pela crise da medicina mercantilizada e da sua ineficiência, buscando a possibilidade de organizar um sistema de saúde capaz de responder as demandas predominantes, a partir da defesa de uma gestão democrática e com administração baseada na racionalidade do planejamento.

No entanto, Silva (2014) adverte que houve diferentes concepções acerca do Projeto da Reforma Sanitária: a primeira concepção via a RSB como um projeto civilizatório atrelado à radicalização da democracia sob a ótica do socialismo, e a outra defendia a democratização do Estado sob os limites do capitalismo, numa ótica social-democrata, ou mesmo numa racionalidade política emancipatória.

Apesar das divergências de concepções no projeto de RSB, ela deferiu outras reformas ocorridas no Brasil (universitária, previdenciária, administrativa, tributária) porque não foi proposta pelo Estado, em especial pelo poder Executivo, mas surgiu no seio da sociedade, constituindo-se como conjunto de uma mudança social na busca pela democratização da saúde como parte da democratização da vida social, do Estado e dos seus aparelhos (PAIM, 2007; 2009).

Por sua vez:

[...] as decorrências desta construção teórico-política apontam na direção da centralidade de atuação junto ao Estado que passariam a ter como campo privilegiado de intervenção e desenvolvimento as lutas políticas (FLEURY, 2009, p. 747).

A autora ainda diz que foi com a RSB que a saúde passou a ser compreendida como um objeto concreto e complexo, síntese de múltiplas determinações e a luta pela universalização da saúde se constituiu como parte essencial da luta pela democracia, da mesma forma que a institucionalização da democracia aparece como condição para a garantia da saúde enquanto direito de cidadania.

Assim, em torno de uma proposta comum, de acordo com Escorel, Nascimento e Edler (2005), os diversos sujeitos sociais se organizaram em um movimento pela transformação do setor saúde, tendo como bandeira a luta pelos direitos civis e sociais percebidos como dimensões inerentes à democracia, onde a

saúde foi tida como uma de suas dimensões e, portanto, como uma bandeira contra o regime autoritário.

Segundo Bravo (2008), os principais debates propostos por estes sujeitos coletivos giraram em torno das seguintes questões: universalização do acesso; concepção de saúde enquanto direito social e dever do Estado; reestruturação do setor através da estratégia de um Sistema Unificado de Saúde, buscando um vasto reordenamento setorial com uma nova ótica acerca da saúde individual e coletiva; descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; financiamento efetivo e democratização do poder local por meio de novos mecanismos de gestão (conselhos municipais de saúde).

Acerca dos sujeitos sociais, segundo Bravo (2011), merecem destaque as entidades da sociedade civil de apoio (Conselho Nacional de Bispos do Brasil, Ordem dos Advogados do Brasil, Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, Centro Brasil Mulher, sindicatos, partidos políticos, associações universitárias e comunitárias), a organização da categoria médica através do Movimento de Renovação Médica e da Associação Nacional de Médicos Residentes, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e Associação Brasileira de Pós-Graduação e Saúde Coletiva (ABRASCO), onde estes dois últimos merecem destaque devido ao seu importante papel no movimento da RBS.

Criada em julho de 1976, a Cebes foi um órgão de grande estímulo e articulação do movimento sanitário e teve por finalidade:

Gerar correntes de ideias que defendessem a saúde coletiva; produzir conhecimentos sobre a saúde da população; articular esses conhecimentos e demais produções da área com uma prática política concreta. Como centro de estudos, propôs ser uma instância de organização do saber sobre a saúde, e sua aplicabilidade efetiva na formulação de contrapolíticas (BRAVO, 2011, p. 77).

Conforme Escorel, Nascimento e Edler (2005), um dos instrumentos utilizados pelo Cebes como veículo divulgador de sua plataforma de lutas e canal de debates foi à revista *Saúde em Debate* que se dedicou a denunciar as disparidades da atual organização econômico-social e a perversidade do sistema de saúde privatizado e anti-social.

Já a ABRASCO foi criada em 1979 e “sempre buscou expressar o pensamento da saúde pública, dialogando com os gestores da saúde sem estar a eles atrelada” (IDEM, p. 68) trabalhando em articulação com o Cebes em muitos

momentos, manifestando-se sobre propostas políticas para a saúde, mesmo sendo uma pós-graduação.

Por isso a RSB “é conhecida como o projeto e trajetória de constituição e reformulação de um campo de saber, uma estratégia política e um processo de transformação institucional” (FLEURY, 2009, p. 746), cujo movimento centrou-se num projeto para a construção contra hegemônica de um novo patamar civilizatório que acarretaria profundas alterações culturais, políticas e institucionais capazes de assegurar a saúde enquanto um bem público, não como uma mera mercadoria.

Dentre os princípios que orientaram esse processo, Fleury (2009) destaca: o **ético-normativo** que inseriu a saúde como parte dos direitos humanos; o **científico** que compreendia a determinação social do processo saúde doença; o **político** assume a saúde como direito universal inerente à cidadania em uma sociedade democrática; o **sanitário** que entendia a proteção à saúde de uma forma integral, desde a promoção à ação curativa e à reabilitação.

Segundo Paim (2007) a RSB pode ser definida como uma reforma social, pautada em três elementos constituintes, quais sejam:

- 1º. *Democratização da saúde*: implicaria a elevação da consciência sanitária acerca da saúde e de seus determinantes, além do reconhecimento da saúde enquanto direito intrínseco à cidadania; de modo a garantir o acesso universal e igualitário a um sistema único de saúde e a participação social no estabelecimento de políticas e na gestão;
- 2º. *Democratização do Estado como também de seus aparelhos*: pautava-se no respeito ao pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social, estimulando o desenvolvimento da ética e a transparência nos governos;
- 3º. *Democratização da sociedade*: deveria alcançar os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa do saber e da riqueza socialmente produzidas, seja na adoção de uma totalidade de mudanças em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde mediante uma reforma intelectual e moral.

Todavia, nesse processo houve e ainda há muitas contradições e vertentes no MRSB que se tornaram mais evidentes a partir da década de 1980 quando ele era um movimento cada vez mais fortalecido e contestador ao sistema de saúde governamental, cuja estratégia consistia em:

[...] tentativas de reformar o sistema de saúde por 'dentro', isto é, através da ocupação de postos no executivo nos três níveis de governo, mais particularmente no próprio INAMPS e no Ministério da saúde, bem como secretarias estaduais e municipais de saúde (ARRETCHE, 2005, p. 291).

A despeito do fortalecimento do MRSB, Escorel, Nascimento e Edler (2005) afirmam que, dentro da esfera estatal os distintos atores travavam o embate entre o peso exercido pelo grupo privatizante (representado pela Federação Brasileira de Hospitais) e a operacionalização das propostas de uma política de saúde democrática.

Segundo Rodrigues Neto (apud Escorel; Nascimento; Edler, 2005), existiam três concepções a respeito do sistema de saúde e seus correspondentes projetos político-ideológicos para a sociedade, são elas:

- Conservadora privatista: defendia a manutenção do modelo assistencial e a manutenção do modelo pluralista (em especial pela previdência social), com a ampliação de seus recursos operacionais, representada principalmente pelos empresários hospitalares e produtores de equipamentos e insumos.
- Modernizante privatista: defendia a ideia de que o sistema nacional de saúde fosse organizado com base na Medicina de Grupo que seria responsável pela atenção à saúde, a partir de recursos vindos da contribuição de seus usuários (população urbana e trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho), ficando a cargo do setor público as ações específicas de saúde pública e o cuidado com os marginalizados (população rural e/ou carente). Era defendida por grupos multinacionais atuantes na prestação de serviços de saúde que pretendiam sintonizar-se com o capitalismo de livre mercado.
- Racionalizadora: defendiam a ideia de que caberia ao Estado a execução dos serviços e das ações de saúde e o setor privado era considerado complementar e subordinado. A saúde seria empreendida como direito de cidadania, assim para a sua concretização se fazia necessário o fomento de condições só ofertadas em governos democráticos, com financiamento adequado, política salarial justa, valorização dos níveis estadual e municipal além da materialização da participação popular na definição das

necessidades e no controle da qualidade dos serviços, amplamente defendida pelos reformistas adeptos da RSB.

Em 1985, houve o fim da Ditadura Militar e o país, sob a presidência de José Sarney, entrou na fase de redemocratização (Nova República). Foi durante esta fase que as lideranças do Movimento Sanitário assumiram de fato posições-chave em instituições responsáveis pela política de saúde no país, destacando-se como marco a preparação e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), presidida por Sérgio Arouca, então presidente da Fundação Oswaldo Cruz.

O regime militar chegou ao fim com a eleição indireta da chapa de oposição, apoiada pela dissidência do próprio partido governista. O parlamentar eleito presidente foi o civil Tancredo Neves que faleceu antes de tomar posse, assumindo seu lugar o vice-presidente José Sarney. No plano econômico, seu governo foi marcado por dois planos (Plano Cruzado I e II), que objetivavam a estabilidade e o crescimento econômico num contexto de hiperinflação. Já no âmbito político, buscou-se equilibrar as forças vitoriosas sob a hegemonia dos políticos democratas e liberais que ocupavam o centro do espectro ideológico.

A 8ª CNS aconteceu em Brasília, em março de 1986, tendo por temas centrais: I- A saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; II- Reformulação do sistema Nacional de Saúde; III- Financiamento setorial. Nela, conforme Bravo (2008; 2009), foram lançados os princípios da Reforma Sanitária introduzindo a sociedade no cenário da discussão de saúde, fazendo com que a questão da saúde transbordasse a análise setorial e se referisse à sociedade como um todo, propondo não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária.

Os debates ultrapassaram os fóruns específicos (Abrasco, Cebes, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e atingiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população, como: sindicatos, partidos políticos, moradores, parlamento, associações de profissionais.

Assim, foi através da 8ª CNS que a análise da saúde adquiriu um caráter de totalidade, ultrapassando o modelo biomédico posto, fincando raízes sobre as reivindicações populares postas na realidade cotidiana da vida social, passando a ser defendida como:

[...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer,

liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. (BRASIL, 1986, p. 04).

De acordo com Escorel; Nascimento e Edler (2005) foi discutida a unificação do Instituto Nacional Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) com o Ministério da Saúde, pois para os conferencistas a saúde deveria ser entregue a um órgão federal com novas características, enquanto a Previdência Social deveria se limitar às ações próprias do seguro social. Para tanto, foi aprovada nesta conferência a criação de um sistema único de saúde que assumisse um novo arcabouço institucional, perfazendo a separação total entre a previdência e a saúde.

Como resultado desta proposta de Sistema Único, em julho de 1987, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) que tinha como princípios: universalização, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação comunitária. Portanto:

Pode-se dizer que o Suds foi norteado pelo princípio de que os recursos federais devessem efetivamente realizar o sonhado projeto do movimento sanitário de real acesso a atenção à saúde, por parte de toda a população. Ao mesmo tempo, pretendia-se garantir, ao máximo que os recursos destinados à saúde não se dispersassem nem fossem apropriados para fins clientelísticos, eleitorais, ou de capitalização de empresas ligadas à área da saúde (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 79).

Entre os vários frutos da 8.^a CNS, Bravo (2008) ainda menciona os desdobramentos que ocorreram em conferências por temáticas específicas (saúde da mulher, saúde mental, saúde do trabalhador e saúde indígena), a criação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) além da construção das orientações necessárias para a Assembleia Constituinte, no ano seguinte.

Bravo (2011) diz que a Assembleia Nacional Constituinte foi iniciada em 1987, e redundou na construção de uma nova ordem institucional democrática, supondo um reordenamento das políticas sociais que respondessem às demandas da sociedade naquele momento histórico por maior inclusão social e equidade.

Para a autora, no âmbito da saúde a Assembléia se configurou em uma verdadeira arena de disputa política organizada em dois blocos opostos: o bloco do Setor Privado, liderado pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e pela Associação de Indústrias Farmacêuticas (multinacionais) e pelo bloco Sanitarista, representado pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte, formada por sindicatos e centrais sindicais, associações profissionais e culturais, partidos políticos progressistas, movimentos populares, associações de usuários entre outros.

Ademais, a eficácia da Plenária para atingir seus objetivos, foi resultado do adequado uso de três instrumentos: capacidade técnica de formular com antecipação um projeto de texto constitucional claro e consistente; pressão constante sobre os constituintes e mobilização da sociedade.

Em 1988, o processo constituinte foi finalizado e é promulgada a oitava Constituição Federal do Brasil (CF/1988) – *Constituição Cidadã*– que se firmou como um marco no padrão de proteção social brasileiro, materializando, as pressões que já se faziam sentir durante anos no Brasil.

Conforme Fleury (2009) a CF 1988 trouxe um diferente modelo de proteção social brasileira, não mais pautada no seguro social ou assistencial, mas no modelo da seguridade social que buscou romper com as noções de cobertura limitada aos setores inseridos no mercado formal afrouxando os vínculos entre contribuições e benefícios, criando mecanismos mais solidários e redistributivos.

Por sua vez Arretche (2005) enfoca que, ao incluir Previdência, Saúde e Assistência Social como partes da seguridade social, a CF/1988, introduziu a ideia de direitos sociais universais como parte da condição de cidadania, cujos benefícios passaram a ser concedidos mediante as necessidades, tomando por fundamento o princípio da justiça social, alargando a cobertura de forma universal e integrando as estruturas governamentais.

Fleury(2009) explicita ainda que as principais características do novo padrão constitucional de política social foram: universalidade na cobertura, reconhecimento dos direitos sociais, afirmação do dever do Estado, subordinação das práticas privadas, regulação em função da relevância pública das ações e serviços nestas áreas, perspectiva publicista de cogestão governo/ sociedade e arranjo organizacional descentralizado.

Especificamente no que tange à saúde, a CF/1988 foi um marco fundamental na redefinição das prioridades da política do Estado, pontuando em seu art. 196 a saúde como direito de todos e dever do Estado,

[...] garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2005, p. 45).

Segundo Bravo (2008) o texto constitucional conseguiu atender em grande parte as reivindicações do Movimento da RSB, o que acarretou prejuízo aos interesses empresariais do setor hospitalar, embora não tenha havido alteração da situação da indústria farmacêutica. Segundo Teixeira (1989 apud BRAVO, 2008), os principais aspectos aprovados na CF/1988 referentes à saúde, foram:

- O direito universal à saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano;
- As ações e os serviços de saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao Poder Público sua regulamentação, fiscalização e seu controle;
- A constituição do Sistema Único de Saúde, integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade;
- A participação do setor privado no sistema de saúde de forma complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços seriam feitos mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estivessem seguindo os termos contratuais;
- Proibição da comercialização de sangue e seus derivados.

Em suma, pode-se dizer que boa parte das demandas requisitadas pelo movimento sanitário foram atendidas pelo texto constitucional, apesar do embate com grupos privatistas e com setores do próprio governo e da permanência sem solução de questões como o financiamento do SUS, os medicamentos e a saúde do trabalhador.

Donde Bravo (2008) assevera que Porém após 1988, o movimento da RSB começou a perder forças na coalisão governante e, por conseguinte, no interior das instituições.

Para Paim (2007; 2009) os momentos da RSB podem ser definidos como ideia, proposta, projeto, movimento, processo:

- **Como ideia:** surgiu enquanto uma percepção, uma representação, um pensamento inicial, relacionando-se de um lado à crítica feita aos limites ideológicos da Medicina Preventiva, e de outro, à busca por alternativas para a crise da saúde durante o regime militar. Foi marcado pela tese *O Dilema Preventista*, defendida em 1975 por Sergio Arouca, pela criação do Cebes, em 1976, e da Abrasco, em 1979;
- **Como proposta:** envolveu um conjunto articulado de princípios e proposições políticas disseminadas no I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, em especial no aspecto que tange à proposição, pela primeira vez, da criação do SUS em 1979, retomada e ampliada na 8.^a CNS;
- **Como projeto:** configurou-se como um conjunto de políticas articuladas em que parte dessa formalização encontra-se na CF/1988 e na Lei Orgânica da Saúde de 1990;
- **Como movimento:** surgiu com a criação do Cebes e envolveu um conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais, conhecido como movimento pela democratização da saúde ou “movimento sanitário”;
- **Como processo:** compreendido enquanto um conjunto de atos relacionados a práticas sociais, econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas, acionado principalmente após a 8.^a CNS e continuado com a implantação dos Suds, a instalação do Conselho Nacional de Reforma Sanitária e o desenvolvimento dos trabalhos da Assembleia Constituinte em 1987, com a Constituição Federal de 1988 e na conjuntura pós-1988.

Na década de 1990, a RSB enquanto projeto foi marginalizado e a ênfase recaiu sobre a implementação do SUS institucionalmente e a despeito do significado que o SUS teve como conquista enquanto política pública, o esvaziamento da organização da luta e da mobilização pelo direito à saúde trouxe consequências para o projeto e o processo da RSB nesta década de 1990 e no início do século XXI.

Assim, veremos a seguir como o SUS se estruturou e institucionalizou numa conjuntura que será pautada por forças antagônicas aos direitos sociais e a proteção social como um todo.

1.2 Do SUS à Contrarreforma: descaminhos da saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) inaugurou no país um novo conceito de saúde e consigo um novo padrão de políticas públicas, segundo Machado (2005), a partir da constituição de uma nova forma de pensar, estruturar, desenvolver e produzir serviços e assistência em saúde, baseada nos princípios de universalidade, integralidade, equidade, participação da comunidade e descentralização que são arquétipos do SUS.

A sua constituição se inspirou no modelo universalista, típico da proteção social beveridgeana. O plano Beveridge foi publicado em 1942 na Inglaterra e apontava para uma nova lógica para a organização das políticas sociais, a partir da crítica aos seguros sociais bismarkianos.

De acordo com Behring e Boschetti (2001), esse plano, tomando por base a segurança (ou seguridade) social, estruturava-se da seguinte forma: a) na responsabilidade estatal pela manutenção das condições de vida dos cidadãos, por meio da regulação da economia de mercado a fim de manter elevado o nível de emprego, da prestação pública de serviços sociais universais (saúde, educação, habitação, lazer, dentre outros) e um conjunto de serviços sociais pessoais; b) universalidade dos serviços sociais; c) implantação de uma “rede de segurança” de serviços de assistência social.

Porém, é importante ressaltar que se está tratando de uma conjuntura completamente avessa a tal modelo de proteção social, pois a década de 1990 foi marcada pelo retraimento das funções do Estado.

Assim, segundo Menicucci (2014) a institucionalização do SUS nadou contra a corrente da conjuntura que se estabelecia totalmente num contexto adverso (tanto nacional quanto internacional) a reformas desse cunho, pois o que se encontrava em voga era a rediscussão do papel do Estado e o seu reordenamento, com claras reformas a favor do mercado, na defesa de uma relação virtuosa entre ambos;

atribuindo ao Estado um papel subsidiário, ou seja, de intervir quando o mercado não conseguisse responder a demanda.

Para efeitos de maiores esclarecimentos, optou-se pontuar, a priori, como o SUS se organizou, levando em conta a sua relação com as proposta da RSB, para após retomar a questão das inflexões que a conjuntura do capitalismo neoliberal impôs a política de saúde.

Desta feita, Silva (2014) afirma que a organização e implementação do SUS se deram, na década de 1990 e manifestaram a expressão mais importante da Reforma Sanitária, ainda que ela não se reduza ao SUS, embora ele represente algumas das suas dimensões setorial, institucional e administrativa.

Acerca desse processo, Menicucci (2014, p. 78, grifo nosso) afirma que o SUS:

[...] rompeu com o caráter meritocrático que caracterizava a assistência à saúde no Brasil até a Constituição de 1998, e determinou a incorporação da saúde, como direito, numa ideia de cidadania, que naquele momento se expandia (*no Brasil*) e que considera não apenas o ponto de vista, de direitos formais, de direitos políticos, mas principalmente a ideia de democracia substancial, de direitos substantivos, que envolviam certa igualdade de bem-estar.

A partir da Constituição Federal de 1988, o SUS passou a integrar o Sistema brasileiro de Proteção Social, em conjunto com a Previdência Social a Assistência Social, compondo o tripé da seguridade social.

Porém a despeito da conquista formal Carvalho e Santos (2006, p. 36) alertam que:

O direito a saúde não pode se consubstanciar em vagas promessas e boas intenções constitucionais, garantido por ações governamentais implantadas e implementadas. O direito a saúde (artigos 6º e 196) é dever estatal que gera para o indivíduo direito subjetivo público, devendo o Estado colocar à sua disposição serviços que tenham por fim promover, proteger e recuperar a sua saúde.

Mattos (2014) indica que outro importante fator a ser levado em conta encontra-se na concepção de saúde inscrita no aparato jurídico-legal que permeia o SUS, oriunda do Projeto de RSB, pautada não mais na saúde como ausência de doença e, sim, como acesso a um conjunto de bens e serviços disponíveis na sociedade, produzidos pela coletividade, mas apropriados privadamente, assumindo

a saúde como política e proclamando o direito de todos à saúde de forma universal, não contributiva, devendo ver o sujeito em sua integralidade.

Segundo Vasconcelos e Pasche (2006), esta concepção de saúde descrita na CF/1988 e nas legislações correlatas referentes à saúde, é a *concepção ampliada de saúde* que incorpora os condicionantes econômicos, sociais, culturais e bioecológicos, além de uma visão abrangente integrada das ações e dos serviços de saúde, em vistas de superar a visão dominante de focar a saúde pela doença, principalmente das dimensões biológica e individual. Assim, esse entendimento ampliado sobre a produção da saúde outorga uma gama de novos desafios ao SUS, requisitando sempre novas concepções e modos de operação.

A inclusão da saúde na Seguridade Social produziu uma ruptura com o padrão anterior de política social, ora pautado na cidadania invertida conforme explicitado por Fleury (2009), ora na cidadania regulada como indica Santos (apud FLEURY, 2009), que marcou a história nacional através da exclusão de milhões de brasileiros de gozo público de bens de consumo coletivo, superando as diferenças entre segurados pela Previdência Social e indigentes, entre moradores do campo e da cidade, oportunizando a redução das iniquidades de acesso e serviços oriundas da distribuição desigual de recursos físicos, humanos e financeiros, como expõem Carvalho e Santos (2006).

Vasconcelos e Pasche (2006) informam que além da Constituição de 1988, compõem a base jurídico-legal do SUS as constituições estaduais e as leis orgânicas dos municípios, e a sua regulamentação se deu através da lei 8.080, de 19/09/1990, também chamada de Lei Orgânica da Saúde (LOS) que regulamentou os artigos 196 a 200 da Constituição Federal (alterada pelas leis nº 9.832/1999, nº 10.422/2002 e nº 11.108/2005) e pela lei 8.142, de 28/12/1990, que regula a participação da comunidade na gestão do SUS, bem como as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, além de instituir as conferências e os conselhos de saúde, sua estrutura e seu funcionamento.

Segundo Simões (2014), a LOS estabeleceu as condições para a promoção, proteção e o funcionamento dos serviços, regulamentando as ações e os serviços de saúde em todo Brasil, criou o Conselho Nacional de Saúde (CNS), seguido pelos Conselhos estaduais e municipais, que tem a função de elaborar a Política, o Plano e Fundo Nacional de Saúde e seus consentâneos estaduais e municipais. Cabe ainda destacar que a lei nº 8.142/1990 assegura a composição paritária dessas

instâncias, onde o usuário tem assegurado 50% da representação, sendo os demais 50% compostos por trabalhadores da saúde, prestadores de serviços e por gestores.

Ratifica Fleury (2009) que também orientaram a operacionalização do sistema as resoluções dos Conselhos de Saúde, nas três esferas de governo e as Normas Operacionais Básicas (NOBs) e Normas Operacionais da Assistência a Saúde (NOAS) editadas pelo Ministério da Saúde (MS) tomando por base os acordos estabelecidos na negociação tripartite, entre os gestores municipal, estadual e federal.

Desta feita, tomando por base o artigo 4º da LOS, pode-se definir o SUS como:

[...] arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes dessa política. Compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, e aglutina o conjunto das organizações públicas de saúde existentes nos âmbitos municipal, estadual e nacional, e ainda os serviços privados de saúde que o integram funcionalmente para a prestação de serviços aos usuários do sistema, de forma complementar quando contratados ou conveniados para tal fim. (VASCONCELOS; PASCHE, 2006, p. 531)

Carvalho e Santos (2006) explicitam que, mediante tal lógica vê-se que o SUS foi instituído com a finalidade de coordenar e integrar as ações de saúde das três esferas de governo, pressupondo a articulação de subsistemas verticais (de vigilância e de assistência à saúde) e subsistemas de base territorial (municipal, estadual e federal) visando atender de maneira funcional às demandas por atenção à saúde.

Assim, de acordo com os artigos 5º e 6º da LOS, nos afirma Vasconcelos e Pasche (2006) afirmam que o seu objetivo principal é formular e implementar a política nacional de saúde designada a propiciar condições de vida saudável à população, prevenindo riscos, doenças e agravos e garantindo o acesso equitativo ao conjunto dos serviços assistenciais, visando a atenção integral a saúde, cuja a atuação do sistema deve abranger um conjunto de serviços e ações de: Vigilância em saúde: inclui vigilância ambiental, inclusive dos ambientes de trabalho, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e vigilância nutricional;

- Assistência à saúde: integra a atenção básica, a atenção especializada ambulatorial e a atenção hospitalar em seus vários níveis de complexidade.

- Prestação de assistência terapêutica integral, com destaque para a assistência farmacêutica;
- Apoio diagnóstico e de terapia à saúde, e nas investigações de interesse da vigilância em saúde pública;
- Formulação e execução da política de sangue e seus derivados, e a coordenação das redes de hemocentros;
- Regulação da prestação dos serviços privados de assistência à saúde, como também da formação dos profissionais de saúde;
- Definição e implementação de políticas de Ciência e Tecnologia para o setor saúde, incluindo a definição de normas e padrões para a incorporação tecnológica;
- Promoção da saúde em articulação intersetorial com outras áreas governamentais.

Para que tais objetivos pudessem ser alcançados, o SUS se alicerçou sobre princípios doutrinários (BRASIL, 1988, art. 196) - que lhe proporcionam ampla legitimidade, e sobre diretrizes organizativas (BRASIL, 1988, art. 198) que imprimiram racionalidade ao seu funcionamento, pois deste modo:

Quando a sociedade brasileira elegeu os princípios e diretrizes para o seu sistema de saúde, estabeleceu de forma inequívoca sua direcionalidade. Tais princípios e diretrizes, portanto, passam a constituir as *regras pétreas* do SUS, apresentando-se como linhas de base às proposições de reorganização do sistema dos serviços e das práticas de saúde (idem, p. 535).

Faz-se importante esclarecer que *regra pétrea* ou *clausula pétrea*, de acordo com Moraes (2008) trata-se do dispositivo constitucional imutável, que não poderá ser objeto de deliberação de proposta de emenda. De acordo com o artigo 60, §4º, da Constituição Federal de 1988, "[...] não será objeto de deliberação a proposta de emenda tendente a abolir: I - a forma federativa de Estado; II - o voto direto, secreto, universal e periódico; III - a separação dos Poderes; IV - os direitos e garantias individuais" (BRASIL, 1988, art. 60). Têm como objetivo evitar as alterações temerárias de assuntos essenciais para os cidadãos e o Estado.

Assim, sobre os princípios doutrinários do SUS tem-se: Universalidade, Integralidade, Equidade e Direito a informação.

É notório a existência de todo o arcabouço normativo que se encontram alicerçados os princípios doutrinários do SUS, no entanto, trazem uma discussão bastante profícua sobre tais Vasconcelos e Pasche (2006) como ainda Carvalho e Santos (2006), donde se pode evidenciar que:

- **Universalidade:** garante o direito a vida, através do acesso universal a serviços de saúde em todos os níveis de assistência, ofertando da vacina a mais complexa cirurgia, a todo e qualquer cidadão indistintamente, seja ele um segurado da Previdência Social ou não, quebrando a lógica anterior.
- **Integralidade:** exige que a assistência prestada pelos serviços de saúde seja organizada de forma a garantir ao indivíduo bem, como à coletividade, a promoção, proteção e recuperação da saúde segundo as necessidades de cada um, em todos os níveis de complexidade do sistema intersetorialmente.
- **Equidade:** relativo ao debate acerca da igualdade, prevê o acesso às ações e aos serviços de saúde sem distinção entre as pessoas, sem preconceitos (quer seja de raça, sexo, cor, idade, etc.) ou privilégios de qualquer espécie; justificando a prioridade de oferta aos segmentos populacionais que enfrentam maiores riscos de adoecer e falecer devido à desigualdade de distribuição de renda, bens e serviços. Aparece aí o princípio da discriminação positiva¹, que elege os grupos populacionais mais vulneráveis considerando as desigualdades de condições de vida decorrentes da organização social, visando garantir a prioridade no acesso aos serviços e às ações de saúde, ratificando a concepção ampliada da saúde como resultante de questões extra-setoriais mais abrangentes, contrapondo-se à concepção de que a doença (falta de saúde) é a causa de distúrbios e desvios de outros setores, já que a causalidade é exatamente inversa, pois a pobreza e as más condições de vida da população são as causas básicas da doença, ou da falta de saúde.
- **Direito à Informação:** se consubstancia como um requisito básico para afirmação da cidadania, pois, com base na norma jurídica concede ao cidadão, usuário do sistema, o domínio das informações sobre sua saúde

¹ De acordo com Vasconcelos e Pasche (2006) designa-se por *discriminação positiva* a eleição de determinados grupos populacionais aos quais se destinam ações prioritárias, haja vista seu grau de vulnerabilidade.

individual como também sobre os riscos e condicionantes que possam afetar a saúde coletiva, atribuindo a profissionais e gestores a responsabilidade pela viabilização desse direito. Um documento que endossa esse princípio é “A carta dos direitos dos usuários da saúde”.

A da “Carta dos Direitos dos Usuários da saúde”, é consubstancia um documento aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) durante sua 198ª reunião extraordinária, em 2009, e foi publicado no Diário Oficial da União nº 155, através da Portaria nº 1.820 de 13 de agosto de 2009 que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Seu objetivo principal é garantir o acesso igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Este documento tomou por base seis princípios de cidadania, caracterizados como uma importante ferramenta no que se refere ao conhecimento por parte do cidadão sobre seus direitos e deveres, de modo a assegurar um direito básico ao ingresso digno nos sistemas de saúde, quer públicos quer privados, são eles:

- 1- Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado ao sistema de saúde.
- 2- Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.
- 3- Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de discriminação.
- 4- Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.
- 5- Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada.
- 6- Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos (BRASIL, 2011).

Conforme Vasconcelos e Pasche (2006), deve o SUS ser responsável pela atenção à saúde tanto na oferta de serviços básicos, atualmente ofertados pelas equipes do Estratégia de Saúde na Família (eSF) e outras modalidades de equipes de atenção básica; pelos Núcleos de Apoio as equipes de saúde da família (NASFs) e Consultórios de rua. Completam a rede SUS o conjunto de serviços ambulatoriais especializados, serviços de diagnose e terapia e a rede hospitalar de média e alta complexidade, administrados pelos municípios, estados e união, além dos serviços universitários públicos e dos serviços contratados ou conveniados de caráter.

Para que todo esse funcionamento ocorra de forma articulada e racionalizada deve-se seguir as diretrizes organizativas, explicitadas por Vasconcelos e Pasche (2006) que são:

- **Descentralização com comando único:** indica que a base do sistema de saúde deve ser municipal, ou seja, a ênfase é na municipalização da gestão dos serviços e das ações de saúde; cujo o imperativo da direção única em cada esfera de governo evidencia a necessidade de solucionar a desarticulação entre os serviços e organizar a coordenação das ações sob direção de um único gestor em cada espaço político-institucional (municipal– secretário municipal de saúde, estado– secretário estadual de saúde, união– ministro da saúde).
- **Regionalização:** tem por finalidade ordenar de forma racionalizada e equilibrada os recursos assistenciais no território, com base na distribuição da população, suscitando a integração das ações e das redes assistenciais, de forma que viabilize o acesso oportuno a continuidade do cuidado e economia de escala;
- **Hierarquização:** objetiva ordenar o sistema de saúde por níveis de atenção, estabelecendo fluxos assistenciais entre os serviços, de modo que permita o acesso aos serviços mais especializados, levando em conta que os serviços básicos de saúde são os que ofertam (ou deveriam ofertar) o primeiro contato com a população, sendo os de uso mais frequente.
- **Participação comunitária:** garantida e regulada por lei (CF/1988 e Lei nº 8.142/1990), explicita o anseio dos atores sociais por uma democracia participativa em que os cidadãos instigam de forma decisiva a definição e a execução da política de saúde nas três esferas. Sua operacionalização ocorre por meio da participação dos segmentos sociais organizados nas Conferências e nos Conselhos de Saúde (nas três esferas de governo); porém, conforme advertem Vasconcelos e Pasche (2006) apesar da Lei 8.142/1990 estabelecer esse mecanismo, o exercício da cidadania exige outras formas de participação da sociedade na saúde, indo desde a gestão de sistemas e serviços de saúde (a mais comum) à gestão da clínica (menos comum) relacionada à interferência direta dos usuários na gestão dos cuidados com base na diretriz da ampliação da clínica.

Mediante tal exposição, é axiomática a afirmação de que a criação do SUS é a mais bem sucedida reforma da área social executada sob o novo regime democrático no Brasil, englobando em sua essência a afirmação do binômio saúde e democracia advindo do Movimento de Reforma Sanitária, mesmo em uma conjuntura totalmente adversa aos seus ditames, configurando-se como “ um movimento que se apresentou na contracorrente das reformas da saúde de cunho neoliberal, baseadas no conceito de ajuste estrutural defendido pelo Banco Mundial na década de 1980” (LIMA et.al, 2005, p. 17).

É fato que desde 1980, o Banco Mundial, defende a oferta de um pacote essencial de serviços para a saúde e o redimensionamento da atuação governamental com atuação reguladora dos governos sobre o mercado de serviços médicos, criticando de modo taxativo a proposta de se tentar garantir de forma gratuita, o acesso universal a toda a população nos serviços de saúde nos chamados países em desenvolvimento:

[...], a partir da década de 1980, o ‘paradigma da economia da saúde’, baseado nos princípios da focalização e da seletividade, passou a orientar a ação de organismos, como o Banco Mundial, contrapondo-se ao tradicional ‘paradigma da saúde pública’ que orientou historicamente as iniciativas da Organização Pan-Americana da Saúde. No receituário do Banco Mundial e do FMI, à esfera pública caberia uma ação direcionada para os grupos sociais impossibilitados de responder às ofertas do mercado para o provimento dos serviços de saúde (LIMA et.al, 2005, p. 17).

Sobre o Neoliberalismo, Anderson (1995) remonta suas origens ao pós II guerra mundial nas regiões da Europa e América do Norte como uma reação teórica e política veemente contra o Estado intervencionista de Beveridge e as propostas de bem-estar de Keynes.

Ainda segundo Anderson, seu texto de origem foi escrito em 1944, por Friedrich Hayek, intitulado de “Caminho da servidão”, onde o conteúdo dispunha de uma forte defesa à liberdade, interpretada como a não limitação dos mecanismos de mercado por parte do Estado; e um dos seus principais argumentos pautava-se na desigualdade como valor positivo porque era disso que as sociedades ocidentais, precisavam.

Mesmo tendo seus pilares fundados na década de 1940, foi com a grande crise do modelo econômico do pós-guerra, em 1973, que as ideias neoliberais

ganharam terreno, afirmando que os motivos da crise se localizavam no poder excessivo e nefasto dos sindicatos, ou melhor, do movimento operário, que havia deteriorado as bases de acumulação capitalista, com pressões reivindicativas sobre os salários e para que o Estado aumentasse cada vez mais os gastos na área social, daí:

O remédio, então, era claro: manter um Estado forte, sim, em sua capacidade de romper o poder dos sindicatos e no controle do dinheiro, mas parco em todos os gastos sociais e nas intervenções econômicas. A estabilidade monetária deveria ser a meta suprema de qualquer governo [...]. (ANDERSON, 1995, p. 10).

Desta feita, o projeto neoliberal apareceu como uma alternativa à reanimação do capitalismo, tendo como precursores de sua implementação os Estados Unidos, através de Ronald Reagan (1980), Inglaterra através da conhecida dama de ferro, Margareth Thatcher (1979); Alemanha com Kohl (1982), Dinamarca com Schlutter (1983) e na América Latina iniciou-se no Chile, com Pinochet.

No entanto, o próprio Anderson (1995) expressa que no plano econômico o neoliberalismo fracassou, pois não conseguiu qualquer revitalização básica do capitalismo avançado, porém no plano social foi eficaz em seus objetivos, acarretando em sociedades marcadamente mais desiguais, com efeitos destrutivos para a classe trabalhadora com o aumento do desemprego, da destruição dos postos de trabalho não qualificados, da redução dos salários devido ao aumento da oferta de mão-de-obra e principalmente da redução dos gastos com a política social.

Contudo, foi política e ideologicamente que o neoliberalismo alcançou o seu apogeu, logrando um êxito em grau jamais pensando por seus idealizadores, “[...] disseminando a simples ideia de que não há alternativas para os seus princípios, que todos, seja confessando ou negando, têm de adaptar-se a suas normas” (ANDERSON, 1995, p. 23).

De acordo com Matos (2014), a adoção do neoliberalismo no Brasil iniciou-se a partir dos anos de 1990, evidenciando a inserção tardia e subalterna do país no enredo das políticas de ajustes, mesmo estando evidente a incapacidade dessa proposta demonstrada nas experiências mundiais.

Desse modo, o que ocorreu na década de 1990, foi “[...] o desmonte e a destruição numa espécie de reformatação do Estado brasileiro para a adaptação passiva à lógica do capital”, que naquele momento específico era regido pelos ditames neoliberais (BEHRING, BOSCHETTI, 2011, p. 151).

Por isso é que Costa (2006) conclui que a Constituição Federal de 1988 já nasceu marcada por uma contradição histórica, pois, mesmo sendo fruto da mobilização popular e da democratização da sociedade, encontrou-se totalmente embrincada pelo contexto em que os ditames neoliberais exigiram a redução do Estado na regulamentação econômica e social.

Assim, pode-se inferir que, a Seguridade Social, compreendida enquanto o conjunto das políticas sociais regulamentadas pela CF/1988 foi implantada/implementada numa conjuntura de contrarreforma do Estado (BEHRING, 2008).

O termo Contrarreforma do Estado é utilizado por Behring (2008) para designar o conjunto de reformas ocorridas dentro do Estado, orientadas para reforçar a hegemonia burguesa no Brasil.

O Estado ocupa uma posição mais distante do mediador civilizador [...], passando a cuidar prioritariamente das condições gerais de reprodução do capital e dos excessos cometidos, no cenário de barbárie que se instaura com o comando do mercado livre (BEHRING, 2008, p. 23).

Vasconcelos e Pasche (2006) enfocam que mesmo com toda a mudança na concepção da política de saúde e sua incorporação nos textos legais, infelizmente ela, não se transformou de imediato em ações que conformassem o direito à saúde alicerçada nos princípios constitucionais.

Foi mediante esta arena de embates que a Constituição de 1988 apresentou um sistema híbrido e segmentado para a saúde que,

Por um lado consagra a saúde como direito, garante a universalidade e acesso à assistência, amplia a responsabilidade estatal e define a estruturação de um sistema inclusivo; e por outro, preserva a liberdade do mercado e garante a continuidade das formas provadas de assistência e independentes de qualquer intervenção. (MENICUCCI, 2014, p. 81).

De fato, Vasconcelos e Pasche (2006) explicam que o SUS teve que estruturar-se tendo por base as instituições sanitárias já existentes, tanto no âmbito da medicina previdenciária, quanto da saúde pública; nas quais a centralização, o autoritarismo e a permeabilidade do clientelismo e dos interesses do mercado eram atributos característicos, somados ao repúdio à participação dos trabalhadores/as e usuários/as nos processos de gestão, o que foi transmito ao novo sistema de saúde

como uma herança de saberes, práticas e modelos de intervenção sobre os problemas de saúde da população, tanto coletivo quanto individualmente.

No âmbito coletivo, manteve-se o “modelo campanhista” voltado para o combate de doenças transmissíveis de maior efeito sanitário; enquanto no âmbito assistencial, sobressaiu o “modelo curativista”, centralizado na figura do médico e do hospital, nutrindo a perspectiva da progressiva especialização e tecnificação das práticas assistenciais. Destarte, pode-se afirmar que:

A reforma no sistema de saúde seguiu um curso incremental em que as iniciativas de mudanças e as novas instituições criadas foram moldadas e influenciadas pelas tradições e costumes instituídos, e assumiu em muitos aspectos, feições de continuidade (VASCONCELOS; PASCHE, 2006, p. 554).

Conseqüentemente, no que tange à política de saúde dentro dessa conjuntura de ajustes ao capital neoliberal, Bravo (2008) sinaliza que já pairavam algumas dúvidas e incertezas com relação à implementação do Projeto de Reforma Sanitária e da própria institucionalização do SUS, donde se destaca: fragilidade das medidas reformadoras em curso, ineficácia do setor público, tensões com os profissionais de saúde, redução do apoio popular face à ausência de resultados concretos na melhoria da atenção à saúde da população brasileira e a reorganização dos setores conservadores contrários à reforma, que passam a dar a direção no setor a partir de 1988.

Ainda segundo a autora, se pode acrescentar a esse quadro que a Constituição de 1988 se mostrou como uma arena de disputa onde dois projetos distintos travaram forças: um “**estatizante ou sanitarista**” erigido sobre o Movimento de Reforma Sanitária, pautado numa reforma no sentido de garantia enquanto bem público, direito de todos e obrigação a ser provida pelo Estado; e no extremo oposto encontrava-se o “**privatizante**”, representado pelos interesses do mercado, com vistas a trazer novamente à tona o modelo médico-assistencial privatista, resguardado pela política de ajustes, tendo por objetivo a contenção de gastos através da racionalização da oferta de serviços e descentralização com a isenção de responsabilidade do Estado, com caráter focalizado e seletivo, voltado às populações vulneráveis através de um pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local e eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento.

Assim, ao mesmo tempo em que se implementava o SUS, se observava a entrada na agenda governamental e pública da regulamentação dos planos privados de saúde, cuja lógica da política de regulação dos planos privados é contrária ao SUS, pois estimula o mercado e protege o consumidor, não o cidadão.

De acordo com Bravo e Menezes (2011) Foi imerso nesse cenário de hibridez constitucional e mercantilização da saúde que além do Projeto Sanitário (ou estatizante) e do Projeto Privatista, surge na década de 1990 e se alastrou pelo século XXI, a proposição de flexibilização da Reforma Sanitária, o chamado **Projeto da Reforma Sanitária Flexibilizada** .

Esse “novo projeto”, conforme Silva (2014), muito se deve às mudanças de paradigmas na saúde ocorridas na década de 1990, pois há nesse momento o questionamento das concepções teóricas baseadas no marxismo entendido como apenas uma das múltiplas teorias que propiciam o posicionamento voltado/comprometido com a mudança social, acentuando a necessidade de estudos do cotidiano, das práticas em saúde reforçando os elementos relacionados a autonomia da ação do sujeito, da ética e da intersubjetividade comunicativa, sem todavia relacioná-las com a totalidade social e com as características como a luta de classes e historicidade.

O autor afirma, ainda, que tal contexto encontra-se influenciado pelos estudos de Habermas, Foucault² e postulações pós-modernas (por exemplo, Boaventura de Souza Santos e Giddens).

Assim, enquanto os seguidores da Reforma Sanitária, embasados pela tradição marxista e tomando por referências os estudos de Gramsci e Berlinguer (principal autor da Reforma Sanitária italiana na qual se inspirou a RSB), de acordo com Bravo e Menezes (2011), enfatizavam a necessidade de relacionar as elaborações mais gerais do cotidiano institucional e da práxis, concebendo-os enquanto um desafio a ser enfrentado, o **Projeto da Reforma Sanitária Flexibilizada** dá ênfase as propostas setoriais, sem articulá-las com uma reforma progressista mais geral.

Logo, segundo Bravo e Matos (2009), a proposta em que se pauta o Projeto da Reforma Sanitária Flexibilizada, é num SUS possível que passaria a ser orientado pela terceira via, sem preocupações com a superação do capitalismo

² É importante destacar que Foucault também exerceu influência no período anterior.

esvaziando a concepção inicial da RSB que tinha como horizonte a emancipação humana que só seria alcançada pelo socialismo. Assim sendo, diante dos limites da política econômica, seus idealizadores que participaram do movimento de reforma sanitária, acreditavam na Seguridade Social possível no SUS direcionado para os segmentos mais pobres e pauperizados, sob a justificativa de que esse segmento populacional é mais vulnerável.

Desse modo a implementação do SUS, se defrontou com gargalos hercúleos e o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira seguiu os anos de 1990 e adentra o século XXI se desvanecendo ante os esforços voltados para a institucionalização do SUS, pois como afirma Paim (2008, p. 633) “[...] a RSB foi concebida como práxis de reforma geral e teorizada para alcançar, progressivamente, a revolução do modo de vida”, porém enquanto processo, tenha se reduzido a uma **reforma parcial**, inscrita nas suas dimensões setorial e institucional com a implantação do SUS.

É fato que, conforme explicita Soares (2011) mesmo diante das conquistas políticas e até jurídicas no campo do direito à saúde, o progresso tanto organizativo quanto assistencial, proporcionado pela luta da RSB e pela implantação do SUS for suficiente para solucionar os velhos e novos problemas da atenção à saúde no Brasil: uma conquista diante do que antes existia, mas estando muito distante daquilo que apregoa o movimento sanitário, materializando-se de forma contraditória e conflituosa, defrontando os/as profissionais de saúde e os/as usuários/as diariamente com a afirmação e a negação do direito à saúde.

Deste modo com a adesão do Estado brasileiro ao neoliberalismo e às normas de suas agências reguladoras (FMI, Banco Mundial, dentre outros) passou-se a vivenciar um momento histórico que segundo Souza (2010, p. 335), foi de “recomposição da hegemonia burguesa que, combinada à expansão do ideário neoliberal, institui um projeto societário de revigoração do capitalismo”, marcado por demandas que expressam a desregulamentação dos direitos sociais e trabalhistas, privatização das empresas estatais, desmonte da organização sindical e sucateamento da saúde e previdência públicas.

Segundo Behring e Boschetti (2008; 2011) a instauração da Reforma ou Contrarreforma do Estado no Brasil como uma estratégia do capital neoliberal partiu do pressuposto de que o Estado havia se desencaminhado de suas funções básicas ao expandir sua presença no setor produtivo, colocando à prova o modelo econômico em vigor a partir da qual a lógica do mercado se tornou a tendência

dominante, com a desresponsabilização do Estado na proteção social e mercantilização e transformação das políticas sociais em meros negócios, manifestando uma perfeita harmonia entre as mudanças econômicas, o seu papel e o direcionamento das políticas sociais.

Nessa conjuntura, a saúde passou a ser funcional ao processo de acumulação do capital assumindo progressivamente a característica de um bem comercializável, uma mercadoria, cujo acesso cabe à iniciativa privada viabilizar àqueles que podem consumir de acordo com as regras do mercado; e ao Estado, cabe a tarefa de garantir um mínimo aos que não podem pagar pelos serviços de saúde, além do papel regulador sobre o mercado desses serviços, a partir daí, adverte Souza (2010, p. 338)

Impõem-se uma lógica mercantil no campo da saúde revelando que, na medida em que desresponsabiliza o Estado da execução de serviços, indica-se o repasse de recursos públicos para subsidiar a contratação de serviços terceirizados, disponíveis ao mercado da iniciativa privada.

Isto é o que Mandel (1982) intitula como “Supercapitalização”, donde provém um dos principais interesses capitalistas: reduzir a intervenção do Estado no âmbito social e ampliar sua atuação junto ao capital privado, através do uso e da associação dos serviços sociais como áreas de mercantilização e lucratividade, imbricando nesses serviços a lógica e racionalidade privada, que deveriam ser ocupadas pelas políticas sociais e públicas.

Conforme Soares (2011) é compreensível que a Saúde, enquanto um bem, tenha se tornado um campo privilegiado desse processo, pois se transformou em um dos setores mais amplos para o capitalismo e de maior investimento tecnológico no mundo, indo desde os seguros e planos de saúde para os mais diversos segmentos da população, à indústria de medicamentos e equipamentos de saúde, redes hospitalares e de farmácias, ações na bolsa de valores (financeirização), organizações e fundações sociais, dentre outros.

Ainda segundo a autora, a contrarreforma na política de saúde reteve algumas particularidades, já que não se manifestou de imediato como um projeto de governo, mas, foram observadas mudanças/alterações por dentro do sistema, apresentadas como “aperfeiçoamentos e /ou aprofundamentos”; acrescentando a isso uma gama de experiências situadas no âmbito da gestão, implementadas

enquanto modelos alternativos à gestão pública e seus instrumentos tradicionais, socializadas em seguida na forma de relatórios.

Agregam-se a este quadro outras importantes estratégias, como:

- Refuncionalização dos princípios do SUS, atribuindo um sentido harmonioso às necessidades da contrarreforma;
- Mutação das lideranças (intelectuais e militantes) que outrora defendiam a RSB para a defesa do chamado “*SUS possível*” como focado por Bravo e Menezes (2014);
- Impossibilidades do SUS como descrito na Constituição Federal de 1988 e LOS, instituindo-se um sistema de saúde que se contrapõe à proposta inicial: um SUS para os pobres e outro para os que podem consumir conforme Souza (2010).

Tais alterações incidem de forma transfixante a saúde enquanto um direito socialmente adquirido, esvaziando seu caráter de luta por uma saúde pública e universal, pois, mediante a lógica atual do capitalismo, o direito à saúde assumiu um caráter meramente assistencialista, configurando-se em um “direito pobre para os pobres”, devendo as classes mais abastadas obtê-lo na forma de “mercadoria”, sempre optando por adquirir ou melhorar o seu plano ou seguro de saúde.

Sobre esse processo de mercantilização que acentuou a segmentação na saúde, Carvalho e Santos (2006, p. 42) assinalam:

A saúde é um direito de todo cidadão brasileiro que deve ser efetivado independentemente de sua condição social. [...], pois, é grande a diferença entre lutar por um direito sentido e tido como seu e lutar por um direito devido apenas ao pobre, de forma piedosa. A nossa sociedade ainda não compreendeu que a saúde é um direito devido pelo Estado, desejando comprar das seguradoras privadas aquilo que deveria reivindicar do poder público por direito.

Desta maneira a direção que a contrarreforma do Estado no Brasil impôs à política de saúde foi impregnada por um forte incentivo à *privatização*, por meio do estímulo aos seguros privados, aprimorando a adesão dos brasileiros aos planos de saúde que, segundo Matos (2014) são usados por cerca de 25% da população; descentralização dos serviços de saúde; restrição das formas de financiamento, além das propostas declaradas de *focalização* ofertando uma “cesta básica” de

ações as populações pobres, como uma das formas de ataque à *universalidade do direito à saúde*, que era uma das características principais do movimento de RSB.

Conforme Matos (2014), a ênfase se dá na parceria com a sociedade civil (público-privada) e na forte tendência de refilantropização da assistência a saúde, impondo a racionalização dos custos do Estado, limitando o acesso da população, introduzindo o copagamento e, revertendo para os usuários dos serviços ônus de custear o sistema.

De acordo com Souza (2010), esta tendência privatista revela dois importantes aspectos que manifestam as contradições da política privatista nos serviços de saúde. O primeiro aspecto relaciona-se à “massiva vinculação da lógica da rentabilidade e da produtividade no setor saúde”, ou seja, a “rentabilidade” dos serviços de saúde passa a ter por base a “maximização desses serviços” (quantos atos médicos foram executados, quantas consultas, ou internações, ou exames, enfim), e não mais os critérios de qualidade, eficácia e efetividade que geram o alcance sociopolítico das ações, introjetando nos serviços de saúde a mesma racionalidade de uma empresa privada.

O outro aspecto volta-se à priorização da atenção básica aos grupos mais vulneráveis e pauperizados, ou seja, pressupõe que as doenças infectocontagiosas (e menos onerosas no que tange a tecnologia, aos recursos e à assistência) atinjam mais as populações pobres, enquanto as crônico-degenerativas (que demandam uma maior tecnologia, recursos e assistência à saúde) predominou entre os mais ricos, o que é uma avaliação equivocada, pois a população mais pobre e vulnerável encontra-se exposta a incidência de todos os agravos à saúde.

Tais aspectos evidenciam os prejuízos causados as diretrizes de organização e gestão do SUS, ao passo que preconizam outro patamar de integralidade, equidade e descentralização, fragilizando a universalidade e instituindo um sistema para os pobres e outro para os consumidores. O que de fato se presencia:

[...] é uma falência do setor público de saúde, com um funcionamento precário, predominando ora a ociosidade pelas péssimas condições de trabalho, ora um atendimento massivo com pouca resolutividade, não atendendo as demandas da população (SOUZA, 2010, p. 340).

Matos (2014) explana que, não obstante este crescente obstáculo à efetivação do sistema público de saúde, através da precarização dos serviços e das ações de saúde, ainda tem-se a propagação ideológica pela ferrenha crítica ao SUS,

porém não com o intuito de seu aprimoramento, mas sim pautada na defesa de um “novo modelo de gestão”, é claro privado e sem servidores públicos, já que a racionalidade imposta imprime a ideia de que o problema do serviço público encontra-se no servidor, portanto, resolvendo este “impasse”, resolve-se boa parte dos problemas do SUS.

Tal cenário foi visto durante os governos de Fernando Collor de Mello (1990-1992), Itamar Franco (1992-1994) e Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), no entanto, nas eleições de 2002 houve a consagração eleitoral de Luiz Inácio Lula da Silva, que representou um marco político na história do Brasil, visto que foi a primeira vez que se elegeu “um representante da classe operária brasileira com forte experiência de organização política” (BRAZ, 2004, p. 49). O que também foi resultado da indignação popular ante o projeto neoliberal implantado na década de 1990, haja vista que, o projeto apresentado por Lula, não representava, em sua origem, os interesses hegemônicos das classes dominantes.

De acordo com Silva (2014a) com a eleição e início do governo Lula, houve uma expectativa por parte dos sujeitos políticos coletivos que o governo retornasse a agenda pública a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) fortalecendo-a. Assim órgãos como Abrasco, Cebes, Associação Brasileira de Economia Nacional do Ministério Público em defesa da Saúde (AMPASA) mobilizaram-se para o chamamento de necessidade de colocar a RSB na agenda política.

Sendo assim em 2005, é criado o Fórum Nacional da Reforma Sanitária que viabilizou a realização de um conjunto de reuniões entre os anos de 2005 a 2010 com os sujeitos coletivos do movimento sanitário e a produção de documentos quais são: o primeiro foi *A Carta de Brasília: SUS – presente e o futuro: avaliação de seu processo de construção*; em 2005 o Fórum RSB lança o manifesto *Reafirmando compromissos pela saúde dos Brasileiros* que faz referencia a carta de Brasília; em 2006 é divulgado o documento *O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade*, donde é valido destacar que, um dos tópicos de discussão era sobre a Reforma Sanitária e o SUS, resgatando teses centrais da Carta de Brasília e abarcando outras tese que realçavam ainda mais a solidariedade como um valor estruturante bem como a justiça social.

Sobre isto, adverte Silva (2014a, p. 163):

Cumpra destacar que o princípio da solidariedade implica uma concepção do direito à saúde através da colaboração interclasses. Tal perspectiva repolitiza o modo de pensar dos sujeitos políticos coletivos no sentido de direcionar a RSB enquanto projeto civilizatório. Dessa forma, este projeto chega à cena atual com sua amplitude reduzida. Se por um lado na década de 1980, se defendia a radicalização da democracia, por outro, no século 21, passa-se a defender a colaboração e o consenso entre as classes na perspectiva de garantir direitos.

Tal perspectiva voltada para a solidariedade se apresenta ainda nos boletins divulgados em 2007 pelo Fórum RSB na 13ª Conferência Nacional de Saúde, onde a RSB é tratada como uma Reforma Solidária. Assim, nos anos 2000, os valores que passam a ser explicitados no Projeto de RSB voltam-se para os aspectos da responsabilidade social, da solidariedade, da equidade e da justiça social, de acordo com os parâmetros do neodesenvolvimentismo.

Sobre o neodesenvolvimentismo, nos diz Castelo (2009) que se diferencia do nacional- desenvolvimentismo visto no Brasil durante as décadas de 1940 a 1970, tendo por objetivo ingressar na disputa pela hegemonia ideopolítica como uma espécie de Terceira Via e, assim, consolidar-se como uma estratégia de desenvolvimento alternativa aos modelos vigentes na América Latina, a saber, o populismo burocrático (ligados aos setores da esquerda e partidos socialistas) e a ortodoxia convencional (relacionada às elites rentistas e aos defensores do neoliberalismo).

Sob esta perspectiva acima apresentada, Castelo (2009) ainda afirma que, o Estado deve trabalhar em sintonia com a burguesia industrial, quanto com os trabalhadores, uma vez que, hipoteticamente, ambos teriam só a ganhar sob o signo da acumulação capitalista em base produtiva.

De acordo com Sampaio Jr. (2012, p 679, grifos do autor) apresenta-se como desafio ao desenvolvimentismo:

[...] conciliar os aspectos “positivos” do neoliberalismo — compromisso incondicional com a estabilidade da moeda, austeridade fiscal, busca de competitividade internacional, ausência de qualquer tipo de discriminação contra o capital internacional — com os aspectos “positivos” do velho desenvolvimentismo — comprometimento com o desenvolvimento econômico, industrialização, papel regulador do Estado, sensibilidade social.

É válido também destacar que, o neodesenvolvimentismo, utiliza os conceitos de equidade e justiça social, no entanto, não sob a perspectiva da emancipação humana, e sim, baseados em argumentos centrais da tradição clássica do contratualismo acrescidos de formulações consideradas inovadoras (como as teorias sobre a justiça igualitária), afirmando Silva (2014b, p. 40) que:

Os conceitos de equidade e justiça social na perspectiva referida tendem a referendar a manutenção da ordem econômica e da coesão social, e não as transformações estruturais com vistas a superar o modo de produção capitalista.

Destarte, mediante tal conjuntura, das correlações de força e das disputas ideológicas vê-se uma inflexão significativa no projeto da RSB.

Após dois mandatos consecutivos do presidente Lula, o PT se reafirma com a eleição da 1ª presidenta, Dilma Rousseff (2011-2016) que, mesmo afirmando em seu discurso o compromisso com a qualidade dos serviços prestados e o respeito ao usuário do SUS, estabeleceu parcerias com o setor privado na área da saúde, garantindo a reciprocidade quando da utilização dos serviços do SUS, como enfatizado por Bravo e Meneses (2013).

Segundo Silva (2014a), como afirmação do acima descrito foi entregue na posse da referida presidenta, um documento apresentado pelo Fórum da RSB intitulado *A agenda Estratégica para a Saúde no Brasil*, tendo como escopo a proposição de diretrizes para a política de saúde no período de 2011-2014.

Ainda segundo a autora, o referido documento define os eixos primordiais de intervenção, bem como as estratégias de ação do executivo delineando os programas, objetivos e metas da política da saúde e ainda aponta as dificuldades para o funcionamento e organização do SUS, porém, vários dos problemas mencionados por este documento no setor saúde, estão relacionados com a governança, organização e funcionamento desse setor; o que leva a constatar que, as proposições desse documento estão dentro da institucionalidade existente, inferindo que:

Este documento expressa a adesão do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira as ideologias da pós-modernidade e do neodesenvolvimentismo, uma vez que a sua agenda se volta para o cotidiano do SUS, deixando de apresentar proposições que priorizem as conexões estruturais tais como: totalidade, modo de produção,

contexto e classe social. Da mesma forma, articula o crescimento econômico com o desenvolvimento social na perspectiva neodesenvolvimentista. Vale ressaltar que no documento, a expressão “Reforma Sanitária” não é utilizada e deixa em aberto à questão dos novos modelos de gestão (SILVA, 2014, p. 164, grifos da autora).

Diante de toda essa conjuntura de desconstrução do SUS e desproteção social, torna-se um desafio manter erguida a bandeira da RSB, negando a mercantilização da saúde e resistindo às inflexões de tal conjuntura sobre o projeto da RSB.

Para tanto, Bravo e Menezes (2014) enfatizam que foi criada em outubro de 2010 a **Frente Nacional contra a Privatização da Saúde (FNCPS)** cuja agenda vincula-se ao fortalecimento do SUS em nível nacional, surgindo como uma estratégia do movimento sanitário.

De acordo com o documento expedido pela própria Frente (2011) o seu principal objetivo é a defesa do SUS público, estatal, sob administração direta do Estado e gratuito para todos; além da luta contra a privatização da saúde e defesa da Reforma Sanitária assim como formulado nos anos de 1980, com a mesma motivação que ofertou sustentação às lutas travadas pelo Movimento Sanitário: o combate a privatização da saúde.

Seu nascimento ocorreu durante o seminário realizado no rio de Janeiro, intitulado *20 anos de SUS: lutas sociais contra a privatização e em defesa da saúde pública estatal*; sendo oriunda da articulação dos Fóruns de Saúde dos estados de Alagoas, Rio de Janeiro, São Paulo e Paraná. A princípio foi denominado de Frente Nacional contra as Organizações Sociais, pela procedência da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 1.923/1998, que questionou a Lei n. 9.637/1998 (criação das OSs).

Segundo a Frente (2018; 2011), na atualidade, o FNCPS conta com 20 Fóruns estaduais, um no Distrito federal e 17 Fóruns Municipais segundo informações disponibilizadas em seu site, tendo como bandeiras de luta:

- 1º. Luta contra a inconstitucionalidade da lei que cria as OSs;
- 2º. Defesa incondicional do SUS público, estatal, gratuito, universal e de qualidade;
- 3º. Luta pela gestão e serviços públicos de qualidade;
- 4º. Defesa de investimento de recursos públicos no setor público da saúde;

- 5º. Luta pela efetivação do controle social democrático;
- 6º. Defesa de concursos públicos e da carreira pública no serviço público;
- 7º. Oposição à precarização do trabalho;
- 8º. Luta contra as formas de privatização da rede pública de serviços: OSs, OSCIPs, fundações estatais de direito privado e EBSERH.

Bravo e Menezes (2013; 2014) enfocam que a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde realiza diversas atividades e seminários em âmbito nacional, tendo como características a entrada política nos espaços formais de luta política, como conferências e conselhos de saúde, por exemplo; a promoção de atos públicos, além de sua inserção em manifestações públicas, dando prioridade às atividades de rua.

A FNCPS formulou uma agenda para a saúde que possui cinco diretrizes que se contrapõem à agenda Estratégica para a Saúde do Brasil, quais são:

- 1º. Determinação social do processo saúde e doença: saúde no contexto mais amplo das desigualdades sociais;
- 2º. Gestão e Financiamento da rede pública estatal de serviços de saúde;
- 3º. Modelo Assistencial que garanta o acesso universal com serviços de qualidade, priorizando a atenção básica com retaguarda na média e alta complexidade;
- 4º. Política de valorização do Trabalhador da Saúde;
- 5º. Efetivação do controle social

Silva (2014a) ao analisar a Agenda da Saúde em relação ao relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1988) identificou haver consonância entre as propostas de ambas mediante a perspectiva de que o Estado efetive o direito a saúde e garanta a prestação direta dos serviços; constatando ainda que a FNCPS tem disputado espaço com o Fórum RSB na defesa do projeto da RSB.

No entanto, com relação à FNCPS a autora (idem, p. 165) afirma que:

A Frente se configura como sujeito político coletivo, uma vez que vem construindo ações e projetos na perspectiva de seu fortalecimento para a transformação da hegemonia predominante no processo de RSB. Os intelectuais vinculados à Frente têm um papel preponderante na elaboração e na defesa do projeto da RSB, fundamentais para dar homogeneidade e consciência ao projeto da sociedade nas dimensões econômica, social e política, ou seja, na organização da cultura. A Frente, enquanto sujeito político coletivo, é defensora do projeto de RSB formulado nos anos 1980, que tem

como elemento fundamental a radicalização da democracia, implicando na construção de uma nova racionalidade, de um novo projeto civilizatório.

Desta feita, pode-se inferir que, na contemporaneidade, em consonância com o estudo feito por Silva (2014 a, b) que o Fórum RSB e a FNCPS defendem projetos distintos e em luta pela hegemonia, donde o primeiro filia-se à perspectiva da Terceira Via alicerçada na ideologia da pós-modernidade e na ideologia social-liberal, pautadas na construção do consenso e no apassivamento do movimento; a segunda reconhece a radicalização da democracia como a construção da vontade coletiva para continuar o projeto de RSB dos anos 1980, veiculando-se a ideia de resistência à inflexão do projeto de RSB; porém, na correlação de forças existentes na atualidade, o projeto de Reforma Sanitária ligado a Terceira Via tem predominado.

Mesmo diante de todos os esforços empregados pelos militantes do movimento de RSB, Matos (2014) afirma que há entraves que obstaculizam a defesa do SUS oriundos da atual situação cultural na qual se encontra imersa a sociedade brasileira, bem como da caracterização da política e dos serviços de saúde por diferentes governos, onde se pode destacar: a ideologia de que o SUS não pode ser público e estatal; utilização de termos históricos da esquerda com outros fins (transformismo); concepções diferentes das concepções do Movimento Sanitário; pauta residual dos partidos, sindicatos e movimentos sociais em geral.

Isto posto, são notórios os desafios contemporâneos a que o SUS se encontra exposto, principalmente se concatenados aos ideais e propostas formuladas pela RSB para um sistema público, universal e equânime de saúde no Brasil, pois a luta se configura contra os ditames do capitalismo a toda construção de cidadania feita para esta política.

Assim para uma melhor elucidação de tal conjuntura, será abordado no tópico a seguir o modo como se deu a contrarreforma do Estado no Brasil, e como no campo da saúde ela se reflete através dos chamados novos modelos de gestão na saúde.

1.3A contrarreforma do Estado brasileiro e a discussão sobre os novos modelos de gestão na saúde pública

Para que haja uma melhor compreensão do que de fato significou a contrarreforma do Estado na saúde pública brasileira, faz-se necessária a discussão dos fatores que promoveram tais mudanças, tanto no cenário externo, quanto no cenário nacional. Logo, é significativo compreender o contexto das crises dentro do próprio modo de produção capitalista (MPC) e suas respostas a esses períodos de estagnação.

Portanto, parte-se da perspectiva de Mota (2009) de que as crises são inerentes ao sistema capitalista e, através delas, o capital se recicla e reorganiza suas estratégias de produção e reprodução, expressando um desequilíbrio entre a produção e o consumo; e como evidenciado por Marx (2017) elas também revelam o caráter contraditório deste modo de produção, das quais um se expressa como fundamental: a contradição entre a produção socializada e a apropriação privada da riqueza.

Neste aspecto contraditório, Netto e Braz (2012, p. 175) afirmam que as crises se expressam como funcionais a este modo de produção e:

Constituem os mecanismos mediante os quais o MPC restaura, sempre em níveis mais complexos e instáveis, as condições necessárias à sua continuidade. Por isso mesmo, as crises –por mais brutais que sejam os seus efeitos e por mais graves que sejam as suas consequências– não tem o dom de conduzir o MPC ao colapso ou a faculdade de destruí-lo; deixadas a sua lógica, das crises capitalistas só resulta o próprio capitalismo.

Assim, conforme explicita Mota (2009), as crises irrompem um período histórico de acirramento das contradições fundamentais do modo de produção capitalista (MPC) dentro das relações de força entre classes e o ambiente político.

Acerca das relações de força entre as classes, os impactos são sentidos tanto entre os capitalistas que têm o seu poder e lucros ameaçados, quanto entre os trabalhadores que têm a sua submissão intensificada, penalizados material e subjetivamente, pois são:

[...] afetados pelas condições do mercado de trabalho, com o aumento do desemprego, as perdas salariais, o crescimento do

exército industrial de reserva e o enfraquecimento das suas lutas e capacidade organizativa (MOTA, 2009, p. 55).

No âmbito político, desde a fase do capitalismo monopolista, Netto (2011) afirma que o Estado redefiniu e redimensionou suas funções para garantia e ampliação dos lucros dos capitalistas, preservação e validação do sistema a partir do que assumiu funções políticas.

Ainda segundo o autor, ao assumir funções políticas, o Estado passou a intervir sobre as expressões da “questão social”, tanto para manutenção da classe trabalhadora e garantia de níveis mínimos de consumo, quanto para ampliação de sua base política e estabilidade do sistema, intervindo nos conflitos gerados nas relações de trabalho.

No plano econômico, Netto (2011) ao concordar com Marx e Engels (2005), afirma que o Estado exerce o papel de “comitê executivo” da burguesia: opera no sentido de propiciar as condições necessárias para a acumulação e valorização do capital. Entretanto, o Estado também precisou legitimar-se politicamente, e para isso incorporou outros protagonistas sociopolíticos por meio da generalização e institucionalização dos direitos sociais, o que contribuiu para garantir o consenso que assegura sua atuação em favor do capital.

A partir dessa assunção de funções políticas e ampliação dos protagonistas, o Estado é tensionado por forças políticas antagônicas, responsabilizando-se pelo enfrentamento das sequelas da “questão social” por meio das políticas sociais, que têm como principal função a preservação e o controle da força de trabalho, pois:

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 cujas demandas incorpora, sistemas de consenso variáveis, mas operantes. (NETTO, 2011, p. 30).

Antunes (2009) ratifica que, como respostas as crises do capital, a partir do pós II-guerra, nos países ocidentais teve início um novo padrão de acumulação – fordismo/taylorismo e keynesianismo –, no entanto durante os anos de 1970 este padrão entrou em crise, expressando o seu esgotamento e, como resposta a essa crise, o capital programou um vasto processo de reestruturação recuperando seu ciclo produtivo e repondo o seu projeto de dominação societal.

Anderson (1995) diz que segundo os teóricos neoliberais, a causa principal da crise encontrava-se na estagnação econômica, oriunda da exacerbada rigidez político-econômica que conciliava trabalho (através de sindicatos e demais organizações da classe trabalhadora), capital (via modo de acumulação fordista/taylorista) e Estado (através dos governos pautados nos Estados de Bem-Estar Social de Keynes e Beveridge).

Para Mészáros (2011), a crise vivida nos anos de 1970 era endêmica e crônica, com a perspectiva de uma profunda crise estrutural que acarretou para a chamada *classe-que-vive-do-trabalho* o desemprego em dimensão estrutural, a precarização do trabalho de modo ampliado e a destruição da natureza em escala global.

Sobre o conceito de “classe-que-vive-do-trabalho”, esta foi uma expressão utilizada por Antunes (2009) com o objetivo de conferir validade contemporânea ao conceito marxiano de classe trabalhadora, enfatizando o sentido atual desta classe, ampliando sua compreensão para além dos trabalhadores fabris, pela integração do *trabalho produtivo* (que produz diretamente mais-valia e participa diretamente do processo de valorização do capital) e do *trabalho improdutivo* (que não se constitui diretamente como elemento produtivo e vivo do processo de valorização).

Sobre este período iniciado na década de 1970, Antunes (2009, p. 33) ressalta que o capitalismo inicia:

[...] um processo de reorganização do capital e de seu sistema ideológico e político de dominação, cujos contornos mais evidentes foram o advento do neoliberalismo, com a privatização do Estado, a desregulamentação dos direitos do trabalho e a desmontagem do setor produtivo estatal, da qual a era Thatcher-Reagan foi expressão mais forte [...].

Para enfrentar suas próprias contradições, o capitalismo monopolista, recorreu a um **padrão de acumulação flexível** que correspondeu a um período de reestruturação econômica e de reajustamento político e social, que trouxe implicações para a totalidade da vida social, para a organização da indústria (e, por conseguinte do próprio trabalho) e para o poder político. Segundo Harvey (2008, 140) a reestruturação produtiva se apoiava,

[...] na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção, inteiramente novos, novas

maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional.

De acordo com Behring (2009), o capitalismo instaurou uma ofensiva pautada em três direções centrais com inúmeros desdobramentos, quais sejam: a **reestruturação produtiva** e a **recomposição do exército industrial de reserva** como sua condição *sine qua non*, com alterações nas condições gerais da luta de classes; a **mundialização do capital**, acarretando alterações nas estratégias empresariais de busca por superlucros e na financeirização do capital; e **contrarreforma neoliberal** que incidiu sobre os Estados nacionais, “[...] tensionados pela dinâmica internacional e pela crise do pacto social dos anos de crescimento” (IDEM, p. 70).

Vale destacar que, de acordo com Mota (2009), enquanto na Europa se vivia a experiência do Welfare State desde o pós II guerra, os países periféricos eram orientados a seguirem a programática do *desenvolvimentismo* como meio de sua integração à ordem econômica vigente, a exemplo o caso brasileiro que, não vivenciando a experiência do Welfare State com seu pleno emprego, aderiu à lógica desenvolvimentista atrelada ao *processo de modernização conservadora* que consolidou a industrialização e o crescimento econômico, sem redistribuir os resultados desse “crescimento” com a maioria da população; portanto o que de fato ocorreu no Brasil, a partir de 1980, foi a crise do Estado desenvolvimentista a partir da crise fiscal do Estado.

Costa (2006) enfatiza que é importante, pormenorizar a análise da reforma do Estado fixando as especificidades do Brasil, sem desconsiderar as determinações gerais impostas pela atual conjuntura histórica.

Em termos gerais, Behring (2009) diz que a partir da intensificação da crise fiscal, a reforma do Estado no Brasil foi conduzida pela burguesia e as políticas sociais passaram a ser vistas como paternalistas e geradoras de desequilíbrio, do custo excessivo de trabalho e, de preferência deveriam ser acessadas preferencialmente via mercado, intensificando o processo de mercantilização. Nesta perspectiva, os benefícios, serviços e programas sociais deixaram de ser considerados direitos sociais para se tornarem direitos do consumidor, reforçando as tendências de desresponsabilização e desfinanciamento da proteção social do

Estado, configurando um Estado mínimo para os trabalhadores e máximo para o capital:

Amparada pela naturalização da mercantilização da vida, essa reforma social e moral, busca entre outros objetivos, transformar o cidadão sujeito de direitos num cidadão consumidor; o trabalhador num empreendedor; o desempregado num cliente da assistência social e a classe trabalhadora em grande sócia dos grandes negócios. (MOTA, 2009, p. 63).

O ingresso brasileiro na mundialização da ofensiva neoliberal se deu a partir do governo de Fernando Collor de Mello, no início dos anos de 1990, o qual defendia explicitamente “reformas” orientadas para o mercado que implicariam um forte enxugamento do Estado como saída para a crise econômica e social dos anos de 1980 e evidente desprezo às conquistas sociais garantidas na Constituição Federal de 1988 (CF/1988). De acordo com Behring (2008) e Behring e Boschetti (2011), tais mudanças orientaram-se pela ortodoxia liberal, com ênfase no corte nos gastos públicos, um novo tarifaço e uma reforma financeira baseada no *outsider* .

De acordo com as referidas autoras, o que ocorreu no Brasil não foi uma reforma, mas, sim, uma **contrarreforma** com base na revolução passiva, no controle das classes “perigosas” e reforço da hegemonia burguesa, sempre com reformas “por cima”, orientadas para o desmantelamento da ainda não consolidada Seguridade Social e para a negação de conquistas sociais históricas, especialmente no que compete aos direitos do trabalho.

Se as mudanças foram iniciadas na gestão de Fernando Collor, foi a partir do Governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) que a contrarreforma se efetivou concretamente, alicerçada na privatização, flexibilização e terceirização da força de trabalho, pois a reforma do Estado foi colocada “[...] como condição imprescindível para a retomada do crescimento econômico e a melhoria do quadro social do país” (COSTA, 2006, p. 165).

Behring (2008) enfatiza que, simbólica deste processo foi à aprovação, em setembro de 1995, do Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE), elaborado pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), cujo ministro era Bresser-Pereira o qual apresentou diferenciações entre o conceito de Estado e aparelho do Estado, bem como evidenciou distinções entre reforma do Estado e reforma do aparelho do Estado:

Entende-se por aparelho do Estado a administração pública em sentido amplo, ou seja, a estrutura organizacional do estado em seus

três Poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário) e três níveis (União, Estados-membros e Municípios). [...] O Estado, por sua vez, é mais abrangente que o aparelho, porque compreende adicionalmente o sistema constitucional-legal, que regula a população nos limites de um território. O Estado é a organização burocrática que tem o monopólio da violência legal, é o aparelho que tem o poder de legislar e tributar a população de um determinado território. [...] A reforma do Estado é um projeto amplo que diz respeito às várias áreas do governo e, ainda, ao conjunto da sociedade brasileira, enquanto que a reforma do aparelho do Estado tem um escopo restrito: está orientada para tornar a administração pública mais eficiente e mais voltada para a cidadania (BRASIL, 1997, p. 17).

Conforme Alencar e Granemann (2009), para os elaboradores da proposta, a crise brasileira era fruto da crise do Estado e para solucionar tal questão dever-se-ia fortalecer a sua ação reguladora numa economia de mercado, especialmente no âmbito dos serviços básicos e de cunho social, daí a importância da Reforma Gerencial do Estado que seria voltada para o controle dos resultados e se basearia na descentralização e produtividade no serviço público:

A análise do governo Fernando Henrique Cardoso identificou a crise fiscal como sendo da administração pública, propondo então uma administração gerencial. Assim, a reforma do Estado foi transformada no discurso do Governo Fernando Henrique Cardoso, em discussão técnica, administrativa, sendo esvaziada do conteúdo político a ela inerente e desvinculada da política econômica (COSTA, 2006, p. 165).

Sendo assim a contrarreforma, ou “reforma”, deveria seguir determinadas orientações, sejam elas: o ajuste fiscal duradouro; as reformas econômicas orientadas para o mercado (abertura comercial e privatizações), além de uma política industrial e tecnológica que fortalecesse a competitividade da indústria nacional; a reforma da previdência social; inovação dos instrumentos da política social; e reforma do aparelho do Estado, orientada para tornar a administração pública mais eficiente (administração gerencial), como explicitado por Behring (2008).

Portanto, vê-se que as reformas realizadas dentro do aparelho do Estado brasileiro, se consubstanciaram como tarefas pragmáticas a serem executadas com fins de dar dinamismo ao país, e inseri-lo na economia global. Para tanto, os papéis e as funções do Estado necessitavam de redefinição, pois para os seus idealizadores “O Estado estava em crise, e a reforma era a solução a ser

implementada, um remédio amargo ministrado a um paciente terminal” (COSTA, 2006, p. 164).

A grande ênfase encontrava-se no repasse para o setor privado de atividades até então executadas pelo Estado, podendo ser controladas pelo mercado (como por exemplo, as empresas estatais) e ainda a descentralização para o *setor público não estatal* de serviços que não implicariam no exercício do poder do Estado, mas deveriam ser subsidiados por ele, tais como a saúde, a educação, a cultura, dentre outros. Tal processo caracterizou-se como *publicização* referindo-se a “[...] produção de serviços competitivos ou não exclusivos do Estado, estabelecendo-se parcerias com a sociedade para o financiamento e controle social de sua execução” (BEHRING, 2008, p. 178).

A partir disto, o Estado reduziu à prestação direta de serviços, mantendo-se como regulador e provedor, atingindo desse modo de forma direta as políticas sociais, pois, para a “Reforma” do Estado, a redemocratização trazida com a “nova república” era tratada como um retrocesso que, por perceber que através da Constituição de 1988 haveria um acirramento do modelo burocratizado que engessaria e saturaria o Estado.

De acordo com Behring (2008) a “Reforma” distinguiu quatro setores no Estado:

1º. **Núcleo Estratégico**: formula políticas públicas, legisla e controla sua execução, composto pelos três poderes; a forma de propriedade é a estatal e se propõe um *mix* entre administração burocrática e gerencial.

2º. **Setor de Atividades Exclusivas**: são prestados serviços que só o Estado pode realizar, por exemplo: educação, previdência, saúde e segurança básica; a forma de administração é a gerencial e de propriedade é a estatal. Cabe destacar que o real propósito era de transformar as autarquias em agências autônomas e geridas segundo um contrato de gestão, presumindo-se mecanismos de controle social que não foram explicados (BEHRING, 2008).

Por sua vez, o conceito de seguridade foi totalmente ignorado e visto como irrelevante por este plano, já que as políticas que a compõem (saúde, assistência social e previdência) foram vistas de forma totalmente desarticulada.

3º. **Setor de bens não exclusivos**: o Estado atua simultaneamente com outras organizações públicas não estatais e privadas. Como por exemplo, nas

universidades, hospitais, centros de pesquisa, museus, etc. A forma de propriedade é a *não estatal* e a de administração é a gerencial.

Para tanto, o governo propôs a criação das organizações públicas não estatais, as chamadas **Organizações Sociais (OSs)** que “[...] são entidades de direito privado sem fins lucrativos, que celebram um contrato de gestão com o poder executivo, que lhes asseguraria dotação orçamentária” (BEHRING, 2008, p. 182).

Desse modo, “o Governo de FHC defendia que o Estado não deveria assumir novos serviços e que os mesmos deveriam ser ampliados, quando necessários, por meio das Organizações Sociais” (REZENDE, 2008, p. 26).

4º. **Setor de bens e serviços para o mercado**: são empresas não assumidas pelo capital privado e absorvidas pelo Estado. É importante evidenciar que a proposta de propriedade estatal não é desejável, porém devem existir regulamentação e fiscalização rígidas (por exemplo, companhias de água, gás, energia elétrica).

De acordo com Behring (2008), o Plano Diretor ainda previa uma estratégia de transição da “Reforma” do Estado e do Aparelho do Estado em três direções:

1º. **Mudanças da legislação** (inclusive reformas constitucionais): utilizam-se das emendas da reforma da administração pública e acerca dos servidores públicos (nº 19) e da Previdência Social (nº 20) de forma estratégica, usando como pano de fundo o ajuste fiscal.

2º. **Introdução de uma cultura gerencial**: destaca-se a ênfase nos resultados, a superação dos resquícios de patrimonialismo, a recuperação da confiança nos administradores, a introdução de critérios de avaliação e indicadores de desempenho.

3º. **Adoção de práticas gerenciais**: implantada a cultura gerencial, está oferecida as bases para as práticas gerenciais, que devem aumentar a *governance* (capacidade financeira administrativa de governar), restaurando o seu papel de indutor do desenvolvimento econômico e social e de garantidor dos direitos de cidadania.

Esta conjuntura incidiu diretamente sobre a *classe que vive do trabalho*, pela mudança no papel do Estado quanto aos direitos sociais e às políticas sociais, assim:

Passa à defesa de alternativas que envolvem a família, as organizações sociais e a “rede de filantropia de solidariedade social”,

abdicando de políticas universais ancoradas no direito de cidadania. As medidas postas em prática são reducionistas, voltadas primordialmente para situações extremas, com alto grau de seletividade e focalização, direcionadas à miséria e à pobreza absoluta, que não impactam de forma significativa os níveis de desigualdade social persistentes em nosso país. (RAICHELIS, 2013, p. 618).

O plano de contrarreforma, ou reforma do Estado como pensado por Bresser Pereira e explicitado no Plano Diretor da reforma do aparelho do Estado (BRASIL, 1995) incidiu diretamente sobre o funcionalismo público em várias facetas como exposto por Silva e Raichelis (2015), com: enxugamento dos postos de trabalho e ampliação da prestação de serviços através da terceirização da força de trabalho e adoção da avaliação quantitativa de desempenho estimulando a competição entre trabalhadores e novas formas de controle e fiscalização do trabalho profissional.

As autoras ainda enfatizam que entre as várias categorias do serviço público atingidas está o Serviço Social, cuja maioria de profissionais vincula-se à administração pública, sentindo diretamente os efeitos deletérios da reforma do Estado neoliberal.

Costa (2006) infere que, o que de fato ocorreu com a contrarreforma ou reforma do Estado foi: um desmonte da máquina estatal refletido na demissão de funcionários; uma fragilização da economia nacional, oriunda da abertura sem restrições à importação e à desnacionalização da economia; um desmonte da Seguridade Social, através da reforma da Previdência Social que foi reduzida a seguro social, deixando à parte os trabalhadores informais, além de precarizar os investimentos no âmbito da saúde pública e fortalecer a quebra dos princípios do SUS.

Tal situação acima explicitada pôde ser constatada na Proposta de Emenda Constitucional 32 (PEC 32), que se materializou enquanto uma proposta de alteração constitucional na área da saúde tencionando acabar com a universalidade do SUS, felizmente desarticulada devido a uma grande mobilização nacional em defesa do SUS.

Sobre a saúde no Brasil, o que se vislumbrou nos dois mandatos de FHC foi a “desconstrução” do SUS através de uma série de medidas que o deturparam de sua concepção original, ou seja, o que se pretendeu à época, através do Ministro José

Serra, foi o aprofundamento da construção da política de saúde, tomando por alicerces os princípios da contrarreforma do Estado.

Sobre as principais medidas de contrarreforma na saúde, Matos (2014, p. 36) destaca:

[...] diferentes campanhas de saúde (retomando uma ideia superada do sanitarismo-campanhista); o desrespeito às instâncias de controle social; a regulamentação com debate incipiente na sociedade, dos planos de saúde; a proliferação, devida ao financiamento vertical proposto pela Norma Operacional Básica (NOB-96), do PSF/PACS; a criação de agências – tanto a de Saúde Suplementar (ANS) como de Vigilância Sanitária (ANVISA)– com autonomia orçamentária, poder decisório e em concurso público para o preenchimento das vagas; dentre outras. Contudo, o mais importante foi à estratégia –que não foi totalmente implementada na contrarreforma do estado na saúde (MARE, 1998)– que propunha a transferência dos serviços ambulatoriais de referência e dos hospitais para as Organizações Sociais nas quais o estado contraria aquele hospital/serviço que julgasse melhor, independente de este estabelecimento ter sido, um dia público ou não.

As Organizações Sociais foram instituídas legalmente pela Lei 9.637 de 1998, qualificadas como:

[...] pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e à preservação do meio ambiente, à cultura e a saúde (BRASIL, 1998, art. 1º).

No âmbito da saúde, a lei ressalvou que:

A organização social que absorver as atividades de entidade Federal extinta ao âmbito da área da saúde devesse considerar no contrato de gestão, quanto ao atendimento da comunidade, os princípios do Sistema Único de Saúde, expressos no art. 198 da Constituição Federal e no art. 7º da Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. (BRASIL, 1998, art. 18).

Afirma Rezende (2008, p. 27) que, com o respaldo consentido pelo aparato normativo legal as “OSs podem contratar funcionários sem concurso público, adquirir bens e serviços sem processo licitatório e não prestar contas a órgãos de controle internos e externos da administração pública”, por serem estas consideradas atribuições privativas do Conselho de Administração.

Ainda segundo esta autora, a justificativa do governo para o uso desse instrumento se alicerçou no argumento de que a parceria público-privado viabilizaria a modernização do Estado, pois tal transferência acarretaria em melhores serviços para a população, uma maior autonomia gerencial, maiores responsabilidades para os dirigentes dos serviços, além do aumento da eficiência e qualidade desses serviços e melhorias no atendimento ao cidadão com menor custo.

No entanto, o que de fato se concretizou foram garantias e condições para a materialidade do “Estado mínimo” segundo os preceitos do Plano Diretor, pois, através da privatização e terceirização dos serviços (até então produzidos pelo Estado) e da transferência de competências privativas da União para organismos privados, estes puderam dispor de bens, patrimônio, créditos, servidores públicos e poupança para gerenciar em prol de seus próprios interesses, e mesmo assim, terem o título de *entidades de interesse social e utilidade pública* para todos os efeitos legais.

De acordo com o CFESS (20117), mediante tal quadro, houve inúmeras manifestações contrárias e contestações jurídicas sobre a privatização/terceirização dos serviços públicos de saúde, donde se pode destacar o documento “**contra fatos não há argumentos**” elaborado pela Frente Nacional contra a Privatização da Saúde cujo objetivo era apresentar aos Ministros do Supremo Tribunal federal os fatos e resultados nos estados e municípios advindos da implantação tanto das OSs quanto das Organizações Sociais Civil de Interesse Público (OSCIPs), enfatizando a intensidade com que ocorreram os desvios de recursos públicos onde estes modelos de gestão já existiam.

Contudo, em termos gerais, tal instrumento de gestão não obteve a necessária legitimidade para se institucionalizar (salvo em alguns estados como Rio de Janeiro, Distrito Federal, São Paulo, Tocantins, dentre outros), podendo-se afirmar que “a implementação da experiência, em larga escala, como haviam planejado fracassou” (REZENDE, 2008, p. 28).

Por sua vez, foi aprovada em 23 de março de 199 a Lei federal nº 9.790 que institui as Organizações da Sociedade Civil (OSCIPs) no âmbito do governo federal.

Como explicitado por CFESS (2017) assim, como as OSs, as OSCIPs são pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cuja ênfase se dá no termo de parceria firmado juridicamente entre o Estado e a Sociedade Civil, no entanto, ao

observar a história, o que de fato se constatou foi a menor incidência em contratos públicos para a prestação de serviços do que durante a época das OSs.

Rezende(2008) diz que nas OSCIPs, a prestação de serviços públicos seria realizada pelas Organizações Não-Governamentais (ONGs), cooperativas, associações da sociedade civil através das parcerias de modo distinto do que apregoava o Programa de Publicização que visava promover a extinção dos órgãos e entidades administrativas já existentes.

Ainda seguindo a linha de pensamento da autora, o real objetivo desta Lei foi transformar as OSs em OSCIPs, pois estas possuíam maior abrangência no que compete aos seus objetivos e projeto político de terceirização e privatização de ações, atividade, programas e serviços públicos, por que:

Os objetivos estabelecidos na “Lei das OSCIPs” cumprem o previsto no Plano Diretor de Reforma do Estado, no qual, para os serviços Monopolistas de Estado e para os Serviços Sociais Competitivos implementar-se-ia a gestão gerencial como as agências autônomas, os serviços sociais autônomos, as OSs e as OSCIPs, para garantir, especialmente, a flexibilização da força de trabalho, o enxugamento do Estado e a limitação do controle social, mesmo que, como comprovado posteriormente, com descumprimento da Constituição Federal e das Leis vigentes (idem, p. 29).

Sob o prisma do ponto de vista da Administração pública e da Gestão do SUS, tanto as OSs quanto as OSCIPs poderiam ser consideradas como pessoas jurídicas estranhas ao Sistema Jurídico administrativo nacional, sendo salvas pelas leis específicas que as constituíram; embora, nenhuma das duas tenha obtido respaldo ou legitimidade social para a sua institucionalidade.

Mas, o projeto de contrarreforma do Estado para a saúde pública não ficou restrito ao governo de FHC, espalhando-se pelos dois mandatos da gestão do presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2006 e 2007-2010), mesmo tendo sido depositada sobre o governo do partido dos trabalhadores (PT) a esperança do retorno aos princípios da RSB e de fortalecimento do SUS constitucional, porém, nas palavras de Bravo e Menezes (2013, p. 40) “o Partido dos Trabalhadores tem se comportado somente enquanto governo, não conseguindo mobilizar a sociedade para a ampliação dos direitos sociais”.

Conforme Matos (2014) a análise que se pode tecer sobre o governo do PT é de manutenção da política macroeconômica com “reformas”, que coadunam plenamente com o receituário da política de ajustes do neoliberalismo.

Ainda segundo o autor, o que de fato se contemplou foi o aprofundamento das desigualdades sociais no âmbito da saúde com o avanço do projeto de contrarreforma com efeitos perniciosos à população, tais como: não aprovação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), deixando claro que tanto para o governo quanto para os partidos da esquerda, a saúde da população brasileira é apenas uma particularidade; dificuldade do governo em articular ações para o enfrentamento de epidemias que haviam sido praticamente extintas, como a dengue e a febre amarela, por exemplo; e por fim, a manutenção da naturalização do setor privado no SUS, o caso das farmácias populares.

De acordo com Granemann (2011), um dos pontos de extrema relevância no segundo mandato do governo Lula é a proposta de criação de fundações Públicas de Direito Privado, através do Projeto de Lei Complementar (PLC) 92/2017 que visava regulamentar o inciso XIX do art. 37 da CF 1988, a parte final, definindo as áreas de atuação de fundações instituídas pelo poder público

Em linhas gerais, são consideradas Fundações Estatais as entidades com personalidade jurídica de direito privado para o desenvolvimento de atividades que não tenham fins lucrativos, não sejam exclusivas do Estado e não exijam o exercício do poder de autoridade em áreas como educação, assistência social, saúde, ciência e tecnologia (BRASIL, 2007).

E, mesmo que englobe diferentes áreas, é no âmbito da saúde que ganham maior expressão, tencionando a transformar inicialmente os serviços de saúde (em especial os hospitais), em fundações.

De acordo com Matos (2014), esta proposta do governo petista, fundamentou-se no principal elemento da Reforma do Estado, preconizada pelo governo de FHC, que foi a ineficiência do Estado, tendo como motivos a estabilidade dos servidores públicos, a necessidade de um melhor gerenciamento e a burocracia, que deixa a gestão morosa (como por exemplo, tanto a compra de materiais e insumos quanto para a demissão de funcionários).

Por isso que a natureza das fundações estatais é privada, pois objetiva cumprir a função de racionamento, ou seja, da eficiência e eficácia, priorizando

assim o caráter lucrativo de concorrente da livre iniciativa, subvertendo assim o real sentido das políticas sociais.

Deste modo, Granemann (2011) diz que, o que houve de fato foi à desconstrução do SUS constitucional e de todos os seus princípios fundamentais, como das propostas da RSB, decorrente da substituição do interesse público pelos interesses particularistas numa perversa privatização do Estado brasileiro, cuja intenção do governo era de esvaziar o controle social democrático na saúde, implementar a lógica privatista, controlar o movimento dos trabalhadores através do fim do Regime Jurídico Único (RJU) submetendo os funcionários públicos as intenções de seus gestores.

Ainda segundo a autora, disto derivou um fetiche de iniciativa privada aplicada ao Estado, que procurou obscurecer a essência dos processos que o Estado capitalista ensinava ratificar, ou seja:

A forma é a fundação estatal, o conteúdo é a privatização dos serviços sociais, das políticas sociais, dos direitos dos trabalhadores. As fundações estatais são formas atualizadas das parcerias público-privadas, das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), das Organizações Sociais (OS), das Fundações de Apoio e de numerosas outras atividades que sempre tentam repetir o mesmo –privatizar– sob o emblema diverso para que a resistência dos trabalhadores seja vencida (GRANEMANN, 2011, p. 52).

Matos (2014) coloca que um segundo ponto de destaque no governo Lula no que compete à ações em prol da contrarreforma do Estado reside num dos seus últimos atos enquanto presidente da república: a apresentação da Medida Provisória (MP) 520 que autoriza o Poder Executivo a criar a **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)** inspirada nos mesmos moldes das Fundações estatais de direito privado, só que com a “missão” de reestruturar os Hospitais Universitário, no dia 31/12/2010.

Conforme Bravo e Menezes (2013), a MP 520 indicava a possibilidade desta “nova empresa pública” administrar quaisquer unidades hospitalares do SUS, no entanto, encerrado o prazo para a sua votação, em junho de 2011, o governo recolocou a EBSERH agora como Projeto de Lei, a PL 1749/2011 (no então governo da Presidenta Dilma Rousseff), votado e sancionado no dia 15 de dezembro de 2011, transformando-se na Lei nº 12.550 que autoriza o Poder Executivo a criar a EBSERH.

O governo Dilma Rousseff não apenas deu continuidade ao projeto neoliberal de contrarreforma do Estado, mas o ampliou em direção a outras políticas do Estado, seguindo o receituário imposto pelo Banco Mundial. Neste sentido, para Correia (2014) não foi por acaso que o Banco Mundial financiou o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais federais (REHUF), condicionando o seu financiamento às mudanças no modelo de gestão.

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares- EBSEH é parte importante da política do grande Capital implementada pelo Governo da Presidenta Dilma Rousseff e da continuidade aos projetos de contrarreforma do Estado que priorizam transferir áreas que poderão se tornar lucrativas para o capital ao mesmo tempo- e como arte do Processo- subtraem direitos dos trabalhadores. (CARDOSO, 2014, P. 39)

Bravo e Menezes (2014) ressaltam que, a EBSEH foi criada a despeito dos questionamentos e da votação contrária a sua criação na XIV Conferência Nacional de Saúde e de toda a luta da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde.

De acordo com a Lei 12.550/2011, a EBSEH foi criada “[...] com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação, com prazo de duração indeterminado” (BRASIL, 2011, art. 1º) o que faz com que se rompa o caráter eminentemente público das Universidades Federais, permitindo que a lógica do setor privado invada e predomine nesse setor, além de deixar claro em sua fonte orçamentária que o fundo público é interpretado como capital social, tendo um duplo acesso: através de “[...] recursos oriundos de dotações consignadas no orçamento da União, bem como pela incorporação de qualquer espécie de bens e direitos suscetíveis de avaliação em dinheiro” (BRASIL, 2011, art. 2º).

Correia (2014) ratifica que um dos principais argumentos dados pelo governo para a implementação da EBSEH foi a necessidade de “regularizar” a situação dos funcionários terceirizados dos HUs espalhados pelo país como forma de solucionar a crise gerada pelos problemas com recursos humanos cuja substituição do pessoal terceirizado passou a se dar por concurso público, mas fora do RJU, vinculando-se a CLT.

Assim, a EBSEH representou a redução da atuação do Estado no âmbito da educação e da prestação de serviços à saúde, sob os velhos Os Hospitais

Universitários são instituições de ensino, pesquisa e extensão além de prestarem assistência à saúde na média e alta complexidade, constituindo-se como o maior complexo hospitalar do país, totalizando 47 hospitais distribuídos em 33 universidades, que vêm na proposta da EBSEH, a reedição das Fundações Públicas de Direito Privado (Correia, 2014), onde, segundo Cardoso (2014):

- A lógica mercantil instituída pela EBSEH aos HUs retira-lhes a autonomia e volta sua atuação, antes pautada em estudos relacionados às necessidades sociais da Saúde e dos usuários, a priorização de temas de pesquisa e cursos que atendam as necessidades do mercado.
- Outro ponto de destaque também relacionado à lógica mercantil é a priorização do atendimento aos usuários do SUS que tenham plano de saúde, haja vista sua natureza de Direito Privado lhe permitir a exploração de atividade econômica, o que acarretará na dupla obtenção de lucros, via repasses do SUS, referentes aos atendimentos, e via repasses dos planos privados. Além de constituir uma porta dupla de entrada, uma das principais implicações de tal medida é a diferenciação entre os usuários do SUS com planos de saúde dos que não possuem plano de saúde, gerando um duplo estatuto de usuários e prejuízos àqueles que não podem pagar por planos privados de saúde.
- Aprofunda a precarização do trabalho, pois a gestão hospitalar apregoada pela EBSEH se põe à contratação pelo RJU, estabelecendo a contratação nos HUs pela CLT, em contraponto às reivindicações e defesas dos profissionais de saúde por concursos e carreiras públicas.
- Desrespeita o controle social a partir de seu Regimento que restringe a participação do segmento dos trabalhadores e usuários do SUS, ao propor a participação de um trabalhador no Conselho Administrativo e de um trabalhador e um usuário no Conselho Consultivo.

Mediante o exposto, é fato inconteste que o projeto a que está vinculada a EBSEH é o projeto do Capital, atuando para o Estado capitalista como uma contrarreforma que encaminha verbas públicas para as empresas privadas, aonde estas empresas conduziram a nova forma de gerenciamento dos órgãos públicos.

Sendo assim a EBSEH é,

[...] a forma atual e mistificada de oferecer lucros e perspectivas de novas mercadorias aos capitais pelo processo de sucateamento das políticas sociais a partir do desmonte dos Hospitais Universitários Federais de modo geral (CARDOSO, 2014, p. 44).

Assim, o que se mostra na contemporaneidade é a consolidação do projeto privatista não só para a saúde, mas para as demais políticas sociais, cuja vinculação é clara com os propósitos do capitalismo, por isso, se torna de extrema importância ratificar o projeto de reforma sanitária, fortalecendo os sujeitos sociais que o reivindicam como é o caso da Frente Nacional contra a Privatização que, em articulação com outras tantas importantes entidades nacionais, tem posto em prática uma luta constante contra a EBSEH, seja por meio de abaixo assinados, seja por manifestações promovidas pelos fóruns estaduais de saúde, ou ainda nas ruas com passeatas e panfletagens mesmo numa conjuntura de tantas arbitrariedades.

Para Correia (2014), o saldo desse movimento tem sido positivo, pois têm sido construídas resistências através do debate das concepções antagônicas de universidade, educação e saúde, extrapolando os muros das universidades e alcançando setores organizados na sociedade civil.

No entanto, é imprescindível a análise dos efeitos deletérios desses novos modelos de gestão para a classe trabalhadora, em especial para os profissionais de saúde que possuem particularidades em seu processo de trabalho.

Para tanto, será analisado a seguir como o novo padrão de acumulação capitalista insaturado a partir de 1970 inflexionou as condições de trabalho e sobrevivência da classe trabalhadora e como isso se refletiu nos profissionais de saúde no Brasil a partir da adoção dos novos modelos de gestão instituídos pela contrarreforma do Estado.

1.3.1 Flexibilização e Precarização das relações de trabalho a partir da Contrarreforma do Estado

Como visto no item anterior, para superar a crise vivenciada a partir da estagnação do modelo de acumulação fordista/keynesiano, desde os anos de 1970,

o capitalismo se reorganizou a partir de um novo padrão de acumulação, estruturado a partir da acumulação flexível, tendo no plano político e ideológico o neoliberalismo.

De acordo com Antunes (2009), a reestruturação produtiva provocou transformações no processo produtivo com novas formas de gestão organizacional e da intensificação do avanço tecnológico (microeletrônica e robótica) com modelos alternativos ao padrão taylorista/fordista, destacando-se o toyotismo.

Neste contexto, o capital financeiro passou a comandar a totalidade do processo de acumulação através da integração das grandes empresas industriais com as instituições financeiras, num movimento permanente de valorização e busca por lucros, que encobriu a ampliação das relações de exploração do capital sobre o trabalho.

O capital financeiro assume o comando do processo de acumulação e, mediante inéditos processos sociais, envolve a economia e a sociedade, a política e a cultura, vincando profundamente as formas de sociabilidade e o jogo das forças sociais. O que é obscurecido nessa dinâmica do capital é o seu avesso: o universo do trabalho –as classes trabalhadoras e suas lutas– que cria riqueza para outros experimentando a radicalização dos processos de exploração e expropriação. (IAMAMOTO, 2015, p. 107).

Flexibilizar se tornou, conforme Souza (2010), a pedra de toque da reestruturação produtiva, estabelecendo a sujeição da força viva de trabalho aos ditames de um processo de produção comandado por uma lógica que maximiza os níveis de produtividade através da intensificação do tempo, da racionalização da força viva e da desregulamentação das relações formais, expondo a classe que vive do trabalho ao aumento da degradação de suas condições de trabalho, da precarização e fragilização do emprego e do salário.

Para Alencar e Granemann (2009), se instaurou após a década de 1970 uma nova correlação de forças entre o Capital e o Trabalho, onde o primeiro passa a ter uma maior determinação da forma do uso do segundo, potencializando-o inclusive de forma mais intensiva, onde:

A flexibilização e a desregulamentação das relações de trabalho têm um significado bastante expressivo que é o de desvencilhar o capital da “camisa de força” proporcionada pelo arranjo regulador, cujo eixo estava pautado por uma forte intervenção do Estado em uma significativa oposição aos princípios que colocam no mercado a determinação do uso do trabalho (ALENCAR; GRANEMANN, 2009, p. 163).

De acordo com Rosso (2008), neste processo de reestruturação, o trabalho se configurou como mais intenso: o ritmo e a velocidade do trabalho tornaram-se maiores, o controle e a cobrança por resultados mais fortes, como também as exigências por flexibilidade, polivalência, acúmulo e variabilidade de tarefas, acarretando uma maior intensificação do trabalho e, por conseguinte, uma maior degradação e exploração do mesmo.

Acerca do controle do capital sobre os trabalhadores, Tumolo (2000) afirma que os ingredientes fundamentais para o controle da vida dos trabalhadores pelo capital são domínio sobre praticamente todas as atividades humanas, sobre a produção social da vida e a redução generalizada do preço da força de trabalho, combinada com um imenso contingente de trabalhadores supérfluos, configurando a subsunção real da vida social ao capital:

A subsunção real do trabalho e a subsunção formal da vida dos trabalhadores ao capital se transformam, na contemporaneidade, em subsunção real da vida dos trabalhadores ao capital. Mais do que isto tendo em vista o controle do capital sobre toda a vida social, se transforma em **subsunção real da vida social ao capital** (TUMOLO, 2000, p. 14).

Druck; Franco e Seligman-Silva (2010) enfatizam que a precarização passou a ser um atributo central do trabalho contemporâneo e das novas relações de trabalho, mediante um processo multidimensional que alterou a vida dentro e fora do trabalho; como forma de combate à crise, e como reforço aos desmontes de direitos e das políticas sociais e trabalhistas,

[...] a *globalização* consolidou o binômio *flexibilização/ precarização* e a perda da razão social do trabalho, com a reafirmação do lucro e da competitividade como estruturadores do mundo do trabalho [...]. (DRUCK; FRANCO; SELIGMAN-SILVA, 2010, p. 233, grifo nosso).

Ainda segundo essas autoras, mediante as condições atuais do capitalismo contemporâneo, apresentam-se cinco dimensões do processo de precarização do trabalho que afetam diretamente a classe trabalhadora:

- 1º. Precarização dos vínculos de trabalho e das relações contratuais: com a perda de direitos e vínculos acarretados pela terceirização;
- 2º. Precarização da organização e das condições de trabalho: polivalência, rotatividade, metas inalcançáveis, extensão da jornada de trabalho,

multiexposição aos agentes físicos, químicos, ergonômicos e organizacionais que conduzem à intensificação do trabalho;

- 3º. Precarização das condições de segurança e saúde do trabalhador: fragilização das condições de segurança no trabalho, exposição a riscos e acidentes, além do processo de adoecimento;
- 4º. Precarização do processo de construção das identidades individual e coletiva: desvalorização e descartabilidade das pessoas, aprofundamento da alienação e do estranhamento do trabalho;
- 5º. Precarização das condições de representação e organização sindical: fragilização e enfraquecimento dos sindicatos produzindo a competição e a pulverização entre os próprios trabalhadores.

Cabe lembrar, segundo Hirata e Pretéceille (2002), que tais mudanças não afetaram apenas a classe operária, mas, ainda que de forma desigual, o conjunto dos trabalhadores assalariados e os grupos sociais que vivem do trabalho.

Nesse processo, assevera Raichelis (2013), que foi fundamental a intervenção ativa dos Estados nacionais que, por meio do fundo público, financiaram a acumulação e as altas taxas de lucratividade do capital em detrimento do trabalho.

Isto ocorreu porque, segundo Netto (2011, p. 26-31), “o Estado atua como um instrumento de organização da economia, operando notadamente como um administrador dos ciclos de crise” e que “através das políticas sociais procura administrar as expressões da ‘questão social’ de forma a atender às demandas da ordem monopólica”.

Assim, esta nova ofensiva do capital se expressa:

[...] não apenas pelas determinações tecnológicas, mas pelas determinações políticas que são o resultado sócio-histórico da luta de classes, do amadurecimento das contradições geradas ao longo do processo de internacionalização das relações capitalistas de produção no período histórico de 1945 a 1968/1970; e envolvem elementos econômicos e sociopolíticos (ALENCAR; GRANEMANN, 2009, p. 164).

Segundo Antunes e Praun (2015), mediante tal contexto social de transformação no mundo do trabalho e desmonte de direitos sociais e trabalhistas, intensificaram também a vinculação entre trabalho e adoecimento, quer físico, quer mental, nas formas de objetivação e subjetivação do trabalho.

Pensando em tais mudanças do mundo do trabalho na nossa realidade nacional, pode-se dizer que o Brasil apresentou especificidades com relação a este processo de precarização e mudanças:

No caso do Brasil, onde a precarização do trabalho, a rigor, não pode ser tratada como um fenômeno novo, considerando sua existência desde os primórdios da sociedade capitalista urbano-industrial, as diferentes formas de precarização do trabalho e do emprego assumem na atualidade novas configurações e manifestações especialmente a partir de 1990, quando se presenciaram mais claramente os influxos da contrarreforma do Estado e da efetivação das políticas neoliberais. (RAICHELIS, 2001, p. 421)

No que concerne ao trabalho em saúde, para responder às exigências do capital mundializado, além de flexibilizar as relações de trabalho, o Estado incorporou uma lógica lucrativa para atender as solicitações do projeto de contrarreforma com o enxugamento da máquina estatal, fragmentando e focalizando os serviços de saúde, assumindo as ações de baixo custo e deixando para o mercado as ações mais lucrativas.

No setor saúde o aumento do uso de novas tecnologias não resultou em substituição do trabalho vivo e dos processos em uso, mas em um acúmulo de novos e antigos mecanismos, indicando que a inovação tecnológica não suprimiu o uso da força de trabalho nesse setor o que concorreu para desvalorização do trabalho e do trabalhador (a) nesse ramo de atividade através do aviltamento do trabalho humano, pois:

[...] quanto mais tecnologia se incorpora às intervenções em saúde, lançando mão de equipamentos sofisticados que atendam a lógica da maximização da lucratividade, mais desvalorizado fica o trabalho humano, da escuta, do atendimento personalizado, da interação entre quem adoece e quem cuida (SOUZA, 2010 p. 341).

Desta forma, de acordo com Souza (2010), para os trabalhadores em saúde, o que se tem é a instauração de um processo de agudização da precarização do trabalho em saúde, já que este não pode ser totalmente substituído pelas novas tecnologias, sendo o *lócus* onde o trabalho humano mantém a sua centralidade, utilizado de forma intensiva e insubstituível.

A ofensiva do capital neste setor se pautou na desregulamentação do trabalho, representada pela desagregação da proteção social do trabalho através da

imposição de uma lógica mercantil e produtivista que desvalorizou o trabalho através da intensificação do uso de sua força, pela captura de sua subjetividade e pela sempre presente ameaça de desemprego e desproteção social expressos pela: desestruturação no planejamento de serviços, descontinuidade dos programas assistenciais, intensificação da jornada de trabalho, levando à adoção de múltiplos vínculos, baixas remunerações, alta rotatividade, inadequação de pessoal e às precárias condições de trabalho que dificultam a intervenção profissional e expõem os usuários ao risco de morte (SOUZA, 2010).

Esta lógica mercantil é apresentada aos profissionais de saúde no Brasil, a partir dos anos de 1990, de forma mascarada através da implantação/implementação dos novos modelos de gestão, ou seja, pelas OSs, OSCIPs, Fundações Estatais de Direito Privado e de forma mais sobressalente pela EBSEH, todas pautadas nos processos de privatização e terceirização da gestão dos serviços de saúde através do repasse desses serviços pelo Estado a esses modelos de gestão Sobre a terceirização Franco, Druck e Seligman-Silva (2010, p. 233) pontuam:

É uma das principais formas da flexibilização do trabalho mediante a transferência da atividade de um “primeiro” –que deveria se responsabilizar pela relação empregatícia– para um “terceiro”, liberando assim, o grande capital dos encargos e direitos trabalhistas [...] A terceirização lança um manto de invisibilidade sobre o trabalho real –ocultando a relação capital/trabalho e descaracterizando o vínculo empregado/empregador que pauta o direito trabalhista– mediante a transferência de responsabilidade de gestão e de custos para um “terceiro”.

De acordo com Druck (2013), a terceirização passou a ocupar lugar de destaque na agenda governamental relacionada ao serviço público a partir do *paradigma gerencialista*, imposto pelo FMI para a realização do ajuste fiscal, com a redução do emprego público e dos gastos com pessoal. Enfatiza ainda que a terceirização criou, no ambiente público, a divisão dos trabalhadores (estatutários e celetistas; diferenças salariais e de jornadas de trabalho) fragmentando-os, muitas vezes dentro de uma mesma equipe, acarretando dificuldades e até constrangimentos para o trabalho social e, por conseguinte, para a luta coletiva.

Outra peculiaridade desse processo de precarização social se encontra na forma como o serviço público passou a ser privatizado, caracterizada por Granemann (2011) como *privatizações não clássicas*, ou seja, é o tipo de

privatização constituída pelos novos modelos de gestão, pois não se realizaram pelo mecanismo de venda típica.

Segundo Rezende (2008), esta forma de gestão da força do trabalho instituída a partir da contrarreforma do Estado com os novos modelos de gestão, não só alterou, como precarizou e submeteu os profissionais de saúde nos serviços públicos a novos modos de degradação, explícitos na ausência de concurso público; vínculos múltiplos e ilegais, ambientes de trabalho insalubres, construção de uma visão desqualificada do trabalho no setor público; adoção de mecanismos nefastos de competitividade e valorização desigual dos trabalhadores em condições idênticas, dentre outras.

Para tanto, se faz mais do que necessário compreender tais particularidades e implicações que estes novos modelos de gestão trazem aos profissionais de saúde, como ao serviço público como um todo, e assim articular projetos de luta e resistência, mesmo em tempos tão nefastos e nebulosos.

Tais implicações refletem-se de imediato no exercício profissional do/a Assistente Social, que, como trabalhador/a assalariado/a está submetido/a às mesmas leis de mercado que os demais trabalhadores, expostos aos processos de precarização neste contexto de transformações e redefinições do trabalho na cena atual, sentindo os influxos das novas configurações e demandas que se expressam nos mais diversos espaços sócio-ocupacionais, como os serviços de saúde pública.

Assim sendo, se configura como desafio não só ao exercício profissional, mas a toda categoria de assistentes sociais o reforço entre o estabelecido no Projeto Ético Político Profissional em consonância ao projeto sanitário, pautado não num “SUS possível”, mas numa saúde pública universal, gratuita, equânime, alicerçada sobre os princípios da democracia, enquanto um direito socialmente adquirido.

CAPÍTULO 2

A RELAÇÃO ENTRE EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO (A) ASSISTENTE SOCIAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE E O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO PROFISSIONAL

O presente capítulo desenvolverá uma análise sobre o trabalho em saúde, inserido no setor de serviços, para em seguida discutir sobre as particularidades do exercício profissional de assistentes sociais nos referidos serviços, bem como a relação com o projeto profissional.

Para tanto, compreender o que é trabalho se estabelece como de essencial importância para uma melhor elucidação da temática. Assim, em linhas gerais, trabalho para a teoria social crítica, se consubstancia como uma categoria central, pois além de permitir a compreensão da atividade econômica (elemento tão caro a Economia Política), referencia o “próprio modo de ser dos homens e da sociedade”, ou seja, “a compreensão do próprio fenômeno humano-social” (NETTO; BRAZ, 2012, p. 41), como se verá a seguir.

2.1 Trabalho em saúde e exercício profissional do (a) assistente social: discussões sobre as repercussões do Projeto Ético-Político no cotidiano de trabalho

Antes das discussões sobre os temas propostos para este ponto do capítulo, faz-se necessário uma breve análise do que é o trabalho e como ele se encontra situado dentro do modo de produção capitalista (MPC).

Marx (2017), afirma que o trabalho constitui a condição tanto de existência material como da existência espiritual do homem, reiterando que, em sua origem, ao agir sobre a natureza e modificá-la para responder às suas necessidades, o homem modificou a si mesmo.

O autor acima citado evidencia, ainda, que os processos de trabalho podem ter objetivos voltados a aspectos técnicos, ‘da finalidade imediata do trabalho propriamente dito’, porém, os processos de trabalho podem também realizar

objetivos existenciais e sociais dos sujeitos neles envolvidos, estando àqueles claros ou não.

Referencia ainda que, o processo de trabalho é composto por: uma atividade orientada a um fim, que afirma ser o trabalho propriamente dito; por um objeto e pelos meios de trabalho.

Sobre isto, Duarte (2014) enfatiza que os objetos a serem transformados pelo processo de trabalho podem ser matérias-primas ou materiais anteriormente produzidos, podendo também ser certos estados ou condições sociais e pessoais (como é o caso do setor de serviços).

Acerca dos meios de trabalho, o autor supracitado enfatiza que, estes juntamente com as condições de trabalho combinam-se no momento da realização do trabalho, indo para além do uso de ferramentas e estruturas físicas, utilizando-se de conhecimentos, estando estes sistematizados ou não; ou seja, os saberes e habilidades utilizados no processo de trabalho, que também são chamados corriqueiramente de meios intangíveis (como usualmente é utilizado) – ou, como terminologia utilizada por Merhy (2014) ao analisar os processos de trabalho em saúde, tecnologias leve-duras e leves – e ainda podem-se acrescentar as próprias estruturas sociais, que são decisivas nas relações sociais capitalistas que influenciam as relações e os diversos tipos, organização e gestão do trabalho.

Destarte, Duarte (2014, p. 97) assim sintetiza que:

[...] todo processo de trabalho se realiza em algum objeto, matéria, condição ou estado sobre o qual se exerce a atividade produtiva, uma ação transformadora como o uso de meios e em condições determinadas, elementos físicos e biológicos ou mesmo elementos simbólicos, assim como as subjetividades ou complexos sociais, podem ser objetos nos diversos processos de trabalho, principalmente no campo das políticas sociais e, em particular, na saúde.

No entanto, Neto e Braz (2012) afirmam que o processo de trabalho, enquanto processo criativo, no decurso da história passou a ser subsumido, em especial, no modo de produção capitalista, onde o capital comanda o processo de trabalho, pois, entende-se que é de fundamental importância para o capitalista o controle do processo de trabalho, haja vista que é através desse controle que o

capitalista consegue aumentar o excedente, ou seja, a mais-valia (ou mais valor) quer absoluta quer relativa.

É no modo de produção capitalista que a alienação apresenta-se através do trabalho estranhado, que, segundo Bottomore (2013, p.18) pode-se dizer que a alienação é:

No sentido que lhe é dado por Marx, ação pela qual (ou estado no qual) um indivíduo, um grupo, uma instituição ou uma sociedade se tornam (ou permanecem) alheios, estranhos. Enfim alienados aos resultados ou produtos de sua atividade (e à atividade ela mesma) e/ou natureza na qual vivem, e/ou outros seres humanos, e além de, e através de, também a si mesmos (às possibilidades humanas constituídas historicamente).

O modo como o trabalho é realizado é denominado por Marx como **processo de trabalho**, que “em seus momentos simples e abstratos, é atividade orientada a um fim – a produção de valores de uso – apropriação do elemento natural para a satisfação de necessidades humanas” (MARX, 2017, p. 261).

Duarte (2014, p. 97), debruçando-se sobre os escritos da tradição marxista a respeito do processo de trabalho, diz que:

Em um processo de trabalho, as finalidades ou objetivos são projeções de resultados que visam a satisfazer necessidades e expectativas dos sujeitos, conforme sua organização social, em cada momento histórico.

Em síntese, Miranda (2011), ao analisar sobre o processo de trabalho a partir da perspectiva apresentada pela tradição marxista, ressalta que o trabalho torna-se alienado na sociedade capitalista burguesa, que o subjugua como meio para a manutenção da existência do trabalhador, que agora é tido como uma mercadoria, estando expropriado dos meios de produção e dos produtos de sua atividade.

Ainda segundo a autora, há nesse momento do processo de trabalho a transformação da relação homem-natureza e homem-homem, inflexionadas pela necessidade de intensificação da produção e do apropriação dos meios de trabalho e, por conseguinte, suas formas de organização, acrescentando ainda a acumulação do capital pela burguesia e a exploração/controlado da classe trabalhadora.

Assim, segundo Marx (2004), o trabalho estranhado é a essência subjetiva da propriedade privada, porquanto:

O homem, quando passa a ser estranho de si mesmo e do resultado da sua ação, o trabalho, é também estranho aos outros homens. Ao não possuir os meios de produção e não se identificar mais no resultado da sua ação há um processo de fetichização da externalidade dos meios de produção e do controle da força de trabalho pelo capitalista. (MATOS, 2017, p. 31).

É fato inconteste que no decorrer da história e com o avanço do capitalismo, o trabalho complexificou-se, no entanto, Antunes (2015) esclarece que a partir da década de 1980 a sua centralidade foi questionada e até dada como acabada sob a tese do fim do trabalho explicitada por Claus Offe, e do adeus ao proletariado, como o fez André Gorz.

Contudo, Antunes (2009; 2015) contesta tais teses do fim do trabalho e do proletariado afirmando que, em resposta a crise iniciada nos anos de 1970, o trabalho ganha uma nova configuração, a *nova morfologia do trabalho* como o próprio autor diz, adotando um conceito ampliado de trabalho e de classe trabalhadora, sendo denominada como a *classe-que-vive-do-trabalho* que se fragmentou, heterogeneizou e complexificou.

É durante este período que o autor referencia o aumento acentuado da precarização do trabalho através da expansão do trabalho parcial, temporário, subcontratado e terceirizado com trabalhadores *polivalentes e multifuncionais*, indicando ainda “enorme expansão dos assalariados médios, especialmente no setor de serviços, que inicialmente aumentou em ampla escala, mas vem presenciando também níveis de desemprego tecnológico” (ANTUNES, 2009, p. 189).

O que de fato se verifica na contemporaneidade é que o capitalismo continua explorando o trabalho vivo, e, se apropriando deste, para o seu enriquecimento mesmo diante de todo o avanço tecnológico e exultação do trabalho morto, expondo a força de trabalho a um ritmo tão intenso e com acréscimo de trabalho, porém não acréscimo de emprego, fenômeno este que Rosso (2008) identifica como *intensidade do trabalho*.

É no setor de serviços que se encontra situado o trabalho em saúde, onde de acordo com Ribeiro; Pires e Blank (2007) o trabalho em saúde, na atualidade, é

predominantemente um trabalho coletivo que se reproduz a partir das particularidades do trabalho profissional e da divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho.

Tais autoras ainda enfatizam que, é consenso dentro da literatura sobre o tema, que o processo de trabalho em saúde constitui-se como parte do chamado setor de serviços, porém, resguarda em si particularidades que corroboram para o aprofundamento de seus estudos.

Para tanto, antes de adentrar na discussão sobre o trabalho em saúde em si, será feita uma breve discussão sobre do que trata o chamado setor de serviços, ou setor terciário da economia, pois, como afirma Rosso (2008) há pelo menos meio século a concepção tripartite – a saber, setor primário (ligado à agricultura, pecuária, extrativismo, dentre outros), setor secundário (vinculado à indústria) e setor terciário (relacionado ao comércio e serviços) – continuam sendo a concepção mais aceita, porquanto possibilita ordenar empregos e a estrutura da economia.

O autor ainda referencia que foram apresentadas algumas tentativas de reconceituação, no entanto, não conseguiram conquistar uma adesão maciça, daí a prevalência da noção tripartite.

Desta feita, reportando a teoria social crítica, Marx (1985, p. 188) afirma que “Serviço não é em geral mais do que uma expressão para *o valor de uso particular* do trabalho, na medida em que este não é útil como coisa, mas como atividade”.

Matos (2017) assinala que o surgimento do **chamado setor de serviços** se configurou como outra particularidade específica do processo de trabalho no modo de produção capitalista experimentado por Marx na sua época, o que o levou a ponderar sobre as características dessa ramificação no capitalismo, avançando na análise sobre a diferenciação entre trabalho produtivo e improdutivo:

Marx reflete sobre o emergente setor de serviços e observa que o fruto do trabalho nessa esfera não se materializa em um produto ou uma mercadoria [...], uma vez que quando se consome o “resultado” desse trabalho, se faz não pelo valor de troca, mas sim, pelo seu valor de uso. O que distingue no capitalismo o trabalho produtivo e improdutivo é que este gera diretamente mais-valor para o capital. Por isso o que diferencia o trabalho produtivo do improdutivo não é sua natureza [...] (MATOS, 2017, p. 33).

No entanto, é importante atentar como a prestação de serviço, mesmo sendo um valor de uso, dentro do MPC se transforma em uma mercadoria. Marx (1985), a sua época analisou a prestação de serviços ainda em desenvolvimento, restrita à dimensão dos serviços pessoais, no entanto, é notória no desenrolar da história, a evolução das atividades de serviços ligadas diretamente ao “desenvolvimento das forças produtivas e ao processo de constituição de novas necessidades coletivas, necessidades estas que passam a ser de interesse do capital” (COSTA, M.D.H da, 2006, p. 101).

Para tanto, Costa (2006) afirma que a prestação de serviços, em especial aqueles serviços voltados para as necessidades de reprodução material da força de trabalho, não se caracterizam como uma mercadoria, no entanto, é dentro do processo de absorção dos serviços ao MPC que se mercantilizam os efeitos úteis do trabalho no setor de serviços.

Ratificando a assertiva acima, Braverman (1987, p. 303-304) informa que:

Os efeitos úteis do trabalho [...] não servem para constituir um objeto vendável que encerre seus efeitos úteis como parte de sua existência na forma de mercadoria. Ao invés, os próprios efeitos do trabalho *transformam-se* em mercadoria. Quando o trabalhador não oferece esse trabalho diretamente ao usuário de seus efeitos, mas ao invés, vende-o ao capitalista, que o revende no mercado de bens, temos então o modo de produção capitalista no setor de serviços.

Refletindo sobre tal debate acerca do trabalho produtivo e improdutivo no âmbito da prestação de serviços no setor da saúde, Duarte (2014), de uma forma bastante didática, explicita que se um (a) trabalhador (a) de saúde for contratado por uma empresa privada, aquele (a) através do assalariamento, contribui para a produção de mais-valia – ou mais valor – configurando-se aí o trabalho produtivo, porém, caso o (a) trabalhador (a) de saúde esteja inserido (a) no setor público, não contribuirá diretamente para a produção de mais-valia, caracterizando-se aí o trabalho improdutivo.

Avançando nesta discussão, o referido autor assinala que, seja na prestação de serviços na esfera pública ou na esfera privada, o que se intenta como produto não é a mudança de matérias-primas e/ou materiais pré-elaborados que se torne em objetos úteis para o consumo, quer individual quer coletivo como na indústria, mas,

Na prestação de serviços em geral, o setor terciário da economia, o objetivo é a criação ou produção de certas condições ou estados para os indivíduos demandantes dos serviços, como prestar uma orientação que realizam modificações nos ditos usuários de tal serviço, ou mesmo controle, vigilância e disciplinamento sobre o conjunto dos usuários e/ou trabalhadores. (DUARTE, 2014, p. 99).

Acerca dos trabalhadores (as) inseridos no setor de serviços, Braverman (1987) ao se debruçar sobre estudos voltados para o trabalho na era do capitalismo monopolista ratifica que a forma de emprego assalariado no setor de serviços exprime realidades diferentes, pois, tais trabalhadores tanto possuem distinções e vantagens por parte dos capitalistas como compartilham de características da classe trabalhadora em geral, à medida que mesmo fazendo o capital aumentar e, tendo diferenciações salariais que lhes proporcionem certo distanciamento das piores condições aos quais está exposto o proletariado em geral, esta parcela da classe trabalhadora inserida no setor de serviços,

[...] não possui qualquer independência econômica ou ocupacional; é empregada pelo capital e afiliados, não possui acesso algum ao processo de trabalho ou meios de produção fora do emprego, e deve renovar seus trabalhos para o capital incessantemente a fim de subsistir. (BRAVERMAN, 1987, p. 341).

Em suma, tais trabalhadores (as) sofrem o mesmo aviltamento da classe trabalhadora em geral, mesmo que as relações de subordinação à autoridade e exploração encontrem-se camufladas de forma a “ocultar, incorporar e exprimir outras relações de produção” (IDEM, p. 342).

Sobre o avanço do setor de serviços no decurso da história, Costa (2006) afirma que no decorrer do século XX, em especial nas três últimas décadas, a incorporação das atividades de serviços à produção capitalista evidencia um processo acelerado de ampliação e diversificação do setor de serviços, imprimindo ao mesmo tempo, novas características ao trabalho, como, expressando a atual dinâmica de recomposição do capital que altera mediações tradicionalmente reconhecidas entre os diversos setores (industrial, financeiro, comercial e de serviços); passando assim a configurar-se como parte da dinâmica de acumulação e a se constituir como um dos pontos de ênfase no conjunto das atuais transformações societárias, incluindo aí o processo de reestruturação produtiva e a globalização.

Relacionado a isso, Harvey (2008) enfatiza que é no pós 1970, em nível dos países centrais com a redução do emprego na indústria que se dá relevância a rápida expansão do emprego no setor de serviços, atribuindo que, parte dessa expansão se deve ao crescimento da subcontratação e da consultoria, no entanto, também argumenta que tal crescimento pode ser atribuído à necessidade de acelerar o tempo de giro no consumo, através de mudanças na produção de bens como na produção de eventos culturais.

E é assim, segundo Duarte (2014) e Peduzzi e Schraiber (2008), imerso neste contexto de transformações societárias, desde o pós II Guerra mundial, que se pauta o trabalho em saúde que, conforme assinala a literatura, se desenvolveu inicialmente com base no trabalho médico, em especial com o fim da era da prática liberal da medicina – ou seja, a prática de atenção à saúde como prática de venda de serviços através do exercício liberal da medicina exclusivamente nos consultórios – e a emergência do assalariamento do profissional médico tendo como locus principal o hospital, que:

[...] com o hospital estão dadas as bases de que até hoje conhecemos sobre as práticas em saúde nos serviços: adoção de um conhecimento absoluto, formal e abstrato detido pelo saber do médico, o hospital quase como referência exclusiva para a assistência à saúde; parcialização do trabalho em saúde, sob a gerência do médico; a medicalização excessiva para a assistência em saúde; e um modelo biologizante de atenção à saúde (MATOS, 2017, p. 52).

Conforme Nunes (2008), em nível nacional, merece destaque o pioneiro trabalho de Maria Cecília Ferro Donnangelo, em fins da década de 1960 e no decorrer da década de 1970 que, ao debruçar seus estudos sobre a profissão médica, o mercado de trabalho em saúde e a medicina enquanto prática técnica levou-a à tese de politização do trabalho em saúde, pois ao tomar como aporte teórico estudos sociológicos, tais lhe propiciaram erigir análises fundamentadas acerca das relações entre saúde e sociedade, como entre a profissão médica e as práticas sociais no Brasil, rescindindo com a lógica de que o modo de executar a prática médica e as relações sociais existentes entre os indivíduos envolvidos no processo (por exemplo, médicos, usuários e outros profissionais de saúde) seriam independentes da vida social.

Segundo Peduzzi e Schraiber (2008) os estudos de Donnangelo tiveram uma grande repercussão não só a nível nacional, mas também alcançaram a América Latina tornando-se referencial para o estudo do campo da saúde, especialmente relacionado a duas grandes questões: a primeira voltada às políticas e a estruturação da assistência, e a segunda voltada a estudos sobre o mercado, as profissões e as práticas de saúde.

De acordo com Ayres (2015) um dos mais conhecidos discípulos e colaboradores de Donnangelo foi o Professor Ricardo Bruno Mendes Gonçalves que voltou suas análises a aplicação da teoria marxista do trabalho ao campo da saúde formulando sua teoria do processo de trabalho em saúde; para tanto, o referido professor voltou suas reflexões a materialidade entre trabalho e necessidades humanas, salientando que, os processos de trabalho também partem da lógica da reprodução das necessidades, ou, como enfatizado por Duarte (2014, p. 100):

[...] tanto reiteram as necessidades em saúde – como objeto do trabalho em saúde – e o modo como os serviços se organizam para atendê-las, quanto podem criar novas necessidades e respectivos processos de trabalho e modelos de organização dos serviços.

Duarte (2014) salienta ainda que, Mendes Gonçalves direcionou seus estudos para aspectos dinâmicos e referentes ao trabalho em saúde, imprescindíveis para analisá-los enquanto prática social; sendo assim, o autor em análise considera em seu estudo a categoria saber/conhecimento evidenciando que, ao demonstrar a intermediação entre ciência e trabalho, o mesmo reporta para a dimensão tecnológica deste; compreendendo assim o saber como recurso que põe em movimento os demais integrantes do processo de trabalho em saúde.

A partir dos estudos de Donnangelo e Mendes Gonçalves, outros estudiosos também enveredaram pela análise do processo de trabalho em saúde, como é o caso de Lilia Blima Schraiber ao discutir sobre o profissional médico e seu trabalho e, Emerson Elias Merhy “ao introduzir a análise da micropolítica do trabalho vivo em ato na saúde e a tipologia das tecnologias em saúde” (DUARTE, 2014, p. 101), tomando por pressuposto as contribuições de Mendes Gonçalves, como de outros autores que se debruçaram no estudo da análise institucional, onde recuperou Merhy a compreensão de trabalho vivo e trabalho morto explicitados por Marx.

Sobre o processo de trabalho em saúde, Peduzzi e Schraiber (2008) explicitam que o conceito de ‘ processo de trabalho em saúde’ – formulado por

Mendes Gonçalves a partir de suas análises do processo de trabalho médico – encontra-se relacionado à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, isto é, “a prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde” (IDEM, 2008, p. 323).

Assim ao analisar sobre o processo de trabalho em saúde da forma como foi elaborado por Mendes Gonçalves, as autoras ressaltam que o processo de trabalho possui os seguintes componentes que necessitam ser investigados juntos, porque apenas na sua relação recíproca, caracterizam um dado processo de trabalho específico. São eles:

- Objeto de trabalho – retrata o que vai ser transformado, ou seja, a matéria-prima. Sendo assim, o objeto é tudo aquilo sobre o qual sucede a ação do trabalhador, e no caso do setor saúde serão as necessidades humanas de saúde.
- Finalidades – dando continuidade à discussão sobre objeto de trabalho, Peduzzi e Schraiber (2008, p. 322), salientam que:

[...] certo aspecto da realidade destaca-se como objeto de trabalho somente quando o sujeito assim o delimita, o objeto de trabalho não é um objeto natural, não existe enquanto objeto por si só, mas [...] contém um projeto transformador, com uma finalidade.

Deste modo a finalidade exprime a intencionalidade do processo de trabalho, o projeto precedente (ou prévio) de atingir o produto almejado que já se encontra na mente do trabalhador, ou seja, “em que direção e perspectiva será realizada para a transformação do objeto em produto” (IDEM).

- Meios ou instrumentos de trabalho – segundo Marx (2017) os meios ou instrumentos de trabalho são coisas ou um complexo de coisas que o trabalhador coloca entre si e o objeto de trabalho e, que lhe serve de orientação para direcionar sua ação sobre o dado objeto sendo constituídos historicamente pelos sujeitos. Para Mendes Gonçalves (1979, 1992, 1994 apud PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008) há no processo de trabalho em saúde a presença de instrumentos materiais, ou seja, equipamentos, materiais de consumo, medicamentos, instalações, dentre outros; e não-materiais, sendo estes relacionados aos saberes que unem em determinados arranjos os sujeitos, ou agentes do processo de trabalho, e os instrumentos materiais,

além do que compõem ferramentas primordiais do trabalho de natureza intelectual.

- Agentes ou sujeitos do trabalho – conforme explicitado pelas autoras referenciadas, tanto objeto quanto instrumentos só podem ser caracterizados pela orientação da sua posição relacional através da mediação realizada pela presença do agente do trabalho que lhe outorga uma dada finalidade; assim é por meio da presença e ação desse agente que se torna possível a dinâmica entre objeto, instrumento e atividade, ou seja, o processo de trabalho. Deste modo, o agente pode ser tido como instrumento do trabalho, como também como sujeito da ação, na medida em que, produz no processo de trabalho, além do projeto precedente (ou prévio) e sua finalidade, como outros projetos de caráter coletivo e pessoal, dentro de certo campo de possibilidades.

Em seus estudos, Merhy (2008, 2014) ratifica que o trabalho em saúde é um ‘trabalho vivo em ato’, ou seja, a produção no setor saúde concretiza-se a partir do trabalho humano no meticuloso momento em que é desempenhado e que determina a produção do cuidado, donde os produtos na saúde carregam consigo a particularidade de certa materialidade simbólica.

Outro ponto de destaque nos estudos de Merhy (2008, 2014), centra-se na relação existente entre trabalho em saúde e suas tecnologias, pois o mesmo afirma que “o trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados” (MERHY, 2014, p. 49); classificando-as como duras (instrumentos), leve-duras (saber técnico estruturado) e as leves (relações entre os sujeitos que só possuem concretude em ato); onde denominou essas tecnologias de valises tecnológicas.

Por fim, o autor ressalta que o trabalho em saúde é um trabalho coletivo, pois:

Não há trabalhador em saúde que dê conta sozinho do mundo das necessidades de saúde, o objeto real do ‘trabalho em saúde’. Os trabalhadores universitários, técnicos e auxiliares são fundamentais para que o trabalho dê sentido ao trabalho do outro, na direção de verdadeira finalidade do ‘trabalho em saúde’: cuidar do usuário, o portador efetivo das necessidades de saúde (MERHY, 2008, p. 431-432).

Ainda sobre a relação entre trabalho coletivo e trabalho em saúde, Nogueira (1991, apud COSTA, 2000) expressa que o trabalho em saúde possui uma singularidade demarcada pela natureza e modalidade dos processos de cooperação³ que são:

- Cooperação vertical: várias profissões ou tipos de trabalhadores que participam de uma determinada hierarquia, ou seja, relacionada à divisão sociotécnica e institucional do trabalho.
- Cooperação horizontal: diversas subunidades que participam do cuidado em saúde; relacionada à expansão dos subsistemas de saúde.

Destarte, Costa (2000) enfatiza que o processo de cooperação compreende atividades especializadas, saberes e habilidades que motivam articulam e colocam em movimento unidades de saúde, tecnologias, equipamentos e procedimentos. Desta feita, observam-se algumas peculiaridades dos processos de trabalho na prestação de serviços concernentes ao trabalho em saúde.

Como explicita Duarte (2014), uma delas é que o usuário dos serviços de saúde são sujeitos ou agentes do processo de trabalho, como também objetos desse processo, pois, conforme pontua o autor, é na existência desses usuários que as transformações buscadas irão ou não acontecer, sendo assim, evidente que estejam envolvidos, quer no fornecimento de informações, quer cumprindo recomendações, que acarretam, muitas vezes, em mudanças ou reduções de riscos e/ou danos à saúde, e, por conseguinte à vida.

Dando maior clareza ao assunto tratado, Merhy (1997, p. 132) enfatiza a importância da relação existente entre os trabalhadores (as) em saúde e os (as) usuários (as) desses serviços, pois o autor afirma que:

[...] quando um trabalhador de saúde encontra-se com um usuário, no interior de um processo de trabalho, estabelece-se entre eles um espaço intercessor que sempre existirá nos seus encontros, mas só nos seus encontros, e em ato.

O autor referencia que, no processo de trabalho em saúde, estabelece-se uma interrelação pessoal intensa, denominada de “intersecção partilhada”, haja vista que, o usuário não se configura apenas como mero consumidor dos efeitos úteis do trabalho (insumos, medicamentos, etc.), porém, é também coparticipante do

³ Costa (2000, p. 38) utiliza em seu estudo a categoria cooperação, de acordo como expressa na teoria social crítica, para denominar “o conjunto das operações coletivas de trabalho que garantem uma determinada lógica de organização e funcionamento dos serviços públicos de saúde”.

processo de trabalho; ao passo que, dependem do usuário a produção de informações acerca de sua saúde, como cumprimento das recomendações terapêuticas.

E ressalta que nos serviços de saúde o (a) trabalhador (a), devido à relação direta existente entre ele (a) e o (a) usuário (a), precisa conferir um direcionamento ao seu trabalho que exige capacidade e relativa autonomia para autogovernar o seu trabalho e os resultados esperados.

Outro ponto de destaque trazido por Duarte (2014, p. 100) é referente ao reconhecimento da saúde enquanto um valor de uso, asseverando que:

Ninguém conseguiria fazer circular uma mercadoria sem valor de uso. A saúde, mesmo quando lhe é socialmente retirado o caráter de mercadoria, como acontece no SUS, já que é produzida como um direito universal e não em função de seu valor de troca, conserva o caráter de valor de uso.

Desta feita, é interessante realçar que, o real sentido para o avanço do trabalho em saúde, encontra-se no interesse por parte do capitalismo na manutenção da sua *'galinha dos ovos de ouro'*, ou seja, da força de trabalho, e sobre isto Franco e Merhy (2007) ratificam que a saúde da força de trabalho, representada através de um corpo sadio, se consubstancia como o recurso fundamental à produção e a acumulação capitalista, daí a razão pela qual as práticas em saúde obedecerem a uma lógica estabelecida pelos interesses do capitalismo, qual seja, a da reprodução da força de trabalho, pois:

[...] o corpo do trabalhador tem um valor importante, dado pelo capital, como insumo fundamental na produção de mercadorias e serviços. Cuidar deste valoroso ente, o corpo dos trabalhadores, é uma das funções precípuas dadas ao serviço de saúde, para manutenção do sistema produtivo (FRANCO; MERHY, 2007, p. 67).

É neste sentido que o trabalho em saúde situa-se dentro do trabalho no setor de serviços, pois, os serviços de saúde, dentro desta lógica estabelecida pelo capitalismo, assumem o compromisso de transformar as condições de vida da população, o que Zarifian (2001, apud SOUZA, 2009, p. 86) dirá que “o serviço prestado não é tratamento médico, é a saúde recobrada”.

No entanto, Franco e Merhy (2007) asseveram que o crescimento da oferta de serviços de saúde, que incorporam massivamente as inovações tecnológicas

(tais como equipamentos biomédicos e medicamentos), vem reproduzindo uma ideia de que a saúde se expressa como um bem de consumo, contudo, para os usuários em geral desses serviços, a saúde é um bem de uso e, a utilização das diversas tecnologias é mensurada por suas necessidades de proteção à saúde, assim:

Os serviços de saúde passam a assumir uma nova modelagem que incorpora os avanços técnico-científicos de procedimentos, equipamentos e medicamentos à utilização intensiva do fator trabalho, o que implica em modificações nas formas de organização do trabalho e na própria natureza do trabalho (SOUZA, 2009, p. 86).

Tal fato tem sido intensificado com a política de ajustes neoliberal, que no Brasil evidenciou-se a partir da década de 1990, sob o discurso da modernização do país (como já exposto no capítulo 1), porém no âmbito dos serviços de saúde o neoliberalismo expandiu o modelo médico-assistencial privatista que, segundo Matos (2017, p. 53), tal modelo:

[...] centra-se na figura do médico: a saúde entendida como a ausência da enfermidade; a assistência à saúde é privada, uma vez que é permeada por interesses particulares, mesmo quando se dá no espaço público. Esse modelo é a expressão na saúde, de como historicamente neste país a coisa pública foi, e por vezes ainda é privatizada.

Costa (2000) salienta que ao se privilegiar o modelo médico-assistencial, chamado por ela de modelo médico-hegemônico, secundariza como também desqualifica as ações e as atividades profissionais que não façam parte do objeto de práticas privilegiadas desse modelo, o que acontece com as ações de educação em saúde e com as atividades de algumas categorias profissionais, como é o caso do Serviço Social, Sociologia, Nutrição e, em certa medida Psicologia.

Afirma ainda Schraiber (1999, apud RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2007) acerca do avanço das políticas de ajustes neoliberais no setor da saúde que existe a tendência à adoção de que induzam tanto a desproteção do trabalho quanto do trabalhador, como ainda, que regulem de forma direta o produtor direto dos cuidados, e assim, interfira de imediato em seus processos e trabalho.

Souza (2009, 2010) afirma que o processo de desvalorização do trabalho e do trabalhador nos serviços de saúde tem seu maior propulsor na incorporação da lógica mercantil na saúde (principal característica neoliberal) o que acarreta na

indução da desvalorização do trabalho humano em detrimento de investimentos em insumos tecnológicos, suscitando um aviltamento do trabalho humano, pois:

[...] quanto mais tecnologia se incorpora as intervenções em saúde, lançando mão de equipamentos sofisticados que atendam a lógica da maximização da lucratividade, mais desvalorizado fica o trabalho humano, da escuta, do atendimento personalizado, da interação entre quem adoece e quem cuida. (SOUZA, 2010, p. 341).

Machado (2005) ainda enfatiza que, a política neoliberal de flexibilização da inserção do trabalhador no mundo do trabalho trouxe efeitos danosos aos trabalhadores do setor saúde, em especial, os que se encontram inseridos no SUS, tais como: contratações de serviços por terceirização, alteração na forma de vinculação empregatícia como nas remunerações, além da insalubridade dos ambientes de trabalho que têm se tornado a cada dia arenas competitivas e individualizadas.

Contudo, Souza (2010) enfatiza que, mesmo a expansão da lógica mercantil nos serviços de saúde prejudicando a organização e a estruturação do trabalho em saúde, a inovação tecnológica não suprimiu o uso da força de trabalho (como ocorreu em outros setores da atividade econômica), pelo contrário, traduziu-se em maiores exigências de qualificação; assumindo a força de trabalho nesse setor, uma dimensão particular, uma centralidade, caracterizada na peculiaridade da ação interventora de impulsionar o que de melhor à tecnologia em saúde fornece, que segundo Merhy (1997, p. 126) é “o nosso saber, o nosso conhecimento e o nosso trabalho em ato (exercício do nosso autogoverno)”, sendo esta uma das formas de aperfeiçoar e qualificar o trabalho em saúde.

Acerca do mercado de trabalho em saúde, Machado (2005) enfatiza que, no Brasil o setor saúde é um dos maiores do mundo, apresentando um crescimento da oferta de empregos no setor público, desde as três últimas décadas do século XX, em especial com a implementação do SUS, pois, foi no processo de municipalização da saúde, que o poder público, tendo como foco o município, presenciou a ampliação de sua rede de atendimentos buscando se adaptar a esta nova realidade, logo “sendo a saúde um setor de produção e prestação de serviços de relevância pública, o poder público tem enorme influência na demanda e oferta de empregos constituindo seu maior empregador” (MACHADO, 2005, p. 271).

Outro ponto explicitado por Machado (2005) relaciona-se ao desenvolvimento e ampliação do trabalho em saúde na contemporaneidade através das equipes multiprofissionais e multidisciplinares, demandando cada vez mais a incorporação de novos profissionais, no entanto, Matos (2017, p. 54-55) sobre isso diz que:

O trabalho nos serviços de saúde reproduz um atendimento multiprofissional, com pouca ou nenhuma interdisciplinaridade, onde mesmo os profissionais “coabitando” o mesmo espaço pouco se falam. Por exemplo, se entrarmos em uma enfermaria, poderemos ver enfermeiros, nutricionista, assistentes sociais, médicos, fisioterapeutas e outros, próximos aos usuários e realizando parceladamente o seu trabalho, sem que esses profissionais sequer se olhem e muito menos saibam o nome dos colegas.

Tal argumentação de Matos (2017) evidencia a manifestação da alienação através do trabalho estranhado no setor saúde, enfatizando a existência de uma relação de impessoalidade e exterioridade desses profissionais o que, ocasiona a dificuldade destes identificarem uma relação de pertencimento ao trabalho coletivo.

Outro ponto de enfoque nos estudos de Machado (2005) é o fato do crescimento da força de trabalho feminina no trabalho em saúde, destacando que “a feminilização tornou-se uma marca registrada do setor” e com tendência a crescimento, mesmo que, em algumas profissões da área de saúde este processo de feminilização seja recente, porém de forte impacto. Tal crescimento acompanha o fenômeno mundial do significativo aumento do trabalho feminino, todavia, como dito por Antunes (2009, p. 105):

Sabe-se que esta expansão do trabalho feminino tem, entretanto significado inverso quando se trata da temática salarial, terreno em que a desigualdade salarial das mulheres contradita a sua crescente participação no mercado de trabalho. Seu percentual de remuneração é bem menor do que aquele auferido pelo trabalho masculino, O mesmo frequentemente ocorre no que concerne aos direitos e condições de trabalho.

É inserido dentro deste quadro dos trabalhadores de saúde que se encontra situado(a) os(as) assistentes sociais, conforme explicitado pela Resolução nº 218/1997 do Conselho Nacional de Saúde, que ratifica os(as) assistentes sociais, entre outras categorias de nível superior, como profissional da saúde (BRASIL, 1997), tendo ainda respaldo na Resolução nº 383/ 1999 do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) que caracteriza o(a) assistente social como profissional da

saúde, porém enfatizando, em seu art. 2º que o (a) assistente social “não é um profissional exclusivamente da área da saúde, podendo estar inserido em outras áreas, dependendo do local onde atua e da natureza de suas funções” (CFESS, 2011, p. 185).

Assim, sobre a inserção de assistentes sociais na área da saúde, Bravo (2011, p. 39) refere que esta área é “um dos setores significativos na atuação do Serviço Social, tendo concentrado historicamente um grande quantitativo de profissionais, situação que permanece até os dias correntes”.

No entanto, para compreender na contemporaneidade a inserção do trabalho de assistentes sociais nos processos de trabalho em saúde e a sua relação com o Projeto Ético-Político Profissional (PEPP), faz-se necessário ressaltar a gênese e a utilidade na qual foi instituída essa profissão.

Assim em termos históricos, conforme Netto (2011), o Serviço Social como profissão foi criado na sociedade capitalista em seu estágio monopolista, quando foram abertos pelas complexas estruturas do Estado e do grande capital, espaços sócio-ocupacionais que requisitavam este agente profissional, de modo a promover o controle e a reprodução (ideológica e material) das classes subalternas, em um momento histórico em que os conflitos entre classes sociais se intensificam, acirrando a “questão social”, que tendem a pôr a atual ordem capitalista em xeque.

De acordo com Martinelli (2011, p. 498):

O Serviço Social é uma profissão cuja identidade é marcadamente histórica. Seu fundamento é a própria realidade social e sua matéria-prima de trabalho são as múltiplas expressões da questão social, o que lhe confere uma forma peculiar de inserção na divisão social e técnica do trabalho. Como profissão de natureza eminentemente interventiva, que atua nas dinâmicas que constituem a vida social, participa do processo global de trabalho e tem, portanto, uma dimensão sócio-histórica e política que lhe é constitutiva e constituinte.

Em 1982, Yamamoto e Carvalho (2001), trouxeram para a categoria uma importante interpretação teórica da profissão, sob a contribuição da teoria social de Marx, realizando uma análise inovadora do Serviço Social no processo de produção e reprodução das relações sociais capitalistas, especialmente, acerca de sua inserção na divisão social e técnica do trabalho, reconhecendo o assistente social como trabalhador assalariado que ingressou no mercado de trabalho (condição para que possa exercer sua profissão como trabalhador assalariado) vendendo sua força

de trabalho, que é uma mercadoria que tem valor de uso, em troca de um valor de troca, expresso pelo salário.

Sendo assim, o assistente social contratado pelas instituições empregadoras se inseriu no mercado de trabalho como proprietário de sua força de trabalho especializada conquistada por meio de sua formação universitária, porém não possui os meios e os instrumentos de trabalho (recursos materiais, humanos, financeiros, etc.) que são colocados à sua disposição pelos empregadores, ratificando o que diz lamamoto (2015, p. 215):

Os empregadores determinam as necessidades sociais que o trabalho do assistente social deve responder; delimitam a matéria sobre a qual incidem esse trabalho; interferem nas condições em que se operam os atendimentos assim como os seus efeitos na reprodução das relações sociais. Eles impõem, ainda, exigências trabalhistas e ocupacionais aos seus empregados especializados e mediam as relações com o trabalho coletivo por eles articulado.

Desse modo, as implicações são profundas, incidindo sobre a autonomia relativa do assistente social, que mediante este processo, não tem a posse de definir as prioridades nem o modo pelo qual deseja desenvolver o trabalho socialmente necessário; encontra-se aí uma tensão situada entre o Projeto Ético-Político Profissional (PEPP) e a alienação do trabalho,

[...] uma tensão entre trabalho controlado e submetido ao poder do empregador, as demandas dos sujeitos de direitos e a reativa autonomia do profissional para perfilar o seu trabalho. (IAMAMOTO; 2009 p. 354).

Ainda outro ponto de destaque trazido pelos estudos de lamamoto (2015) referencia que não há um processo de trabalho do Serviço Social, mas o que existe é um trabalho do assistente social e processos de trabalho aos quais se liga na condição de trabalhador especializado; compreendendo assim a autora que “existem diferentes processos de trabalho nos quais se inscreve a atividade do assistente social, contra o mito de um único processo de trabalho do assistente social” (IAMAMOTO, 2015, p. 430).

No que tange a inserção de assistentes sociais nos serviços de saúde, afirma Costa (2000, p. 41) que:

Nos serviços de saúde, a inserção dos assistentes sociais no conjunto dos processos de trabalho destinados a produzir serviços

para a população é mediatizada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública de desenvolve no Brasil.

A solicitação do trabalho do assistente social no setor saúde no Brasil se deu a partir de meados da década de 1940, imerso num contexto perpassado pelo processo de expansão do capitalismo como, pelas mudanças internacionais oriundas do fim da II guerra mundial. Acrescido a tais características da conjuntura do momento, Bravo (2011) acentua que, agrega-se o conceito de saúde voltado a aspectos biopsicossociais, da forma como foram adotados pelos organismos internacionais, gerando assim a necessidade de instituir outros profissionais para trabalhar na área, adentrando aí o Serviço Social.

De acordo com Matos (2017), a incorporação do Serviço Social nos serviços de saúde deve-se a uma busca de estruturar o exercício profissional a partir do modelo médico-clínico; sendo assim o (a) assistente social identificado como aquele (a) que podia colaborar para o aperfeiçoamento do trabalho médico, em conjunto da cooperação vertical.

Desta feita, a relação estabelecida entre o trabalho do (a) assistente social e o trabalho médico pautava-se numa perspectiva de complementaridade, onde o gestor era o médico, no entanto Bravo (2011, p. 42) enfatiza acerca disso que:

O assistente social na saúde tem sido historicamente um profissional subalterno e sua ação está diretamente relacionada à do médico, atuando geralmente de forma “assistencial” na saúde pública e no “ajuste” desde a emergência do predomínio do modelo clínico da medicina.

Segundo Matos (2017), como Bravo e Matos (2008), o lócus central da ação dos assistentes sociais na área da saúde neste período são os hospitais, tendo por demanda a construção de um elo entre instituição, família e usuário, objetivando a garantia de seu tratamento pós-alta, assim como realizar um trabalho com os familiares para que não sofressem materialmente com a falta do chefe da família.

No entanto, o momento conjuntural estava perpassado por contradições ocasionadas pelo caráter contributivo que tipificavam os serviços de saúde no Brasil, o que influenciou o exercício profissional de assistentes sociais na área da saúde, pois,

Como o acesso a saúde não era universal - nem nos termos da lei-, seu caráter seletivo e excludente colocou estes profissionais entre a instituição hospitalar e a população, desenvolvendo atividades que tinham a finalidade de viabilizar a utilização dos serviços e benefícios, mas que, devido ao caráter seletivo dos mesmos, cristalizavam práticas que mais excluíaam do que incluíam. (LANZA; CAMPANUCCI; BALDOW, 2012, p. 215).

Bravo (2011) como Bravo e Matos (2008) afirmam que neste período a intervenção pautou-se no Serviço Social Médico, como assim era denominado, tomando como recurso a metodologia do Serviço Social de Casos; privilegiando o atendimento porquanto, devido a influencia do funcionalismo, entendia-se que “os problemas vividos pelos ‘clientes’ eram frutos dos seus próprios comportamentos e, que, portanto, mudando os seus hábitos, alterar-se-ia a sua situação” (MATOS, 2017, p. 60).

Segundo Matos (2017) a década de 1950 foi marcada pelo desenvolvimentismo, o que acarretou ao Serviço Social a adoção do planejamento tecnocrático, como também a compreensão do trabalho com comunidade, o chamado Serviço Social de Comunidade, que não obteve inserção na saúde.

Durante década de 1960, o Serviço Social foi influenciado pela modernização conservadora, “sedimentando sua ação na prática curativa, principalmente na assistência médica previdenciária” (BRAVO; MATOS, 2008, p. 202).

Netto (2015) pontua que durante a década de 1960 o Serviço Social brasileiro como latino americano teve um movimento interno, o movimento latino americano de reconceituação, que no Brasil defrontou-se com o golpe militar de 1964.

Em meados da década de 1970 adentrando a década de 1980, declaram Bravo e Matos (2008) que emerge o movimento sanitário com discussões dentro do âmbito da saúde coletiva, que incorporam temáticas como o Estado e as políticas sociais fundamentados no marxismo, ampliando assim o debate dentro da área da saúde, o que lhe conferiu avanços, como a elaboração de propostas de fortalecimento do setor público em detrimento ao modelo de privilegiamento do setor privado.

É nesta mesma conjuntura que o Serviço Social brasileiro defrontou-se com discussões de peso dentro da categoria, o chamado processo de Renovação do

Serviço Social⁴, em especial, a tendência de “intenção de ruptura”, que de acordo com Bravo e Matos (2008) significou o começo da maturidade da tendência hegemônica atual na academia como nas entidades representativas da categoria, como também o real diálogo com a tradição marxista.

Contudo, Lanza, Campanucci e Baldow (2012, p.) afirmam que:

O problema é que boa parte dos assistentes sociais que partilhavam desta vertente, inseriram-se nas universidades. Desse modo, a perspectiva crítica adotada por esses profissionais teve pouca intervenção nos serviços, isto é, na prática profissional.

Destarte, Matos (2017) referencia que, mesmo sendo o Movimento de Renovação do Serviço Social, em especial a “intenção de ruptura”, um movimento rico para a categoria, este se deu de forma paralela ao MRSB, que congregou profissionais da saúde como ainda militantes objetivando alterar o modelo médico-assistencial privatista. Daí, a compreensão do já explicitado por Bravo (2011) ao considerar que, até os anos de 1980 o Serviço Social se encontrou desarticulado das discussões coletiva e progressista na área da saúde e, por conseguinte, do MRSB.

E as inflexões dessa desarticulação com o MRSB foram visíveis à categoria no início dos anos de 1990 onde se registrou insuficientes avanços conquistados pelo exercício profissional de assistentes sociais na saúde; o que Bravo e Matos (2008, p. 205) declaram como:

[...] uma incipiente alteração da prática institucional continua enquanto categoria desarticulada do movimento da reforma Sanitária e, com isso, sem nenhuma explícita e organizada ocupação na máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão (como estava sendo o encaminhamento da Reforma Sanitária); e insuficiente produção sobre as “demandas postas à prática em saúde”.

⁴ Em seu estudo, Netto (2011) investiga o movimento de Renovação do serviço Social brasileiro a partir do pós-1964, onde assinala três tendências: a *perspectiva modernizadora*, que vai dos anos de 1960-1970 e é caracterizada pelo uso do estrutural-funcionalismo; a *reatualização do conservadorismo*, em meados de 1970, embasada na fenomenologia; e a *intenção de ruptura*, hegemônica desde 1980, que, de início, enviesada, realizou um recurso à tradição marxista. Tal debate, oriundo dessa tendência, tornou-se fundamental para a constituição do atual Projeto Ético-Político Profissional.

Tanto Bravo e Matos (2008) quanto o CFESS (2010) são unânimes ao afirmarem que a década de 1990 é marcada pela implantação e êxito ideológico do projeto neoliberal no Brasil, na qual uma de suas principais características foi a Reforma, ou Contrarreforma do Estado – como já explicitado no capítulo 1– onde a esta, coube à garantia de mínimos sociais àqueles que não podem pagar pelos serviços, estando aberto ao setor privado o atendimento dos chamados cidadãos consumidores, tendo como atributos: a fiscalização e a seletividade no atendimento as populações mais vulneráveis, e com isso o questionamento da universalidade do acesso, além da flexibilização, precarização e desconcentração do serviço público.

É interessante atentar que tais alterações ocorridas dentro do Estado, rebateram no exercício profissional de assistentes sociais, pois como afirma lamamoto (2015, p. 425) “o Estado tem sido historicamente o maior empregador dos assistentes sociais, atribuindo uma característica de servidor público a esse profissional” e que, como participe do funcionalismo público tem sentido os açoitamentos oriundos da política de ajustes Neoliberal, em especial a partir da Reforma Gerencial do Estado através da disseminação da ideologia gerencialista tanto nas relações de trabalho quanto nas formas de gestão das políticas públicas, pois de acordo com Silva e Raichelis (2015, p. 586)

Tal ideologia trouxe impactos nas condições de trabalho dos (as) assistentes sociais, em sua maioria trabalhadores (as) assalariados (as) de órgãos da administração pública e, em consequência, sofrendo os efeitos negativos da reforma neoliberal do Estado.

Silva e Raichelis (2015) salientam ainda que o desmonte das políticas sociais – fruto oriundo do neoliberalismo– também causou impactos sobre o trabalho de assistentes sociais, haja vista que, tais profissionais atuam diretamente com políticas, programas e serviços sociais em diferentes áreas, como: Saúde, Educação, Previdência Social, Assistência Social, dentre outras. Fato realçado por Alencar e Granemann (2009, p. 167) ao explicitar que:

Toda essa dinâmica configura uma nova realidade profissional à medida que a tendência de privatização e pauperização da política social face às exigências da contrarreforma do Estado brasileiro são objetivadas no âmbito institucional-organizacional responsáveis pela sua operacionalização e execução. Os impactos para o trabalho profissional são imediatas e fortemente condicionadas pelos parâmetros institucionais, dadas as exigências colocadas pelas agências empregadoras e pela realidade do formato do conjunto de

programas sociais, Não se pode perder de vista que se trata de diferentes espaços ocupacionais e, certamente, a lógica da pauperização e privatização dos serviços têm expressões diferenciadas na medida em que se trata também de natureza, racionalidades e finalidades institucionais.

Desta feita, para a política de saúde, os anos de 1990 foram marcados tanto pelo questionamento do projeto de reforma sanitária, como pela forma que se consolidou o projeto de saúde vinculado ao mercado, chamado assim de projeto privatista.

É importante assinalar que estes projetos, o privatista e o da reforma sanitária, permanecem em disputa, mesmo que tenha se visto nos mandatos do partido dos trabalhadores (PT) ora o fortalecimento do projeto privatista ora esboçou o fortalecimento do projeto da reforma sanitária, no entanto, foi perceptível seu incentivo ascendente ao projeto voltado para o mercado.

Ambos os projetos passaram a fazer demandas distintas ao serviço social. O projeto privatista requisita ao (a) assistente social:

[...] a seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais (CFESS, 2010, p. 26).

Ao refletir sobre tais requisições impostas pelo projeto privatista ao trabalho de assistentes sociais, ratifica-se o pensamento de Bravo (2011) ao afirmar que, ao atuar nos serviços de saúde, os (as) assistentes sociais administram a tensão existente entre as demandas colocadas pela população usuária e os limitados recursos para a prestação de serviços.

Porém, em contraponto ao projeto privatista, o projeto de Reforma Sanitária requisitará a contribuição do trabalho de assistentes sociais relativo a questões vinculadas:

[...] ao acesso aos serviços de saúde, à busca de estratégias para aproximar as ações em saúde da realidade, ao trabalho interdisciplinar, a ênfase nas abordagens grupais com vistas a atender o maior número de pessoas possível, ao acesso democrático as informações e ao estímulo à participação popular (LANZA; CAMPANUCCI; BALDOW, 2012, p. 216).

Mediante o que foi explicitado, nota-se haver uma relação entre o PEPP e o projeto da reforma sanitária, especificamente relacionado aos seus grandes eixos –principais aportes e referencias teóricas, formação profissional e princípios; asseverando Matos que (2017, p.103) que:

Assim, mesmo que distintos – uma vez que o Projeto Ético-Político do Serviço Social é de uma corporação profissional e o da Reforma Sanitária seja um projeto de política social que se materializa também 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 para o socialismo como alternativa.

Isto posto, conforme explicitado pelo CFESS (2010), nesta perspectiva, se põe como objetivo aos/as assistentes sociais, enquanto profissionais da saúde, a apreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que intervêm no processo saúde-doença, como ainda na procura por estratégias político-institucionais para o enfrentamento de tais questões compreendendo ainda que, para os (as) assistentes sociais que optem por se direcionar pelo PEPP, estes (as) também carecem estar articulados (as) ao projeto da Reforma Sanitária, pois, “compreende-se que cabe ao Serviço Social– formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde” (BRAVO, MATOS, 2000, p. 213).

Acerca do PEPP do Serviço Social é valido salientar que, de acordo com Teixeira e Braz (2009), acrescidos às ameaças sofridas pelas políticas neoliberais, agrega-se a pós-modernidade que, repercute no cerne da categoria sob a forma de um neoconservadorismo profissional, isto é:

[...] o conservadorismo agora tem como pré-requisito para se fortalecer a descredibilização da vertente crítico-dialética e o faz do ponto de vista teórico, incorporando as críticas pós-modernas ao marxismo; e do ponto de vista ideopolítico, investindo na deslegitimação do projeto ético-político profissional. Em ambos os casos o argumento mais utilizado é o da responsabilização desse “paradigma” pela dicotomia entre a teoria e prática devido ao seu caráter generalizante, que não dá conta do “micro”, “esquece o sujeito” e é “dogmático” (SANTOS, 2007, p. 111, grifos da autora).

Sobre a pós-modernidade, Teixeira e Braz (2009) asseveram que pode ser considerada a base ideocultural sobre a qual a ordem burguesa ancora-se para

manter-se dominante, através da divulgação do triunfo do capitalismo sobre qualquer alternativa a ele (como por exemplo, o socialismo), o que acarretou repercussões políticas, ideológicas e também teóricas.

De acordo com Santos (2007), a pós-modernidade consiste na lógica cultural do capitalismo tardio, que apregoa a modernidade como um projeto esgotado, e por isso, as teorias sociais – ou paradigmas– oriundas dela também não podem mais explicar a sociedade atual; para tanto a ciência deve relativizar-se, misturando diferentes métodos e pontos de vista, já que não existe mais a objetividade e que tudo depende da visão do sujeito.

Na área da saúde, de acordo com Bravo e Matos (2008), tais inflexões se expressam na busca pelo distanciamento da função social do Serviço Social enquanto profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho, donde, a crítica tecida ao projeto hegemônico passa pela: reatualização do discurso da divergência entre teoria e prática, descrença da possibilidade da existência de políticas públicas e, suposta necessidade da construção de um saber específico na área da saúde, que, tanto comunga com a ideia da negação da formação original em Serviço Social quanto ruma para uma atenção exclusiva aos estudos na perspectiva da divisão clássica da prática médica.

Desta feita, a reação conservadora ou neoconservadorismo tem repercutido na categoria, em especial na área da saúde, a partir das seguintes expressões:

[...] a proposta do Serviço Social clínico, com a 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 e a reatualização de uma crise de identidade da profissão quando, em nome da função profissional sanitária, os assistentes sociais não se identificam mais como tal. (MATOS, 2017, p. 107).

Para tanto, cabe-se o destaque da advertência expressa por Bravo e Matos (2008) ao ratificar que o exercício profissional de assistentes sociais não se deve reduzir pela ação exclusiva sobre questões subjetivas experienciadas por usuários e, nem menos, pela defesa de uma suposta particularidade entre o trabalho desenvolvido por assistentes sociais em diferentes especialidades médicas, todavia:

O trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos de Reforma Sanitária e ético-político do Serviço Social. É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão se o projeto está de fato dando respostas qualificadas

às necessidades apresentadas pelos usuários. (BRAVO; MATOS, 2008, p. 213).

Para tanto, segundo Lanza, Campanucci e Baldow (2012) compete assim aos (as) assistentes sociais inseridos nos serviços de saúde, a busca por estratégias que viabilizem a efetivação do direito à saúde, não enquanto mercadoria, mas enquanto um direito socialmente conquistado; prestando assim serviços diretos a população, quer seja no âmbito da gestão, do planejamento, da mobilização ou participação social; donde se ressalta que, o Código de Ética Profissional, explicita ferramentas vitais para o trabalho de assistentes sociais na área da saúde nas suas mais diversas dimensões.

Assim, mediante a atual conjuntura, requisita-se de assistentes sociais inseridos (as) nos serviços de saúde, para uma atuação crítica e competente:

[...] profissionais articulados aos movimentos sociais, de trabalhadores e usuários que não se cansam de lutar por um SUS de qualidade; pelo avesso universal em todos os níveis de complexidade, com ações e serviços complementares, capazes de integrar as equipes de saúde e estimular a Intersetorialidade, viabilizando a participação dos usuários e dos trabalhadores nas decisões a serem tomadas (LANZA, CAMPANUCCI; BALDOW, 2012, p. 216).

Deste modo, em consonância com o pensamento de Bravo e Matos (2008) se põe como desafio ao exercício profissional de assistentes sociais perante esta conjuntura perpassada pela concepção neoliberal para a política de saúde como para as demais políticas sociais de degradação dos direitos e conquistas sociais tão defendidos no Projeto Ético Político Profissional - PEPP, a defesa da democracia como das políticas públicas; e ainda a materialização desse exercício profissional, tanto no cotidiano⁵ quanto na articulação com outros sujeitos que comunguem dos mesmos princípios.

Destarte, para uma melhor elucidação será tratado na próxima sessão sobre o PEPP e a compreensão de direito apreendidos no exercício profissional de assistentes sociais.

⁵ Por cotidiano ou vida cotidiana, entende-se “[...] a vida de todos os dias e de todos os homens, percebida e apresentada diversamente nas suas múltiplas cores e faces” (CARVALHO; NETTO, 2011, p. 14), de forma heterogênea, hierárquica, flexível e mutável.

2.2 O Projeto Ético Político Profissional e perspectiva de direito vislumbrado no exercício profissional de assistentes sociais

É fato que neste último trintênio de século XX e início do século XXI, a despeito de todas as intempéries provocadas pelo nocivo projeto do capital neoliberal, o Serviço Social tem vivenciado importantes avanços neste cenário com o aprofundamento e renovação de suas dimensões ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa, bem como na qualificação da sua produção científica e no fortalecimento de entidades científicas e de representação política.

Sobre os avanços alcançados nas três últimas décadas do século XX e estas primeiras décadas do século XXI, de acordo com Iamamoto (2015), encontra-se a consolidação do PEPP demarcado pelo Movimento de renovação crítica do Serviço Social que emanou em profundas alterações nos campos do ensino, da pesquisa e da organização político-corporativa dos assistentes sociais, o que se permite atestar que a categoria deu um salto em sua qualificação e produção acadêmica e na presença política na sociedade.

O uso recorrente desse termo Projeto Ético-Político tem ocorrido no seio da profissão desde meados dos anos de 1990, possuindo alguns marcos como:

- 1º. Construção em 1996, por parte do CFESS, de um texto onde há menção ao chamado projeto profissional;
- 2º. O tema escolhido para o IX Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), realizado em Goiânia- GO em 1998, intitulado “Trabalho e Projeto Ético-Político no Serviço Social”.
- 3º. O artigo publicado em 1999 e escrito por José Paulo Netto (reeditado em uma coletânea no ano de 2006 organizada pela professora Dr.^a Ana Elisabete Mota.), que até os dias atuais tem servido como referência na compreensão do que seja um projeto profissional e de suas características no Serviço Social (MATOS, 2017).

Segundo Matos (2017) a compreensão acerca do que significa cada termo da palavra “Projeto Ético-Político” é necessária para o seu entendimento.

Por “projeto”, o autor referencia que se relaciona a questão da intencionalidade, ou seja, a uma característica humana de poder construir de forma ideal o resultado que se pleiteia, reportando assim a ideia de algo em construção.

Nesta reflexão é importante trazer à tona a discussão travada por Netto (2008) sobre o que seja um projeto societário, que são:

[...] projetos que apresentam uma imagem de sociedade a ser construída que reclamam determinados valores para justificá-la e que privilegiam certos meios (materiais e culturais) para concretizá-la [...] são projetos coletivos; mas seu traço peculiar reside no fato de se constituírem como projetos *macroscópicos*, como propostas para o *conjunto* da sociedade. (NETTO, 2008,p .142).

Segundo Teixeira e Braz (2009), de forma geral, os projetos societários podem ser conservadores ou transformadores: os conservadores possuem como uma de suas características a negação das dimensões políticas e ideológicas, além da valorização da autoridade, da hierarquia, da ordem, da repressão e a disciplina; já os transformadores, entre as várias posições, relacionam-se com as formas, ou estratégias, de transformação social.

Já por projetos profissionais, Netto (2008) explicita que esses são construídos por um sujeito coletivo (corpo ou categoria profissional), devendo incluir não somente profissionais que estão atuando, mas o conjunto dos membros que dão efetividade à profissão e, para que este projeto profissional se concretize na sociedade, faz-se necessário que possua em sua base, um corpo profissional fortemente organizado, pois:

Os projetos profissionais apresentam a autoimagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas (inclusive o Estado, a quem cabe o reconhecimento jurídico dos estatutos). (NETTO, 2008, p. 144, grifo do autor)

O referido autor enfatiza que, mesmo sendo frequente a relação de sintonia entre o projeto societário hegemônico e dado projeto hegemônico numa categoria profissional, pode haver (e muitas vezes há) discordância e contradição entre eles, pois, há a possibilidade de, em conjunturas precisas, um dado projeto societário ser contrariado por projetos profissionais que adquiram hegemonia em seus respectivos corpos, fato que ocorre na contemporaneidade com o PEPP do Serviço Social que nega o projeto societário hegemônico.

Sobre o “ético”, Matos (2017) afirma estar relacionada à palavra ética, afirmando que essa trata com valores que, ao serem assumidos (através da sua internalização) pelos sujeitos se concretizam em “ações” ou “omissões”.

Avançando nessa discussão sobre a compreensão da ética, Cardoso e Torres (2016, p. 184, grifos do autor) dizem que:

Partimos da compreensão da ética como práxis humana que envolve a reflexão teórica sobre a moral, orientando um modo de ser na relação do *eu* com o *outro* na busca da realização humana. Modo de ser que pressupõe reflexão crítica, eleição de valores e ações no mundo.

Assim, a partir desta compreensão as autoras explicitam que, no contexto das profissões, a ética se evidencia, considerando a relação do eu com o coletivo, prescrevendo parâmetros para a relação profissional sendo assim a ética profissional:

[...] uma das dimensões que formam o projeto profissional, compondo os elementos que indicam sua teleologia [...] a ética profissional refere-se à eleição de valores – diante de uma determinada concepção de homem/ mundo/ sociedade – e sua objetivação na relação com o outro – o usuário, o Estado, as instituições, outros profissionais e as entidades da categoria (CARDOSO, 2013, p. 91-92).

A partir do exposto, destacam-se duas dimensões da ética profissional, uma relacionada à reflexão teórica da própria profissão sobre os fundamentos da modalidade, e outra relacionada a uma resposta consciente da categoria profissional, expressa nas ações e posicionamentos dos sujeitos individual e coletivamente, que se materializa através da construção por parte desses sujeitos de parâmetros de conduta, ou seja, na construção do código de ética.

Para tanto, Cardoso e Torres (2016) chamam a atenção para o fato de que projeto profissional e ética profissional não são sinônimos, e que, ética profissional não pode ser reduzida ao código de ética, haja vista que trata-se “de uma compreensão mais ampla de uma *práxis* que envolve valores, ações e instrumentos jurídicos que constituem um *ethos* (modo de ser) profissional” (IDEM, p. 185, grifos da autora).

Por fim, por “político” correlaciona-se ao que Netto (2008) afirma sobre os projetos profissionais também possuírem dimensões políticas, tanto em sentido

amplo (referindo-se a sua relação com os projetos societários) ou em sentido estrito (no que tange as perspectivas particulares da profissão).

Matos (2017) afirma ainda que, o termo “político” enfatiza que nenhum projeto de profissão é neutro e que (querendo ou não) está vinculado a um projeto societário.

Segundo Iamamoto (2015) o PEPP é historicamente datado e fruto de um amplo movimento de luta pela redemocratização do país, enfatizando a forte presença das lutas operárias que compeliram a crise da ditadura imposta pelo grande capital em fins da década de 1970.

Esses fatos incitaram preocupações dentro do Serviço Social brasileiro, requisitando da categoria novas respostas profissionais; fomentando assim as raízes para a possível ruptura com o histórico conservadorismo da profissão, que teve seu marco no processo de renovação crítica do Serviço Social brasileiro que emanou em profundas alterações nos campos do ensino, da pesquisa e da organização político-corporativa dos assistentes sociais, o que permitiu – através de um salto em sua qualificação e produção acadêmica e na presença política na sociedade:

Por meio dessa renovação, buscava-se assegurar a contemporaneidade do Serviço Social, isto é, sua conciliação com a história presente, afirmando-o como capaz de decifrar a sociedade brasileira e, nela, a profissão, de modo a construir respostas que possibilitassem ao Serviço Social confirmar-se como necessário no espaço e tempo dessa sociedade. (IAMAMOTO, 2015, p. 223).

Ainda sobre o Movimento de Renovação, Netto (2011; 2015) enfatiza que este movimento requereu a laicização do Serviço Social; implantou um pluralismo (teórico, político e ideológico) que rompeu com a visão monolítica presente até a década de 1960; viabilizou a interlocução da profissão com o debate e a produção na área das ciências sociais, introduzindo a profissão como protagonista no âmbito da cultura acadêmica e ainda propiciou (dentre as tendências presentes no movimento), a composição de uma vertente de “intenção de ruptura” com o tradicionalismo profissional, sendo sua expressão paradigmática o III Congresso Brasileiro de Ssistentes Sociais (CBAS), em 1979, o chamado “Congresso da Virada”.

Matos (2017) salienta ainda a importância na década de 1980 da releitura da história do Serviço Social no Brasil feita por Iamamoto e Carvalho através do livro

Relações Sociais e Serviço Social no Brasil em 1982; da inserção de assistentes sociais na luta sindical mediante o contexto do novo sindicalismo expresso na época; o currículo de 1979, mas somente aprovado pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) em 1982, e por fim o Código de Ética- CE⁶ de 1986 que buscou:

[...] o rompimento com a pretensa perspectiva “imparcial” dos Códigos anteriores; o desvelamento do caráter político da intervenção ética; a explicitação do caráter de classe dos usuários, antes dissolvidos no conceito abstrato de “pessoa humana”; a negação de valores a-históricos; a recusa do compromisso profissional velado ou explícito com o poder instituído. A partir de 1986, o CE passa a se dirigir explicitamente ao compromisso profissional com a realização dos direitos e das necessidades dos usuários entendidos em sua inserção de classe. (BARROCO; TERRA, 2012, p. 48).

Desta feita, as autoras afirmam que o CE 1986 direciona a categoria a uma nova perspectiva ética na profissão: um *ethos* profissional de ruptura com o conservadorismo mediante uma perspectiva emancipatória, esse *ethos* tem como fundamento o entendimento da realidade mediante a aproximação com a tradição marxista e, a partir da década de 1990, em especial, com proximidade da perspectiva ontológica presentes nas obras de György Lukács e Agnes Heller.

Contudo, de acordo com Netto (2008) é importante atentar que a reduzida acumulação no âmbito da reflexão ética levou ao comprometimento do CE de 1986, pois mesmo com o avanço da categoria na dimensão política e na dimensão do compromisso profissional, outras dimensões (no caso, ética e profissional) não foram suficientemente esclarecidas, o que acarretou em breve espaço de tempo a sua revisão, gerando o CE 1993.

Merece destaque o fato que, a reformulação do CE de 1986 encontra-se inserida num cenário de enfrentamento ao Neoliberalismo, donde, entre o surgimento da questão ética como tema de mobilização política da sociedade (exemplo disto é o impeachment do presidente Collor em 1992) e o longo processo de debates, ganha expressão a disputa entre tendências profissionais: uma pautada

⁶ Além dos Códigos de Ética de 1986 e o atual de 1993, o Serviço Social teve outros três Códigos de Ética: os de 1947, 1965 e 1975. Barroco e Terra (2012) afirmam que estes códigos de ética (1947, 1965, 1975) se fundamentaram nos pressupostos do Neotomismo e do Positivismo, tendo uma pequena alteração no CE de 1975, que além da manutenção das demais referências tradicionais presentes no Serviço Social, acrescentou o personalismo o que acentuou a herança conservadora dentro da categoria .

na ratificação das conquistas objetivadas em 1986 e outra que pretendia a sua regressão, onde deste modo,

[...] as bases de sustentação ético-política do PEP passaram a se configurar como forças de resistência em face de um processo de degradação da vida e da natureza que iria se aprofundar nas décadas seguintes (BARROCO; TERRA, 2012, p. 49).

É assim que o Serviço Social adentra a década de 1990 demarcado pela maturidade intelectual e consolidação acadêmica da profissão, através de um número significativo de centros de formação (no caso, as pós-graduações), que ampliaram a produção do conhecimento; e de acordo com Teixeira e Braz (2009) além da maturidade político-organizativa da categoria via suas entidades e fóruns deliberativos (conjunto Cfess/Cress, Abepss, Enesso); além da conquista da hegemonia do PEPP fundamentado teórica e metodologicamente.

Mediante estes avanços o atual projeto profissional do Serviço Social “vinculou-se a um projeto societário que, antagônico ao das classes proprietárias e exploradoras, tem suas raízes efetivas na vida social” (NETTO, 2008, p. 157), portanto, o projeto ético-político do Serviço Social brasileiro está vinculado a um projeto de transformação da sociedade.

Tal projeto profissional se materializa a partir de sua regulamentação legal com: o Código de Ética Profissional do Assistente Social (1993), a Lei da Regulamentação da Profissão de Serviço Social (Lei n.º 8.662/1993) e na proposta das Diretrizes Curriculares para a Formação Profissional em Serviço Social (1996). Para tanto cabe destacar que:

[...] a legislação profissional representa uma defesa da autonomia profissional, porque codificam princípios e valores éticos, competências e atribuições, além de conhecimentos essenciais, que têm força de lei, sendo judicialmente reclamáveis (IAMAMOTO, 2015, p. 224).

E, prossegue a autora afirmando que este projeto se realiza em diferentes dimensões do universo da profissão, quais sejam: nos instrumentos legais, nas expressões e manifestações coletivas da categoria, nas articulações com outras entidades de Serviço Social e com outras categorias profissionais e movimentos sociais organizados, no trabalho profissional desenvolvido nos diferentes espaços ocupacionais e no ensino universitário.

É válido, ainda, trazer a tona o destaque que é dado por Iamamoto (2015, p. 227), ao expressar que o PEPP não foi construído simplesmente sob uma perspectiva corporativa da categoria, mas que, ultrapassou o projeto profissional dessa, pois, é “*histórico e datado de caráter ético-político* que eleva esse projeto a uma dimensão de universalidade, a qual subordina, ainda que não embace a dimensão técnico-profissional”.

Para isso, o PEPP expressa com clareza os seus compromissos, tendo estes,

[...] em seu núcleo o reconhecimento da liberdade como valor central – a *liberdade* concedida 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 e dos preconceitos contemplando positivamente o pluralismo, tanto na sociedade como no exercício profissional (NETTO, 2008, p. 155, grifos do autor).

O autor ainda diz que, se encontra explícito no PEPP, a dimensão política, expressa claramente no posicionamento a favor: da *equidade e justiça social*, do ponto de vista da *universalização* no acesso a bens e serviços relacionados às políticas e programas sociais, da ampliação e consolidação da cidadania indispensável à garantia dos direitos civis, políticos e sociais da classe trabalhadora; e ainda a declaração expressa no PEPP sobre a democracia, na perspectiva da “democratização como socialização da participação política e socialização da riqueza socialmente produzida” (IDEM).

No que tange ao âmbito profissional, Netto (2008) afirma que, o PEPP demanda dos profissionais o compromisso com a competência⁷ alicerçada sob o aperfeiçoamento profissional. Para tanto, requisita-se uma formação acadêmica com a qualidade capaz de viabilizar uma análise tangível da realidade social fundamentada em concepções teórico-metodológicas críticas e sólidas; fomentando assim uma formação profissional preocupada com a formação permanente e que instigue a constância na dimensão investigativa.

⁷ Nos termos expressos por Iamamoto (2013, p. 22) os/as assistentes sociais devem ter “competência para propor, para negociar com a instituição os seus projetos, defender o seu campo de trabalho, suas qualificações e funções profissionais”. Ou seja, ser mais que profissionais executivos, devem ser profissionais propositivos.

Outro aspecto de vital importância no âmbito profissional do PEPP é a nova relação dos/as assistentes sociais com os usuários, pautada no *compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população*, onde se insere a publicidade dos recursos institucionais, indispensável tanto para a universalização e democratização, como para viabilizar a participação dos usuários nas decisões institucionais.

Dentro desta discussão sobre o PEPP do Serviço Social, merece destaque o CE de 1993. Para tanto se torna indispensável compreender o que é o Código de Ética:

O CE se organiza em torno de um conjunto de princípios, deveres, direitos e proibições que orientam o comportamento ético-profissional, oferecem parâmetros para ação cotidiana e definem suas finalidades ético-políticas, circunscrevendo a ética profissional no interior do projeto ético-político e em sua relação com a sociedade e a história (BARROCO; TERRA, 2012, p. 53).

Mesmo envolto em um cenário pouco fértil para o que se tensionava o CE de 1993 apresentou avanços em relação ao CE de 1986, pois, conforme assinala Barroco e Terra (2012), o CE de 1993 ao conceber as mediações entre o projeto societário e profissional, proporcionou respostas objetivas ao exercício profissional, e assim, intentando esclarecer a relação entre os valores essenciais e suas formas de objetivação tanto no âmbito das instituições quanto nos limites da ordem burguesa, conjecturando que elas não se esgotam em si mesmas, mas que,

[...] devem ser realizados na perspectiva de seu alargamento, com a consciência crítica de seus impedimentos, na direção do fortalecimento das necessidades dos usuários, tratados em sua inserção de classe (BARROCO; TERRA, 2012, p. 60).

Sendo assim, o CE de 1993 é a materialização da ética profissional ao afirmar princípios e valores do PEPP (que representa para o Serviço Social a teleologia desse projeto profissional), possibilitando a consolidação de uma direção para o Serviço Social contemporâneo, com vistas à construção de um projeto profissional, comprometido com os usuários dos serviços sociais e públicos, indo além, ao buscar uma sociedade verdadeiramente democrática, justa e igualitária para todos/as.

Na introdução do código de 1993, segundo Barroco e Terra (2012) situam-se a explanação de seu significado histórico, sua concepção ética, seus valores e

finalidades, donde cabe o destaque que, em sua elaboração se buscou bases ontológicas da teoria social de Marx, assentando à ética e os valores no âmbito da práxis tendo o trabalho como seu modo de ser mais elementar.

Dentre os 11 princípios do atual código de ética cabe destacar os seguintes (BRASIL, 2012):

- Reconhecimento da liberdade como valor ético central, requerendo também o reconhecimento da autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos e seus direitos;
- Defesa intransigente dos direitos humanos contra todo tipo de autoritarismo e arbítrio;
- Ampliação e consolidação da cidadania, bem como defesa do aprofundamento da democracia, compreendida como garantia para os direitos civis, políticos e sociais, bem como socialização da participação política, da cultura e da riqueza socialmente produzida;
- Posicionamento a favor da equidade e da justiça social que acarreta a universalidade no acesso a bens e serviços como a gestão democrática;
- Compromisso com a eliminação de todas as formas de preconceito, inclusive no exercício profissional sem discriminação e nem ser discriminado, como ainda a garantia do pluralismo;
- Escolha por um projeto profissional ligado ao processo de construção de uma nova ordem societária;
- Compromisso com a qualidade dos serviços prestados na articulação com outros profissionais como trabalhadores.

De acordo com Iamamoto (2015) a efetivação de tais princípios aponta para a luta no campo democrático popular por direitos, associando forças políticas, base organizativa e conquistas materiais e sociais suscetíveis de dinamizar a luta contra hegemônica.

Porém, é importante destacar que esses princípios circunscrevem-se sob circunstâncias históricas determinadas, portanto, de forma relativa às condições sociais em que se inserem.

Conforme Mészáros (2011), nos dias atuais a lógica destrutiva do capital tem se objetivado como processo acelerado de barbárie, de desumanização, que compreende tanto as relações sociais quanto a natureza ; acarretando a

desigualdade social e a violação de direitos – expressões da “questão social” – daí a importância de estabelecer ligações entre a sociabilidade vigente e os processos de violação de direitos.

É, portanto, no movimento da vida cotidiana, mediante o conjunto de atrocidades, determinada pelas relações sociais próprias da dinâmica capitalista, que a maioria dos indivíduos se encontra submetida à desigualdade social e tem suas condições materiais e subjetivas de vida bastante subtraídas e seus direitos violados, apesar de inúmeras lutas sociais e conquistas históricas e legais empreendidas (RAMOS; SANTOS, 2016, p. 225).

Assim, as lutas por direitos são importantes por se consubstanciar como estratégias de enfrentamento da desigualdade social como todas as formas da opressão, no entanto, sob o capitalismo, a tendência histórica “é a fatura ontológica entre a legalidade e a vida cotidiana” (IDEM).

Tal assertiva se materializa com maior veemência em países periféricos, como é o caso do Brasil, onde a fratura expressa por Ramos e Santos (2016) se evidencia de tal forma que a regressão e a violação de direitos são experiências preponderantes para amplos segmentos da classe trabalhadora. Fato evidenciado a partir dos direitos previstos na CF 1988 que se expressam muito mais como expectativa de direitos do que exatamente o é na sua concretude, principalmente na evidência de uma acentuada colisão entre tais direitos e a adoção dos parâmetros neoliberais; pois no Brasil o trato se consubstancia,

[...] para os “bons pobres”, assistencialismo; para os “maus pobres”, a repressão que se expressa no encarceramento e nos homicídios em massa. Há um acentuado grau de aprofundamento da desigualdade social, da repressão militarizada às expressões mais aviltantes da “questão social”, em cenário agudo no processo de crescimento econômico brasileiro, conjugado com as mais aviltantes formas de violência (SIMAS; RUIZ, 2015, p. 87, grifos do autor).

Deste modo, segundo Barroco e Terra (2012), ao passo que crescem a barbárie e as violações de direitos também crescem as reivindicações por direitos por parte daqueles que são violados, e ainda, das forças progressistas.

Tal demanda recaíra sobre as profissões que atuam com as populações afetadas por esses processos, daí a inserção do/a assistente social, pois como trabalhador assalariado e profissional voltado ao atendimento das múltiplas expressões da “questão social”, se conecta duplamente a esse processo de barbárie

social; daí que, na categoria profissional, a luta por direitos se consubstancia como mediação entre projeto societário e projeto profissional, logo:

(...) é necessário estabelecer mediações entre as requisições profissionais e a defesa dos direitos das populações atendidas, interpretando-os criticamente dentro da conjuntura com que as expressões da “questão social” se apresentam na sociedade brasileira (SIMAS; RUIZ, 2015, p. 86, grifos do autor).

De acordo com Ramos e Santos (2016) é historicamente recente a reaproximação entre o marxismo, direito e a esquerda. Os estudos do próprio Marx e de Lukács viabilizaram a análise ontológico-histórica sobre a função social do direito na sociedade capitalista, ressaltando a necessidade histórica, os limites e as contradições existentes neste complexo social.

E neste viés que o Serviço Social, que nestas últimas três décadas, enquanto profissão tem intentado aprofundar as reflexões acerca do marxismo e do direito ressaltando a compreensão do processo de produção da vida material como matriz fundante da sociabilidade, tendo a política e o direito enquanto dimensões primordiais e determinadas por este processo de produção da vida material, pois:

[...] a produção teórica predominante na categoria parte da concepção crítica e sócio-histórica de que os direitos, em sua totalidade, são o resultado das lutas e da organização da classe trabalhadora; da pressão popular de sujeitos, políticos no enfrentamento da condição desigual e injusta na sociedade de classes; de resistência à exploração, à espoliação, à dominação, subalternidade e opressão a que estão sujeitos os que vivem da venda da força de seu trabalho e o ambiente em que vivem (CARDOSO; TORRES, 2016, p. 199).

Os autores seguem afirmando que tal produção teórica dentro da categoria tem se empenhado na crítica marxista, na crítica as bandeiras burguesas e democráticas — como liberdade, igualdade e direitos humanos — asseverando que essas só poderão ser universais em uma sociedade onde não mais impere a exploração e os privilégios de classe, contudo, mesmo que se pleiteie no projeto profissional a conquista de outra sociabilidade, tais valores podem, e até mesmo devem ser defendidos dentro da sociedade capitalista, embasando a luta cotidiana dos/as assistentes sociais por relações democráticas e na busca pelo acesso aos direitos.

Desta feita, como enunciado por Simas e Ruiz (2015, p. 89):

[...] a afirmação do projeto profissional reacentua contornos de enfrentamento político-ideológico à ordem vigente, ainda mais considerando o público atendido pelo profissional de Serviço Social, ou seja, aqueles que mais sofrem as consequências das mazelas oriundas do modo de produção capitalista em sua longa e profunda crise.

Para tanto, o CE 1993 articulou em si dois níveis de orientação acerca da ética profissional que se ligam organicamente: “o presente e o devir mediado pelo trabalho profissional na perspectiva do seu alargamento e no horizonte de sua superação” (BARROCO; TERRA; p. 60); como ainda articulou duas dimensões da profissão: uma relacionada ao exercício profissional institucional e outra concernente à ação política coletiva relacionada aos processos de luta contra hegemônicos da sociedade brasileira.

Porém a liberdade no capitalismo é apreendida pelo respeito ao individualismo burguês enquanto um valor positivo, ou seja, esta noção de liberdade encontra-se fincada nas necessidades postas pela reprodução social de uma sociedade alicerçada na propriedade privada, num ethos que equivale ao indivíduo burguês que, concebe sua existência em torno da posse privada de mercadorias, e ainda da competição.

Daí que, segundo Barroco e Terra (2012) a emancipação⁸ é entendida enquanto valor humano-genérico mais central do CE 1993, sinalizando sua finalidade ético-política mais genérica, pois, ao se reportar a emancipação, o atual código não tentou afirmar que seria possível a realização da emancipação humana dentro dos limites do trabalho profissional — mesmo porque considera a existência de níveis diferentes de emancipação — e que, a emancipação política⁹ não se confunde com a emancipação humana¹⁰, contudo, isso não a desmerece, como realização relativa de conquistas emancipatórias.

⁸ Marx (2010) trabalha as diferenciações entre emancipação humana e emancipação política em seu livro “Sobre a questão judaica”, destacando o que elas significam em termos históricos concretos.

⁹ A emancipação política é resultado da revolução burguesa, da exploração do homem pelo homem, da sociedade de classes; sendo assim emancipação da burguesia (parcial) e não da humanidade, pois, trouxe apenas a liberdade jurídica, uma emancipação formal, o que não possibilita desmerecê-la porque constitui um avanço mesmo tendo seus limites evidenciados e constados nas sociedades onde se realizou (SOUZA; DOMINGUES, 2012).

¹⁰ A emancipação humana (universal) vai além da emancipação política, parte do “múltiplo desenvolvimento das possibilidades humanas e à criação de uma forma de associação digna da

Outros valores também merecem destaque na análise como a cidadania e a democracia, formados dentro da sociedade burguesa, porém, Cardoso e Torres (2016) afirmam haver vários estudos que imprimem a estes um novo significado em outra direção social.

A cidadania, conforme o conceito burguês encontra-se restrita ao fato do indivíduo ter a garantia de seus direitos civis e políticos dentro da sociedade capitalista, em conformidade com os valores liberais, como, a provisão das necessidades básicas num limite mínimo de vida, porém, na lógica explicitada no CE 1993 a cidadania...

[...] refere-se dentro da sociedade capitalista à luta para que o nível de possibilidades de atendimento as necessidades dos indivíduos seja amplo, contemplando integralmente os direitos sociais. E de forma mais ampla (e relacionada à teleologia apontada no código), refere-se à possibilidade de o indivíduo desenvolver todas as suas potencialidades enquanto ser social, tendo seus direitos civis, políticos, sociais, econômicos e culturais assegurados coletivamente (CARDOSO; TORRES, 2016, p. 194).

Segundo os autores, a democracia por sua vez, é compreendida para além dos limites burgueses da “democracia política”, pensada pela ordem liberal; tendo assim a sua concepção pautada na ultrapassem da ordem burguesa, isto é, que se diferenciam da concepção liberal burguesa por se referenciar a socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida.

Contudo, ainda advertem que, mesmo o CE ratificando acerca da democracia plena, a democracia política (mesmo que dentro dos limites impostos pela sociedade capitalista) é um valor que deve ser defendido de maneira inexorável contra todas as formas de autoritarismo e arbitrariedades, remetendo à necessária defesa intransigente dos direitos humanos.

Antes de ser abordada a questão dos direitos humanos no atual código é válido destacar a importância da defesa da equidade e da justiça social para a efetivação da cidadania e da democracia —como o caminho na busca da universalização dos direitos —, pois, aquelas são apreendidas como o “reconhecimento da igualdade entre os homens, e o respeito às suas diferenças étnicas, de gênero e/ou orientação sexual” (IDEM, p. 195).

condição humana” (BOTTOMORE, 2013). Pauta-se na revolução social pautada na constituição da sociedade comunista, da humanidade emancipada cujo objetivo é a superação da sociedade burguesa e a emancipação política e suas contradições (SOUZA; DOMINGUES, 2012).

De acordo com Barroco e Terra (2012) o entendimento do significado dos direitos humanos (DH) no CE 1993 imprime a mesma lógica adotada em relação aos valores, o que alude a compreensão histórica dos DH, bem como, à necessidade de entender os seus limites e possibilidades na ordem do capital.

As autoras ainda afirmam que, as lutas por DH, mesmo que limitadas, evidenciam conquistas na história das lutas gerais dos trabalhadores e dos setores sociais oprimidos, consubstanciando-se no resultado real de enfrentamento das diversas formas de degradação da vida humana por parte dos sujeitos, grupos e classes desprovidas de condições dignas de existência, expostos as mais variadas formas de violação de direitos por processos de opressão, discriminação, dominação e exploração.

De acordo com Mézáros (1993 apud RAMOS; SANTOS, 2016) a crítica marxiana ao direito viabiliza compreender que a classe dominante utiliza os DH como um instrumento de racionalização ideológica das desigualdades e da dominação do sistema capitalista, constituindo-se de um conjunto de princípios, valores, e até situações concretas que compreendem a ordem social como intransponível, onde:

Os direitos, nesse caso, ou são vistos como direitos naturais, anteriores a sociabilidade e imunes às determinações de uma essência humana universal igualmente a-histórica e imutável (BARRROCO; TERRA, 2012, p. 65).

Tal crítica permite por um lado, revelar o caráter ideológico e ilusório que pode assumir a defesa dos DH e, por outro lado, admite sintetizar os processos reais, as contradições que conduzem as ações de caráter político de resistência mais amplo, como ainda, aquelas ações que se desenvolvem no contexto das diferentes profissões mediante o enfrentamento das violações no dado momento histórico em que acontecem.

O que, segundo Ramos e Santos (2016), implica afirmar que, de forma diferente do ideário liberal acerca da concepção de DH, o PEPP, ao pensar sobre DH, guia-se pelo reconhecimento de um vasto campo de violação dos direitos que são produzidos pelas relações sociais fundadas pelo capital, pois:

De acordo com a concepção do CE 1993, os DH foram tratados historicamente, apreendidos no contexto da sociedade burguesa, levando em conta as suas contradições e determinações. Sua inserção no interior dos princípios fundamentais revela a sua

importância como estratégia de viabilização das necessidades e interesses dos usuários. (BARROCO; TERRA, 2012, p. 65).

Assim, ainda seguindo a linha de pensamento das autoras, os DH para o PEPP — e conseqüentemente para o CE 1993 — são ao mesmo tempo: objeto de ação profissional, valor ético-político e forma histórica de realização de valores e necessidades.

No entanto, Simas e Ruiz (2015) advertem que o cenário sociopolítico que o Serviço Social se encontra, está atravessado por muitos tensionamentos que darão o direcionamento acerca da legitimidade ou não do PEPP, haja vista que, a afirmação do DH, no cotidiano de trabalho de assistentes sociais é inflexionada por um processo de lutas e contradições em que a realidade social do objeto de intervenção, bem como o sentido do chamamento dos empregadores, pode se chocar com o PEPP, já que,

Embora seja dotado de estatuto profissional, reconhecimento social e tenha alcançado certo patamar de maturidade acadêmica, o cotidiano profissional se debruça na clássica dicotomia entre saber profissional e poder institucional, ou seja, a autonomia técnica se colide frequentemente com o caráter coercitivo de seu processo de trabalho, marcado pelo assalariamento e pela burocratização (SIMAS; RUIZ, 2015, p. 89).

Deste modo, a afirmação do PEPP, segundo os autores, intensifica o enfrentamento político-ideológico à ordem vigente, ratificando que, a defesa intransigente dos DH não pode se desprender da necessidade de rever criticamente o trabalho profissional; tornando-se imprescindível à categoria a sistematização de sua prática no exercício profissional, tanto no que se referem à identificação das principais demandas dos usuários que acessam os serviços quanto para incutir um caráter de totalidade às situações apresentadas.

Portanto, mediante tal conjuntura de desproteção e desregulamentação de direitos, se torna essencial à categoria profissional refletir sobre seu exercício profissional, em suas dimensões interventivas e investigativas, como ainda acerca de suas competências neste precário cenário que se afigura na contemporaneidade.

Destarte, para uma melhor análise acerca do exercício profissional serão tratados na próxima sessão sobre a instrumentalidade do Serviço Social, sua autoimagem e a realidade do exercício profissional de assistentes sociais nos serviços de saúde.

2.3 Instrumentalidade, autoimagem profissional e realidade do trabalho do/a assistente social

De acordo com Pontes (2016), devido ao caráter interventivo peculiar ao Serviço Social, exige-se do (a) assistente social, além do conhecimento da realidade na sua complexidade, a criação de mecanismos para transformá-la em direção de determinado projeto sócio-profissional. Donde a competência profissional encontra-se diretamente relacionada à reconstrução de seu objeto de intervenção e a compreensão do espaço de intervenção do assistente social como um campo de mediações. Tal competência, de acordo com Cardoso e Torres (2016, p. 196) diz respeito a:

[...] uma prática crítica e reflexiva, que deve ser informada por uma teoria social crítica e por procedimentos metodológicos — em consonância com os valores expressos no Código de Ética — que possibilitem à/ao profissional uma análise do movimento do real e a proposição de estratégias e táticas, bem como o estabelecimento de mediações que levem em consideração os processos contraditórios presentes na relação com os movimentos sociais.

Iamamoto (2013) elenca tais competências como: ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa que jamais podem ser desenvolvidas separadamente, pondo-se aí um grande tema de debate entre estudantes e profissionais: a necessidade de articulação entre teoria e prática, já que intervenção e investigação, pesquisa e exercício profissional, ciência e técnica não podem ser consideradas de forma apartadas.

Para tanto, tal desafio requisita uma instrumentalidade que inclua um suporte teórico-metodológico à altura da complexidade da dinâmica social, em que a mediação se inscreva como:

[...] complexo categorial responsável pelas relações moventes que se operam no interior de cada complexo relativamente total e das articulações dinâmicas e contrárias entre as estruturas sócio-históricas (PONTES, 2016, p. 93).

Sobre a mediação, Pontes (2016) diz que essa é entendida enquanto uma categoria objetiva, ontológica e que se encontra presente em qualquer realidade, de forma independente ao conhecimento do sujeito. Ela possui duas dimensões: uma

ontológica (pertencente ao real) e outra reflexiva (determinada pela razão). É importante destacar, que o campo privilegiado da mediação é a particularidade, pois é onde os fatos singulares (ou a singularidade) se fortalecem com a legalidade da universalidade e, dialeticamente, as leis universais saturam-se de realidade.

Destarte, é interessante ressaltar que, conforme Guerra (2016) a instrumentalidade não é um conjunto de instrumentos técnico-operativos que o assistente social utiliza no cotidiano para desenvolver seu exercício profissional, mesmo que a produção da área sobre o tema, até mesmo nos dias atuais, evidencie que o debate é utilizado de forma eclética sendo retirado de sua base de fundamentação teórica reportando-se a instrumentos e técnicas nos moldes do Serviço Social tradicional, modernizador ou reatualizador.

Para a autora, a instrumentalidade é determinada capacidade ou propriedade que a profissão adquire no confronto entre as condições objetivas e subjetivas do exercício profissional, no interior das relações sociais construídas e reconstruídas no processo histórico como uma propriedade sócio-histórica da profissão; a instrumentalidade constitui-se em possibilidade concreta de reconhecimento social da profissão.

Sendo do ponto de vista da análise, tida como uma categoria reflexiva “capaz de apontar as diversas formas de inserção da profissão nos espaços sócio-ocupacionais e as competências e requisições profissionais” (GUERRA, 2000b, p. 31); podendo ainda, a instrumentalidade de o Serviço Social ser entendida como mediação:

[...] é o espaço para se pensar nos valores subjacentes às ações, no nível e na direção das respostas que estamos dando e pelas quais a profissão é reconhecida ou questionada socialmente (IBIDEM).

Assim a instrumentalidade possibilita ao assistente social a mediação necessária para analisar sua trajetória sócio-histórica de funcionalidade vinculada à classe dominante e ao Estado e modificar-se. Para isso, o (a) assistente social precisa dar sentido histórico a seu exercício profissional, buscar a criticidade para romper com a concepção de instrumento de racionalização de conflitos.

O objeto de intervenção profissional, em sua imediaticidade, apresentado unilateralmente como demanda institucional (*singularidade*), conduz a uma mera adequação do exercício

profissional às requisições do mercado de trabalho. O assistente social, em seu exercício sócio-profissional, transforma as necessidades sociais em demandas profissionais, realizando esse movimento de reconstrução do objeto de intervenção profissional na conjugação de categorias ontológicas e intelectivas com observações e dados empíricos (*particularidade*). Com base no conhecimento da realidade de sua intervenção profissional, desvelam-se as mediações ocultas na aparição cotidiana, projetando os dados empíricos no plano das determinações universais. (CEOLIN, 2014, p. 257, grifo nosso)

Desta forma, esse movimento permite potencializar a intervenção profissional e vinculá-la a uma instrumentalidade profissional que expresse suas competências teórico-metodológicas e técnico-operativas determinadas por uma direção social em estreita consonância com os aspectos ético-político.

No entanto, é interessante frisar que, a atual sociabilidade emanada do MPC imprime à profissão um caráter empirista, imediatista e pautado no parâmetro da eficácia segundo a **racionalidade burguesa** que, segundo Guerra (2000a), é a racionalidade predominante que está implícita nas formas de ser, pensar e agir na ordem social capitalista, possuindo duas características fundamentais, o formalismo e a abstração. Esta racionalidade é a lógica necessária para manter a ordem social e tem fortes bases no positivismo.

Guerra (2014; 2016) afirma que a racionalidade burguesa pauta-se na razão instrumental e na razão formal-abstrata.

A razão instrumental é uma dimensão da razão dialética (substantiva e emancipatória), estando limitada a operações formal-abstratas e a práticas manipuladoras e instrumentais, segmentadas, fragmentadas e descontextualizadas, sendo por isso funcional à reprodução social da sociabilidade burguesa objetivando ofertar respostas que tenham eficácia, assegurando a necessária manipulação das variáveis no âmbito imediato, nos aspectos políticos, econômicos, culturais, psicossociais, dentre outros, rompendo com a razão dialética:

A razão instrumental rompe seus vínculos com a razão dialética, disso resultando a ampliação e a intensificação tanto de uma racionalidade que se atém aos resultados prático-imediatos — independentes dos seus fundamentos e princípios ético-políticos — quanto de uma relação social na qual os homens tornam-se meios dos próprios homens e, como tal, submetidos à manipulação e ao controle (GUERRA, 2014, p. 30).

Já **por razão formal-abstrata**, a autora afirma ser uma modalidade, nível ou grau de abrangência da razão que, favorável ao modo de produção/reprodução capitalista, acha na sociologia os instrumentos, procedimentos e modelos de interpretação e intervenção na realidade social. As implicações desse tipo de racionalidade é que ela neutraliza qualquer possibilidade dos sujeitos se organizarem e, principalmente modificarem a realidade.

Para a profissão, esse tipo de racionalidade é responsável pela concepção formalista relacionada à compulsão por modelos (de tratamento, de intervenção e de diagnóstico), por tipologias e por metodologias apriorísticas pautadas em correntes positivistas (neopositivismo e pragmatismo), o que empobrece a instrumentalidade do Serviço Social ao limitá-la ao conjunto de instrumentos, meios e técnicas de intervenção profissional. Nesta perspectiva:

A profissão, por sua vez, é concebida como tecnologia de controle social a serviço da lógica capitalista e do desenvolvimento da sociedade burguesa, o que lhe garante vínculos estreitos com projeto reformista burguês. Ao ser capturada por essas racionalidades, a profissão é concebida como uma técnica social (que, no máximo, pode ser considerada uma *ciência social aplicada*). (GUERRA, 2016, p. 299, grifos da autora).

Para tanto, as operações devem ser realizadas por **ações instrumentais**, ou seja, por ações pragmáticas, imediatistas e que apontam para a eficácia e eficiência a despeito dos valores e princípios, imperando a repetição, o espontaneísmo, considerando a necessidade de responder de forma imediata às situações exigentes, o que nesse projeto:

[...] o assistente social tem, necessariamente, de manipular um repertório que lhe garanta a operacionalização das suas ações, o qual quanto mais supostamente isenta de determinações valorativas e de conteúdos concretos, mais se torna apto a responder as demandas da organização burocrático-formal que exige impessoalidade, objetividade e neutralidade. (GUERRA, 2016, p. 300).

Segundo a autora, tais racionalidades empobrecedoras acrescida do irracionalismo fazem com que, muitas vezes, as respostas dadas pelos (as) assistentes sociais não e diferenciem daquelas dadas pelo sendo comum, executadas de improviso e pautadas em circunstâncias aleatórias e na repetição, o que reforça o equivoco de que *qualquer um faz o que faz um/a assistente social*,

como ainda, reforça também a equivocada e medíocre identificação entre a profissão e a prática da ajuda.

Nesta identificação, subjaz a indistinção entre a profissão e a vocação, como se a condição de assistente social dependesse de qualidades natas (dos genes ou do DNA), tendência que ignora e/ou nega a necessidade de uma rigorosa formação profissional, já que, ao contrário, considera que a profissão se realiza através de um conjunto de práticas e modelos previamente determinados (GUERRA, 2015, p. 32).

Desta feita, nesses tempos de capital mundializado e financeirizado, a dinâmica do exercício profissional se impõe nas contradições e nos desafios postos à profissão, expressando-se no significado da prática sócio-profissional do Serviço Social, inserido na divisão sócio-técnica do trabalho como trabalhador (a) assalariado (a).

Isto exige a qualificação para novas competências, a busca por novas legitimidades, indo além das ações instrumentais solicitadas pelo mercado de trabalho.

Para tanto como explicita Guerra (2000a), solicita-se um enriquecimento da instrumentalidade do exercício profissional que resulte num (a) profissional que: sem prejudicar sua instrumentalidade no atendimento das demandas, possa antecipá-las; habilitado(a) no trato do instrumental técnico, saiba colocá-lo no interior do projeto profissional; e, reconhecendo a dimensão política da profissão, inspirada na razão dialética, dedique-se à construção de alternativas instrumentais à superação da ordem social do capital.

A razão dialética pode ser entendida enquanto o mais alto nível de razão e como tal, crítica e emancipatória. A razão humana é dialética, ou seja,

[...] incorpora à contradição, o movimento, a negatividade, a totalidade, as mediações, buscando a lógica de constituição dos fenômenos, sua essência ou substância. A razão dialética refere-se a uma lógica objetiva que os processos sociais portam e às condições que permitem a reconstrução desta lógica, pela via do pensamento (GUERRA, 2015, p. 29).

A partir da apropriação da razão dialética, oriunda da perspectiva marxista e de sua maturação no interior da categoria, concebe-se que, o debate da instrumentalidade ocorra alicerçado na ruptura com o entendimento da centralidade

de instrumentos e técnicas, não menosprezando sua importância, mas pondo-os em seu devido lugar: dentro do projeto profissional de ruptura, subjugado à racionalidade emancipatória.

Assim, ao recorrer à razão dialética é propiciada à profissão a necessidade de transcender as limitações impostas pelas racionalidades instrumental e formal-abstrata, que, mesmo sendo subordinadas são indispensáveis, mas insuficientes, visto que:

Foi à análise crítico-dialética que permitiu captar a instrumentalidade nas suas possibilidades no seu vir, ou seja, como mediação, contudo por onde passam as teorias, os valores, princípios que determinam a escolha dos instrumentos, das técnicas, das estratégias e das táticas, contendo a possibilidade de trazer à luz tais componentes do projeto profissional. Assim, falar de instrumentalidade é mencionar a relação meios e fins carregados de intencionalidade, a qual nada concede a suposta neutralidade profissional (GUERRA, 2016, p. 301).

Contudo, para que a razão dialética possa se concretizar faz-se necessário por parte da categoria profissional, a construção de novas estratégias de enfrentamento das expressões da contradição existente dentro desse modo de produção perpassado pela barbárie social. Estratégias que acumulem forças na luta pelos direitos sociais e pelo aprofundamento da democracia, com a socialização e participação da riqueza e por uma nova ordem societária, atravessadas pela perspectiva da autonomia, emancipação e plena expansão dos sujeitos sociais.

Portanto, a instrumentalidade também é uma categoria operativa, pois segundo Guerra (2016, p. 31) é:

[...] capaz de permitir a ultrapassagem da imediaticidade, possibilitando o estabelecimento de vínculos entre o imediato e o mediato. Em outras palavras, permite que se estabeleçam vínculos com o projeto ético-político profissional, “em defesa dos direitos sociais e das políticas públicas” (grifos do autor).

Para tanto, a autora afirma que discorrer sobre a instrumentalidade do Serviço Social implica em projetar não somente os meios/instrumentos de realização, mas também suas consequências, ou seja, não se trata apenas de pensar em responder as demandas institucionais, mas faz-se necessário identificar qual a racionalidade que o/a assistente social adota no ato de respondê-las, quais as teorias acionadas e quais os valores encontram-se presentes nas escolhas que se faz ao responder.

Desse modo, ao discutir sobre a instrumentalidade, enquanto capacidade de mobilizar (criar e recriar) os meios para alcançar objetivos, é também discutir sobre o projeto profissional da categoria, tornando-se essencial a busca de respostas sobre o **por que, para que, quando, onde, com que meios e como fazer**, que de acordo com Guerra (2015; 2016) referem-se a:

- **Como fazer e Com que meios:** relacionam-se as habilidades e competências que o/a assistente social terá que desenvolver durante o processo de formação contínua, estando estas diretamente relacionadas ao *ethos* do/a assistente social;
- **Por que:** dependerá de uma leitura da realidade social que deve estar embasada numa determinada teoria social e visão de homem e de mundo;
- **Para que:** essa resposta encontra-se subjugada aos valores e compromissos profissionais;
- **Quando e Onde:** referente à dimensão do espaço e tempo relacionando-se com a concepção de história social do sujeito., o que requisita do/a assistente social sistemática e permanente análise da conjuntura.

Dessa maneira a instrumentalidade colabora para a realização de um projeto ético-político crítico quanto mais enriquecida ela for, sendo importante entender que, uma instrumentalidade enriquecida...

[...] significa ter clareza do projeto, de onde se quer chegar, ter uma racionalidade que nos permita lançar luzes, sempre renovadas, sobre os objetivos e que os clarifique, nos permitindo explicitar o horizonte a ser alcançado e a direção a ser adotada. Em segundo lugar, significa o domínio de uma teoria que nos permite construir os caminhos e as estratégias táticas, instrumentos e técnicas (GUERRA, 2015, p. 39).

Além da necessidade de se fomentar uma instrumentalidade que seja condizente ao que propõe o projeto profissional hegemônico, o PEPP também tem alterado a autoimagem (e, por conseguinte a imagem) da profissão, pois como já explicitado por Netto (2008, p. 144) “os projetos profissionais apresentam a autoimagem de uma profissão”.

Simas e Ruiz (2015, p. 78) ao examinarem o trecho acima citado de Netto (2008) enfatizam que:

Das respostas que se pretende oferecer a essa ou aquela demanda, a essa ou aquela postura e polarização social em torno de uma política pública (o que envolve seu financiamento, sua execução, sua avaliação, seu planejamento, etc.), é possível apreender que imagem os sujeitos sociais que compõem determinado corpo profissional têm de si próprios, de sua profissão, das tarefas que lhes estão demandadas.

Para tanto, se faz necessário entender o que é a imagem. De acordo com os estudos de Ortiz (2007) a imagem manifesta um parte da realidade, uma vez que expressa a aparência de um dado fenômeno, porém não se encontra desconectada desse fenômeno, pelo contrario, o revela.

A referida autora informa ainda que, a imagem é um nível do real, no entanto, não pode ser identificada como o real em si, é parte dele, ou seja, constitui-se como aquilo que os sujeitos imaginam/ representam, fazendo-se da maneira como conseguem apreender. Esse processo particular de apreensão depende do grau de alienação em relação à realidade, que também é histórico e encontra-se sempre em movimento.

Seguindo tal raciocínio pode-se dizer que a imagem do Serviço Social revela a aparência da profissão e está carregada de traços e sentidos de sua essência:

Todavia, identificar os traços que compõem a imagem do serviço Social não significa concebê-lo tal como ele é. A imagem é um nível necessário para a apreensão de qualquer objeto de pesquisa, porém insuficiente, pois imagem e realidade não são a mesma coisa (ORTIZ, 2007, p. 28).

Desta feita, Ortiz (2007) parte do pressuposto que o conjunto de traços e características que constroem a imagem do serviço Social encontra-se atravessado pelas contradições da sociabilidade burguesa, como também pela posição periférica do Brasil mediante a ordem do capital, e pelo processo de construção das políticas sociais no Brasil, e nesse caso a inserção particular do serviço Social na divisão social e técnica do trabalho que incidirá diretamente sobre o cotidiano do exercício profissional de assistentes sociais.

É fato que, a imagem do Serviço Social tem sido concebida pela coexistência de traços tradicionais — relacionados à concepção da profissão como uma forma de ajuda —, em constante tensão com traços renovados, ou seja, relacionados à defesa dos direitos.

Tais traços renovados iniciam-se conjuntamente com a “intenção de ruptura”, em especial na década de 1980; quando o Serviço Social experimentou um salto qualitativo, e daí, inaugura-se a construção de uma autoimagem profissional cujos traços centrais opõem-se a imagem social e tradicionalmente veiculada do profissional da ajuda; ligada agora ao autoreconhecimento de assistente sociais como força de trabalho assalariada, onde, de acordo com Iamamoto (2015), a profissão agora se encontra como uma especialização do trabalho coletivo, e assim submetida formalmente à lógica do mercado e, por conseguinte, a determinadas condições de trabalho (remuneração, jornada de trabalho, formas de vínculo empregatício, dentre outros).

No entanto, ao passo que a condição de assalariamento de assistentes sociais desvela os limites da profissão, também...

[...] não se apresenta ao assistente social como entrave, mas como matéria, tendo em vista que será no enfrentamento dos limites existentes no mundo do trabalho (atravessado atualmente por severas metamorfoses), que o assistente social desenvolve seu modo de ser, afirmando um perfil profissional marcado por traços radicalmente opostos daqueles presentes ao longo da trajetória sócio-histórica da profissão. Ou seja, *a condição de assalariamento tende a forjar entre os assistentes sociais os traços pertinentes a uma renovada autoimagem profissional*. (ORTIZ, 2007, p. 259, grifos da autora).

Assim, de acordo com a autora, os/as assistentes sociais começaram a se ver como cidadãos e, por conseguinte, sujeitos de direitos, tornando-se a defesa desses direitos como matéria do discurso e do exercício profissional, consubstanciando-se como prioridade para esses profissionais — lembrando que este momento é oriundo do acúmulo teórico e político da profissão e, condensado pela conjuntura brasileira marcada pelo fim da ditadura militar e transição democrática —, perpassando assim uma nova concepção de profissão de perfil profissional que vai fundamentar a intervenção de assistentes sociais nesta conjuntura.

A década de 1990 foi marcada pelo debate profissional imbuído pelas transformações societárias, o que conferiu ao serviço Social uma gama de novas demandas e exigências, além do amadurecimento da profissão, explicitado no projeto profissional que formalizou mesmo diante de tantos desafios que o tem assolado, segundo Ortiz (2007, p. 273) “é inconteste que ele coroa o processo de

constituição de uma nova autoimagem profissional — que defende e luta por direitos sociais”.

É sob essa perspectiva que a autora afirma que se encontra em curso a construção de uma nova imagem para a profissão, donde, essa é constituída da imagem historicamente consolidada e da autoimagem profissional, daí a observação que, na contemporaneidade, ela se encontra presente no cotidiano das ações e iniciativas da profissão, representadas a partir do projeto profissional hegemônico, a associação direta da imagem profissional àquele que defende direitos.

Porém, Ortiz (2007) adverte que esta nova autoimagem profissional vinculada à defesa dos direitos, não se constitui sem dificuldades, que se amparam simultaneamente no próprio processo da trajetória histórica da profissão, quanto no atual contexto societário, marcado por profundas mudanças advindas do capitalismo maduro, em especial, pelo avanço da pós-modernidade.

Para tanto, a imagem do Serviço Social vai se constituir numa relação densa entre os traços tradicionais e os traços renovados, ou seja:

[...] se por um lado, esta profissão também é reconhecida como aquela que defende direitos; por outro, ainda se conserva, entre muitos, a perspectiva de que o profissional e a profissão são vistos como “coisa de mulher”, com um perfil voltado para a ajuda, e cuja subalternidade em face das demais profissões, lhe impede de intervir efetivamente sobre as demandas que lhe chegam. (ORTIZ, 2007, p. 274, grifos da autora).

Assim, esses traços tradicionais (que nunca foram totalmente eliminados do âmbito profissional), mediante esta atual conjuntura. Tendem a reaparecer com força só que agora, sob novos formatos:

[...] observa-se a permanência do messianismo expresso no trabalho voluntário como meio de “inserção” de profissionais no mercado de trabalho; a reatualização do ecletismo sob a bandeira do relativismo epistemológico, como garantia para o fim das barreiras institucionais e disciplinares e o tão sonhado reconhecimento profissional; o corporativismo como instrumento de contenção das metamorfoses do mundo do trabalho em detrimento da afirmação e aprofundamento da identidade e da consciência de classe; e o moralismo travestido na defesa de direitos sociais (ORTIZ, 2007, p. 291, grifos da autora).

Diante disso, Simas e Ruiz (2015) ao refletirem sobre tal tensão existente entre imagem e autoimagem, indagam-se como se efetiva o exercício profissional na contradição entre a autoimagem que o Serviço Social afirma defender e a imagem

social predominante ainda tangenciada pelo aspecto da ajuda, da integração e da conscientização.

Acerca disso, é válido mencionar a pesquisa realizada por Vasconcelos (2002) sobre a realidade profissional de assistentes sociais na Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Rio de Janeiro objetivando analisar a prática de assistentes sociais buscando entender, na realidade, a efetividade do PEPP mediar, de forma hegemônica, o trabalho profissional dos/as assistentes sociais; tendo encontrado o seguinte achado:

Como a pesquisa confirmou, há uma desconexão, uma fratura entre a prática profissional realizada pelos assistentes sociais e as possibilidades de prática postas na realidade objeto da ação profissional na direção daquele projeto profissional, as quais só podem ser apreendidas a partir de uma leitura crítica dessa realidade, fruto de uma conexão sistemática — ainda não existente — entre o trabalho profissional e o debate hegemônico na categoria. (VASCONCELOS, 2002, p. 30).

Mediante os resultados de sua pesquisa, a autora pôde constatar que os/as assistentes sociais expressam verbalmente um compromisso com os direitos dos/as usuários/as, ratificando seu compromisso com o fortalecimento do SUS — e por conseguinte, ao que prega o movimento de Reforma Sanitária — e do PEPP (autoimagem), porém, efetivamente, não conseguem fomentar uma prática concreta que propicie tal perspectiva e dessa forma não conseguindo superar uma prática de caráter conservador (imagem social), reproduzindo e/ou até mesmo reforçando o *status quo*.

A autora enfatiza que, mesmo defendendo o PEPP no debate teórico do Serviço Social, ampla maioria dos/as assistentes sociais entrevistados/as executa atividades na direção oposta aos objetivos a que se propõe, portanto, na direção oposta aos interesses históricos da classe trabalhadora; asseverando que, o que de fato acontece, é que os/as assistentes sociais realizam atividades isoladas e não uma prática profissional, pois:

Sem a capacidade de antecipar suas ações, [...] as atividades desenvolvidas não se constituem numa ação planejada por meio da qual objetivam alcançar metas e fins definidos em resposta às demandas colocadas ao Serviço Social: demandas institucionais e demandas dos usuários, nas suas inter-relações (VASCONCELOS, 2002, p. 32, grifos da autora).

Desta feita, imbuídos/as pela *vontade de ajudar*, acrescidos/as da crença de que *na sociabilidade capitalista é possível e suficiente humanizar as relações sociais*, a maior parte dos/as assistentes sociais crê que está trabalhando pela defesa dos interesses dos/as usuários/as dos serviços/instituições no qual estão inseridos/as, contudo, tais profissionais não têm a consciência de que, com frequência, dificultam que esses/as usuários/as batalhem por seus direitos e que assim desfrutem dos recursos públicos como direito social o que,

Contribuir para a transformação de um direito legal em direito real, na busca de radicalização da democracia, exige trabalho pensado, consciente e não compaixão, ajuda, o que não significa negar e não se se preparar para lidar com a dor, o sofrimento, diferentes perdas e necessidades imediatas (VASCONCELOS, 2002, p. 31).

De acordo com Duarte (2014) o trabalho dos/as assistentes sociais sob este ponto de vista, restringe-se a enfoques e abordagens pautados nos modelos patológico-biomédico e hospitalocêntrico, ao lidar com o corpo doente dos sujeitos em sofrimento, o que leva a uma incompatibilidade entre o que é preconizado pela saúde coletiva como estratégia política e discursiva (reforma sanitária), o PEPP e o *modus operandi* no que tange a relação com os usuários e seus modos e processos de saúde/doença, sofrimento/cuidado.

É assim que, na área da saúde (mas não somente nela), os/as assistentes sociais, inseridos/as em espaços estratégicos dentro das instituições/serviços e sob o jugo de uma prática conservadora, executam atividades em excesso, e com isso adquirem a gratidão dos/as usuários/as, pois, ao se sentirem tratados/as com humanidade, esses se acham prestigiados/as por conseguirem a atenção especial de um profissional de nível superior e que, naquele momento, representa a instituição/serviço.

O que não acontece de igual modo com relação aos demais profissionais da saúde, haja vista que, mesmo nem sempre sendo reconhecidos/as e valorizados/as, os/as assistentes sociais são acionados/as pelos demais profissionais de saúde para atender as demandas que, ao fim, facilitam direta ou indiretamente, o andamento e a efetividade de suas ações. O que Vasconcelos (2012, p. 32, grifos da autora) sintetiza como:

[...] o trabalho realizado pelos assistentes sociais resulta na absorção e ocultação dos conflitos institucionais e/ou demandas que perturbam o funcionamento das unidades de saúde/instituição e o desenvolvimento das ações dos diferentes profissionais em detrimento da prioridade de atenção às demandas dos usuários, na direção dos seus interesses e necessidades, ainda que, em muitos “casos”, suas ações repercutam, na sua imediaticidade, favoravelmente aos usuários, principalmente no que tange ao alívio de tensões.

Matos (2017) afirma que a saúde é historicamente o maior campo de trabalho de assistentes sociais — principalmente com a municipalização da saúde através do SUS —, porém devido aos/as assistentes sociais não atuarem exclusivamente na política da saúde, estes/as tem sido constantemente questionados/as sobre sua competência dentro do campo do trabalho coletivo em saúde, ao passo que também possuem dificuldades de fornecerem uma resposta sistematizada.

Em sua pesquisa, Costa (2000) identificou que parte significativa de assistentes sociais, inseridos/as nos serviços de saúde, reiteravam o discurso de imprecisão técnica e de deslegitimação do seu trabalho. Porém tal discurso mostrou-se ambíguo, haja vista que, o Serviço Social na área da saúde é uma categoria expressiva em termos numéricos, acrescido que, nenhum empregador contrata um serviço que não lhe seja útil, evidenciando assim uma contradição, já que dados mostram que o Serviço Social usufrui de uma função na divisão social e técnica do trabalho em saúde.

Ainda conforme a autora, por mais simples que pareça o atendimento do/a assistente social, esse carece compreender tanto o funcionamento da instituição e/ou unidade de saúde em que trabalha, bem como: a lógica de funcionamento da rede (sistema de saúde); a dinâmica e a capacidade de atendimento de outras instituições (públicas e/ou privadas) que abarquem ou se proponham como um recurso para assegurar o atendimento das necessidades da população e, que dessa forma, ultrapassem a capacidade de atendimento exclusivo das instituições de saúde.

[...] o assistente social se insere, no interior do processo de trabalho em saúde, como agente de interação ou como *um elo orgânico* entre os diversos níveis do SUS e entre eles e as demais políticas sociais setoriais, o que nos leva a concluir que o seu principal produto parece ser assegurar — pelos caminhos os mais tortuosos — a integralidade das ações. [...] Desse modo, pode-se concluir que a objetivação do trabalho do assistente social, na área da saúde, também cumpre o papel particular de buscar *estabelecer o elo*

“perdido”, quebrado pela burocratização das ações, tanto inteiramente entre os níveis de prestação de serviços de saúde, quanto, sobretudo, entre as políticas de saúde e as demais políticas sociais e/ou setoriais (COSTA, 2000, p. 62-63, grifos da autora).

Ou seja, como afirma Matos (2017), além de assistentes sociais comporem a força de trabalho nos serviços/instituições de saúde, é válido considerar que, mesmo estando os serviços/instituições de saúde estruturados para atender a *doença*, a realidade tem evidenciado a ingerência de outros componentes na concepção de saúde, como por exemplo, as condições de vida da população (a velhice, a pauperização, ausência de vínculos familiares, abandono, negligências) que tem se consubstanciado como problemas para os serviços/instituições de saúde, daí o acionamento dos/as profissionais de Serviço Social, pois, a resposta a tais problemas tem sido encarada como responsabilidade exclusiva desses profissionais.

Essa cobrança expressa duas reduções: a primeira de pôr 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 no 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).

Assim, Costa (2000) ao observar seu objeto de estudo, afirma que as necessidades objetivas da população usuária dos serviços/instituições se transformam em demandas profissionais, ao passo que também se misturam com as próprias demandas institucionais, o que a leva a inferir que a legitimidade da profissão no interior do processo de trabalho coletivo na saúde “se constrói ‘pelo avesso’, ou seja, a sua utilidade se afirma nas contradições fundamentais da política de saúde e, particularmente, no SUS” (COSTA, 2000, p. 65), ou seja, as principais situações/objeto de intervenção colocadas ao/a assistentes social são aquelas ligadas aos excluídos, os inaptos, os incapazes de conseguir de forma total ou parcial o atendimento nos serviços/instituições de saúde.

É sobre essa assertiva de Costa (2000) que Matos (2017, p. 68, grifos do autor) afirma que:

Portanto, na dureza de trabalho dos serviços de saúde, onde “problemas” originados pela contradição da acumulação capitalista são postos como alvo de “resposta” dos assistentes sociais, é previsível que estes não queiram aceitar essa demanda como

trabalho. Contudo, ao negarem-na, não apreendem em sua raiz o que essa demanda significa e nem desvelam a função que ocupam no trabalho coletivo. É encarando essa realidade que será possível ao assistente social construir novas estratégias de trabalho.

Sobre a realidade do exercício profissional na contemporaneidade, conforme informações do Conselho Federal de Serviço Social - CFESS (RADIS, 2017) existem 170 mil assistentes sociais registradas no Brasil donde a maior parte atua no SUS.

Numa pesquisa realizada em 2004 pelo CFESS (2005) intitulada *Assistentes Sociais no Brasil: elementos para o estudo do perfil profissional*, os dados mostraram que 97% dos/as entrevistados/as eram mulheres e brancas (72%), tendo apenas 3% de homens. Outro fator enfático nessa pesquisa foi o dado que demonstrou que 41% dos/as assistentes sociais estavam inseridos em instituições públicas municipais, sendo quase o dobro dos/as que se encontravam inseridos/as nas instituições públicas estaduais (24%) e, 13% encontravam-se em instituições federais.

Tais dados demonstram a predominância feminina e, como é amplo o campo quanto o objetivo de atuação de assistentes sociais, quer seja no âmbito público ou privado.

Para ajudar a nortear o exercício profissional na área da saúde, o CFESS em 2010 lançou o documento Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Política da Saúde que pauta atribuições e competências da categoria, além do que, o texto demarca a intervenção dos/as profissionais nesta área a partir de quatro eixos, quais sejam:

- *Atendimento direto aos usuários*: estabelece-se nos diversos espaços de atuação profissional na saúde, indo desde a atenção básica à média e alta complexidade, ganhando materialidade na estrutura da rede de serviços brasileira, independente do âmbito a qual se encontre vinculado, seja municipal, estadual ou federal. Tais ações são subdivididas em ações socioassistenciais, ações de articulação interdisciplinar e ações socioeducativas;
- *Mobilização, participação e controle social*: compreende um conjunto de ações voltadas à mobilização e participação social de usuários, familiares, profissionais da saúde e movimentos sociais em espaços democráticos de controle social – como conselhos, conferências, fóruns em saúde e em outras

políticas públicas — quanto nas lutas em defesa da garantia ao direito à saúde. As atividades realizadas tem o escopo de subsidiar na organização da população e dos/as usuários/as enquanto sujeitos políticos, que possam inscrever suas reivindicações na agenda pública.

- *Investigação, planejamento e gestão*: abrange um conjunto de ações que tem como expectativa o fortalecimento da gestão democrática e participativa apta a gerar, em equipe e intersetorialmente, propostas que propiciem e potencializem a gestão em favor de usuários, profissionais de saúde na garantia dos direitos sociais;
- *Assessoria, qualificação profissional e formação profissional*: encontram-se nesse eixo as ações relacionadas especialmente com a equipe de assistentes sociais, como também com os demais profissionais da saúde, tendo como objetivo a melhoria na qualidade dos serviços prestados bem como a qualificação da equipe de saúde, na perspectiva de um trabalho interdisciplinar.

Mediante o exposto, ratifica-se a importância do entendimento do/a assistente social enquanto trabalhador coletivo, neste caso na qualidade de profissional de saúde, tanto no que compete aos processos de trabalho em que se encontram inseridos/as, quanto na produção do conhecimento na área.

Contudo, também é válida nesse horizonte de análise, a compreensão das particularidades presentes no exercício profissional nos serviços de saúde, em especial, a forma como o modo de trabalho desses profissionais contribui para que haja tanto a materialização do que preconiza o PEPP quanto aquilo que se encontra delineado no projeto de Reforma Sanitária.

Nesse processo faz-se necessário ter em mente os influxos que a atual sociabilidade burguesa, através das razões formal-abstrata e instrumental, traz ao exercício profissional, em especial no momento da intervenção, requisitando ações e respostas que em muito contradizem os compromissos assumidos tanto no projeto profissional quanto num projeto societário maior à área da saúde, com fins progressistas e emancipatórios.

Sobre a exposição do percurso metodológico quanto sobre a materialização do PEPP no exercício profissional no âmbito dos serviços de saúde a partir do debate profissional é o que discutiremos a seguir.

CAPÍTULO 3

DAS QUESTÕES OBJETIVAS A OBJETIVAÇÃO DO TRABALHO: PARTICULARIZANDO O DEBATE PROFISSIONAL DO (A) ASSISTENTE SOCIAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE A PARTIR DE UMA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

Neste capítulo será descrito o caminho metodológico escolhido e seguido durante a pesquisa bem como os achados da mesma sobre o exercício profissional nos serviços de saúde nesta conjuntura de contrarreforma do Estado e suas implicações para a categoria, em especial para o PEPP e sua articulação com a Política de Saúde.

3.1 Percurso metodológico: dos tracejos iniciais à síntese integradora.

Segundo Gil (2006) o conhecimento científico, se diferencia dos demais conhecimentos (popular, religioso e filosófico) por ter como característica fundamental a sua verificabilidade, pois, segundo Severino (2007), o conhecimento é o referencial diferenciador do agir humano em relação ao agir de outras espécies, sendo a grande estratégia na construção do destino da humanidade.

Para tanto, conforme Pradonov e Freitas (2013), o conhecimento científico toma por base toda uma fundamentação e metodologias que devem ser seguidas mediante a análise dos fatos, porém, buscando explicá-los e descobrir suas relações com outros fatos, de modo a conhecer a realidade além das aparências, a partir de informações classificadas, submetidas à verificação que oferecem explicações plausíveis sobre o objeto em questão.

Desta feita, para o conhecimento e a análise da realidade, destaca-se a importância da pesquisa que, no caso do conhecimento científico, é marcada pela organização e reflexão prévias.

A pesquisa pode ser considerada um procedimento formal com método de pensamento reflexivo que requer um tratamento científico e se constitui no caminho para se conhecer a realidade ou para descobrir verdades parciais. Significa muito mais do que apenas procurar a verdade: é encontrar respostas para questões propostas, utilizando métodos científicos. (MARCONI; LAKATOS, 2003, p. 43).

Para a realização de pesquisa, Minayo (1994) ressalta a importância da metodologia que ocupa um lugar central no interior das teorias, essa entendida como caminho do pensamento e como prática exercida na realidade, que exige a inclusão da teoria com seu método, dos instrumentos de operacionalização (as técnicas) e da experiência do pesquisador (criatividade).

A despeito de sua importância o capitalismo tem subjugado o conhecimento aos processos de globalização e mercantilização tornando o conhecimento uma mercadoria para o capital.

Para Lima e Miotto (2007, p. 38), a produção do conhecimento:

[...] caracteriza-se pela diminuição da influência da hierarquia acadêmica na condução da prática científico-tecnológica. Esta passa a ser pressionada pelo meio empresarial e orientada pela busca de resultados práticos e pela alteração dos critérios de qualidade acadêmica tradicionais

Disto derivaria o aumento no número de publicações devido ao aumento do estímulo às atividades de pesquisa no interior das instituições de ensino, à pressão exercida sobre alunos (em especial da pós-graduação), como também sobre professores preocupados com sua produtividade, além da oferta crescente de congressos e eventos voltados à apresentação de trabalhos científicos que se consubstanciam como requisitos de avaliação no interior das instituições de ensino e de apoio à pesquisa (LIMA; MIOTTO, 2007).

Se por um lado, tal conjuntura de mercantilização do conhecimento tem estimulado o crescimento de pesquisas, pode-se também indagar acerca da qualidade que estas produções apresentam no que tange aos procedimentos metodológicos.

No caso da pesquisa bibliográfica, observa-se significativo descuido em relação à sua execução muitas vezes confundida com revisão de literatura ou revisão bibliográfica “[...] ao passo que a pesquisa bibliográfica implica em um conjunto ordenado de procedimentos de busca por soluções, atento ao objeto de estudo, e que, por isso, não pode ser aleatório” (LIMA; MIOTTO, 2007, p. 38).

Assim, seguindo a linha de pensamento dessas autoras se ratifica a importância de definir e apresentar com clareza o método e os procedimentos metodológicos que envolverão a execução da pesquisa ora proposta, detalhando as fontes, explicitando como se dará todo o percurso de investigação e de análise dos dados.

Destarte, o primeiro aspecto a ser sobressaltado na definição do caminho metodológico deste trabalho é a exposição do método, pois apresenta o caminho do pensamento e a prática exercida na apreensão da realidade.

Para este estudo, foi eleito como recorte teórico-metodológico o método dialético-marxista, visto que a dialética como método,

[...] fornece as bases para uma interpretação dinâmica e totalizante da realidade, já que os fatos sociais não podem ser entendidos quando considerados isoladamente abstraídos de suas influências políticas, econômicas e culturais. (GIL, 2016, p. 13).

Portanto a opção por esse método se deu por compreender que a dialética, enquanto método leva o pesquisador a se debruçar sobre o seu objeto de estudo, considerando a contradição e o conflito, o devir, o movimento histórico, a totalidade e a unidade dos contrários, além de compreender em todo esse percurso, as dimensões filosófica, material/concreta e política que envolve o objeto de estudo, como bem explicita Lima e Miotto (2009).

Definido o método, seguiu-se para a o desenho metodológico e a escolha dos procedimentos a serem utilizados na pesquisa. Neste sentido, o presente estudo resulta de uma **pesquisa exploratória** no que se refere aos seus objetivos, entendida enquanto aquela que, segundo Gil (2016), tem por finalidade principal desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, proporcionando uma visão geral (do tipo aproximativo) acerca de determinado fato; e uma **pesquisa bibliográfica** no que compete aos seus procedimentos técnicos.

Para Gil (apud LIMA; MIOTTO, 2007, p. 40) a pesquisa bibliográfica:

[...] possibilita um amplo alcance de informações, além de permitir a utilização de dados dispersos em inúmeras publicações, auxiliando também na construção, ou na melhor definição do quadro conceitual que envolve o objeto de estudo proposto.

Assim, conforme Lima e Miotto (2007, p. 41), “[...] no caso da pesquisa bibliográfica, a leitura apresenta-se como a principal técnica”, e para tanto, nesta pesquisa, serão tomados como base os passos apontados pelas referidas autoras, quais sejam:

- Leitura de reconhecimento do material bibliográfico: pauta-se numa leitura rápida que tem por objetivo localizar e selecionar o material que pode apresentar informações e/ou dados referentes ao tema;

- Leitura exploratória: seu objetivo é verificar, a partir de uma leitura rápida, se as informações e/ou dados selecionados interessam de fato para o estudo, requisitando do pesquisador conhecimento acerca do tema estudado, domínio de terminologias e habilidade no manuseio das publicações científicas;
- Leitura seletiva: busca estabelecer o material que interessa ao estudo, relacionando diretamente aos objetivos da pesquisa: este é o momento da seleção das informações e/ou dados pertinentes e relevantes ao objeto em estudo;
- Leitura reflexiva ou crítica: refere-se ao estudo crítico realizado nos textos escolhidos como definitivos (ou selecionados), buscando responder aos objetivos da pesquisa;
- Leitura interpretativa: objetiva relacionar as ideias expressas nas obras selecionadas com o problema para o que se busca a resposta, implicando na interpretação das ideias do autor seguidas de uma interrelação destas ideias expressas nas obras selecionadas com o propósito do pesquisador.

Na pesquisa bibliográfica, a revisão de literatura é bastante utilizada, pois se caracteriza como primeiro passo para a construção do conhecimento científico, pois é através dela que novas teorias surgem, bem como são manifestadas lacunas e oportunidades para o surgimento de um assunto específico, podendo seguir o modelo tradicional (também conhecido como revisão narrativa) ou baseado em técnicas, como é o caso da **revisão bibliográfica sistemática**.

A revisão bibliográfica sistemática pode ser definida:

[...] como uma síntese de estudos primários que contem objetivos, materiais e métodos claramente explicitados e que foi conduzida de acordo com uma metodologia clara e reprodutível (GREENHALGH, 1997, apud BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

De acordo com os autores acima, a sua finalidade se pauta em validar a efetividade de uma intervenção, o que para as ciências sociais justifica a importância de sua realização pela necessidade de utilização de métodos que propiciem o emergir das contradições, transformando-as em conhecimentos.

A revisão bibliográfica sistemática ainda se subdivide em quatro outros métodos, conforme a figura a seguir:



Figura 1- Tipos de Revisão de Literatura

FONTE: BOTELHO; CUNHA; MACEDO (2011, p.125).

O presente estudo se pauta na revisão bibliográfica sistemática do tipo **revisão integrativa**, cuja escolha se deu pelo fato desta ter um método específico que resume passado da literatura empírica ou teórica proporcionando uma compreensão mais totalizante de um fenômeno particular, uma vez que objetiva traçar uma análise sobre o conhecimento já construído em pesquisas anteriores sobre um determinado tema, possibilitando a síntese de vários estudos publicados, permitindo a geração de novos conhecimentos, de forma clara e reprodutível (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

Por se tratar de uma pesquisa do tipo revisão integrativa, Botelho, Cunha e Macedo (2009, p. 129) advertem que “[...] o processo de Revisão integrativa deve seguir uma sucessão de etapas bem definidas”, expressa na figura 2 e, que serão detalhadas logo mais, apresentando a construção desta pesquisa:

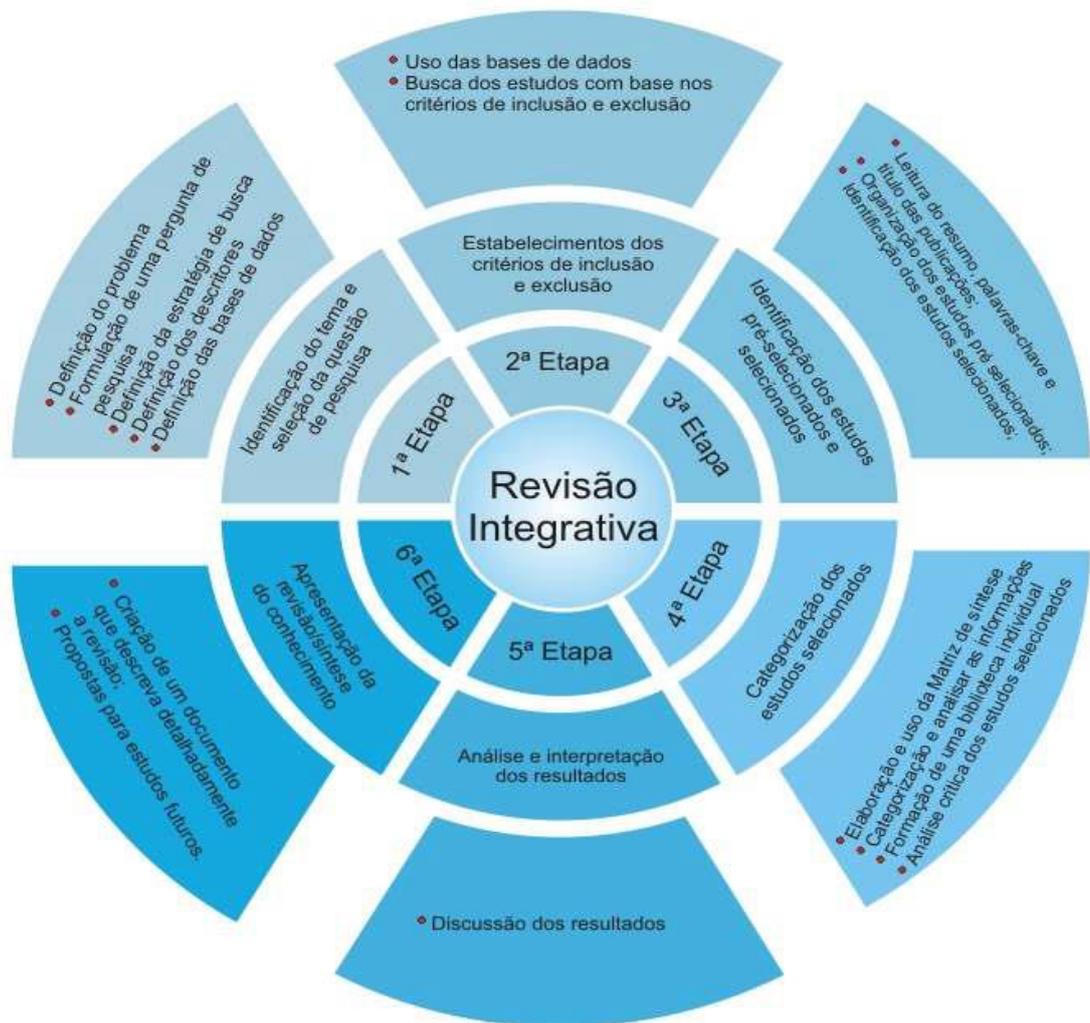


Figura 2- Processo de Revisão Integrativa

FORNE: BOTELHO; CUNHA; MACEDO (2011, p. 129).

A seguir identificaremos do que se tratam cada etapa da revisão integrativa associando ao andamento desta pesquisa.

Etapa 1: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa- elaboração da pergunta norteadora

Neste primeiro ponto, foi definido o problema e a pergunta de pesquisa, que segundo Silveira e Ursi (2005 apud BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011) deve ser clara e específica.

O problema de pesquisa toma por base o *debate sobre o exercício profissional de assistentes sociais nos serviços de saúde numa conjuntura de contrarreforma do Estado*, interrogando *como se apresenta o debate profissional,*

acerca do exercício profissional do/a assistente social nos serviços de saúde em uma conjuntura de contrarreforma do Estado?

Deste modo, definido o problema e a pergunta, procedeu-se à procura da estratégia de busca, que pode ser uma técnica ou um conjunto de regras para tornar possível o encontro entre uma pergunta formulada e a informação armazenada em uma base de dados, para o que se adotou os parâmetros apresentados por Lima e Mioto (2007): **parâmetro temático, parâmetro linguístico, principais fontes e parâmetro cronológico.**

Foram elencados como *parâmetro temático* para este estudo, obras relacionadas ao exercício profissional do/a assistente social nos serviços de saúde inflexionados pela conjuntura da contrarreforma do Estado, escritas em português brasileiro (*parâmetro linguístico*).

Como *principal fonte* elegeu-se os Anais do 15º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS) que é composto por artigos que compuseram as comunicações orais desse evento no ano de 2016 (*parâmetro cronológico*).

Justifica-se a eleição desse evento por ser o CBAS o maior evento científico da categoria, mobilizando desde profissionais até estudantes dos diversos níveis de formação cuja realização se dá a cada três anos e tem natureza político-científica reunindo debates que subsidiam a construção da agenda das entidades nacionais da categoria (CFESS/CRESS, ABEPSS e ENESSO), além de se caracterizar como um importante espaço de divulgação da produção científica e técnica da área de Serviço Social, através da apresentação de trabalhos e comunicações pelos profissionais, docentes e discentes, bem como lançamento de livros; além de, segundo Alencar e Granemann (2009, p. 166), o CBAS,

Ao mesmo tempo revela-se como importante termômetro da dinâmica do mercado de trabalho profissional ao dar a conhecer tensões e contradições do trabalho profissional nos diferentes espaços ocupacionais, guardadas suas naturezas, racionalidades e finalidades distintas.

Ademais, outro fato que conflui para a escolha do 15º CBAS foi à comemoração dos 80 anos de criação do primeiro curso de Serviço Social no Brasil, dos 60 anos de fundação da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (Abepss) e dos 20 anos das Diretrizes Curriculares.

Com o tema “80 anos de Serviço Social no Brasil: a certeza na frente, a história na mão”, a categoria foi convidada a refletir sobre a trajetória percorrida pelos sujeitos históricos que construíram a profissão no Brasil e, ao mesmo tempo, reafirmarem a direção teórica, técnica e ético-política que a identifica na realidade contemporânea (CBAS, 2016), pois a celebração dessas datas comemorativas visava propiciar aos cerca de 170 mil profissionais no Brasil, a reflexão sobre os constantes desafios que se ampliam neste contexto obscuro de crise do capital e de ataques aos princípios democráticos e as conquistas de direitos sociais para a classe trabalhadora.

Desta feita, a base de dados escolhida foram os Anais do 15º CBAS, onde constam os artigos publicados (comunicações orais) neste evento, cujo material para levantamento dos artigos a serem analisados se encontra disponibilizado em CD-ROM.

Foram utilizados para a busca dos artigos os seguintes descritores que, de acordo com Brandau, Monteiro e Braile (2005, p. 8) “[...] são organizados em estruturas hierárquicas, facilitando a pesquisa e a posterior recuperação do artigo”, extraídos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) disponibilizados pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e suas combinações em língua portuguesa brasileira.

É importante destacar que os Anais do 15º CBAS não utilizam diretamente os DeCS, e sim palavras-chave. Para tanto se decidiu utilizar os descritores selecionados e seus sinônimos no campo de busca destes anais chamado “pesquisa refinada” enquanto palavras-chave.

Assim, para esta pesquisa foram utilizados os seguintes descritores e seus respectivos sinônimos:

| DESCRITOR | SINÔNIMO 1 | SINÔNIMO 2 |
|-------------------------------|------------------------|--------------------------|
| Serviço Social | — | — |
| Saúde | — | — |
| Serviços de saúde | — | — |
| Prática Profissional | Exercício profissional | — |
| Reforma na saúde | Reforma Sanitária | — |
| Modernização do setor público | Reforma do Estado | Contrarreforma do Estado |

Quadro 1: **Descritores utilizados na pesquisa.** João Pessoa/PB: 2018. FONTE: Primária

Etapa 2: estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão

Nesta etapa iniciou-se o uso da base de dados, qual sejam os Anais do 15º CBAS, que nesta pesquisa se deu através do acesso ao CD-ROM disponibilizado aos participantes. A seguir iniciou-se a busca pelos artigos possíveis à análise em conformidade com o objeto de estudo, tomando por base os critérios de inclusão e exclusão elencados nos parâmetros descritos abaixo.

Acerca dos critérios de exclusão foram estabelecidos que fossem excluídos os estudos que, mesmo tratando do exercício profissional de assistentes sociais numa conjuntura de contrarreforma, tratassem em seu tema de outras políticas públicas e sociais, como por exemplo: Assistência Social, Previdência Social, Educação, Habitação, Meio-ambiente ou Exploração de raça, etnia, gênero ou geração, e não especificamente da política da saúde.

Como critérios de inclusão, a análise buscou identificar/desvelar se as produções voltadas para o exercício profissional de assistentes sociais nos serviços de saúde consideravam os seguintes aspectos:

- Princípios do Código de Ética Profissional (atribuições e competências);
- Concepção de saúde que orienta o exercício profissional;
- Condições de trabalho do Serviço Social nos serviços de saúde;
- Demandas postas ao Serviço Social nos serviços de saúde;

- Principais Direitos em saúde defendidos pelos/as assistentes sociais nos serviços de saúde;
- Se ainda há, no espaço sócio-ocupacional dos serviços de saúde características do Serviço Social tradicional na atualidade do exercício profissional.

O universo desta pesquisa se consubstancia em 1.427 (um mil e quatrocentos e vinte e sete) estudos publicados nos Anais do 15º CBAS. Destes 1.427 estudos publicados se retirou como amostra 600 (seiscentos) artigos identificados e considerados como possíveis para a seleção, extraídos a partir da busca através dos descritores passando-se assim para a próxima etapa.

Etapa 3: identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados- coleta de dados;

Nesta etapa foi realizada uma leitura criteriosa dos títulos, dos resumos e das palavras-chave dos 600 artigos considerados possíveis para a análise, donde após a leitura, se extraiu 57 artigos considerados pré-selecionados sendo excluídos 543 artigos por tratarem de políticas públicas e sociais diversas, como Assistência Social, Previdência, Educação, dentre outras conforme estabelecido nos critérios de exclusão.

Destes 57 artigos pré-selecionados, fez-se uma segunda revisão realizando a verificação de todos os artigos selecionados por descritor donde se viu que 20 artigos se repetiam entre as listas dos descritores, sendo assim excluídos os artigos que se repetiam, restando 35 artigos que foram considerados como selecionados para a revisão integrativa que serão lidos na íntegra e daí, seguir para a categorização ou análise dos dados a partir da matriz de síntese, descrita na etapa 4.

Assim, para uma melhor compreensão dessas três primeiras etapas foi elaborado um fluxograma, explicitado a seguir:

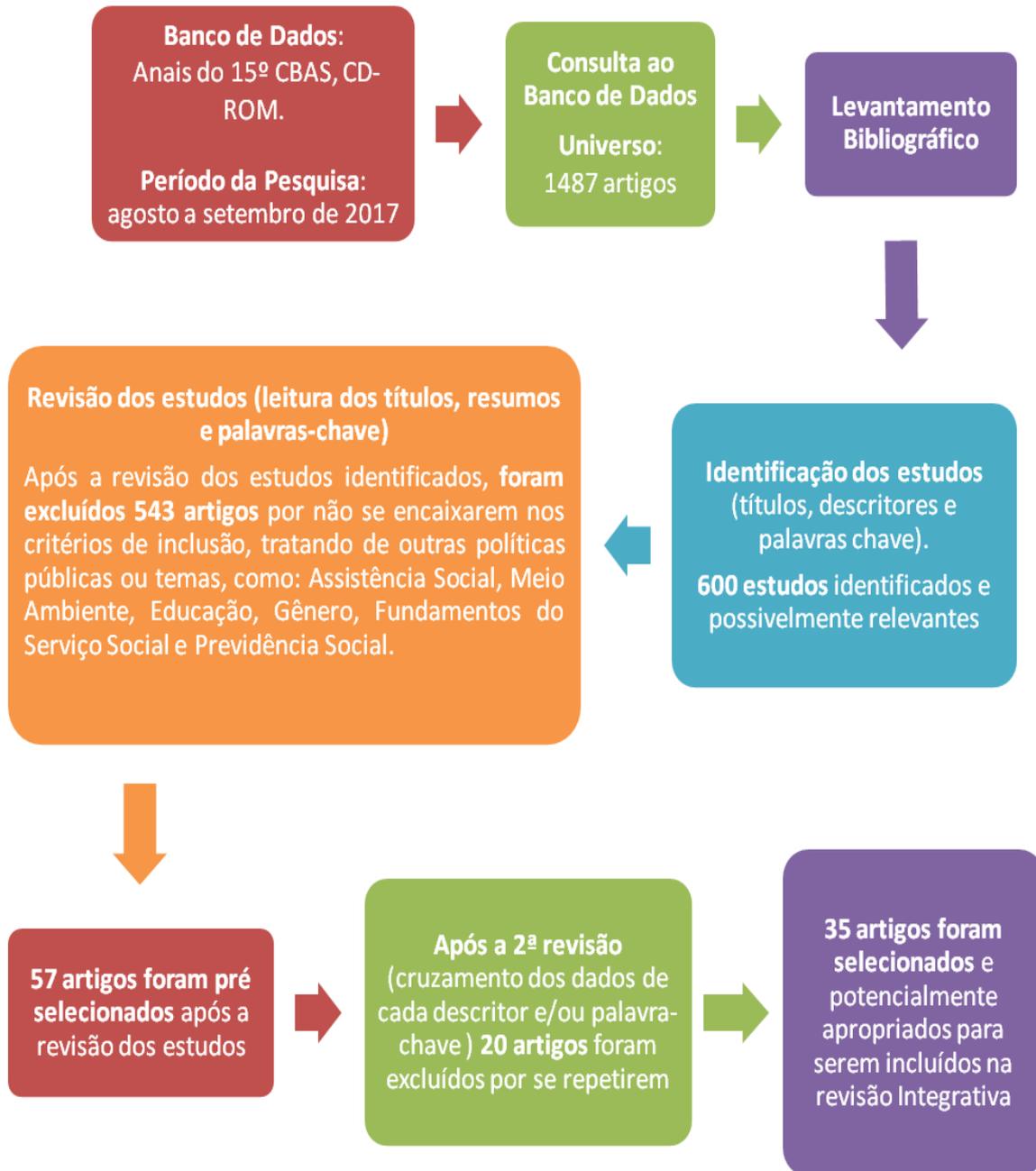


Figura 3: Fluxograma da estratégia de busca de avaliação de resumos

FONTE: adaptado de Maia e Rodhe (2006, p. 74 apud CUNHA; CUNHA; ALVES, 2014, p. 26)

Etapa 4: categorização dos estudos selecionados (análise crítica dos estudos incluídos)

Esta etapa é similar à etapa da análise dos dados realizada em pesquisas empíricas e tem por objetivo sumarizar e documentar as informações extraídas dos artigos científicos encontrados nas fases anteriores para a construção de uma biblioteca individual para a pesquisadora, cujos textos são lidos na íntegra.

Esta pesquisa articulará a dimensão qualitativa à quantitativa, posto que a primeira requer interpretação dos fenômenos e análise dos dados, respondendo a questões muito particulares, preocupando-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado (MINAYO, 1994) e a segunda se pauta pela quantificação dos dados, traduzindo em números as informações, através da descrição, feita a partir da síntese, por meio de um resumo textual das características e das informações relevantes para o estudo (CUNHA; CUNHA; ALVES, 2014).

A técnica utilizada para análise dos dados primários será a análise de conteúdo por categorização que “se baseia na decodificação de um texto em diversos elementos, os quais são classificados e formam agrupamentos analógicos” (RICHARDSON, 1999, p. 243).

Cabe destacar que será utilizado nesta etapa um instrumento de análise dos dados (ver apêndice), ou **matriz de síntese** que, segundo Botelho, Cunha e Macedo (2011) devem conter informações sobre aspectos da investigação permitindo que o pesquisador tenha uma visão geral de dados relacionados a um desempenho de certos pontos, servindo assim de ferramenta de interpretação e construção da redação da revisão integrativa.

Desta feita, elaborou-se a matriz de síntese para esta pesquisa a partir dos estudos de Lima e Miotto (2007), **o roteiro de leitura**, que, sendo um instrumento, tem por objetivo realizar um exame minucioso das obras selecionadas, devendo ser aplicado separadamente em cada obra, cujo preenchimento acontece sempre após a devida sequência de leituras para o levantamento dos dados.

Assim, para esta pesquisa foi elaborado um roteiro de leitura que contempla à análise dos principais aspectos relacionados ao objeto deste estudo, contendo: a identificação do artigo (título, autoria, eixo temático pertencente e número de páginas), caracterização do artigo (tema, objeto de estudo, objetivos, conceitos e

categorias centrais, teoria norteadora) e contribuições do artigo para o estudo, contendo o...

[...] registro das reflexões, questionamentos e encaminhamentos suscitados pela leitura da obra, bem como na indicação de como podem ser utilizados na elaboração no texto final (LIMA; MIOTO, 2007, p. 42).

Um aspecto importante a ser ressaltado sobre o roteiro de leitura é a maleabilidade na sua construção, pois, “[...] seus campos poder ser ampliados ou reduzidos, conforme o pesquisador/a sinta a necessidade, ou dependendo da quantidade de informações que o objeto de pesquisa demande” (IDEM).

Etapa 5: análise e interpretação dos resultados- discussão dos resultados.

Compete a esta etapa a discussão sobre os textos selecionados e analisados através da matriz de síntese –que nesta pesquisa referencia-se ao roteiro de leitura– na revisão integrativa; em que segundo Botelho, Cunha e Macedo (2011), o pesquisador, guiado pelos achados, realiza a interpretação dos dados e, com isso, torna-se capaz de levantar as lacunas de conhecimento existentes e assim sugerir roteiros para futuras investigações .

Para tanto após o preenchimento do roteiro de leitura de todos os artigos selecionados, deu-se a análise e interpretação a partir da investigação de como os/as autores destes artigos trazem o objeto de estudo ora pesquisado em suas publicações, a partir dos objetivos elencados para este estudo, cujo resultado será mais bem detalhado na próxima sessão deste capítulo.

Etapa 6: Apresentação da Revisão Integrativa- síntese do conhecimento.

Esta é a última fase da revisão integrativa e consiste na elaboração de um documento (relatório) que contemple a descrição de todas as fases percorridas pela pesquisadora, de forma criteriosa, e deve apresentar os principais resultados obtidos, o que segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008 apud BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011, p. 132) afirmam ser “um trabalho de extrema importância, já que produz impacto devido ao acúmulo do conhecimento existente sobre a temática pesquisada”.

Logo, se reforça a relevância da Revisão Integrativa para a literatura e estudo acadêmico, pois propicia a pesquisadora aproximação com a problemática que se deseja conhecer, delineando um exame sobre a produção científica, de forma que se possa apreender a evolução do tema visualizando possíveis oportunidades de pesquisa.

É válido o destaque que o relatório acerca dos achados oriundos da aplicação da matriz de síntese e a devida discussão dos resultados encontrados serão esmiuçados nas próximas sessões deste capítulo, onde serão discutidos a partir do recorte teórico-metodológico elencado para esta pesquisa.

3.2 Pesquisa e produção de conhecimento no Serviço Social: uma breve caracterização dos artigos analisados

Desde o movimento de intenção de ruptura é inconteste entre a literatura profissional o avanço da produção do conhecimento e da pesquisa dentro do Serviço Social, o que vem caracterizando “um verdadeiro divisor de águas no processo de consolidação do acúmulo simbólico do Serviço Social nos últimos 40 anos” (PRATES, 2013, p. 213), sendo a pós-graduação, a pesquisa e a produção do conhecimento, algumas das expressões das bases de sustentação teórico-metodológica do Serviço Social, como explicitado por Mendes e Almeida (2014).

Os anos de 1980 e 1990 assinalam os avanços e conquistas para a profissão nas suas diversas áreas de atuação: os anos de 1980 denotam uma fase de amadurecimento da produção teórica profissional, enfatizando o protagonismo da universidade nesse processo; enquanto que nos anos de 1990, visualizou-se o avanço da consolidação do projeto ético-político da categoria; o que ressoou nas propostas de formação e exercício profissional como no direcionamento social da profissão.

De igual forma, durante essas duas décadas supracitadas, o Serviço Social embrenhou-se em seu processo de constituir-se e consolidar-se enquanto campo de produção do conhecimento, tanto entre a sua própria área quanto frente às demais áreas de conhecimento.

[...] o Serviço Social é uma das áreas do conhecimento que trabalha em linha direta com as diferenciadas expressões da questão social e possui na mesma um campo qualificado de atuação direta. Caracteriza-se como profissão que atua diretamente na interdisciplinaridade, contribuindo, dessa forma, para a construção coletiva do conhecimento no interior do conjunto das ciências sociais e humanas (MENDES; ALMEIDA, 2014, p. 653).

É fato que, no movimento das transformações societárias originárias da atual crise do capital e das redefinições do mundo do trabalho, o/a assistente social experimenta um processo duplo de precarização e burocratização, tanto das relações e condições de trabalho que tangenciam sua autonomia e criatividade profissionais, quanto na desproteção social com a fragilização das Políticas Sociais.

O que de acordo com Faermann (2016), tais alterações refletem-se diretamente no processo de trabalho desses profissionais, pois se requisitam profissionais polivalentes e versáteis e que, orientados por uma racionalidade técnico-instrumental, limitem-se a superficialidade dos fenômenos sociais e não em suas determinações fundantes.

Portanto, nessas últimas duas décadas do século XX e no decurso do século XXI a pesquisa consubstancia-se enquanto uma imposição e um desafio constante a categoria na contemporaneidade, requisitando assim, a partir do PEPP, uma postura de permanente crítica e indignação mediante as manifestações sociais do atual modo de acumulação e desenvolvimento econômico que continua levando a grande maioria da população ao pauperismo.

Assim, pode-se inferir mediante o já explicitado que, a relação entre pesquisa e Serviço Social origina-se em função do processo histórico de amadurecimento intelectual da profissão bem como da ampliação das demandas sociais, o que vai desvelando o Serviço Social enquanto uma profissão capaz de conceber conhecimentos que lhe ampliam subsídios teórico-metodológicos congruentes com sua natureza interventiva como com as exigências societárias.

Bourguignon (2007, p. 49) esclarece que “a pesquisa em Serviço Social é constitutiva e constituinte da prática profissional, sendo determinada pela natureza interventiva e pela sua inserção histórica na divisão sociotécnica do trabalho”, ou seja, a pesquisa é intrínseca a natureza da profissão e, se desenvolve socialmente ao manifestar a complexidade do real e assim, buscar nele as possibilidades de intervenção.

Deste modo, a pesquisa consolida-se como um recurso precioso para o exercício profissional do/a assistente social, pois, nesta dualidade entre o que o sistema requisita da categoria e o que se encontra estabelecido no PEPP, faz-se necessário ao/a profissional apropriar-se do conhecimento, advindo dos resultados da pesquisa, como um dos elementos necessários e presentes no processo de qualificação profissional.

Dá-se nesse momento, mediante a utilidade da pesquisa para o exercício profissional, grande ênfase a atitude investigativa dos/as assistentes sociais, como uma exigência da própria intervenção profissional dado que:

Ela aguça o espírito a descoberta, tornando-se condição para a ultrapassagem do aparente evidenciando a essência dos fenômenos nos seus nexos e conexões (BATTINI, 2009, p. 55).

Desta feita, entendendo o processo sócio-histórico de amadurecimento profissional do Serviço Social e sua relação com a produção de conhecimento e a pesquisa, como também, compreendendo que esta mesma pesquisa dentro da categoria manifesta o caráter interventivo e analítico da profissão, propiciando a elaboração de conhecimentos capazes de sustentar o posicionamento político e teórico além da elaboração de conhecimento a partir do próprio exercício profissional, vê-se a necessidade em compreender, na produção científica da categoria, o exercício profissional em serviços de saúde mediante uma conjuntura de contrarreforma do Estado que, nesses tempos de barbárie, manifesta-se tão contrária as questões relacionadas ao mundo do trabalho quanto à efetivação/ampliação de direitos sociais.

Para tanto, o primeiro momento deste estudo preocupou-se com a identificação e caracterização dos artigos que foram analisados através da matriz de síntese, com o preenchimento do roteiro de leitura. É válido ressaltar que o preenchimento deu-se após a leitura na íntegra de cada um dos 35 artigos selecionados e potencialmente apropriados para a realização da Revisão Integrativa.

Um dos primeiros pontos de atenção após a identificação de cada artigo lido era saber se, o objetivo expresso nas obras vinculava-se ao tema desta pesquisa.

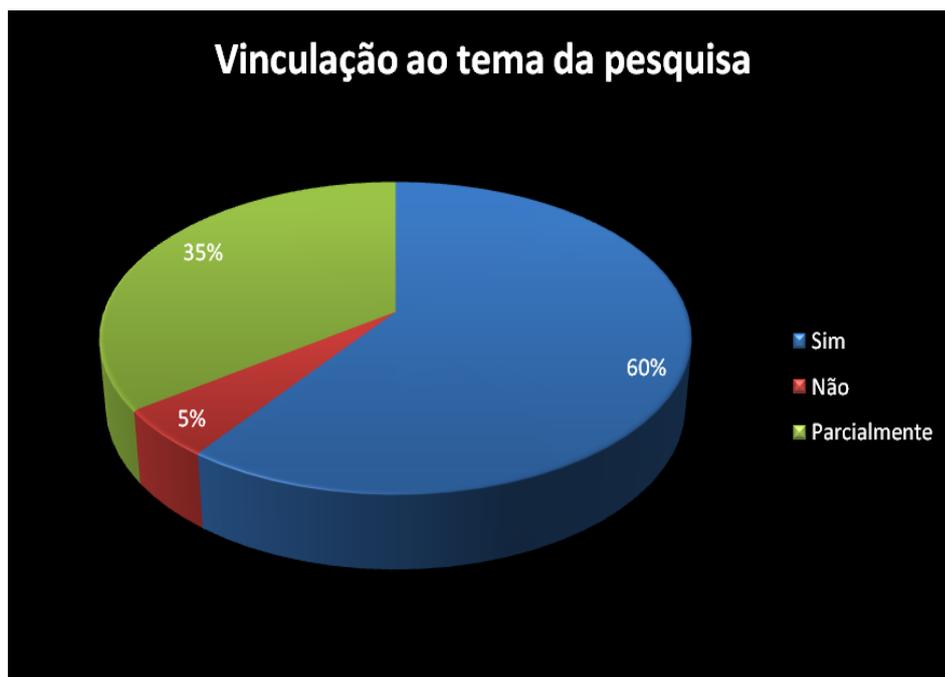


GRÁFICO 1: Vinculação do artigo selecionado ao tema da pesquisa. João Pessoa/PB: 2018. FONTE: Primária.

Conforme o gráfico 1 mostra, 60% dos artigos analisados possuem vinculação entre o seu objetivo e o tema desta pesquisa, 35% possuem vinculação parcial e, apenas 5% não possuem vinculação. Desta feita, optou-se pela continuidade do estudo com os artigos que possuem vinculação direta e parcial entre os seus objetivos e o tema dessa pesquisa, o que resultou num total de 95% dos artigos analisados (35 artigos).

Sobre os eixos temáticos no qual os artigos selecionados se encontravam inseridos nos anais do 15º CBAS, como disposto no gráfico a seguir, 77% encontram-se inseridos no eixo *serviço social, fundamentos, formação e trabalho profissional- ênfase trabalho profissional*, evidenciando o esclarecimento/compreensão dos/as escritores/as acerca da importância em se dialogar sobre a práxis profissional do/a assistente social, que como pontua Lacerda (2014, p. 28) “requer a leitura da realidade que quanto mais concreta e rica de determinações acerca da situação em pauta, [...], mais possível se torna a construção do objetivo teleologizado.

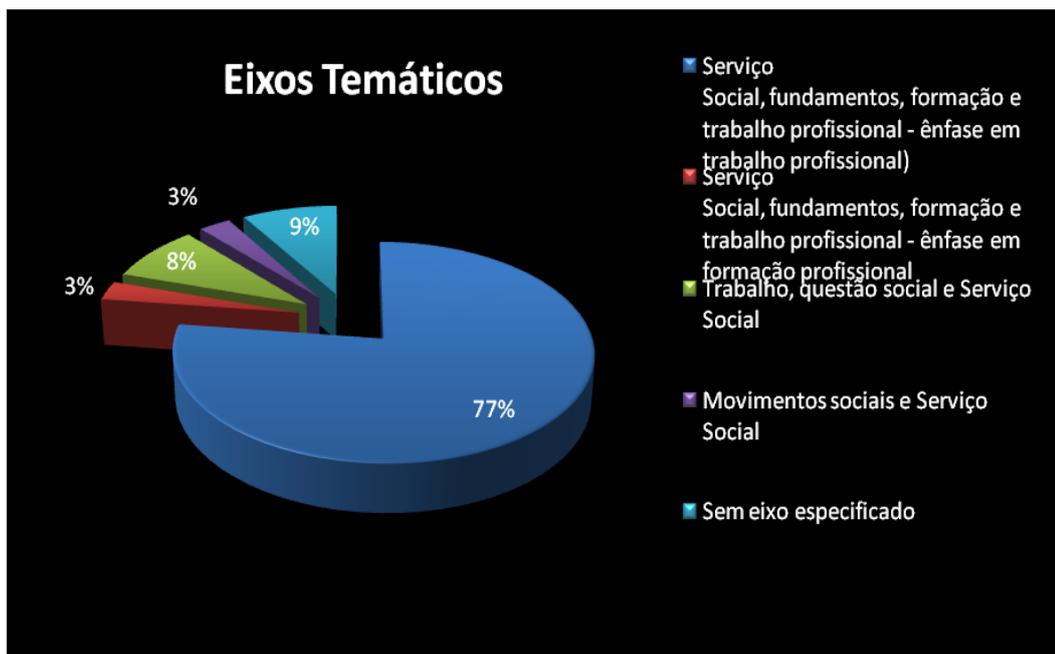


GRÁFICO 2- Eixos temáticos no qual se encontram os artigos selecionados. João Pessoa/PB: 2018. FONTE: Primária

A respeito do tipo de pesquisa/estudo utilizado nos artigos 23% utilizam a pesquisa de campo, 26% o relato de experiência e 34% a pesquisa bibliográfica seja a revisão de literatura (31%) ou a revisão Integrativa (3%).

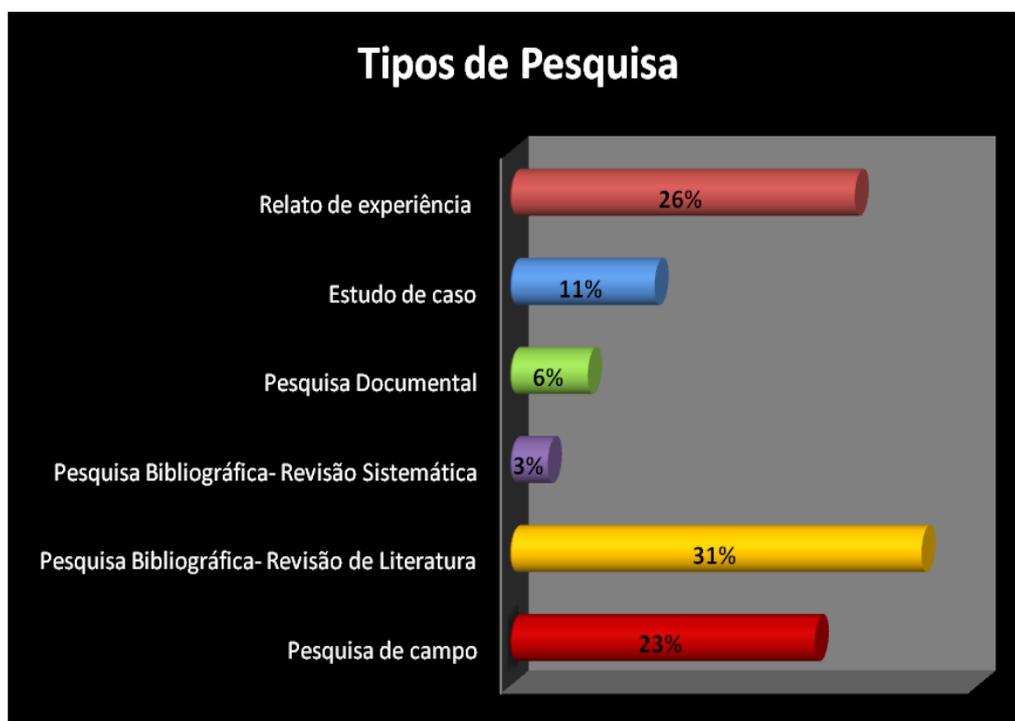


GRÁFICO 3: Tipo de pesquisa e/ou estudo a que está vinculado o artigo selecionado. João Pessoa/PB: 2018. FONTE: Primária.

Estes últimos dados, relacionados à pesquisa bibliográfica, evidenciam um fenômeno que tem se repetido em outras pesquisas científicas realizadas sobre a produção do conhecimento a cerca do exercício profissional de assistentes sociais, pois no ano de 2014 Torres (2016) ao realizar um estudo sobre esse tema constatou que a maioria dos artigos analisados discutia o exercício profissional por meio de pesquisas bibliográficas e documentais, colocando como necessidade um maior investimento na pesquisa de campo envolvendo profissionais, pois:

A pesquisa com os sujeitos enriquece o debate a cerca da dimensão interventiva constitutiva da profissão, das condições de trabalho do assistente social, entre outros aspectos. Ao mesmo tempo, sinaliza os desafios e as possibilidades de executar ações sob a perspectiva dos direitos em uma sociabilidade que cerceiam direitos e criminaliza aqueles que vivem em condições de pobreza. (TORRES, 2016, p. 63)

Houve durante a realização da coleta e análise dos dados o interesse por conhecer a região originária de cada artigo: do total de artigos analisados (35) 46% são oriundos da região Nordeste e 37% da região Sudeste, sendo os 17% restantes oriundos das regiões Norte (8%), Sul (6%) e Centro-Oeste (3%)



GRÁFICO 4: Região do Brasil de onde é oriundo o artigo selecionado. João Pessoa/PB: 2018. FONTE: Primária

É importante destacar que este percentual de artigos oriundos da região Nordeste, 43,75% é advinda do estado de Pernambuco que foi o estado sede do 15º

CBAS, estando os demais distribuídos entre Paraíba (18,75%), Rio Grande do Norte (12,5%), Sergipe (6,25%), Maranhão (6,25%) e Paraíba e Rio Grande do Norte conjuntamente (12,5%); aí pode estar a origem para este percentual tão acentuado de artigos escritos e enviados para o referido evento.

Ou ainda pode-se inferir que tais percentuais devam-se as áreas de concentração e linhas de pesquisa que norteiam os programas de pós-graduação nesta região voltados em grande parte ao Serviço Social, Políticas Sociais, Trabalho, Direitos e Movimentos Sociais.

Outro ponto de relevância no estudo encontra-se na vinculação dos/as autores dos artigos analisados, como mostra o gráfico a seguir:

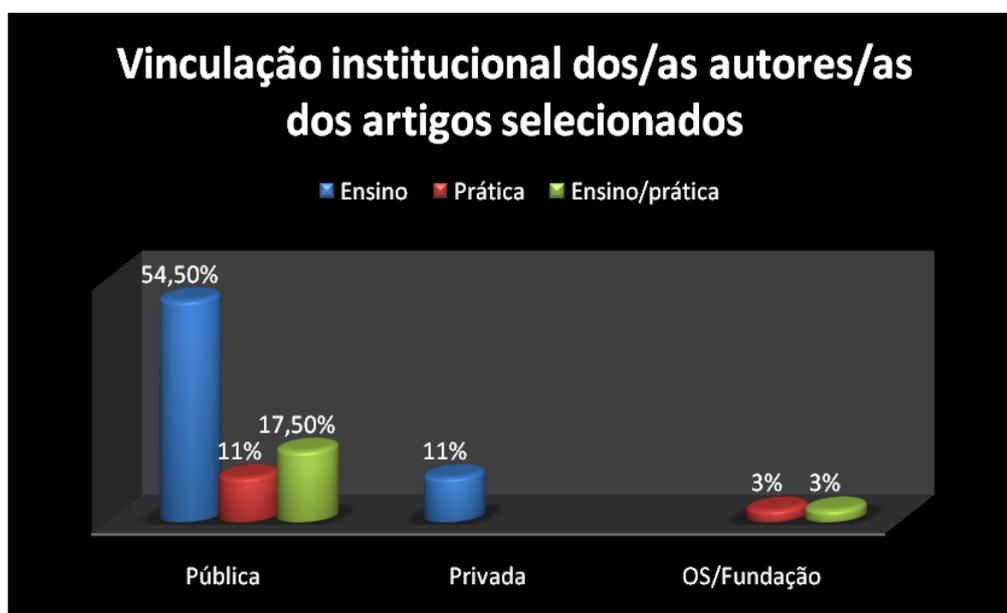


GRÁFICO 5: **Vinculação institucional dos/as autores/as dos artigos selecionados.** João Pessoa/PB: 2018. FONTE: Primária.

Dos 68,5% dos artigos oriundos de instituições de ensino, 54,5% estão vinculados a instituições públicas contra 11% de instituições privadas, o que mostra a resistência das universidades públicas ante o avanço do projeto de contrarreforma do Estado para a educação, em especial no nível superior; onde se tem na atualidade à lógica do empresariado, o avanço da Educação a Distância (EAD) além da intensificação da exploração do trabalho docente que deságua na precarização das relações e condições de trabalho dos/as profissionais docentes como na precarização da aprendizagem dos/as alunos/as.

É interessante frisar também a relevância das instituições públicas também para o âmbito da prática profissional (11%) e do ensino e prática profissional

conjuntamente (17,5%) evidenciando que ainda é o Estado – independente do tipo de esfera, se municipal, estadual ou federal– o maior empregador de assistentes sociais.

É válido ressaltar que, na pesquisa realizada pelo conjunto CFESS/CRESS (2005) em parceria com a Universidade Federal de Alagoas (UFAL) no ano de 2004, 78,5% dos/as assistentes sociais entrevistados/as tinham por natureza do principal vínculo empregatício o Estado, confirmando a tendência histórica de inserção do Serviço Social na esfera estatal.

Outro ponto aspecto que chamou a atenção foi o nível de complexidade em saúde analisado pelos artigos selecionados para análise: 3% analisaram ao mesmo tempo média e alta complexidade, 6% atenção básica, 17 % média complexidade e 34 % a alta complexidade; ainda 6% que abarcaram todos os níveis de complexidade e 34% que não mencionaram nenhum nível de complexidade tratando a Política de Saúde como um todo.

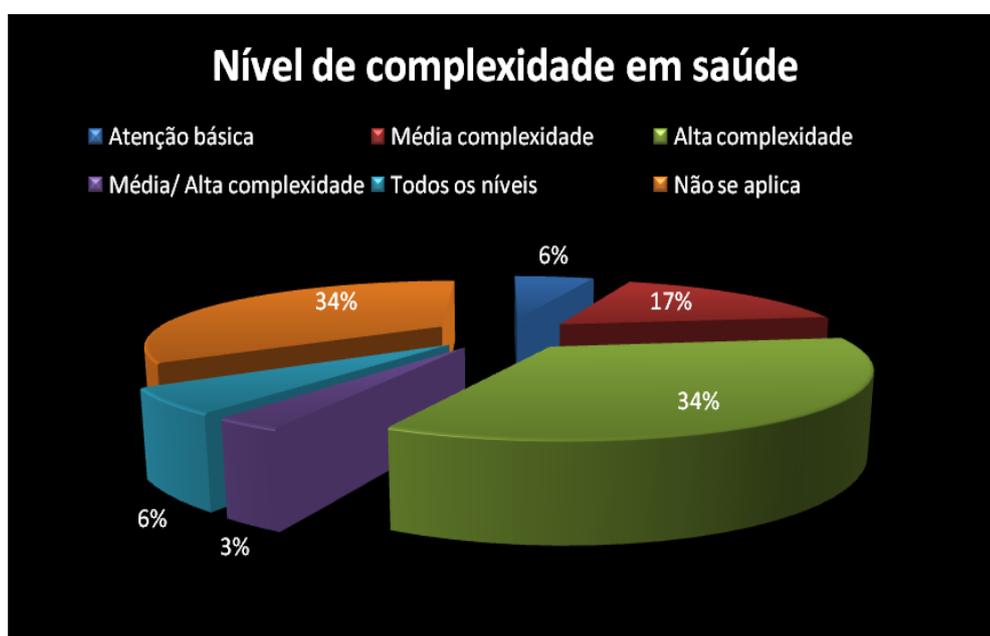


GRÁFICO 6: Nível de complexidade em saúde analisado pelos artigos selecionados para o estudo. João Pessoa/PB: 2018. FONTE: Primária

Um primeiro aspecto a ser analisado sobre o fato da alta complexidade ser o nível de complexidade mais analisado nos artigos se deve a dois motivos.

O primeiro credita-se as escolhas realizadas pelos governos brasileiros desde meados da década de 1990 seguindo-se pelo século XXI, onde a direção ideopolítica concernente á gestão do setor saúde se deu em sentido oposto ao

previsto no SUS/1990, ou seja, uma direção conservadora que modificam diretrizes e princípios do SUS de acordo com os ditames neoliberais.

Tal fato, de acordo com Teixeira (2014) encontra-se consolidado no Brasil desde 2002, no final do governo de FHC com a promulgação da Portaria GM nº 2.048/2002, que define o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência, onde mesmo argumentando o aumento das unidades de urgência e emergência (em especial as UPAS), também reconhece que a atenção às emergências/urgências apresenta-se sem infraestrutura adequada e com ausência de comunicação interinstitucional.

Nos governos Lula (2003-2010) e Dilma (2011- 2016) não se deu de forma diferente. No governo Lula deu-se sequência a política instituída por FHC com a promulgação da Portaria GM nº 1.863/2003 que cria, define e implanta a forma de organização e estrutura da Política Nacional de Atenção às Urgências, tendo como um dos seus componentes as Unidades de Atendimento Pré-Hospitalar Fixo (UPAs 24h) e ainda, a Política de Atenção às Urgências (BRASIL, 2006) que apregoa uma política que deve ser ampliada para todo o território nacional.

O governo Dilma deu continuidade aos projetos dos governos anteriores, no entanto em uma conjuntura diferente. Foi durante seu mandato que se deu a aprovação do projeto de lei 1.749/2011 que cria a EBESERH, que além de reforçar o modelo hospitalocêntrico naturaliza o setor privado no SUS, além da demanda pela implantação das UPAs em todo o Brasil, mais uma vez reforçando a lógica curativa e hospitalocêntrica, quando se deveria pensar no fortalecimento da estratégia saúde da família e sua articulação com o sistema, efetivando o caráter preventivo e do cuidado, pois, como assevera Mendes (2009, apud OLIVEIRA, 2016, p. 16):

É aceito, na literatura internacional, que os sistemas de saúde organizados em Redes de Atenção à Saúde cujos modelos se estruturam com base numa Atenção Primária forte, resolutiva e coordenadora do cuidado dos usuários, apresentam melhores resultados que aqueles cujo modelo de Atenção Primária ou Atenção Básica à Saúde é frágil.

O outro motivo refere-se a não inserção de assistentes sociais como profissionais da equipe de atenção básica em saúde conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), sendo apenas mencionado para integrar as equipes dos Núcleos Ampliados da Atenção Básica (NASFs) cujo objetivo é apoiar a

consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações.

Mediante esse contexto de reforço ao modelo hospitalocêntrico, a inserção de assistentes sociais na alta complexidade, em especial, nos contextos hospitalares não é algo novo, pois como assevera Matos (2017) remonta a institucionalização da profissão, porém nos dias atuais, Vasconcelos (2002, p. 170) trás em seu estudo como vem se processando a prática dos/as assistentes sociais na área da saúde, e ao abordar aspectos relacionados à alta complexidade, em especial sobre o chamado plantão que devido à lógica vigente, reduz-se a uma prática burocrática, não-assistencial e que:

[...] segue mecanicamente normas impostas pelo regulamento da administração, autoridade ou seu representante e que ao priorizar um atendimento de escuta, acolhimento, encaminhamento e/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 a serviços e recursos como direito social.

De fato, como ratifica Sodré (2010), esse/essa profissional que se restringe a realizar plantões e encaminhamentos exclusivamente, sentir  no seu cotidiano profissional que só tem a utilidade de “apagar incêndios” e que somente resolve problemas nos hospitais. A esses/essas as políticas de saúde lhes destinam lugares fatigantes de trabalho, ambientes insalubres, equipes despreparadas e condi es inferiores de administrar o processo de trabalho no atendimento aos usuários.

A referida autora supracitada destaca a importância da pesquisa e da compreensão de como se processa o trabalho de assistentes sociais nestes espaços sócio-ocupacionais inflexionado tanto pela lógica do modelo saúde-fábrica quanto pelo modelo flexível de saúde, com fins de se buscar estratégias de enfrentamento tanto a intensifica o e precariza o do trabalho, quanto   busca pela efetiva o de direitos cada vez mais torpedeados pela lógica imposta pela racionalidade burguesa.

E assim, fundamentado/a na identifica o das necessidades em questão torna-se possível teleologizar as interven es necessárias para a elabora o do objetivo desejado, que, no caso do exercício profissional do/a assistente social, reporta-se a “garantia do direito em questão do cidadão por meio de serviços e

benefícios, buscando orientar suas ações para a emancipação humana” (LACERDA, 2014, p. 30).

Outro aspecto levantado na identificação/caracterização dos artigos analisados relaciona-se a teoria norteadora referenciada nesses estudos.

Dos artigos analisados 91% não explanaram no corpo do texto qual a teoria que estavam se apropriando, tomando por base, para referendar seus estudos, fato este visto apenas em 9% dos artigos analisados.

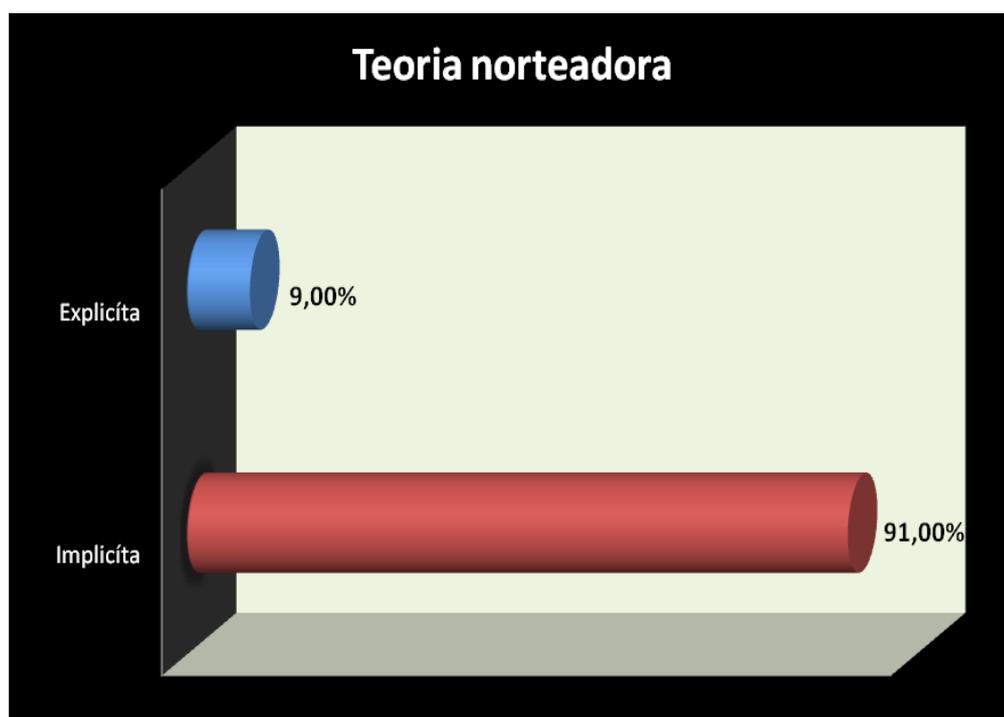


GRÁFICO 7: Evidência de teoria norteadora no corpo do texto dos artigos selecionados. João Pessoa/PB: 2018. FONTE: Primária

É válido salientar que, mesmo não deixando explícita qual a teoria norteadora que orienta a tessitura dos artigos, há uma identificação forte desses com a Teoria Social crítica ou Teoria Social de Marx (o materialismo histórico-dialético), principalmente no que tange ao estudo da categoria trabalho.

Concorda-se com Faermann (2010) ao afirmar que é imprescindível ao/a assistente social a apropriação de um referencial teórico, pois, sem isso o/a profissional não alcançará as condições objetivas para apreender as possibilidades de ação contidas nessa realidade, tampouco de analisar a sociedade em sua historicidade, ou de deslindar o funcionamento do Sistema Capitalista – suas crises e desdobramentos para a vida social.

É inegável o contributo da teoria social de Marx para o amadurecimento teórico e profissional do Serviço Social no Brasil, permitindo a profissão se analisar dentro do processo de produção e reprodução das relações sociais, em particular na sua inserção na divisão social e técnica do trabalho reconhecendo o/a assistente social como trabalhador/a assalariado/a, mesmo havendo alguns imbróglis no que compete à captação dessa teoria pela categoria, pois, como afirma Faermann (2010, p. 45-46):

A teoria vem sendo apreendida como algo que se transforma em prática de forma imediata e que, por si só oferece os procedimentos para a intervenção: é da teoria que se retira, imediatamente, os instrumentos próprios a ela, além disso, esta é compreendida como análoga à formação profissional [...]. No entanto, [...] o que a teoria modifica, de imediato, é o conhecimento que se tem sobre o concreto (produto das ações práticas do homem), não o próprio concreto, uma vez que este pode continuar o mesmo no plano empírico. Compreender essa relação é essencial para não esperar de uma direção teórica o que ela não tem condições de oferecer.

Para tanto, a mesma autora ratifica a necessidade de esclarecer o papel da teoria social no exercício profissional, sendo necessário pensar na relação teoria-prática como unidade na diversidade, ainda que com características diferentes, porém que só se realizam em interação mútua, isto é, como totalidade.

Ainda sobre a teoria norteadora, do percentual de artigos analisados 94% não foram ecléticos enquanto 6% enveredaram pelo viés do ecletismo.



GRÁFICO 8: Presença de ecletismo quanto ao uso da teoria norteadora. João Pessoa/PB: 2018. FONTE: Primária

Tais dados demonstram o cuidado dos/as escritores/as com os perigos em se enveredar pelo ecletismo, pois mesmo a categoria reconhecendo o pluralismo como algo que deve ser respeitado e como um elemento factual da vida social como da própria profissão não deve esse respeito ser confundido como uma tolerância liberal ao ecletismo, como ratifica Netto (2008).

Outro aspecto que pode ser ressaltado acerca do que indicam tais dados, é que mesmo numa conjuntura tão adversa a sua materialização evidencia-se os avanços do que dita o PEPP, em especial sobre o ecletismo, à categoria profissional.

Por fim, o último ponto de análise quanto à identificação/caracterização dos artigos analisados, pauta-se o enfoque metodológico encontrava-se implícito ou explícito no corpo do texto: 80% não evidenciaram implicitamente qual o enfoque metodológico utilizado, enquanto 20% explicitaram qual o enfoque utilizado.

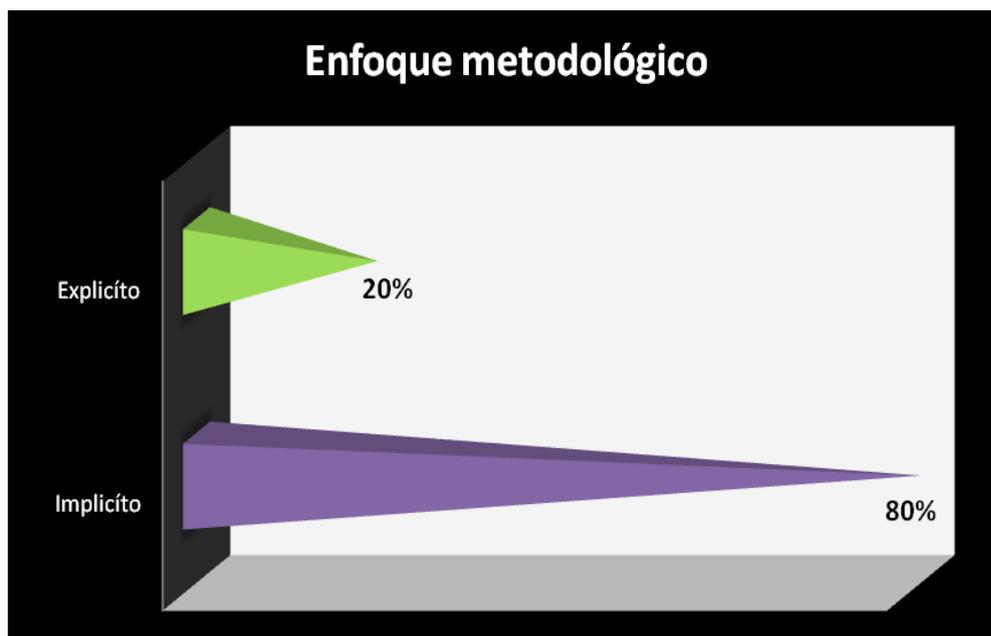


GRÁFICO 9: Enfoque metodológico seguido pelos artigos. João Pessoa/PB: 2018. FONTE: Primária

Do percentual que explicitou o enfoque metodológico (20%) todos foram unânimes pelo uso do materialismo histórico dialético e, até mesmo os que deixaram implícito o método utilizado deram evidências do uso do método de Marx.

É interessante refletir no que Netto (2007, p. 688-689) afirma sobre o método para Marx:

[...] não é um conjunto de regras formais que se “aplicam” a um objeto que foi recortado para uma investigação determinada nem, menos ainda, um conjunto de regras que o sujeito que pesquisa escolhe, conforme a sua vontade, para “enquadrar” o seu objeto de investigação [...] O método implica, pois, para Marx, uma determinada posição (perspectiva) do sujeito que pesquisa: aquela em que se põe o pesquisador para, na sua relação com o objeto, extrair dele as suas múltiplas determinações.

No entanto, este mesmo autor evidencia a importância da concepção teórico-metodológica de Marx, tanto para a pesquisa quanto para o exercício profissional de assistentes sociais como extremamente produtiva e eficaz, em especial, para aqueles/as assistentes sociais que querem desenvolver uma atitude investigativa na sua intervenção profissional.

Passa-se agora a apresentar as análises relacionadas ao exercício profissional de assistentes sociais nos serviços de saúde a partir da perspectiva dos artigos analisados.

3.3 Exercício profissional de Assistente Sociais em tempos de Contrarreforma: de que fazer se está falando?

O Serviço Social enquanto profissão, desde sua gênese, é acionado tanto pela sociedade capitalista na era dos monopólios, quanto pelo Estado e suas instâncias para intervir na vida dos trabalhadores e de suas famílias com fins de atender as necessidades sociais (não providas por incapacidade do mercado) resultantes das refrações da “questão social”, através da implementação das políticas sociais, apreendidas tanto como respostas, por parte do capital com a finalidade de preservação de sua sociabilidade, quanto como respostas as lutas políticas travadas pela classe trabalhadora pela garantia de melhores condições de vida.

Na contemporaneidade a perspectiva do exercício profissional pauta-se pela materialização de direitos aos cidadãos e cidadãs e sua emancipação, ou seja, os/as assistentes sociais esclarecem à população seus direitos sociais e os meios de se ter acesso a eles localizando-se assim, na linha de frente das relações entre usuários/as e instituições.

É válido ressaltar ainda que, a partir da perspectiva instaurada com o movimento de intenção de ruptura e ratificada pelo atual PEPP, os/as assistentes sociais atuam não só na execução terminal de políticas sociais, mas também são acionados/as a atuar no âmbito do planejamento, formulação e avaliação de políticas sociais: sua gestão, monitoramento e financiamento.

Deste modo, o Serviço Social encontra-se inscrito na divisão sociotécnica do trabalho, regulamentado pela Lei nº 8.662/1993 e alterações determinadas pelas resoluções CFESS nº 290/1994 e nº 293/1994, estando direcionado pelo Código de Ética Profissional aprovado através da Resolução CFESS nº 273/1993, tendo ainda no âmbito da formação as Diretrizes Curriculares, aprovada pela ABEPSS em 1996.

Assim, segundo Santos, Filho e Backx (2017, p. 27-28) o exercício profissional se estabelece enquanto totalidade formada pelas dimensões ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa, que mantêm entre si uma relação de unidade, a despeito de suas particularidades; porquanto:

Pensar o exercício profissional a partir dessas três dimensões coloca a possibilidade de entender o significado social da ação profissional — formativa, interventiva e investigativa. Pensá-las de modo articulado e orgânico, mas reconhecendo a particularidade de cada uma, permite entender o papel da teoria como possibilidade, uma vez que leva ao conhecimento da realidade, indica caminhos, estratégias, bem como o instrumental técnico-operativo que deve ser utilizado e como deve ser manuseado. Implica, portanto, pensar a relação que se estabelece entre teoria e prática, com as mediações necessárias para que a finalidade ideal, através da intervenção, possa se constituir em finalidade real, objetiva.

É nesse limiar que Torres (2016) afirma que, o/ a assistente social pauta o seu exercício profissional, tendo ciência que atuará nas contradições imanentes à constituição da sociedade capitalista, pois, ao mesmo tempo em que atende aos interesses do empregador, também interpreta o espaço sócio-ocupacional em que se encontra inserido/a enquanto trabalhador/a assalariado/a, construindo também respostas profissionais voltadas para as demandas apresentadas pelos/as usuários/as.

Daí a ênfase dada por Lacerda (2014) as respostas dadas durante as ações no exercício profissional, uma vez que elas tanto podem estar corroborando com a manutenção do *status quo* ou podem promover o exercício profissional crítico.

Para tanto, de acordo com Torres (2016) a construção das respostas profissionais deve proceder das necessidades sociais identificadas pelos/as profissionais e interpretadas, a partir da perspectiva apontada no conhecimento teórico que fundamenta a profissão, mediadas pela análise dos espaços sócio-ocupacionais nos quais exerce sua profissão.

E, para que haja o reconhecimento por parte dos/as profissionais dessas necessidades, faz-se necessário tomar como referência fundamental a investigação das determinações constitutivas da realidade social, alicerçando a atuação na perspectiva dos direitos.

Acerca da atuação profissional voltada a perspectiva dos direitos é válido ressaltar o que Costa (2002) evidencia sobre isso ao afirmar que a existência de um direito social não significa que se tenha acesso a ele tal como é, e ainda, dependendo da forma como é desfrutado, pode ser transmutado em um objeto de troca, doação, favor e controle.

Daí a ênfase na garantia de acesso a um recurso pelo/a usuário/a (cidadão/ã de direitos) de forma crítica e consciente, pois isto é um elemento primordial para a transformação do direito formal em direito real.

A área da saúde destaca-se como um campo fértil para o exercício profissional de assistentes sociais, pois, se entende que cabe a esse/a profissional “formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde” (CFESS, 2010, p. 29), no entanto, reconhecem-se as dificuldades postas para a efetivação de um exercício profissional crítico e pautado na perspectiva da viabilização da garantia de direitos, haja vista o contexto da política de ajustes neoliberal, que fomenta o enxugamento das políticas públicas e sociais além da despolitização da sociedade.

Assim, mediante tal panorama,

[...] cabe ao assistente social desenvolver um papel de protagonista de um novo modelo. A perversa desigualdade social e a falta de informação e conhecimento da população quanto aos seus direitos impõe de forma inequívoca ao assistente social ações no sentido da promoção da cidadania, da construção e do fortalecimento de redes sociais e de integração entre as ações e serviços de saúde (MIOTO; NOGUEIRA, 2008, p. 280).

Desta feita, mediante as considerações acima tecidas, ratifica-se a necessidade de problematizar o exercício profissional de assistente sociais na área

da saúde — setor bastante afetado pela contrarreforma do Estado através da privatização, focalização e seletividade — quer estando esses/as profissionais inseridos/as nas instituições públicas, privadas, filantrópicas ou ainda do terceiro setor, visto que há uma diversificação de inserções de assistentes sociais em postos, vínculos e cargos de trabalho na área da saúde, bem como na complexidade das intervenções: ações programáticas em saúde, níveis de atenção e cuidado à saúde (da atenção básica a alta complexidade) perpassando pelas emergências e os tipos de plantão.

Destarte, a partir da pesquisa bibliográfica buscou-se compreender como o exercício profissional de assistentes sociais esta se materializando nesse momento histórico onde a contrarreforma do Estado no Brasil tem inflexionado a política de saúde, em especial o SUS e os serviços de saúde a ele ligados.

Segundo os dados dispostos no gráfico 10, os dois descritores e conceitos que mais se repetem nos artigos analisados são Serviço Social (47%) e exercício profissional (24%); vindo após serviços de saúde (17%), reforma sanitária brasileira (3%) e contrarreforma do Estado (9%).

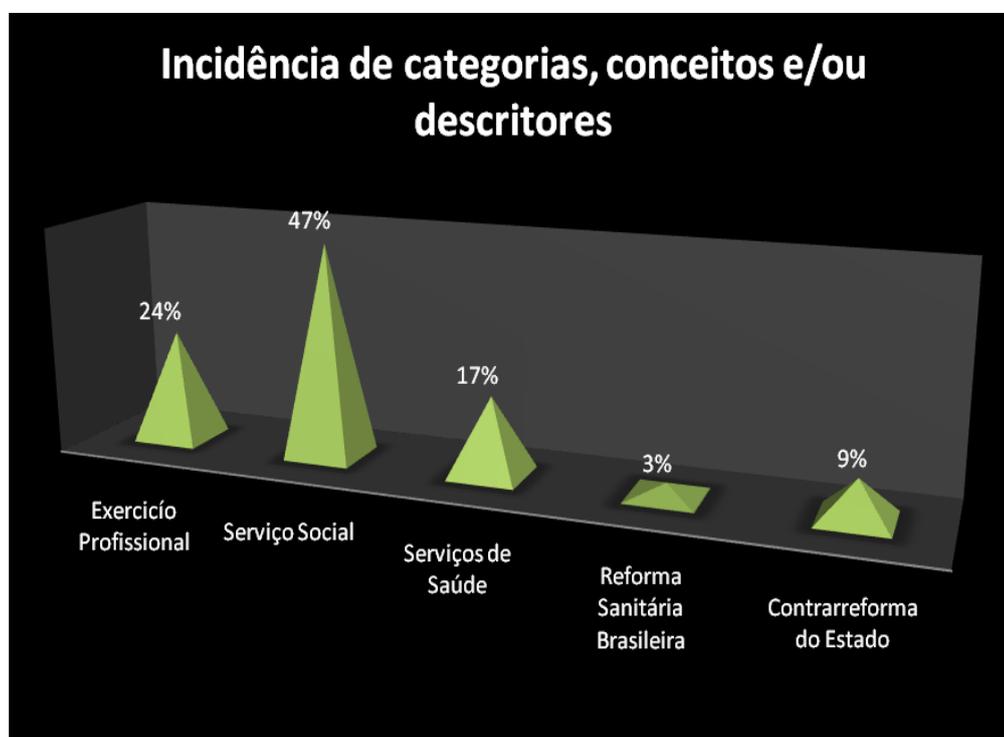


GRÁFICO 10: Incidência de categoria, conceitos e/ou descritores. João Pessoa/PB: 2018. FONTE: Primária.

Também ligado aos dados acima se encontram a incidência de temáticas localizadas nos artigos analisados, como evidencia o gráfico abaixo:

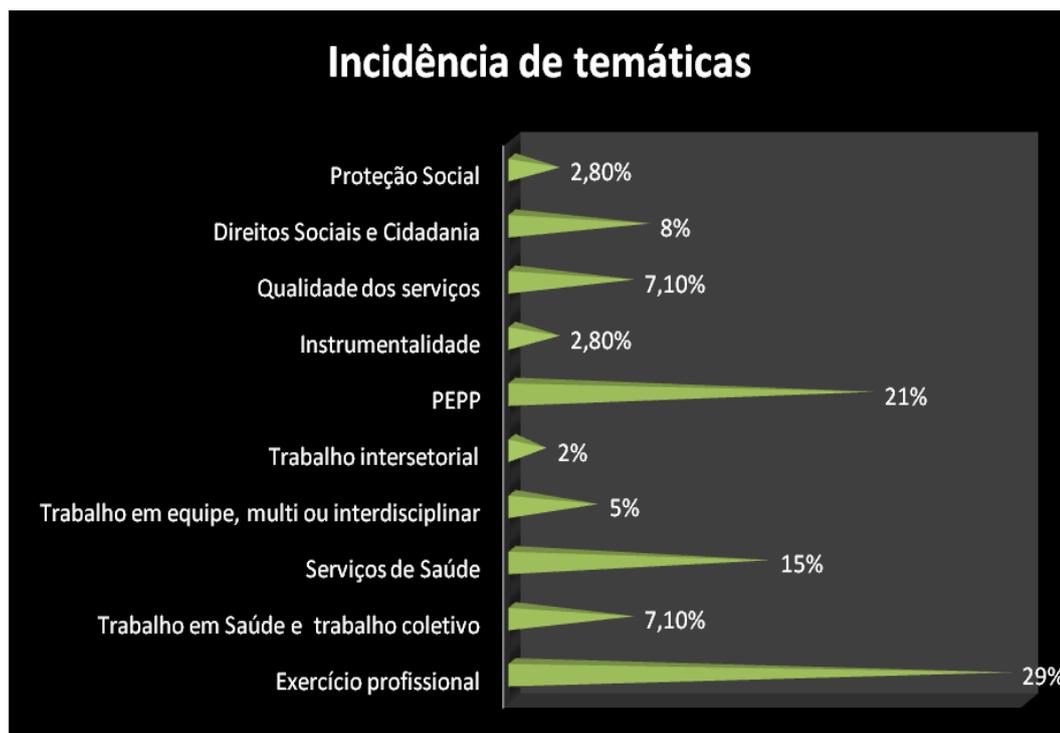


GRÁFICO 11: **Incidência de temáticas**. João Pessoa/PB: 2018. FONTE: Primária.

Na incidência de temáticas vê-se a relevância dada ao exercício profissional (29%) e do PEPP (21%) presente no discurso dos autores/as dos artigos analisados. Os dados dispostos nos gráficos 10 e 11 evidenciam a preocupação dos/as autores/as em investigar sobre a profissão, ou seja, sobre o exercício profissional e o PEPP que se consubstancia como norte para a intervenção profissional.

Assim, uma das preocupações desse estudo é compreender qual a perspectiva presente sobre o exercício profissional na redação dos artigos analisados: se ela é ou não evidenciada. Conforme o gráfico a seguir, 66% dos artigos analisados deixaram implícito em seu conteúdo qual a perspectiva de exercício profissional presente no cotidiano dos serviços de saúde, enquanto 34% evidenciaram.



GRÁFICO 12: **Perspectiva presente sobre o exercício profissional presente no artigo analisado.** João Pessoa/PB: 2018. FONTE: Primária

É interessante evidenciar que, mesmo estando implícita, a perspectiva preponderante no discurso dos artigos analisados toma por base o exercício profissional crítico, interventivo e voltado à viabilização da garantia de direitos balizado a partir do PEPP, pois do percentual total de artigos analisados 83% deixam isso claro em suas análises:

“A pesquisa evidencia, portanto que, apesar dos desafios e limites que a categoria profissional enfrenta no seu cotidiano, o trabalho crítico e interventivo, baseado nos princípios do Projeto Ético-Político da profissão, é capaz de transformar a realidade dos sujeitos e garantir o acesso justo e igualitário aos serviços de saúde.” (Roteiro de leitura nº 26)

“Todavia a/o profissional do Serviço Social, [...] precisará intervir com o fim de materializar os seus princípios éticos que priorizam a emancipação, autonomia, luta contra o preconceito e discriminação, busca ao acesso a serviços e programas de qualidades provenientes das políticas sociais [...] apontando numa perspectiva de uma intervenção orientada pelos princípios do Código de Ética do Serviço Social, ou seja, a/o assistente social deve se empenhar, no cotidiano institucional, para que o usuário do serviço seja respeitado e sua autonomia fortalecida” (Roteiro de Leitura nº 27).

Acerca desse posicionamento tomado pela categoria ante a perspectiva adotada para o exercício profissional, também se tornou interessante compreender qual a concepção de saúde que orienta esse exercício profissional, que segundo Bravo (2008) pode ser pautado no projeto de saúde articulado ao mercado

(privatista) ou o projeto da Reforma Sanitária (reformista), como já retratado no capítulo anterior.

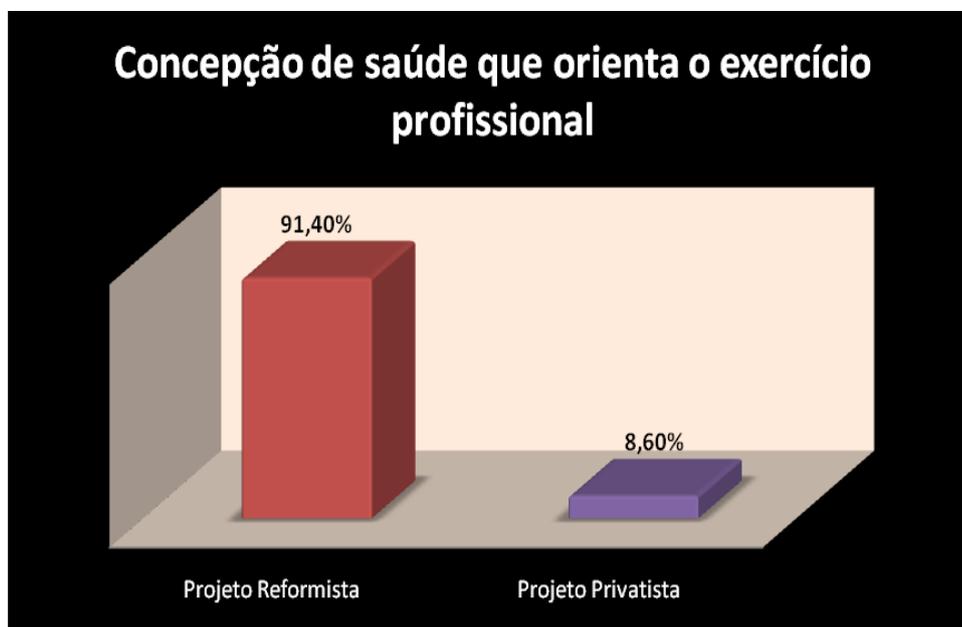


GRÁFICO 13: **Concepção de saúde que orienta o exercício profissional de assistentes sociais nos serviços de saúde.** João Pessoa/PB: 2018. FONTE: Primária

Do total de artigos analisados, 91,40% abordam que o exercício profissional nos serviços de saúde encontra-se pautado no projeto reformista, ou seja, no projeto que visa proporcionar que o Estado proceda em prol da sociedade, tomando por base um Estado democrático e de direito e, que seja cumpridor das políticas sociais, aqui em destaque a política de saúde.

O percentual restante (8,60%) toma por base o projeto privatista, que posiciona-se a partir da Política de ajuste neoliberal, a qual toma como parâmetro a contenção de gastos com racionalização da oferta, ampliação da privatização, caráter focalizado para atender as populações mais vulneráveis e estímulo ao seguro privado.

É válido ressaltar que não foi identificado dentro do corpo do texto dos artigos analisados, referência ao projeto de reforma sanitária flexibilizada, iniciado desde a década de 1990 a partir da influência pós-moderna na área da saúde, e que ganhou maior ênfase no decorrer do século XXI, que através da Terceira via, apregoa o SU possível, onde um dos principais pressupostos da Reforma Sanitária, que era a superação do capitalismo, tendo como horizonte a emancipação humana, foi trocado por propostas setoriais e por um SUS voltado às populações mais

pobres e vulneráveis, assim como ratificado pelos órgãos internacionais (FMI, Banco Mundial, dentre outros).

Ainda seguindo sobre a perspectiva presente de exercício profissional trabalhada nos artigos analisados, chamou atenção a questão da articulação entre teoria e prática, pois mesmo evidenciando (de forma implícita ou explícita) que a intervenção profissional toma por base o exercício profissional crítico e pautado no projeto reformista na saúde, 60% dos artigos analisados revelam que a articulação entre teoria e prática existe apenas no discurso (idealmente), enquanto 31% conseguem realizar de fato essa articulação que é materializada por mediações.

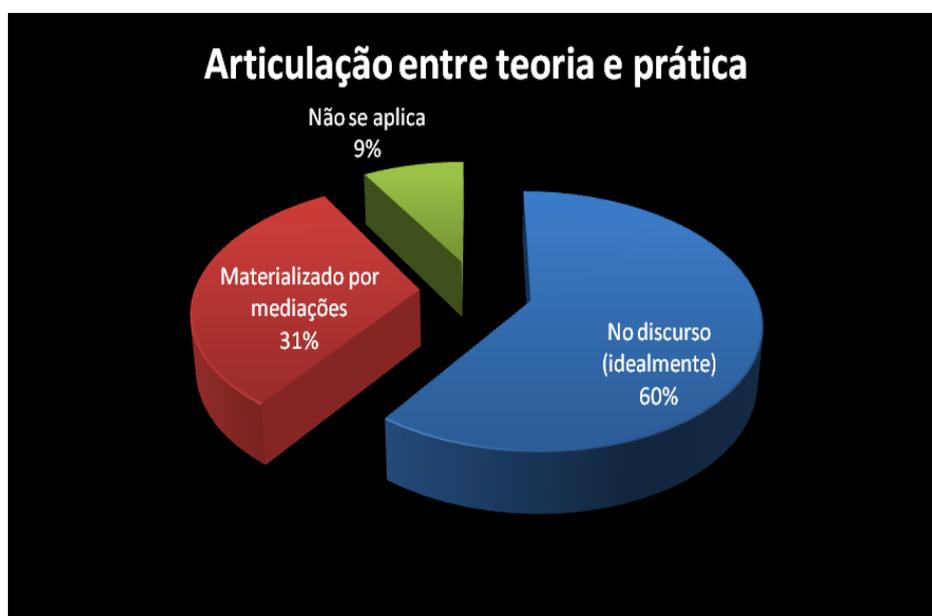


GRÁFICO 14: Articulação entre teoria e prática na organização do trabalho. João Pessoa/PB: 2018. FONTE: Primária

Na contemporaneidade, a relação teoria/prática se consubstancia como um dos grandes entraves do exercício profissional. Tal entrave é herança do ranço oriundo das primeiras aproximações do Serviço Social com a teoria social de Marx, ainda na década de 1980 durante a fase de intenção de ruptura, pois desde àquela época pensasse que se pode extrair do conhecimento teórico, conhecimentos técnicos para a intervenção profissional, ou seja, a aplicabilidade direta e imediata da teoria social na prática profissional.

De acordo com Santos (2013) tal assertiva presente no meio profissional evidencia e fortalece três equívocos: o primeiro é que *a teoria se transforma em prática*, ou seja, se a categoria toma como alicerce uma teoria de ruptura com o conservadorismo terá de imediato uma prática de ruptura com o conservadorismo,

como a alteração não é verdadeira, reitera-se que *na prática a teoria é outra*; a segunda é oposta a primeira ao afirmar que a *prática fala por si só*, ou seja, a ação prática oferece de imediato a teoria, que passa a ser vista como sistematização da prática, daí afirma-se mais uma vez que *na prática a teoria é outra*, porém não como acusação, mas sim como conformação, onde a prática torna-se mais importante que a teoria.

Por fim, o terceiro e último reporta-se ao primeiro só que se refere diretamente a uma direção teórica, a teoria social de Marx ao enfatizar que, *a teoria social de Marx não instrumentaliza para a ação* (entendimento bastante difundido entre os neoconservadores).

Daí a consideração tecida pela autora de que a falta de clareza sobre a relação teoria/prática leva os/as profissionais a direcionar um problema que, na realidade, não se referencia diretamente a teoria e a prática em si, mas que se vincula a relação entre mercado de trabalho e formação profissional, pois considera que a formação não vem tratando das especificidades da relação teoria/prática sob o prisma do materialismo histórico-dialético.

Para tanto, esclarece que:

[...] a teoria permite analisar, considerar e transcender as demandas advindas do mercado de trabalho, o que exige um profissional qualificado que responda a essas demandas, mas que também vá para além do mercado. As respostas às demandas imediatas não podem ser também imediatas; é necessário que se conheçam os fundamentos dessas demandas, um conhecimento teórico-prático. Exige-se então, uma formação que contemple uma competência técnica — que saiba operacionalizar os projetos —, uma competência ético-política — que avalie as prioridades e as alternativas viáveis à ação, que analise as correlações de forças e que saiba fazer alianças — e teórica — que permita a elaboração de análises, inclusive pra investigar novas demandas para criar projetos. (SANTOS, 2013, p. 86)

Desta feita, mostrou-se interessante entender a organização interna dos serviços de saúde onde se encontravam inseridos os/as assistentes sociais investigados/as através do estudo sobre o exercício profissional analisado pelos artigos selecionados.



GRÁFICO 15: **Organização interna dos serviços de saúde.** João Pessoa/PB: 2018. FONTE: Primária

De acordo com os dados expostos acima, 9% pautam sua organização em uma gestão horizontal e democrática contra 80% que possuem uma organização verticalizada e burocrática, que como afirma Sodré (2010) pauta-se no Estado-Empresa e na Saúde-Fábrica fundamentados no modelo biomédico e hospitalocêntrico (resquícios dos Governos autocráticos) tomando por pressupostos o funcionalismo e o estruturalismo, e, por conseguinte as racionalidades formal-abstrata e instrumental.

Tais dados evidenciam um dos grandes entraves para um exercício profissional crítico, propositivo e voltado à perspectiva da viabilização de direitos, pois o modelo Saúde-Fábrica naturaliza as refrações da “questão social” porquanto ao agregar-se a lógica intervencionista estatal traz a idéia de que as políticas de saúde formuladas pelo Estado, não são passíveis de ser questionadas, afinal — de acordo com essa lógica — trazem consigo uma falsa percepção que representam unicamente o bem-comum. Em suma:

O modelo saúde-fábrica cria as bases para a atuação pautada em um discurso moralizador, que trata a pobreza como algo irreversível ou as instituições como um âmbito da política pública em que não há caminhos para mudanças. De forma ampliada, introjeta no campo da saúde pública a naturalização da pobreza, despolitiza a miséria, realizando serviços pobres e práticas esvaziadas aos mais pobres (SODRÉ, 2010, p. 460).

Esse tipo de organização adotada pelos serviços de saúde inflexionará as ações e demandas postas ao Serviço Social, pois mesmo o/a assistente social sendo um profissional liberal é dotado de uma autonomia relativa, ou seja, devido ao seu estatuto assalariado vende sua força de trabalho enquanto mercadoria, não possui os meios e instrumentos de trabalho que por sua vez lhe são alocados pelo empregador que, desse modo, define as prioridades e a forma pelo qual quer que se desenvolva o trabalho dos/as assistentes sociais nos serviços.

No que tange as ações, boa parte dos artigos expressou o imediatismo, acriticidade e pontualidade nas respostas ofertadas, donde boa parte pautava-se em orientações diversas, apoio, aconselhamento, encaminhamentos, esclarecimentos, informações e providências voltadas bem mais aos procedimentos burocráticos:

“No setor do pronto socorro, as/os assistentes sociais, realizam a tarefa de buscar dados dos pacientes, que se encontram internados, com seus familiares através do dossiê, realizado por meio de uma ficha individual de atendimento do Serviço Social, em que consta a situação socioeconômica de cada indivíduo ali presente, além de todos os procedimentos tomados pelo serviço social naquele momento. Nas clínicas, são realizados os acompanhamentos tanto com os pacientes como com seus familiares, fortalecendo os vínculos. Em ambos os setores são realizadas palestras de orientação, são passadas todas as normas e regras da instituição e algumas atividades sócias educativas a fim de facilitar o funcionamento da mesma. Dentre as funções prestadas pelo Serviço Social dentro do HRTM estão às tarefas de: autorização de refeições, crachás, o boletim diário das condições de saúde de cada pessoa, que é atualizado, aproximadamente, três vezes ao dia, autorização para realização de exames, etc. Em suma, maioria dos procedimentos burocráticos realizados dentro da instituição passa pelo setor do Serviço Social, por tanto a importância da articulação para com os demais profissionais de outras áreas.” (Roteiro de leitura nº 32).

Assim a perspectiva neoliberal, presente na execução das políticas sociais na atualidade, tem posto em voga uma lógica clientelista e seletiva para as mesmas que individualiza os fenômenos sociais “permitindo a construção de ações focalistas, repetitivas, burocratizadas, em uma perspectiva caso a caso para a proteção integral” (TORRES, 2016, p. 66), donde esse padrão de política social muitas vezes limita a ação de assistentes sociais.

Tais contradições engendradas pela Contrarreforma do Estado na área da saúde tentam inviabilizar o SUS constitucional, provocando no cotidiano dos serviços: burocratização, problemas no atendimento (qualidade X quantidade)

quando o não atendimento propriamente dito além da ênfase na medicina curativa e da lógica hospitalocêntrica. Porém mesmo diante das inflexões impostas sobre a categoria pelos serviços de saúde,

As ações a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais devem transpor o caráter emergencial e burocrático, bem como ter uma direção socioeducativa por meio da reflexão com relação às condições sócio-históricas a que são submetidos os usuários e mobilização para a participação nas lutas em defesa da garantia do direito à Saúde (CFESS, 2010, p. 43)

Sobre as demandas, vê-se que há entre a categoria clareza sobre o seu compromisso com a classe trabalhadora e, por conseguinte, com as demandas dela advindas no intuito de problematizá-las e respondê-las, porém há ainda as demandas vindas dos serviços de saúde que requisitam o ajustamento desses usuários as normas dos serviços, o que leva ao enfoque acrítico, apolítico e a priorizar a manutenção da ordem institucional, pois pretende apenas inserir esse paciente/usuário nos serviços contribuindo para a manutenção da ordem social burguesa vigente:

“[...] remetem ao serviço social uma postura de vigilância e reordenamento dos grupos familiares, sem considerar suas condições objetivas de existência.” (Roteiro de leitura nº 17)

“O empregador tem como requisição para o assistente social, acolhimento institucional das famílias e dos usuários, trabalhar a humanização na saúde, garantia de direitos (principalmente dos usuários idosos, tendo em vista o crescimento populacional desse grupo, este é o que mais tem demandado intervenções do assistente social). Em contrapartida, o empregador também tem requisitado o profissional para trabalhar com a satisfação do cliente, mediação de conflitos, para a manutenção do lucro.” (Roteiro de Leitura nº 22)

“Uma das dificuldades colocadas pelas assistentes sociais da Santa Casa de Franca/SP é a questão do tempo o atendimento das demandas, pois as chefias exigem que as assistentes sociais atendam mais usuários em menor tempo.” (Roteiro de leitura nº 26)

Outro fator relevante sobre as demandas é que elas também são oriundas de outros profissionais, onde o Serviço Social é requerido para “sanar” lacunas por eles deixadas:

“Ao discutir sobre as demandas dos usuários as profissionais informaram que muitos usuários procurar o serviço de saúde da UPA-Três Rios para consultas médicas de emergência, acabam procurando o Serviço Social para se queixar da maneira como os médicos lhes atenderam, ou demoraram a atender, ou porque o médico não disponibilizou atestado médico e declarações de comparecimento. Ou então, para solicitar informações sobre a entrada de pessoas que se consultaram na unidade, notícias sobre o quadro clínico de pessoas internadas na UPA e para pedir autorização para visita fora do horário estabelecido pela unidade.” (Roteiro de leitura nº 33)

Ou até mesmo assumir funções que não lhe são compatíveis, como funções técnico-administrativas:

“Na segunda questão as profissionais apontaram que as principais demandas institucionais colocadas para o Serviço Social são de caráter técnico-administrativo com o preenchimento de dados do paciente na declaração de óbito, nas fichas de solicitação de exame, na ficha de AIH, no formulário de alta à revelia [...] a equipe entende que o Serviço Social cumpre função de secretária/o do médico, uma vez que preenche tais formulários.” (Roteiro de leitura 33)

Há clareza entre os/as autoras que há a preponderância de demandas relacionadas ao atendimento direto de usuários, as chamadas assistencial/emergencial, acrescentando aquelas solicitadas pelos serviços que reforçam a lógica da política de ajustes do capital expressa na contrarreforma do Estado para a política de saúde, que são a de tecnificação/assessoria à gestão e demandas socioeducativas e politizadoras que reforçam a racionalidade vigente:

“[...] assistente social tem sido comumente requisitado a priorizar o espaço da assistência numa política cujo conteúdo assistencial, fragmentado, precarizado e focalizado tem sido uma de suas tendências mais presentes.” (Roteiro de leitura nº 35)

“Além da preponderância das demandas assistenciais e emergências, identificamos também outras duas grandes áreas em que se situam as demandas ao Serviço Social na saúde reatualizadas de acordo com os fundamentos e mecanismos da contrarreforma: demandas relacionadas à tecnificação/assessoria à gestão e demandas socioeducativas e politizadoras que reproduzam a racionalidade hegemônica do sistema.” (Roteiro de leitura nº 35)

Outro significativo ponto coloca-se como de vital importância para a análise do exercício profissional: refere-se às competências e atribuições de assistentes sociais nos serviços de saúde.

Após a leitura dos artigos selecionados, pode-se inferir que há uma falta de clareza entre os autores/as como entre a categoria analisada de quais de fato sejam suas atribuições e competências.

“[...] ainda se tem muito desconhecimento do que vem a representar e quais são as atribuições do(a) Assistente Social na esfera da saúde, e quando se tem essa resposta ela ainda aparece bastante restrita ou até mesmo equivocada isso se pode perceber através da descrição profissional: ‘Atuo em todas as redes através do telefone, a questão da Previdência é bem marcante, pois pessoas e nem a gestão em muitos casos não entendem a política e precisam ser orientadas cotidianamente’(Entrevistada 4).”(Roteiro de Leitura nº 31)

Grosso modo, os artigos deixaram implícitos como uma das competências mais utilizada “encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e populações” (CFESS, 2011, p. 14), ou seja, são identificadas, sobretudo no momento da ação e da relação direta que o profissional estabelece com os/as usuários/as.

É válido ressaltar que as competências e atribuições para o exercício profissional encontram-se inscritas na lei de regulamentação da profissão (Lei nº 8.662/1993), especificamente nos artigos 4º e 5º.

Iamamoto (2012), ao debater sobre o assunto explicita as elucidações acerca da distinção entre **competências genéricas** (contidas no art. 4º da lei de regulamentação da profissão) que podem ser executadas por qualquer profissional — já que em seu sentido etimológico, diz respeito à capacidade de apreciar, decidir ou fazer alguma coisa —, das **atribuições privativas** (contidas no art. 5º da lei de regulamentação da profissão) que se referem etimologicamente à prerrogativa, privilégio, direito e poder de realizar algo.

Mesmo havendo dubiedades e contradições presentes na confecção do texto jurídico, a autora enfatiza a necessidade de esclarecer o que é matéria, área e unidade de Serviço Social já que reportam à arena propriamente técnico-profissional e ao debate ético-político sobre a profissão na atualidade: a **matéria** refere-se ao objeto do qual trata o Serviço Social (no caso, a “questão social” e suas múltiplas expressões na contemporaneidade); **área** faz menção ao âmbito de atuação do/a assistente social, e **unidade**, de forma sintética, pode ser concebida como o conjunto de profissionais em um espaço sócio-ocupacional de trabalho.

Como explicitado nos Parâmetros de Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2010), o/a assistente social necessita ter entendimento de quais são de fato suas atribuições e competências e assim, arquitetar prioridades de ações e estratégias, mediante as demandas advindas dos usuários, dos dados epidemiológicos como da disponibilidade da equipe de saúde.

O referido texto ainda atenta que, caso as demandas emergenciais não sejam reencaminhadas para os devidos setores através de um planejamento coletivo e elaborado no serviço de saúde, impossibilitará que o/a assistente social possa dar o devido enfoque as ações profissionais que lhe são compatíveis.

É essencial, portanto, problematizar como o PEPP tem sido apreendido pela categoria no âmbito da saúde, em especial dos serviços de saúde, mediante uma conjuntura tão controversa a sua projeção e a sua intencionalidade, sobre isso trataremos a seguir.

3.4 PEPP na cena contemporânea na política de saúde: aplicabilidade ou retórica/falácia?

A palavra projeto é oriunda do latim *projectu* que significa lançar adiante, estabelecer objetivos de curto, médio e longo prazo, o que de acordo com Guerra (2015) implica em construção de um sujeito (seja individual ou coletivo) que estabelece as finalidades, de sorte que o projeto analisa e é orientado por finalidades.

O que hoje consensualmente entre a categoria denomina-se como Projeto Ético-Político Profissional (PEPP) do Serviço Social teve o seu chão histórico iniciado em meados da década de 1960, com o conhecido Movimento de Reconceituação latino-americano do Serviço Social, que questionava a suposta subalternidade profissional e o significado social da profissão, o que acarretou a preocupação com a qualificação profissional e a pesquisa.

No Brasil, este movimento ganhou maior tonicidade a partir de meados da década de 1970 e durante a década de 1980, denominada como Renovação do Serviço Social na sua versão mais crítica, a intenção de ruptura¹¹.

¹¹ Sobre a renovação do Serviço Social sob a autocracia burguesa ver a obra de Netto (2015).

Desse modo, o PEPP foi forjado enquanto um projeto profissional crítico, decorrente de determinados compromissos assumidos pelo Serviço Social enquanto profissão interventiva e que tem fundamentos progressistas e democráticos em defesa dos interesses da classe trabalhadora; como ainda visa romper com a herança conservadora na qual foi instituída; tomando assim por alicerce a crítica da sociedade burguesa e de sua sociabilidade.

Logo:

Trata-se de um projeto profissional construído na trajetória da profissão, em confronto com seu conservadorismo, projeto que tenta claramente romper com ranços conservadores que impregnam a profissão no âmbito do seu significado social e da sua funcionalidade, das ideologias e teorias sociais que a subsidiam, das suas representações e autorepresentações, dos valores de diferentes extrações que a sustentam, das formas clássicas e tradicionais de intervir na realidade. (GUERRA, 2015, p. 40)

Tem sido consenso entre a categoria que o PEPP encontra-se assentado sobre três pilares: as legislações — destacando-se a Lei de Regulamentação da Profissão—, o Código de Ética Profissional (CEP) e as Diretrizes Curriculares da ABEPSS, no entanto, autores como Forti e Coelho (2015) enfatizam ser o exercício profissional também parâmetro para apreciação do PEPP, outros como Abramides (2007), afirmam que o PEPP também se manifesta no conhecimento crítico produzido pela área, como também através das lutas travadas pelas entidades da categoria.

No âmbito da Saúde, o PEPP se alia a outro projeto, o da Reforma Sanitária, possuindo similitudes e distinções. Ambos os projetos se constituíram em uma conjuntura de repressão (ditadura militar), porém de muitas lutas sociais por garantia de direitos, onde ambos tomam como base a perspectiva democratizante e progressista.

É fato que, mediante o avanço da política de ajuste neoliberal os direitos sociais voltados para a classe trabalhadora têm sofrido duros golpes, em especial, no âmbito da saúde, onde se preconiza uma cesta básica de serviços para os mais pobres e serviços de média e alta complexidade para aqueles que podem acessar o mercado.

Tais direitos na atual conjuntura são vituperados e, seu não cumprimento repercute no exercício profissional, pois:

Os direitos sociais conquistados pelos trabalhadores são solapados, as organizações dos trabalhadores são fortemente atacadas, combatidas e criminalizadas. Trata-se de um processo global, no qual o mercado de trabalho e o exercício profissional do assistente social são partes constitutivas e, como tal, sofrem as suas repercussões (FORTI; COELHO, 2015, p. 29)

Contudo, ao se investigar entre os artigos selecionados para o estudo se a categoria tem procurado materializar a concepção de viabilização de garantia de direitos em seu exercício profissional, a análise, a partir do discurso enunciado pelos/as autores, apresentou-se afirmativa e em concatenação com aquilo que preconiza o PEPP e até mesmo os princípios que circundam a política de saúde circunscrita na CF 1988 em seus art. 196 a 200, como bem ilustra o gráfico a seguir:

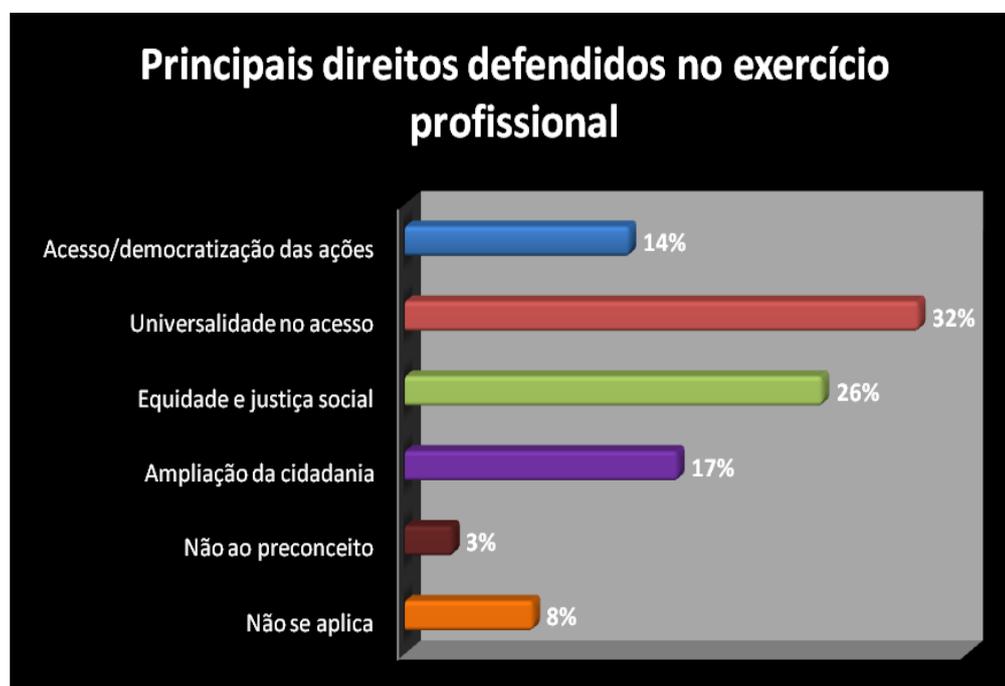


GRÁFICO 16: Principais direitos defendidos no exercício profissional de assistentes sociais nos serviços de saúde. João Pessoa/PB: 2018. FONTE: Primária

Como se pode observar 32% dos artigos analisados ratifica a universalidade do acesso (em especial agregando a integralidade) como um dos principais direitos defendidos no exercício profissional nos serviços de saúde; 26% tomam a equidade e a justiça social; 17% a ampliação da cidadania; 14% o acesso e a democratização das informações e apenas 3% defendem o combate ao preconceito.

A partir dessa vinculação explicitada pela categoria profissional com a viabilização da garantia de direitos para com a classe que vive do trabalho, especificamente na área da saúde, ratifica-se a grande bandeira de luta do Projeto

de Reforma Sanitária que é a universalidade do direito à saúde, o que também legitima a vinculação do projeto profissional ao projeto de Reforma Sanitária, dando assim um norte para as intervenções do exercício profissional na área da saúde.

De acordo com Matos (2017) o Projeto da Reforma Sanitária é bem mais amplo que o PEPP já que reúne diferentes profissões e formula uma política de Estado, enquanto que o PEPP do Serviço Social mesmo que se caracterizando como uma corporação profissional, pauta suas preocupações para além do que lhe caracteriza tomando como central a função social da profissão na sociedade brasileira que, transpondo seu antigo papel de controle e ajustamento, voltou-se para aliado à emancipação da classe trabalhadora, também se reconhecendo como tal.

Portanto, ambos os projetos tem em si uma clara concepção de mundo e de homem, com uma notória vinculação a um projeto societário não capitalista, apregoando a superação do mesmo, pois como afirma Soares (2010), tanto o PEPP quanto o projeto da Reforma Sanitária trazem em si uma racionalidade contra-hegemônica que, no âmbito da saúde, se propõem a uma racionalidade político-emancipatória voltada a rescindir a lógica assistencial, curativa, hospitalocêntrica, focalizada no indivíduo e no tecnicismo tão presente na racionalidade instrumental.

No entanto, com a Contrarreforma do Estado no Brasil a partir da década de 1990, ambos os projetos defrontam-se desde então com uma conjuntura desfavorável à suas efetivações.

Conforme Soares (2010) para o projeto da Reforma Sanitária, a autora ratifica ainda que, as particularidades da contrarreforma na saúde tem se consubstanciado em: revisão de conceitos de varias lideranças do MRSB, inclusive acadêmicos; refuncionalização dos princípios do SUS, ou seja, a lógica preponderante na contrarreforma se utiliza de todo um conjunto racional de fundamentos e mecanismos que agregam parcialmente os princípios originais do SUS, daí, retira-lhes a radicalidade e os instrumentaliza segundo os interesses do grande capital, ou seja, não se vislumbra a busca de alternativas que ratifiquem a manutenção desses princípios e sim a manutenção à ordem.

Já para o PEPP, Mattos (2017) esclarece que a contrarreforma tem tentado implantar uma reação conservadora, que em especial na área da saúde tem ganhado grande força, evidenciada pela: defesa da realização de atendimentos terapêuticos nos serviços de saúde — também conhecido como Serviço Social

Clínico— bem presente no âmbito da saúde mental; defesa de um provável saber específico do Serviço Social por especialidade médica e por fim, a reatualização de uma crise de identidade profissional, ou seja, os assistentes sociais não se reconhecem como tal e se declaram na função profissional de sanitaristas.

Tais assertivas acima descritas são evidenciadas nos dados dispostos no gráfico 17, pois, tomando por base a questão real/ideal retrata a compatibilidade existente entre as propostas do PEPP e as ações efetivamente desenvolvidas pelo/a assistente social.



GRÁFICO 17: Compatibilidade entre as propostas do PEPP e as ações efetivamente desenvolvidas pelos/as assistentes sociais. João Pessoa/PB: 2018. FONTE: Primária

De acordo com os dados acima dispostos tem-se que em 60% dos artigos analisados foram explicitados que não há compatibilidade entre as ações desenvolvidas pelos/as assistentes sociais e as propostas do PEPP, apontando ainda ser esta conjuntura —perpassada pelos ditames do neoliberalismo— um grande enalço para a materialização do que encontra-se previsto no projeto profissional:

“A racionalidade da contrarreforma na Política de Saúde com ações organizadas em torno dos projetos Privatista e do “SUS Possível” tem impactado o exercício profissional do assistente social na saúde de forma direta. Este profissional se depara com sérias dificuldades para ultrapassar essa lógica, enfrentando diversos desafios associados à instrumentalização do projeto profissional crítico e dos seus fundamentos e princípios, com limites impostos pela ofensiva neoliberal.”(Roteiro de leitura nº 7)

Acerca de tais dados algumas considerações se fazem necessárias: a primeira é que, mesmo havendo coerência entre o que se deseja, os objetivos que se estabelece e as mediações que se mobiliza, a realidade não se conduz como os sujeitos que nela interveêm gostariam, posto que “os resultados nunca se configurarão como uma cópia fiel do que foi projetado pelo sujeito, o que de modo algum, inviabiliza a necessidade da projeção e do conhecimento” (GUERRA, 2015, p. 50).

Muitas vezes a incompreensão do que realmente preconiza o PEPP pode levar os/as assistentes sociais a pensar que lhes basta a intencionalidade para transformar a realidade, o que resulta em uma confusão de que é o pensamento que engendra a realidade, daí a certeza nutrida por muitos/as de que na prática a teoria é outra, e até que essa possa não existir.

A segunda consideração a ser feita é que, o atual padrão de acumulação imposto pelo Capital, regido pela lógica do mercado, redimensiona o exercício profissional através das alterações postas as políticas sociais, aos serviços sociais e as demandas deles oriundas requisitando respostas de caráter conservador.

Daí a afirmação de Vasconcelos (2002,), ao dizer que há uma fratura entre a prática profissional e as possibilidades postas na realidade, uma vez que, mesmo tendo uma boa maioria de profissionais possuindo um discurso progressista, ou seja, vinculado ao projeto profissional hegemônico, tais profissionais não conseguem realizar atividades voltadas integralmente aos objetivos a que se propõem, ou seja, na direção dos interesses históricos da classe trabalhadora, expressos na negação e luta contra a exploração do trabalho.

Como já exposto anteriormente, um dos principais objetivos do atual projeto profissional é desvencilhar o Serviço Social do conservadorismo que por tanto anos foi o norte do exercício profissional, para tanto, sobre a presença de características do Serviço Social Tradicional no exercício profissional nos serviços de saúde, o gráfico 17 expõem que em 40% dos artigos analisados há essa presença contra 34% que não.



GRÁFICO 18: Presença de características do Serviço Social tradicional no exercício profissional nos serviços de saúde. João Pessoa/PB: 2018. FONTE: Primária

É válido salientar que em muitos casos as ações voltam-se ao ajustamento dos/as usuários/as ao que dita as instituições e subordinação do profissional a isso, assertiva enfatizada pelos atendimentos que utilizam aconselhamentos, estudos de caso, triagens e acolhimentos direcionados para aspectos psicossociais e encaminhamentos muito mais voltados a responder de forma imediatista e acritica as chamadas emergências sociais.

“A denominação usualmente utilizada pelos profissionais da saúde, que traduz essa posição, é o emblemático Estudo de Caso ou o Caso Social, o que pressupõe a elaboração do diagnóstico social para o conhecimento da ‘problemática social’ do paciente com sua posterior intervenção.” (Roteiro de leitura nº 10)

“É importante salientar, a partir das falas das entrevistas 07 e 10, que diante da complexidade dos fatos, houve uma comparação na interpretação pelos usuários, da atuação do assistente social com o psicólogo, isso demonstra ademais, que atuar em uma área que envolve questões tão subjetivas se psicológicas, demanda por parte dos profissionais de serviço social, certo cuidado na perspectiva de não cair na psicologização das relações com tais usuários.” (Roteiro de leitura nº 20)

Tais dados são ratificados quando comparados com as ações, demandas e respostas profissionais dadas pelos/as assistentes sociais analisados anteriormente, pois, a atual conjuntura em que o exercício profissional encontra-se envolvida,

ratifica a racionalidade formal-abstrata, ou seja, considera os processos sociais como naturais e abstraídos das relações sociais que os constituem, como ainda da racionalidade instrumental que visa dar respostas eficazes em relação ao padrão vigente no nível do imediato; daí origina-se uma refuncionalização das práticas tradicionais do Serviço Social nos serviços de saúde, pautando as ações/respostas da categoria para o ajustamento das necessidades dos usuários/as aos serviços de saúde, ratificando o política de ajustes em curso.

“Nestas unidades de emergência da saúde, o exercício profissional do assistente social é marcado, predominantemente, pelo caráter emergencial em que os instrumentos técnicos, as normas e rotinas são padronizadas e as demandas e necessidades dos usuários são diversificadas, fragmentadas e imediatistas, onde o profissional, por sua vez, se vê obrigado a dar respostas emergenciais e sem reflexão a estas demandas contribuindo com a lógica de emergencialização da vida.” (Roteiro de leitura nº 33)

De acordo com Guerra (2015) é imprescindível a análise crítica dos fundamentos conservadores da profissão, pois sem ela a categoria torna-se refém desse conservadorismo e, mesmo enfatizando que segue (ou pelo menos almeja seguir) o que preconiza o PEPP, pode enveredar por um exercício profissional que muito mais corrobora para a manutenção do *status quo* do que para a sua transformação em uma nova sociabilidade.

O ranço conservador também se expressa na imagem social da profissão, como mostra o gráfico a seguir, onde 43% dos artigos enfatizam que, a imagem prevalente do/a assistente social nos serviços de saúde é de um/a profissional generalista, e em segundo lugar, imediatista com 23%.

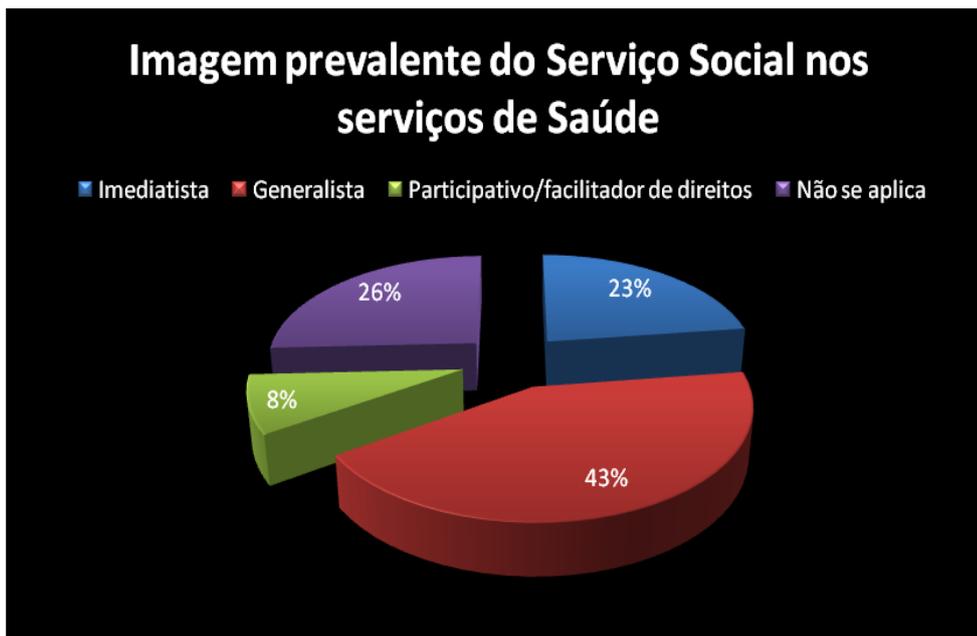


GRÁFICO 19: Imagem prevalente do Serviço Social nos serviços de saúde. João Pessoa/PB: 2018. FONTE: Primária

Ou seja, por um lado ou profissional é visto como o profissional dotado de uma “boa vontade”, para tanto atende a toda e qualquer demanda que lhe é requerida, ou por outro, torna-se o chamado “apaga incêndios”, sempre resolvendo todo e qualquer problema na ordem do imediato dentro dos serviços de saúde que geralmente lhe são colocados por outros profissionais ou até pelos próprios serviços, mesmo sabendo que tal imagem encontra-se em contradição ao que preconiza o PEPP.

“Via de regra nesse procedimento, as profissionais de serviço social se ressentem dos rótulos de que são alvo - “boazinhas” ou aquelas que “sentem pena de todas as situações” - os quais reatualizam uma percepção do trabalho das assistentes sociais em direção oposta a que buscam construir no cotidiano do serviço.” (Roteiro de Leitura nº 18)

Guerra (2007) afirma que uma das razões para essa imagem social equivocada da profissão é que, a partir da utilização de procedimentos burocrático-administrativos provenientes da lógica fomal-abstrata e instrumental, a categoria é levada a restringir o seu exercício profissional ao atendimento das demandas institucionais, e a intervenção profissional se identifica à adoção de procedimentos formais, legais e burocráticos.

Daí, essa desvirtuada imagem social da profissão que por diversas vezes é confundida com a ação social prestada por pessoas leigas, que realizam atividades pouco específicas (mas que se assemelham as que muitos/as assistentes sociais

realizam ao responder meramente ao nível imediato), todavia que correspondem às demandas dos serviços de saúde.

Contudo, assim como expresso por Netto (2008), ao enfatizar que o projeto profissional apresenta a autoimagem da profissão, os artigos analisados demonstraram que nos serviços de saúde, os/as assistentes se compreendem enquanto participativos/facilitadores de direitos com 63% dos artigos analisados, em contraposição a 29% que se veem como profissionais imediatistas, como expresso no gráfico abaixo.

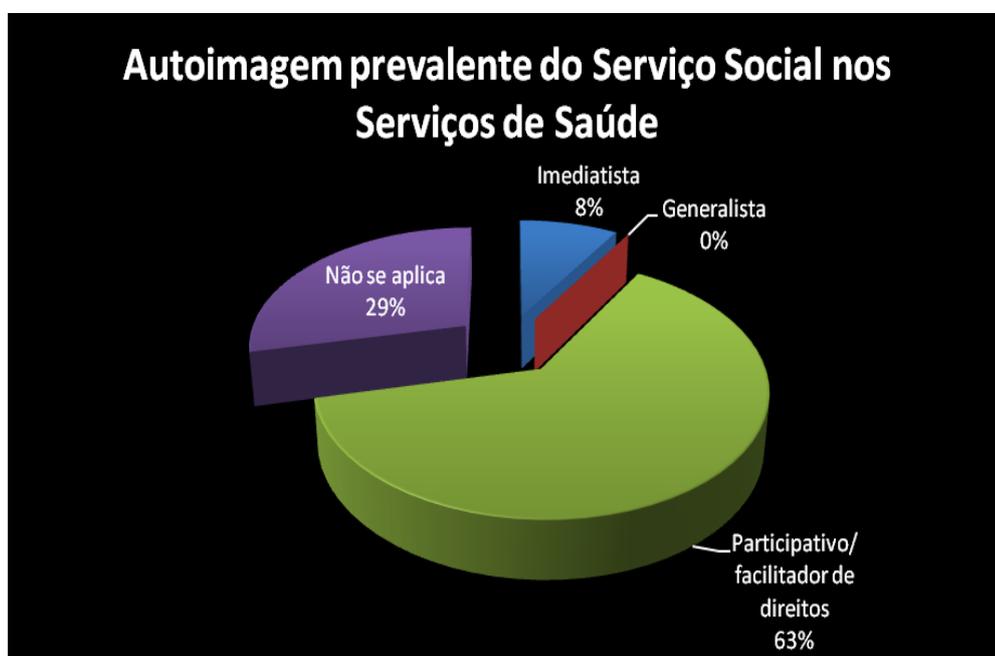


GRÁFICO 20: Autoimagem prevalente do Serviço Social nos serviços de saúde. João Pessoa/PB: 2018. FONTE: Primária

É interessante essa percepção expressa nos artigos, pois uma profissão que queira ser orientada por projeto profissional crítico, necessita conhecer as suas reais competências objetivando a defesa permanente de direitos sociais e humanos, considerando-os como conquistas da humanidade e heranças da luta da classe trabalhadora, e a partir dessa postura superar a histórica associação do exercício profissional com o conservadorismo e suas práticas.

Para tanto, mostrou-se importante à pesquisa compreender qual a instrumentalidade predominante no exercício profissional nos serviços de saúde como bem explicita o gráfico 21.



GRÁFICO 21: Instrumentalidade predominante no trabalho de assistentes sociais nos serviços de saúde. João Pessoa/PB: 2018. FONTE: Primária

De acordo com o gráfico acima, do percentual total de artigos analisados, 17% não mencionaram esse assunto no corpo dos textos, 34% pautam-se pela razão emancipatória (dialética) a mesma preconizada pelo PEPP e 49% reforçam as razões formal-abstrata e instrumental.

Tais dados evidenciam uma grande contradição na profissão, pois tem-se um projeto profissional que é aderido por boa parte da categoria sendo até considerado hegemônico que pauta-se na razão dialética, no entanto, no cotidiano do exercício profissional a instrumentalidade que predomina toma por base as razões formal-abstrata e instrumental.

Um das possíveis respostas para tal contradição possa encontrar-se na má compreensão do que vem a ser de fato instrumentalidade tomando-a como simplesmente o uso pelo uso de instrumentos, ou ainda, a não apreensão da realidade a partir da concepção materialista, ou seja, a não compreensão de como materialismo histórico-dialético realiza a leitura da realidade, como bem explicita Guerra (2015, p. 52):

A realidade é a esfinge que nos exige o deciframento do seu modo de ser, da lógica que a constitui. Por essa razão, argumenta-se que a opção que parte da categoria profissional faz pelo materialismo, no confronto com o idealismo e com a razão formal-abstrata, não é uma definição puramente teórica. Ela tem sua base em necessidades postas pela própria realidade à profissão no sentido da sua sobrevivência como profissão interventiva com uma forte base técnico-operativa.

É fato que a racionalidade burguesa é a racionalidade predominante na contemporaneidade, que apregoa uma sociabilidade individualista forjada na divisão, na concorrência, na competitividade e na fragmentação. É fato também que, os/as assistentes sociais formam-se enquanto profissionais e se reconhecem enquanto seres sociais dentro dessa sociabilidade com seus valores, ideias e concepções apropriando-se e sendo apropriados por ela, expressos nas instituições políticas e jurídicas dessa sociedade.

Daí a importância de uma formação profissional que se aproprie de fato de um embasamento teórico, que não somente atenda as requisições do mercado de forma meramente instrumental —assim como preconiza a contrarreforma do Estado para a educação superior—, mas que mantenha em sua essência a dimensão ético-política e a compreensão da importância da apropriação correta do acúmulo teórico-metodológico advindo com o movimento de intenção de ruptura e apreendido pelo atual PEPP, para assim de fato entender o porque do uso de cada técnica e instrumento imbricados de projeção/intencionalidade (teleologia) e cientes das condições objetivas e subjetivas (causalidade), ou seja, que se saiba o devido lugar do acervo técnico-operativo.

Faz-se ainda necessário à categoria, enquanto sujeito coletivo, colocar em xeque os valores e a racionalidade dominantes, como assim expressa o PEPP, tendo por fundamento a crítica da sociedade burguesa, tomando por fulcro a racionalidade crítica e dialética.

A racionalidade dialética propicia além do avanço do dado imediato, a perspectiva de dimensionar as possibilidades e constituir estratégias tentando potencializar as forças de negação da ordem social e sua transformação em uma nova ordem, oferecendo princípios às suas manifestações empíricas no exercício profissional, o que para o PEPP,

[...] no seu âmbito de realização, deve proporcionar os elementos para a crítica da sociabilidade burguesa e deter o potencial de apontar a direção, dar o norte de uma prática profissional crítica, autônoma e competente técnica, teórica e politicamente. (GUERRA, 2015, p. 52)

Em suma, a absorção de um projeto profissional crítico pela categoria estabelece-se como a ferramenta capaz de viabilizar uma previsão da demanda e

captação de tendências históricas que se consubstanciam e requerem uma intervenção profissional tanto a curto, médio e longo prazo, visto que essa capacidade de captar tais tendências e de se guarnecer técnica e instrumentalmente para respondê-las, põe-se enquanto um diferencial ao/a profissional nessa conjuntura perpassada pela barbárie e pelo avanço de um sistema de acumulação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Enfim, chega-se ao momento que o caminho de volta faz-se necessário, onde o concreto pensado se manifesta. Momento este onde as respostas tão perseguidas durante o estudo transformam-se em novas perguntas retroalimentando o processo de maturação intelectual.

Acerca das afirmações circunscritas nesse estudo, a mais evidente é o incontestado efeito deletério que o atual padrão de acumulação tem causado a vida da classe que vive do trabalho, pois o projeto neoliberal se estabelece com o intuito (muito bem sucedido por sinal) de eliminar tudo o que limita o amplo desenvolvimento e valorização do capitalismo, cujas propostas se assentam no enfraquecimento dos movimentos (sociais, trabalhistas e sindicais) e nos processos de privatização e mercantilização da vida social.

O padrão de produção flexível que se entranha não somente nas relações de produção, como também, nas relações de reprodução social, conforme Guerra (2007) incita não somente a luta de classes, mas a luta intraclasses, a competitividade, o individualismo e a fragmentação além de reforçar a razão instrumental que executa uma ruptura entre fins e meios incitando saídas individualistas, ratificando o chamado “salve-se quem puder”.

Assim, mediante tal conjuntura se engendra novas formas de sociabilidade, como de tendências que consideram o capitalismo (agora em sua fase madura) como o único e último modo de vida em sociedade, donde emanam de tal assertiva perspectivas que advogam em favor do capitalismo, como ainda, aquelas que reivindicam a sua humanização — se é que é possível.

Segundo Souza (2010), mediado pela lógica do mercado, o Estado, com fins de atender as imposições do capital (agora mundializado) além de flexibilizar as relações de trabalho, absorve uma lógica lucrativa com fins de atender as tendências de gestão empreendedora de ajuste nos gastos públicos, que no Brasil ficou conhecida, a partir da década de 1990, como contrarreforma do Estado que, no âmbito da saúde, toma como estratégia de gestão a fragmentação e a focalização dos serviços de saúde ficando com o Estado as ações de baixo custo e outorgando ao mercado as ações mais lucrativas.

Nesse limiar, os serviços de saúde são absorvidos pela racionalidade burguesa, sendo guiados por uma lógica que promove a rentabilidade, por esse motivo assumem o papel de viabilizador e incentivador da produtividade capitalista.

Destarte, como um dos resultados desse processo assiste-se a instauração da agudização da precarização do trabalho em saúde, pois não podendo ser totalmente substituído pelo uso intensivo de tecnologia, passa a ser segregado e desvalorizado, expresso em medidas concretas de desregulamentação baseada na restrição de direitos trabalhistas, intensificação do uso da força de trabalho e assédios diversos, pautados na freqüente ameaça de demissão.

Sendo o/a assistente social um/a profissional de saúde não passa incólume a tais transformações no mundo do trabalho, pois como os demais trabalhadores/as da área da saúde sente: a ameaça ao emprego, a precarização das condições de trabalho, a diminuição no valor do salário, o aprofundamento do processo de pauperização, a alienação no e do trabalho, a desespecialização/desprofissionalização, a mudança nos parâmetros legais e institucionais que norteiam as relações de trabalho e ainda os precários vínculos e contratos de trabalho que regulam o perfil profissional (atribuições e funções), os salários, as metas de produtividade e a jornada de trabalho.

É válido ressaltar, ainda, que a racionalidade imposta pela atual fase do capitalismo atravessa tanto os serviços de saúde como a própria política de saúde em si, passando a se estabelecer como a racionalidade que orienta o exercício profissional de assistentes sociais, introjetando na categoria conceitos como eficácia, eficiência, produtividade e competência segundo as exigências impostas pelo próprio sistema capitalista.

Assim, verifica-se na contemporaneidade existir uma interferência da lógica imposta pelo sistema no modo de intervir — conteúdos e resultados — do exercício profissional, retratado muitas vezes no cumprimento de rotinas burocráticas e metas institucionais estabelecendo normas específicas.

Essa lógica mercadológica, conforme Guerra (2007) afeta de tal forma o exercício profissional que, a partir da perspectiva proposta pela racionalidade dominante delimitam-se as necessidades de capacitação, a intensidade e o ritmo do trabalho e os recursos (institucionais, financeiros e técnicos) acessíveis as ações profissionais.

Tais medidas rebatem de imediato no que preconiza o projeto profissional da categoria que se pauta em uma outra racionalidade e toma as ações e respostas profissionais para além da imediatividade requerida pela lógica imposta.

Desse modo o percurso histórico, teórico e metodológico que se realizou na presente dissertação, mostrou-se necessário para que houvesse o entendimento dos determinantes que na atualidade circundam o exercício profissional e a materialização do atual projeto profissional, em especial no âmbito da Política de Saúde tão açotada pelas normas impostas pelo atual padrão de acumulação que inflexionam tudo o que outrora já foi posto no campo das conquistas sociais, em que pese o direito universal a saúde.

O estudo a partir de uma investigação bibliográfica, pautada na Revisão Integrativa, proporcionou uma visão mais esmerada sobre o objeto analisado, qual seja o debate sobre o exercício profissional nos serviços de saúde numa conjuntura de contrarreforma do Estado, oportunizando uma maior aproximação, como também, possibilitando uma apreciação quanto à produção do conhecimento sobre o mesmo.

Sobre a produção do conhecimento, os resultados evidenciaram a pesquisa bibliográfica como preponderante na escolha pelo tipo de estudo para análise, o que não deve descaracterizar a importância das pesquisas de campo, pois é através da realidade manifesta e das possibilidades históricas nela reveladas que se encontram os apetrechos para a elaboração de novas projeções profissionais.

Merece destaque o fato de que a esfera estatal ainda é o maior lócus para a pesquisa na área de Serviço Social tanto de estudantes quanto de profissionais, fato enfatizado na vinculação institucional dos autores, o que denota o quanto a contrarreforma pode desfeitar tanto o projeto profissional quanto a própria intervenção.

Sobre o próprio exercício profissional, a pesquisa evidenciou o quanto a contrarreforma do Estado tem incidindo sobre as intervenções dos/as assistentes sociais, pois estando estes/as inseridos em sua maioria em serviços de saúde que possuem uma organização burocrática e verticalizada, mesmo que expressando (no discurso) pautar-se num exercício profissional crítico e nas propostas do projeto de saúde reformista, as ações por esses/as profissionais realizadas revelam respostas pontuais, imediatistas, acríticas e apolíticas, donde o atendimento as demandas institucionais se sobressaem, requisitando desse/a profissional a manutenção da

ordem institucional dentro dos serviços e o ajustamento dos/as usuários/as; agravando ainda mais tal situação, a falta de clareza sobre o que de fato vem a ser as competências e atribuições do/a assistente social, em particular no âmbito da saúde.

Tais constatações não causam estranheza quando defrontados com a questão da articulação teoria e prática, onde boa parte dos artigos analisados demonstrou que tal articulação só encontra-se no plano do discurso, ou seja, idealmente, não materializada por mediações. Daí tantas afirmações que na teoria a prática é outra.

De acordo com Guerra (2015) com o avanço da razão formal-abstrata e do idealismo tem-se por parte de muitos profissionais uma leitura idealista e idealizada dos princípios do Código de Ética e do próprio PEPP, evidências disso são o messianismo, o voluntarismo e o fatalismo.

Diante disso é importante atentar para que, a idéia de projeto abstraída das bases do materialismo histórico-dialético, pode levar a uma transformação de tais princípios em normas morais, uma pauta de comportamentos determinados a priori e de validade trans-histórica e universal, o que nega a possibilidade do PEPP enquanto um instrumento crítico e contestatório da sociabilidade burguesa.

Por isso também, em grande maioria dos artigos analisados a questão da compatibilidade das ações efetivadas com o que preconiza o PEPP encontra-se discrepante, o que leva muitos profissionais a enveredar por uma refuncionalização das práticas conservadoras — tão combatida pelo projeto profissional crítico — por isso a evidência na pesquisa de ainda existir características do Serviço Social tradicional no exercício profissional contemporâneo.

Isso também se encontra materializado na questão da imagem e autoimagem social, pois o estudo evidencia que a imagem social prevalente nos artigos analisados encontra-se imersa no ranço conservador devido ao aspecto generalista vislumbrado pelos serviços de saúde à profissão, enquanto a autoimagem contradiz a assertiva anterior, donde a categoria entende-se como um profissional participativo e facilitador de direitos.

É fato que a materialização do PEPP encontra-se determinada pelos fatores causais (condições e meios) do contexto social onde se encontram inseridos os/as assistentes sociais, porém, há uma constatação presente nesse estudo: a dissonância entre imagem e autoimagem, haja vista que a prática se processa no

limiar das ações/demandas executadas, da imagem social de um profissional que faz tudo e que responde a todos de forma a deixar fluir o bom andamento da instituição (mesmo que assumindo competências e atribuições que não lhe são inerentes), mesmo que sendo visto como generalistas/imediatistas e da autoimagem que os/as profissionais possuem de si mesmos/as como facilitadores de direitos e participativos.

Em síntese, o projeto de contrarreforma do Estado tem trazido para o PEPP não somente uma questão de aplicabilidade ou retórica/falácia, mas também uma questão de estranhamento entre aquilo que foi elaborado e o que está de fato sendo realizado, ou seja, entre a projeção/intencionalidade e a intervenção, pois os artigos evidenciam que os/as profissionais tendem a reproduzir o discurso crítico, no entanto uma análise mais apurada revela haver uma insuficiência teórico-metodológica manifestando uma realização superficial do arsenal da teoria social de Marx quanto do materialismo histórico-dialético entre os que proferem sua vinculação ao PEPP.

É válido ressaltar que o projeto profissional crítico é um momento de preparação para uma práxis, que reforça um projeto de sociedade maior, portanto, se constitui para a categoria profissional como um mirante, um farol.

No entanto o projeto profissional não é o ápice do exercício profissional, ou seja, o momento mais importante, pois tal momento é a intervenção que, por sua vez, deve sempre estar pautada no PEPP.

Igualmente, nessa área de embate entre racionalidades, é imprescindível a compreensão e apropriação por parte da categoria da racionalidade dialética e emancipatória.

Como tão bem nos retrata o velho Marx (2011, p.25) “os homens fazem a sua própria história; contudo não a fazem de livre espontânea vontade, pois não são eles quem escolhem as circunstâncias sob as quais ela é feita”, portanto pensar o exercício profissional e a materialização do PEPP neste nebulosos tempos de Contrarreforma do Estado remete a categoria a refletir sobre fenômenos postos na contemporaneidade que necessitam de um suporte teórico-metodológico que, sendo devidamente apropriado, forneça-lhes a sustentação necessária tanto para a projeção quanto para a materialização da intervenção, acrescidos ainda de uma dimensão ético-política.

Assim, vê-se que a hipótese levantada por esse estudo é verdadeira, pois o debate profissional acerca da atuação profissional de assistentes sociais nos serviços de saúde evidenciou que a atual conjuntura de contrarreforma do Estado inflexiona o exercício profissional em detrimento do que se encontra previsto no PEPP.

Não se tem por pretensão esvaziar aqui a temática, ou encontrar todas as respostas para algo tão complexo e que necessita não somente ser apreendido pela literatura, mas que precisa ser investigado entre e dentro da própria categoria profissional, porém algumas questões fazem-se necessárias.

A primeira relaciona-se a aspectos voltados a formação profissional, haja vista que atualmente o projeto de contrarreforma tem trazido para o ensino de nível superior o aligeiramento, como também a racionalidade instrumental para as grades curriculares dos cursos, que no caso do Serviço Social tenta esvaziar a dimensão ético-política e teórico-metodológica apenas ratificando a dimensão técnico-operativa desprovendo-lhe de uma instrumentalidade crítica necessária. Então não seria essa uma das razões para as inflexões sofridas pelo PEPP advindas da lógica da contrarreforma do Estado, não só no campo da saúde, mas nas diversas outras áreas?

Outra questão que se coloca, mas não desarticulada da primeira, seria a forma como a categoria tem se apropriado do arsenal teórico-metodológico que tem elegido como sustentáculo para o PEPP, e ainda como a categoria tem apreendido às mediações necessárias para a compreensão de como fazer que o PEPP seja materializado de fato no exercício profissional e que essa expressão evidencie a compatibilidade entre os conteúdos ético-político e técnico-operativo elencados pela profissão.

Enfim, são questões se apresentam e que devido à brevidade desse estudo deixa-se em aberto para pesquisas futuras.

REFERÊNCIAS

- ABRAMIDES, M.B.C. Desafios do projeto profissional de ruptura com o conservadorismo. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 91, p. 34-48, set. 2007.
- ALENCAR, M.M.T. de; GRANEMANN, S. Ofensiva do capital e as novas determinações do trabalho profissional. **Katálisis**, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 161-169, jul./ dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v12n2/05.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2017.
- ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, E. ; GENTILI, P. (orgs.). **Pós- neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra: 1995, p. 9-23.
- ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho**. 2 ed. 10 reimp. rev. e ampl. São Paulo: Boitempo, 2009 (Coleção mundo do trabalho).
- _____. **Adeus ao trabalho?: Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. 16 ed. São Paulo: Cortez, 2015.
- ANTUNES, R.; PRAUN, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n.113, p. 407-427, jul./dez- 2015.
- ARRETCHE, M. A Política da Política de Saúde no Brasil. In: LIMA, N.T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F.C.; SUÁREZ, J.M. (orgs.). **Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, p. 285-306.
- AYRES, J.R de C.M. Ricardo Bruno: história, processos sociais e práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Manguinhos/RJ, v. 20, n. 3, p. 905-912, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/pt_1413-8123-csc-20-03-00905.pdf>. Acesso em: 06 fev. 2018.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 4 ed. rev. actual. Lisboa: Edições 70, 2008.
- BARROCO, M.L.S.; TERRA, S.H.; CFESS (org.). **Código de Ética do/a Assistente Social comentado**. São Paulo: Cortez, 2012.
- BATTINI, O. Atitude investigativa e prática profissional. In: BAPTISTA, M.V.; BATTINI, O. **A prática profissional do assistente social: teoria, ação, construção de conhecimento**. São Paulo: Veras Editora, 2009 (volume I).
- BEHRING, E.R. **Brasil em contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- BEHRING, E.R. Expressões políticas da crise e as novas configurações do estado e da sociedade civil. In: CFESS/ABEPSS (org.). **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

_____; BOSCHETTI, I. **Política Social**: fundamentos e história. 9 ed. São Paulo: Cortez, 2011 (Biblioteca Básica de Serviço Social; v. 2).

BOTELHO, L.L.R.; CUNHA, C.C. de A.; MACEDO, M. O método de revisão integrativa nos estudos organizacionais. In: **Gestão e Sociedade**, Belo Horizonte, vol. 5, n° 11, pp. 121-136, mai./ agost. 2011. Disponível em: <<http://www.gestoesociedade.org/gestoesociedade/article/view/1220/906>>. Acesso em: 15 ago. 2017

BOTTOMORE, T. (ed.). **Dicionário do pensamento marxista**. Trad. Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Jorge Zahar editor, 2013 (edição digital).

BOURGUIGNON, J.A. A particularidade histórica da pesquisa em Serviço Social. **Katálysis**, Florianópolis-SC, v. 10, n. esp., p. 46-54, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v10nspe/a0510spe.pdf>>. Acesso em : 01 jul. 2018.

BRANDAU, R.; MONTEIRO, R.; M. BRAILE, D. Importância do uso correto dos descritores nos artigos científicos. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, São José do Rio Preto/SP, v. 20, n.1, jan./mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-76382005000100004>. Acesso em: 30 ago. 2017.

BRASIL. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011 (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/abril/17/AF-Carta-Usuarios-Saude-site.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2017.

_____. **Código de Ética do/a Assistente Social**. Lei nº 8.662/93 de regulamentação da Profissão. 10 ed. rev. e atual. Brasília-DF: Conselho Federal de serviço Social, 2012.

_____. **Legislação sobre o SUS**: Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica do SUS), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, e legislação correlata. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições da Câmara, 2015. (Série Legislação, n. 154).

_____. **Lei nº 12.550 de 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/L12550.htm>. Acesso em: 07 out. 2017.

_____. **Lei nº 9.637 de 15 de março de 1998**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do projeto Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/LEIS/L9637.htm>. Acesso em: 07 out. 2017.

_____. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3. ed. ampl. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_3ed.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2018

_____. **Portaria nº 2.048/GM de 05 de novembro de 2002**. Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.htm>. Acesso em: 07 out. 2017.

_____. **Portaria nº 1.863/GM de 29 de setembro 2003**. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.htm>. Acesso em: 07 out. 2017.

_____. **Plano Diretor da reforma do aparelho do Estado**. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1995. Disponível em: <<http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/publicacoes-oficiais/catalogo/fhc/plano-diretor-da-reforma-do-aparelho-do-estado-1995.pdf/view>>. Acesso em: 04 de out. 2017.

_____. **Projeto Fundação Estatal- Principais Aspectos**. Brasília-DF: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Secretaria de Gestão, 2007. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/seges/fundacao_estatal/arquivos/081005_pfe_arq_proposta.pdf>. Acesso em: 06 out. 2017.

_____. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília- DF: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 07 out. 2017.

_____. **Resolução nº 218 de 06 de março de 1997**. Regulamentação das profissões em saúde. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1997. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/resolucao218_05_05_97.pdf> Acesso em: 14 fev. 2018.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. Trad. Nathanael C. Caixeiro. 3 ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editor, 1987.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A.E. [et. al.] (orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 3 ed. São Paulo: Cortez; Brasília-DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008, p. 88-110.

_____. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____ ; MATOS, M. C. de. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, A.E. [et. al.] (orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 3 ed. São Paulo: Cortez; Brasília-DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008, p. 197- 217.

_____ ; MENEZES, J. S. B de. A Política de Saúde na Atual Conjuntura: algumas reflexões sobre os Governos Lula e Dilma. In: SILVA, L.B.S.; RAMOS, A (orgs.). **Serviço Social, Saúde e Questões Contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional**. Campinas-SP: Papel Social, 2013, p. 19-47.

_____. Lutas pela Saúde e a Frente Nacional Contra a Privatização: desafios à assessoria realizada pelos assistentes sociais. In: DUARTE, M.J. de O. [et.al.] (orgs.). **Política de Saúde hoje: interfaces e desafios no trabalho de assistentes sociais**. Campinas- SP: Papel Social, 2014, p.67-89.

BRAZ, M. O governo Lula e o projeto ético-político do Serviço Social. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 78, p. 48-68, jul. 2004.

BVS. Biblioteca Virtual da Saúde. **Descritores DeCS**. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/>>. Acesso em: 11 ago. 2017

CARDOSO, P. F.G. **Ética e Projetos Profissionais: os diferentes caminhos do serviço Social no Brasil**. Campinas-SP: Editora Papel Social, 2013.

_____ ; TORRES, A. A. Rupturas, desafios e luta por emancipação: a ética profissional no Serviço Social brasileiro. In: SILVA, M.L. de O. e (org.). **Serviço Social no Brasil: histórias de resistências e de ruptura com o conservadorismo**. São Paulo: Cortez, 2016.

CARDOSO, R.O. O processo de contrarreforma do Estado brasileiro e a Empresa de Serviços Hospitalares: a privatização mascarada dos Hospitais Universitários. In: BRAVO, M.I.S. MENEZES, J.S.B. (orgs.). **A Saúde nos Governos do Partido dos Trabalhadores e as Lutas Sociais contra a Privatização**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014, p. 32- 45.

CARVALHO, G.I. de; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080/1990 e nº 8. 142/1990)**. 4 ed. rev. ampl. Campinas-SP: Ed. Unicamp, 2006.

CARVALHO, M. do C. B. de; NETTO, J. P. **Cotidiano: conhecimento e crítica**. 9 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

CASTELO, R. O novo-desenvolvimentismo e a decadência ideológica do estruturalismo latino-americano. **OIKOS**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 71-91, 2009. Disponível em: <<http://www.revistaoidos.org/seer/index.php/oikos/article/viewFile/132/111>>. Acesso em: 04 de abr. 2018.

CBAS, CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 15., 2016 Recife-PE. **Anais Eletrônicos...** Recife: CRESS-PE/CFESS/ABEPSS/ ENESSO, 2016. 1 CD-ROM.

CEOLIN, G.F. Crise do capital, precarização do trabalho e impactos no Serviço Social. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, Cortez, n. 118, p. 239-264, abr./jun. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Assistentes Sociais no Brasil:** elementos para o estudo do perfil profissional. Brasília-DF: 2005 (edição virtual). Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/perfilas_edicaovirtual2006.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2018.

_____. **Legislação e Resoluções sobre o trabalho do/a Assistente Social.** Brasília: CFESS, 2011.

_____. **Parâmetros de atuação de assistentes sociais na política de saúde.** Brasília: CFESS, 2010. (Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais; v.2).

_____. **Residência em Saúde e Serviço Social:** subsídios para reflexão. Brasília: CFESS, 2017. (Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais; v.6).

CORREIA, M.V.C. EBSEH: lutas e resistências à lógica mercantil nas Universidades. In: BRAVO, M.I.S. MENEZES, J.S.B. (orgs.). **A Saúde nos Governos do Partido dos Trabalhadores e as Lutas Sociais contra a Privatização.** Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014, p. 46-52.

COSTA, M.D.H. da. Os serviços na contemporaneidade: notas sobre o trabalho nos serviços. In: MOTA, A.E. (org.). **A nova fábrica de consensos:** ensaios sobre a reestruturação empresarial, o trabalho e as demandas ao Serviço Social. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, Cortez, n. 62, p. 35-72, mar./ 2000.

COSTA, L. C. da. **Os impasses do estado capitalista:** uma análise sobre a reforma do Estado no Brasil. Ponta Grossa-PR: UEPG; São Paulo: Cortez, 2006.

CUNHA, P. L. P. da; CUNHA, C. S. da; ALVES, P. F. (orgs.). **Manual de Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa:** a pesquisa baseada em evidências. Belo Horizonte: Grupo Anima Educação-EAD, 2014. (recurso eletrônico; E-book).

DAL ROSSO, S. **Mais Trabalho!:** A intensificação do labor na sociedade contemporânea. São Paulo: Boitempo, 2008.

DRUCK, G. Precarização do Trabalho no Brasil: alguns indicadores. In: ANTUNES, R. (org.). **Riqueza e Miséria do Trabalho no Brasil II.** São Paulo: Boitempo, 2013, p. 55-73 (coleção Mundo do Trabalho).

DUARTE, M.J. de O. Processo de trabalho em saúde e Serviço Social: notas sobre o trabalho profissional no campo da saúde. In: DUARTE, M.J. de O. [et al.] (orgs.). **Política de Saúde hoje: interfaces e desafios no trabalho de assistentes sociais**. Campinas-SP: Papel Social, 2014.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R. do; EDLER, F. C. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, N.T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F.C.; SUÁREZ, J.M. (orgs.) **Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, p. 59-81.

FAERMANN, L. A. Teoria social de Marx: conhecimentos e contribuições ao trabalho do assistente social. **Serviço Social em Revista**, Londrina-PR, v. 18, n. 2, p. 34-51, jan/jun. 2016. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/viewFile/22804/1910>>. Acesso em: 02 mai. 2018.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, nº 3, v. 14, p. 743- 752, mai./ jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/10.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2017.

FORTI, V.; COELHO, M. Contribuição à crítica do projeto ético-político do serviço social: considerações sobre fundamentos e cotidiano institucional. In: FORTI, V.; GUERRA, Y. (orgs.). **Projeto Ético-Político do Serviço Social: contribuições para a sua crítica**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2015 (coletânea nova de Serviço Social).

FRANCO, T.; DRUCK, G.; SELIGMAN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais do trabalho precarizado. In: **REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE OCUPACIONAL**, vol. 35, nº 122, p. 429- 448. São Paulo: Fundacentro, 2010. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v35n122/a06v35n122.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2016.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E. [et al.]. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 2007. (coleção Saúde em debate; v. 155).

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. **Em defesa do SUS: público, estatal, universal e de qualidade**. Nov. 2011. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0B55E03eNUSwpTnBjTXpPd2ZROWI6bUctbE14cHFQZw/view>>. Acesso em: 04 abr. 2018.

_____. **Quem somos**. 2018. Disponível em: <<http://www.contraprivatizacao.com.br/p/quem-somos.html>>. Acesso em: 04 abr. 2018

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6 ed. 7 reimpr. São Paulo: Atlas, 2016.

GRANEMANN, S. **Fundações Estatais**: projeto de estado do capital. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (orgs). **Saúde na atualidade**: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius - ADUFRJ, 2011, p. 46-55. Disponível em: <http://www.adufrj.com.br/wp-content/uploads/2013/03/Revista_cadernos_de_Saude_PAGINA.pdf>. Acesso em: 30 out. 2017.

GUERRA, Y. **A Instrumentalidade do Serviço Social**. 10 ed. São Paulo Cortez, 2014.

_____. **A instrumentalidade no trabalho do Assistente Social**. Publicado originalmente em Capacitação em Serviço Social e Política Social- modulo 4: o Trabalho do assistente social e as políticas sociais, CFESS/ABEPSS/ UNB: 2000a. Disponível em: <<http://www.cedeps.com.br/wp-content/uploads/2009/06/Yolanda-Guerra.pdf>> Acesso em 28 de abril de 2017.

_____. Instrumentalidade do processo de trabalho e Serviço Social. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 62, p. 5-34, mar. 2000b.

_____. Nas pegadas dos 80 anos de história do Serviço Social: o debate da instrumentalidade como marco. In: SILVA, M.L. de O. e (org.). **Serviço Social no Brasil**: histórias de resistências e de ruptura com o conservadorismo. São Paulo: Cortez, 2016.

_____. O Projeto Profissional Crítico: estratégia de enfrentamento das condições contemporâneas da prática profissional. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 91, p. 5-33, set. 2007.

_____. Sobre a possibilidade histórica do projeto ético-político profissional: a apreciação crítica que se faz necessária. In: FORTI, V.; GUERRA, Y. (orgs.). **Projeto Ético-Político do Serviço Social**: contribuições para a sua crítica. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2015 (coletânea nova de Serviço Social).

HARVEY, D. **Condição pós-moderna**: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. Trad. Adail Ubirajara Sobral e Maria Stela Gonçalves. 17 ed. São Paulo: Loyola, 2008.

HIRATA, H.; PRÉTECEILLE, E. Trabalho, exclusão e precarização socioeconômica: o debate das ciências sociais na França. **Caderno CRH**, Salvador-BA, v. 15, n. 37, p. 47-80, jul./dez. 2002. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/crh/article/view/18602/11976>>. Acesso em: 25 jan. 2016.

IAMAMOTO, M.V. **O Serviço Social na Contemporaneidade**: trabalho e formação. 24 ed. São Paulo: Cortez, 2013.

_____. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. In: CFESS/ABEPSS (orgs.). **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

_____. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do(a) Assistente Social na atualidade. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Atribuições Privativas do/a Assistente Social em questão**. 1 ed. ampl. Brasília-DF: 2012.

_____. **Serviço Social em tempo de Capital Fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão Social. 9 ed. São Paulo: Cortez, 2015.

_____; CARVALHO, R. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 14 ed. São Paulo Cortez/CELATS, 2001.

LACERDA, L.E.P. de. Exercício profissional do assistente social: da imediaticidade às possibilidades históricas. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 117, p. 22-44, jan./mar. 2014.

LANZA, L.M.B.; CAMPANUCCI, F da S.; BALDOW, L.O. As profissões em saúde e o Serviço Social: desafios para a formação profissional. **Katálisis**, Florianópolis/SC, v. 15, n. 2, p. 212-220, jul./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v15n2/06.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2018

LIMA, N.T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F.C.; SUÁREZ, J.M. (orgs.). **Saúde e Democracia**: história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, p. 15-23.

LIMA, T. C. S. de; MIOTO, R. C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Katálisis**. Florianópolis, v. 10, n. esp., p. 37-45, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v10nspe/a0410spe.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2017

MACHADO, M.H. Trabalhadores da Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: LIMA, N.T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F.C.; SUÁREZ, J.M. (orgs.). **Saúde e Democracia**: história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, p. 257- 281.

MANDEL, E. **O Capitalismo Tardio**. Tradução de Carlos Eduardo S. Matos (et al). São Paulo: Abril Cultural, 1982 (Série Os Economistas).

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARTINELLI, M.L. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, Cortez, n. 117, p. 497-508, jul./set. 2011.

MARX, K. **Manuscritos econômico-filosóficos**. Trad. e nota Jesus Ranieri. São Paulo: Boitempo, 2004.

_____. **O 18 de brumário de Luís Bonaparte**. São Paulo: Boitempo, 2011 (coleção Marx-Engels)

_____. **O Capital**. Livro I, capítulo VI (inédito): resultados do processo de produção imediata. São Paulo: Editora Moraes, 1985.

_____. **O Capital**: crítica da economia política. Livro I: o processo de produção do capital. Trad. Rubens Enderle. 2 ed. São Paulo: Boitempo, 2017.

_____. **Sobre a questão judaica**. Trad. Nélio Schneider. São Paulo: Boitempo, 2010 (coleção Marx-Engels).

MARX, K.; ENGELS, F. **Manifesto Comunista**. Trad. Álvaro Pina. 4 reimpr. São Paulo: Boitempo, 2005 (coleção Marx-Engels).

MATOS, M.C. de. No rastro dos acontecimentos: a Política de saúde no Brasil. In: DUARTE, M.J. de O. [et.al.] (orgs.). **Política de Saúde hoje**: interfaces e desafios no trabalho de assistentes sociais. Campinas- SP: Papel Social, 2014, p. 27- 46.

_____. **Serviço Social, ética e saúde**: reflexões para o exercício profissional. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2017.

MENDES, J.M.R.; ALMEIDA, B. de L. F. de. As recentes tendências da pesquisa em Serviço Social. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 120, p. 640-661, out./dez. 2014.

MENICUCCI, T.M.G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciência, Saúde- Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n 1, p. 77-92, jan./ mar., 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00077.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2017

MERHY, E.E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: **Saúde e democracia**: a luta do Cebes. São Paulo: Lemos editorial, 1997.

_____. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 2014 (coleção Saúde em Debate; v. 145).

_____. Trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2 ed. ver. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

MÉSZÁROS, I. **A crise estrutural do Capital**. Trad. Francisco Raul Cornejo [et al.]. 2 ed. rev. e ampliada. São Paulo: Boitempo, 2011.

MINAYO, M.C de S. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis/RJ: Vozes, 1994.

MIOTO, R.C.T.; NOGUEIRA, V.M.R. Sistematização, planejamento, e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: MOTA, A.E. [et. al.] (orgs.). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. 3 ed. São Paulo: Cortez; Brasília-DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.

MIRANDA, A.P.R. de S. **Inserção do Serviço Social nos processos de trabalho em serviços públicos de saúde – concepções e práticas**: estudo de caso em um Hospital Universitário – João Pessoa- PB. Tese (doutorado em Serviço Social). São Paulo-SP: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Pós-graduados em Serviço Social, 2011.

MONTAÑO. C. DURIGUETTO, M.L. **Estado, classe e movimento social**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2011. (Biblioteca Básica de Serviço Social; v. 5).

MORAES, A. de. **Direito Constitucional**. 23ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 2008.

MOTA, A. E. As crises contemporâneas e as transformações na produção capitalista. In: CFESS/ABEPSS (org.). **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

NETTO, J. P. A construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: MOTA, A.E. [et. al.] (orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 3 ed. São Paulo: Cortez; Brasília-DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.

_____. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. 8 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. 17 ed. São Paulo: Cortez, 2015.

_____. Introdução ao método na teoria social. In: CFESS/ ABEPSS (orgs.). **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília-DF: CFESS/ABEPSS, 2009.

_____; BRAZ, M. **Economia Política: uma introdução crítica**. 8 ed. São Paulo: Cortez, 2012 (Biblioteca Básica de Serviço Social; v.1).

NUNES, E.D. Cecília Donnangelo: pioneira na construção teórica de um pensamento social em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Manguinhos/RJ, v. 13, n. 3, p. 909-916, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n3/13.pdf>>. Acesso em: 06 fev. 2018.

OLIVEIRA, N.R.de C. **Redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizada em redes**. São Luís: UNA-SUS, UFMA, EDUFMA, 2016.

ORTIZ, F. da S.G. **O Serviço Social e sua imagem: avanços e continuidades de um processo em construção**. Tese (doutorado em Serviço Social). Rio de Janeiro: UFRJ, Escola de Serviço Social, 2007.

PAIM, J.S. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis- Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n. 4, p. 625-644, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n4/v18n4a03.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2017.

_____. **Reforma Sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Bahia: Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, 2007.

_____. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, nº 81, p. 27-37, jan./abr. 2009. Disponível em: <<http://www.nesc.ufpr.br/processoseletivo2015/politicas/PAIM,%20Jairnilson%20%20Uma%20an%C3%A1lise%20sobre%20o%20processo%20da%20Reforma%20Sanit%C3%A1ria%20brasileira.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2017.

PEDDUZI, M.; SCHRAIBER, L.B. Processo de trabalho em saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F (orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2 ed. ver. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PONTES, R.N. **Mediação e Serviço Social**: um esboço preliminar sobre a categoria teórica e sua aproximação pelo Serviço Social. 8 ed. rev. e ampl. São Paulo: Cortez, 2016.

PRADANOV, C.C.; FREITAS, E.C. de. **Metodologia do Trabalho Científico**: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2 ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013. (recurso eletrônico; E-book).

PRATES, J.C. A produção de conhecimento e a contribuição dos periódicos para o amadurecimento teórico do Serviço Social. **Textos e Contextos**, Porto Alegre-RS, v.12, n. 2, p. 213-220, jul./dez. 2013. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/16295/10736>>. Acesso em: 01 jul. 2018.

PROFISSÕES DO SUS: Assistentes sociais articulam saúde com seguridade e demais políticas sociais. **Radis**: comunicação e saúde, Rio de Janeiro, Ensp/Fiocruz, nº 179, p. 29-31, ago./2017.

RAICHELIS, R. O Assistente Social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, nº 117, p. 420-437, jul./ set., 2011.

_____. Proteção Social e trabalho do assistente social: tendências e disputas na conjuntura de crise mundial. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 116, p. 609-635, out./ dez. 2013.

RAMOS, S.R.; SANTOS, S.M. de M. dos. Projeto profissional e organização política do Serviço Social brasileiro: lições históricas e lutas contemporâneas. In: SILVA, M.L. de O. e (org.). **Serviço Social no Brasil**: histórias de resistências e de ruptura com o conservadorismo. São Paulo: Cortez, 2016.

REDEKER, G. Coherence and Structure in Text and Discourse. In: BUNT, H.; BLACK, W. **Abduction, Belief and Context in Dialogue**: Studies in Computational Pragmatics. Amsterdam: John Benjamins Publishing, 2000.

REZENDE, C.A.P. O modelo de Gestão do SUS e as ameaças do projeto neoliberal. In: BRAVO, M.I.S. [et.al.] (orgs.). **Política de Saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde**. Rio de Janeiro: Rede Sirius/ Adufrj-SSind, 2008, p. 25-35.

RIBEIRO, E.M.; PIRES, D.E.; BLANK, V.L.G. A temática do processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. In: FONSECA, A.F; UFFER, A. de B. **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007. (coleção educação profissional e docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde; v. 5).

RICHARDSON, R. J. (et al.). **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3 ed. rev. ampl. São Paulo: Atlas, 1999.

SAMPAIO JR., P.de A. Desenvolvimentismo e neodesenvolvimentismo: tragédia e farsa. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 112, p. 672-688, out./dez. 2012.

SANTOS, C.M. dos. **Na prática a teoria é outra?: Mitos e dilemas na relação entre teoria, prática, instrumentos e técnicas no Serviço Social**. 3 ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

SANTOS, C.M. dos; FILHO, R. de S.; BACKX, S. A dimensão técnico-operativa do Serviço Social: questões para reflexão. In: SANTOS, C.M. dos; BACKX, S; GUERRA, Y. (orgs.). **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2017.

SANTOS, J.S. **Neoconservadorismo Pós-moderno e Serviço Social brasileiro**. São Paulo: Cortez, 2007. (coleção questões da nossa época; v. 132).

SEVERINO, A.J. **Metodologia do Trabalho Científico**. 23 ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, A.X. da. A reforma sanitária brasileira na contemporaneidade: resistência ou consenso. **Katálysis**, Florianópolis-SC, v. 17, n. 2, p. 159-166, jul./ dez. 2014a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v17n2/1414-4980-rk-17-02-0159.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2018.

_____. **Lutas sociais e contradição dos sujeitos políticos coletivos no processo da Reforma Sanitária Brasileira**. Tese (Doutorado em Serviço Social). Recife-PE: Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2014b.

SILVA, O.D. da; RAICHELIS, R. O assédio moral nas relações de trabalho do (a) assistente social: uma questão emergente. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, nº 123, p. 582-603, jul. /set. 2015.

SIMAS, F. do N.; RUIZ, J.L. de S. Exercício profissional: uma mediação central entre direitos humanos e o projeto ético-político do Serviço Social brasileiro. In: FORTI, V.L.; GUERRA, Y. A.D. (orgs.). **Projeto Ético-Político do Serviço Social: contribuições a sua crítica**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2015 (Coletânea Nova de Serviço Social).

SIMÕES, C. **Curso de Direito do Serviço Social**. 7 ed. São Paulo: Cortez. (Biblioteca Básica de Serviço Social; v. 3).

SOARES, R.C. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social**. Tese (Doutorado em Serviço Social). Recife-PE: Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2011.

SODRÉ, F. Serviço Social e o campo da saúde: para além dos plantões e encaminhamentos. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 103, p. 453-475, jul./set. 2010.

SOUSA, M. A. S. L de. As Novas Configurações do Trabalho em Saúde: os indicativos do processo de desregulamentação. **Textos e Contextos**, Porto Alegre, v. 9, nº 2, p. 334-344, ago. /dez. 2010. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/7340/5793>>. Acesso em: 03 mar. 2017.

_____. **O trabalho em saúde**: os fios que tecem a (des) regulamentação do trabalho nos serviços públicos. Tese (doutorado em Serviço Social). Universidade federal de Pernambuco: CCSA, 2009.

SOUZA, O.M.; DOMINGUES, A. Emancipação política e humana em Marx: alguns apontamentos. **Revista eletrônica Arma Crítica**, Ceará, n. 04, dez. 2012. Disponível em: <http://www.armadacritica.ufc.br/phocadownload/artigo4_20131.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2018.

TEIXEIRA, J.B.; BRAZ, M. O projeto ético-político do Serviço Social. In: CFESS/ABEPSS (orgs.). **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

TEIXEIRA, M.J. de O. As Unidades de Pronto Atendimento Pré-Hospitalar Fixo (Upas) 24 h. O fetiche do novo modelo de gestão e o impacto de Sistema Único de Saúde. In: DUARTE, M.J. de O. [et al.] (orgs.). **Política de Saúde hoje**: interfaces e desafios no trabalho de assistentes sociais. 1 ed. Campinas-SP: Papel Social, 2014.

TORRES, M.M. O exercício profissional do assistente social em questão: as publicações da área de Serviço Social. In: FORTI, V.; GUERRA, Y. (org. e coord.). **Serviço Social**: temas, textos e contextos. 5 ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2016. (Coletânea nova de Serviço Social, n. 2).

TUMOLO, P.S. **Da subsunção formal do trabalho à subsunção real da vida social ao capital**: apontamentos de interpretação do capitalismo contemporâneo. Disponível em: <http://www.portalanpedsul.com.br/admin/uploads/2000/Aprendizagem_e_conhecimento/Comunicacao/12_38_03_3176.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2017

VASCONCELOS, A.M. de. **A prática do Serviço Social**: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez, 2002.

VASCONCELOS, C.M. de; PASCHE, D.F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G.W.de S. [et.al.]. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2006, p. 531- 562.

YAZBEK, M.C. O significado sócio-histórico da profissão. In: CFESS/ABEPSS (org.). **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

APÊNDICES

Apêndice A- Matriz de síntese: Roteiro de leitura



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA- UFPB
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES- CCHLA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL-PPGSS
MESTRADO ACADÊMICO**

SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: particularidades da produção do conhecimento acerca do exercício profissional dos (as) assistentes sociais em tempos de contrarreforma do Estado

INSTRUMENTO: ROTEIRO PARA LEITURA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES DE PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

| REFERÊNCIA DA OBRA |
|--|
| Título: |
| Autoria: |
| Eixo Temático: |
| Código do Trabalho: |
| Região do Brasil de onde o trabalho é oriundo: |
| Os/as autores/as são vinculados a instituições: () públicas () de ensino (universidades) () privadas () de prática profissional () OSs/Fundações () de ensino/ prática profissional |

| CARACTERIZAÇÃO DA OBRA |
|--|
| Tema: |
| Objeto de estudo: |
| Objetivo da obra: |
| Vinculação com tema da pesquisa: Objetivo se vincula ou corresponde ao tema da pesquisa? |

| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcialmente | |
|--|--|
| Conceitos ou categorias principais da obra (palavras-chave): | Tipo de pesquisa/estudo: <input type="checkbox"/> pesquisa de campo; <input type="checkbox"/> pesquisa bibliográfica/ revisão de literatura <input type="checkbox"/> estudo de caso; <input type="checkbox"/> pesquisa documental; <input type="checkbox"/> relato de experiência; <input type="checkbox"/> estudo ou revisão sistemática; <input type="checkbox"/> outro. Qual? _____ |
| Teoria norteadora: <input type="checkbox"/> implícita <input type="checkbox"/> com ecletismo <input type="checkbox"/> explícita <input type="checkbox"/> sem ecletismo Identificar qual: <input type="checkbox"/> não identificada | Enfoque metodológico: <input type="checkbox"/> implícito <input type="checkbox"/> explícito Identificar qual: <input type="checkbox"/> não se aplica |
| Universo: Amostra: <input type="checkbox"/> não se aplica | Característica da amostra: <input type="checkbox"/> contexto de atenção básica; <input type="checkbox"/> contexto de média complexidade; <input type="checkbox"/> contexto de alta complexidade; <input type="checkbox"/> não se aplica |
| Resumo: | |

| CONTRIBUIÇÕES DA OBRA |
|---|
| Categorias e conceitos ou descritores (por ordem de relevância – escolher as duas que mais aparecem): <input type="checkbox"/> Exercício ou prática profissional; |

- Serviço Social;
- Serviços de Saúde;
- Reforma na Saúde ou Reforma Sanitária Brasileira;
- Contrarreforma ou Reforma do Estado ou Modernização do setor público;

Incidência de temáticas (por ordem de relevância – escolher as duas que mais aparecem):

- Exercício Profissional;
- Trabalho em saúde e trabalho coletivo;
- Serviços de saúde;
- trabalho em equipe, multiprofissional ou interdisciplinar;
- Trabalho intersetorial;
- Projeto Ético-Político Profissional;
- Instrumentalidade;
- Controle Institucional;
- Qualidade dos serviços;
- Direitos sociais e cidadania;
- Proteção Social

Perspectiva da Obra (qual a perspectiva sobre o exercício profissional presente na obra):

- implícito explícito

-

Acerca da questão “real/ideal”, existe compatibilidade entre as propostas do PEPP e as ações efetivamente desenvolvidas pelo assistente social?

- não se aplica

Sobre a organização do trabalho, como ocorre a articulação entre teoria e prática?

- não se aplica
- no discurso (idealmente);
- materializada por mediações;

Organização interna dos serviços de saúde:

- não se aplica

burocrática e verticalizada;

horizontal e democrática (controle social).

Principais ações desenvolvidas pelo assistente social:

não se aplica

-

Demandas para o Serviço Social (dos serviços de saúde, das equipes, dos usuários):

não se aplica

-

Imagem prevalente do Serviço Social na instituição:

não se aplica

imediatista;

generalista;

participativo e facilitador de direitos.

Autoimagem prevalente do Serviço Social na instituição:

não se aplica

imediatista;

generalista;

participativo e facilitador de direitos;

Qual a instrumentalidade predominante no trabalho do assistente social nos serviços de saúde nesta conjuntura de contrarreforma do Estado?

não se aplica

reforça as razões formal-abstrata e instrumental;

pauta-se na razão emancipatória (dialética);

- **Justifique:**

Principais direitos defendidos no exercício profissional do assistente social nos serviços de saúde mediante a conjuntura de contrarreforma:

não se aplica

-

Qual a concepção de saúde que orienta o exercício profissional do assistente social nos serviços de saúde:

não se aplica

Ampliada/ racionalizadora (projeto reformista);

Conservadora/ modernizante (projeto privatista).

Quais as principais competências e atribuições de assistentes sociais expressos no exercício profissional:

não se aplica

-

Há características presentes no exercício profissional que referenciam a prática do Serviço Social Tradicional?

sim não não se aplica

Caso sim, quais são?

-

Apêndice B- Fichas com as referências dos artigos analisados



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA- UFPB
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES- CCHLA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL-PPGSS
MESTRADO ACADÊMICO**

SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: particularidades da produção do conhecimento acerca do exercício profissional dos (as) assistentes sociais em tempos de contrarreforma do Estado

REFERÊNCIAS DOS ARTIGOS ANALISADOS

| REFERÊNCIA DA OBRA | |
|---|----------------------------------|
| Roteiro de leitura nº: 01 | Código do Trabalho: 00073 |
| Título: O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE PÚBLICA: atribuições, demandas e desafios em Regime de Plantão | |
| Autoria: GABRIELA JESUS DE SOUZA ORTEGA, VANESSA PEREIRA MUNIZ | |
| Eixo Temático: Serviço Social, fundamentos, formação e trabalho profissional. Ênfase: trabalho profissional | |
| Tema: Condições de trabalho de assistentes sociais | |
| Objeto de estudo: Condições de trabalho de assistentes sociais segundo a organização dessa classe em regime de plantão na área da saúde. | |
| Objetivo da obra: Trazer algumas reflexões acerca das atribuições e demandas do serviço social na saúde pública, especificamente em regime de plantão. | |

| REFERÊNCIA DA OBRA | |
|---|----------------------------------|
| Roteiro de leitura nº: 02 | Código do Trabalho: 00093 |
| Título: PROTOCOLO DE SERVIÇO SOCIAL DAS REDES DE SAÚDE DO SUS ARACAJU: uma construção coletiva. | |
| Autoria: SINDAYA ROSE CARVALHO BELFORT, LARA VERÔNICA BRITO GOMES, IRACI RODRIGUES DE SÁ TELLES. | |
| Eixo Temático: Serviço Social, fundamentos, formação e trabalho profissional. Ênfase: trabalho profissional | |
| Tema: Construção de protocolo do Serviço Social na área da saúde | |
| Objeto de estudo: Processo de construção dos protocolos do Serviço Social nas redes de saúde SUS cidade de Aracaju. | |
| Objetivo da obra: Descrever o processo de trabalho coletivo, conduzido pela coordenação do Serviço Social, para a atualização e construção dos protocolos de Serviço Social no SUS/Aracaju, com ênfase na capacidade do Grupo de Trabalho de refletir criticamente sobre a prática e crescer a partir desta experiência. | |

| REFERÊNCIA DA OBRA | |
|--|----------------------------------|
| Roteiro de leitura nº: 03 | Código do Trabalho: 00284 |
| Título: PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO DO PROFISSIONAL DE SERVIÇO SOCIAL NO SETOR PÚBLICO: em foco área da saúde. | |
| Autoria: PATRÍCIA SHENNIA DE OLIVEIRA MELO | |
| Eixo Temático: Trabalho, Questão Social e Serviço Social | |
| Tema: Precarização do trabalho de assistentes sociais na área da saúde | |
| Objeto de estudo: Como a precarização do trabalho afeta os assistentes sociais inseridos na área da saúde? | |
| Objetivo da obra: Abordar a precarização do trabalho do assistente social na área da saúde, submetidos às profundas transformações societárias no mundo do trabalho, resultado dos ajustes neoliberais. | |

| REFERÊNCIA DA OBRA | |
|--|----------------------------------|
| Roteiro de leitura nº: 04 | Código do Trabalho: 00285 |
| Título: ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL GERAL EM UM HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE: uma abordagem para além do atendimento emergencial. | |
| Autoria: LUCIANA FERREIRA GOMES CAUÁS ESPINDOLA, CARLA CASSIANE CONSTANTINO DE HOLANDA, LAÍS MARIA XAVIER DA SILVA, ADRIANA LUNA DE BARROS RABELO. | |
| Eixo Temático: Serviço Social, Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional (ênfase em trabalho profissional). | |
| Tema: Atuação do Serviço Social em contexto hospitalar | |
| Objeto de estudo: Como se desenvolveu o Serviço Social no IMIP e sua articulação com o movimento mais geral da categoria no Brasil? | |
| Objetivo da obra: Narrar o histórico do Serviço Social no IMIP, problematizando-o, ao passo que realizará um paralelo entre a prática dos assistentes sociais nessa instituição, com o movimento a nível nacional da categoria, no que diz respeito às mudanças ocorridas no bojo do Serviço Social entre os anos de 1970 e os dias atuais. | |

| REFERÊNCIA DA OBRA | |
|---|----------------------------------|
| Roteiro de leitura nº: 05 | Código do Trabalho: 00301 |
| Título: A CONTRARREFORMA NA SAÚDE E SEUS IMPACTOS NA PRÁTICA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE | |
| Autoria: MAYLA STELLA DO NASCIMENTO FERREIRA, GLAUBIA MELLYSSA ALVES. | |
| Eixo Temático: Serviço Social, Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional (ênfase em trabalho profissional) | |
| Tema: Prática profissional de assistentes sociais | |
| Objeto de estudo: A contrarreforma do Estado brasileiro no âmbito da saúde e seus impactos sobre a prática profissional de assistentes sociais. | |
| Objetivo da obra: Discutir os impactos da contrarreforma na saúde através de discussões e reflexões promovidas por meio de produções científicas atreladas à entrevista com profissionais, visita e observação realizados em um hospital de alta complexidade no estado de Pernambuco. | |

| REFERÊNCIA DA OBRA | |
|---|----------------------------------|
| Roteiro de leitura nº: 06 | Código do Trabalho: 00365 |
| Título: A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA/ SAE A PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS | |
| Autoria: RAQUEL MAÍRA DOS SANTOS ALVES MILITÃO, VIVIANE ALLINE GREGORIO AZEVEDO BRAZ | |
| Eixo Temático: Serviço Social, Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional (ênfase em trabalho profissional) | |
| Tema: Atuação de Assistentes Sociais em serviços de saúde | |
| Objeto de estudo: Como se dá a atuação de assistentes sociais no atendimento a pessoas vivendo com HIV/AIDS? | |
| Objetivo da obra: Discutir a atuação das assistentes sociais à pessoa vivendo com HIV/AIDS, considerando a análise específica da realidade de trabalho no Serviço de assistência especializada em HIV/AIDS- SAE. | |

| REFERÊNCIA DA OBRA | |
|--|----------------------------------|
| Roteiro de leitura nº: 07 | Código do Trabalho: 00367 |
| Título: ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SERVIÇO SOCIAL NA DEFESA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: limites e possibilidades | |
| Autoria: IARA DA SILVA CARDOSO, LARISSA FIGUEIREDO PATRÍCIO, PHALLOMA OLIVEIRA TORRES | |
| Eixo Temático: Serviço Social, fundamentos, formação e Trabalho Profissional (ênfase: trabalho profissional) | |
| Tema: Atuação profissional de assistentes sociais | |
| Objeto de estudo: Como se processa na atuação profissional a defesa do SUS? | |
| Objetivo da obra: Analisar os limites e possibilidades presentes na atuação do profissional de Serviço Social na defesa do SUS. | |

| REFERÊNCIA DA OBRA | |
|--|----------------------------------|
| Roteiro de leitura nº: 08 | Código do Trabalho: 00440 |
| Título: A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE DO/A TRABALHADOR/A NO TOCANTINS | |
| Autoria: ALANA BARBOSA RODRIGUES, EDINALVA MARIA GOMES, MARIA HELENA CARIAGA | |
| Eixo Temático: Serviço Social, Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional (ênfase: trabalho profissional) | |
| Tema: Atuação Profissional na política de saúde do trabalhador | |
| Objeto de estudo: Como se processa a atuação profissional de assistentes sociais na execução da política de saúde do trabalhador/a? | |
| Objetivo da obra: Expor a atuação do Serviço Social na gestão da política de Saúde do/a Trabalhador/a, constituindo um debate fecundo na luta pelo fortalecimento do projeto ético - político frente à defesa e a mobilização da classe trabalhadora. | |

| REFERÊNCIA DA OBRA | |
|---|----------------------------------|
| Roteiro de leitura nº: 09 | Código do Trabalho: 00498 |
| Título: TRABALHO E SERVIÇO SOCIAL: a intervenção profissional do assistente social frente às novas demandas para a saúde no neoliberalismo | |
| Autoria: DENISE DOS PASSOS GAMA | |
| Eixo Temático: Trabalho, Questão Social e Serviço Social | |
| Tema: Exercício profissional na saúde no contexto neoliberal. | |
| Objeto de estudo: Intervenção profissional de assistentes sociais frente às novas demandas para a saúde no contexto do neoliberalismo | |
| Objetivo da obra: Visa refletir sobre a categoria trabalho mediante o contexto imposto pelo Capital Neoliberal, explicitando as alterações no mundo do trabalho tanto a nível mundial quanto nacional, bem como suas inflexões no âmbito da política de Saúde no Brasil, abarcando ainda como se perfila a intervenção profissional de assistentes sociais para responder as novas demandas. | |

| REFERÊNCIA DA OBRA | |
|--|----------------------------------|
| Roteiro de leitura nº: 10 | Código do Trabalho: 00499 |
| Título: UMA ANÁLISE SOBRE A INTERVENÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE | |
| Autoria: SILVANA MARIA ESCORSIM | |
| Eixo Temático: Serviço Social, Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional (ênfase: trabalho profissional) | |
| Tema: Intervenção Profissional de assistentes sociais | |
| Objeto de estudo: As incompatibilidades entre a intervenção profissional nos serviços de saúde e o atual PEPP | |
| Objetivo da obra: Refletir sobre o desenvolvimento histórico da Política de Saúde no Brasil a partir da Ditadura Militar e analisar o exercício profissional dentro dessa política. | |

| REFERÊNCIA DA OBRA | |
|--|----------------------------------|
| Roteiro de leitura nº: 11 | Código do Trabalho: 00520 |
| Título: OS MOVIMENTOS SOCIAIS COMO CAMPO DE POSSIBILIDADES PROFISSIONAIS PARA OS ASSISTENTES SOCIAIS ATUANTES EM SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: Reflexões a partir da configuração de um movimento social antimanicomial de Belo Horizonte, Minas Gerais | |
| Autoria: RONALDO ALVES DUARTE | |
| Eixo Temático: Movimentos Sociais e Serviço Social | |
| Tema: Exercício profissional de assistentes sociais em movimentos sociais | |
| Objeto de estudo: Como os movimentos sociais, em especial no âmbito da saúde mental, apresentam possibilidades de espaços para a atuação de assistentes sociais? | |
| Objetivo da obra: Apresentar uma reflexão que aponta possibilidades de ação para os assistentes sociais que, atuando em serviços de saúde mental, se inteirem de potenciais movimentos sociais formados nesse contexto. | |

| REFERÊNCIA DA OBRA | |
|---|----------------------------------|
| Roteiro de leitura nº: 12 | Código do Trabalho: 00521 |
| Título: A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA EM UBIRATÃ/PR | |
| Autoria: TÂNIA MARA DA SILVA BACKSCHAT, EDNEIA PEREIRA DE ANDRADE | |
| Eixo Temático: Serviço Social, Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional (ênfase: trabalho profissional) | |
| Tema: Trabalho do/a assistente social | |
| Objeto de estudo: Atuação profissional de assistentes sociais nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) | |
| Objetivo da obra: Discutir a atuação do assistente social nas equipes de saúde de uma pequena cidade paranaense. | |

| REFERÊNCIA DA OBRA | |
|--|----------------------------------|
| Roteiro de leitura nº: 13 | Código do Trabalho: 00523 |
| Título: O PROCESSO DE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ALTA COMPLEXIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE | |
| Autoria: RENATA GONÇALVES MUNIZ, IVANA REGINA BASTOS MONTEIRO | |
| Eixo Temático: Serviço Social, Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional (ênfase: trabalho profissional) | |
| Tema: Processo de trabalho de assistentes sociais | |
| Objeto de estudo: O processo de trabalho de assistentes sociais em um hospital de alta complexidade | |
| Objetivo da obra: Analisar o processo de trabalho do assistente social no espaço do Hospital Federal dos Servidores do Estado, situado no Rio de Janeiro. | |

| REFERÊNCIA DA OBRA | |
|--|----------------------------------|
| Roteiro de leitura nº: 14 | Código do Trabalho: 00533 |
| Título: O SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA E A PRÁTICA PROFISSIONAL | |
| Autoria: JOZIELI MARIA SOUSA BARROS, FLAVIA APARECIDA SQUINCA, NÚBIA ROCHA VIEIRA, BARTIRA ROCHA MODESTO, MARIA DO SOCORRO DE MELO BRITO | |
| Eixo Temático: Serviço Social, Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional (ênfase: trabalho profissional) | |
| Tema: Instrumentalidade do Serviço Social | |
| Objeto de estudo: A efetividade do uso do instrumento “Evolução do Serviço Social” em consonância com o que dita os Parâmetros de atuação do Assistente Social na Saúde, e, por conseguinte o PEPP. | |
| Objetivo da obra: Refletir acerca da incorporação do instrumental, denominado, “Evolução do Serviço Social”, pelos assistentes sociais dos espaços sócio-ocupacionais do ambiente hospitalar, em particular do HUB. | |

| REFERÊNCIA DA OBRA | |
|---|----------------------------------|
| Roteiro de leitura nº: 15 | Código do Trabalho: 00567 |
| Título: O SERVIÇO SOCIAL NO ATENDIMENTO A PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS: Demandas e desafios para o exercício profissional | |
| Autoria: RENATA GONÇALVES MUNIZ, KARINE ALVES CORREA GURJÃO, ALINE GONÇALVES GOMES E SOUZA, ISABEL FERNANDES AMARAL DIAS, QUÉSIA VIEIRA DA SILVA LIMA, JULIANA LYRA BRISOLLA DIUANA, JULIANA FELIPE DA SILVA LIBÓRIO | |
| Eixo Temático: Serviço Social, Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional (ênfase: trabalho profissional) | |
| Tema: Atuação profissional de assistentes sociais | |
| Objeto de estudo: Atuação profissional de assistentes sociais junto a pessoas vivendo com HIV/AIDS | |
| Objetivo da obra: Analisar o processo de trabalho do assistente social num serviço de atendimento a pessoas vivendo com HIV/AIDS. | |

| REFERÊNCIA DA OBRA | |
|---|----------------------------------|
| Roteiro de leitura nº: 16 | Código do Trabalho: 00820 |
| Título: A PERSPECTIVA DO TRABALHO EM REDE E A INTERSETORIALIDADE: limites e possibilidades para a atuação do/a assistente social na Política de Saúde | |
| Autoria: JULIANA CLÉCIA DO NASCIMENTO, KAMILA POLLIANY DA SILVA COSTA, NEIDJA MEIRELLE DE LIRA LOPES | |
| Eixo Temático: Serviço Social, Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional (ênfase: trabalho profissional) | |
| Tema: Intersetorialidade na Política de Saúde | |
| Objeto de estudo: A importância da Intersetorialidade para atuação profissional de assistentes sociais em serviços de alta complexidade no âmbito da saúde | |
| Objetivo da obra: Discutir os limites para execução da Intersetorialidade no âmbito hospitalar, os impasses para a efetivação dos direitos historicamente conquistados e a necessidade de fortalecimento das políticas sociais para o enfrentamento da questão social. | |

| REFERÊNCIA DA OBRA | |
|--|----------------------------------|
| Roteiro de leitura nº: 17 | Código do Trabalho: 00825 |
| Título: VIOLÊNCIA E SAÚDE PÚBLICA: análise dos desafios contemporâneos para o Serviço Social do Hospital Universitário Clemente de Faria em Montes Claros- MG | |
| Autoria: LAYLA STEFANY OLIVEIRA MIRANDA, SARA VELOSO RODRIGUES | |
| Eixo Temático: Serviço Social, fundamentos, formação e trabalho profissional (ênfase: Trabalho profissional) | |
| Tema: Atuação profissional na saúde pública ante o fenômeno da violência | |
| Objeto de estudo: Quais os desafios contemporâneos para o exercício profissional de assistentes sociais ante o fenômeno social da violência no espaço sócio-ocupacional dos hospitais? | |
| Objetivo da obra: Analisar a nova configuração da saúde no Brasil, de forma a perceber as influências das modificações ocorridas nesse setor no trabalho do assistente social em distintos aspectos, seja em suas diversas dimensões, nas | |

condições de trabalho, na formação profissional, seja nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais ante a intervenção sobre o fenômeno da violência.

REFERÊNCIA DA OBRA

Roteiro de leitura nº: 18

Código do Trabalho: 00849

Título: O TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL COM FAMÍLIAS NA SAÚDE: notas de pesquisa

Autoria: CARLA CRISTINA LIMA DE ALMEIDA, MARIA ALICE CAVALCANTE BARBOSA, VANESSA TEIXEIRA DOS SANTOS, FLÁVIA SIMPLÍCIO ANDRÉ, DAYANE ROCHA SALAZAR DE OLIVEIRA, THAIS NASCIMENTO DE ARAÚJO, GABRIELA GOMES TAVEIRA, CELIA MARIA DE SOUZA

Eixo Temático: Serviço Social, fundamentos, formação e trabalho profissional (ênfase: trabalho profissional)

Tema: Trabalho de assistentes sociais com famílias

Objeto de estudo: Os desafios do trabalho das assistentes sociais com as famílias

Objetivo da obra: Refletir sobre os desafios do trabalho das assistentes sociais com as famílias, revelando três principais dilemas: restrita concepção de saúde; invisibilidade das condições das famílias e trabalho em equipe.

REFERÊNCIA DA OBRA

Roteiro de leitura nº: 19

Código do Trabalho: 00855

Título: GESTÃO COMPARTILHADA COMO ESTRATÉGIA DE ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: na luta pela garantia da implementação do projeto ético-político profissional

Autoria: LEILA MARÇAL BENÍCIO TEIXEIRA, STEPHANNE HÉLLEN OLIVEIRA DA SILVA, RENATO URBANO DA SILVA, RAFAELA RIBEIRO SARAIVA DA COSTA

Eixo Temático: não localizado

Tema: Atuação do serviço social na saúde

Objeto de estudo: O uso da gestão compartilhada como estratégia para atuação profissional de assistentes sociais

Objetivo da obra: Refletir sobre a intervenção profissional do Serviço Social numa Instituição de Saúde de alta complexidade situada no estado de Pernambuco, no atual contexto de avanço da perspectiva política neoliberal, situando a política de saúde em tal contexto.

REFERÊNCIA DA OBRA

Roteiro de leitura nº: 20

Código do Trabalho: 00899

Título: A IMAGEM SOCIAL DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: Um estudo junto ao Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids e hepatites virais (SAE) do município de Campina Grande-PB

Autoria: MILCA OLIVEIRA CLEMENTINO

Eixo Temático: Serviço Social, fundamentos, formação e trabalho profissional (ênfase: trabalho profissional)

Tema: Imagem social do Serviço Social

Objeto de estudo: Qual a imagem social de assistentes sociais inseridos num SAE a partir das falas dos/as usuários/as?

Objetivo da obra: Analisar os limites e as possibilidades da atuação do serviço social junto às pessoas vivendo com HIV/AIDS, com fins de extrair a partir das falas destes qual a imagem social prevalecente da profissão nesse serviço.

REFERÊNCIA DA OBRA

Roteiro de leitura nº: 21

Código do Trabalho: 00923

Título: AS ATUAIS CONFIGURAÇÕES DA POLÍTICA DE SAÚDE E SUAS INFLEXÕES PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO (A) ASSISTENTE SOCIAL

Autoria: ANGELY DIAS DA CUNHA, JÉFITHA KALINY DOS SANTOS SILVA, LUCIVÂNIA DE FÁTIMA SILVA, PATRÍCIA MARIA DE LIMA

Eixo Temático: não foi informado

Tema: Exercício profissional de assistentes sociais

Objeto de estudo: Quais as atuais configurações da política de saúde no Brasil, inflexionam o exercício profissional de assistentes sociais nesse setor?

Objetivo da obra: Analisar sobre as atuais configurações da política de saúde e suas inflexões para o exercício profissional do assistente social nessa área.

REFERÊNCIA DA OBRA

Roteiro de leitura nº: 22

Código do Trabalho: 01007

Título: SERVIÇO SOCIAL, TRABALHO E SAÚDE PRIVADA: notas a partir do projeto ético-político da profissão.

Autoria: ANA LÍDIA FIUZA DA SILVA AVILLA

Eixo Temático: Serviço Social, fundamentos, formação e trabalho profissional (ênfase: trabalho profissional)

Tema: Trabalho do/a assistente social

Objeto de estudo: O trabalho do assistente social em hospitais privados e a materialização do PEPP

Objetivo da obra: Analisar o trabalho dos assistentes sociais nos hospitais privados no que tange o projeto ético-político da profissão

REFERÊNCIA DA OBRA

Roteiro de leitura nº: 23

Código do Trabalho: 01060

Título: A POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA DO BRASIL: de sua gênese às intervenções do Serviço Social

Autoria: VIVIANE ARCANJO DE OLIVEIRA

Eixo Temático: Serviço Social, fundamentos, formação e trabalho profissional (ênfase: trabalho profissional)

Tema: Atuação profissional na política de saúde brasileira

Objeto de estudo: As mudanças na política de saúde no Brasil e suas inflexões sobre a atuação profissional do Serviço Social

Objetivo da obra: Iniciar uma reflexão sobre a Política de Saúde no Brasil, a participação dos (as) assistentes sociais e os desafios encontrados pela categoria

em suas mediações pela efetivação dos princípios previstos nas Leis 8080/90, 8142/90 e na Carta dos Usuários do SUS, buscando assegurar ao cidadão o direito de ingresso nos sistemas de saúde públicos ou privados.

| REFERÊNCIA DA OBRA | |
|---|----------------------------------|
| Roteiro de leitura nº: 24 | Código do Trabalho: 01082 |
| Título: SERVIÇO SOCIAL E AS PRÁTICAS DEMOCRÁTICAS EM SAÚDE: uma análise a partir da construção do Sistema Único de Saúde | |
| Autoria: IVANEIDE DUARTE DE FREITAS, CLÁUDIA ROSEANE ARAÚJO PEREIRA CAPISTRANO | |
| Eixo Temático: Serviço Social, fundamentos, formação e trabalho profissional (ênfase: trabalho profissional) | |
| Tema: Serviço Social e Saúde | |
| Objeto de estudo: As mudanças ocorridas dentro do SUS e seus reflexos para o exercício profissional de assistente sociais inseridos na Política da Saúde. | |
| Objetivo da obra: Analisar os principais avanços legais na legislação do Sistema Único de Saúde (SUS) desde a sua concretização na Carta Constitucional de 1988 até os dias atuais, observando a partir destes aspectos, quais os reflexos que essas mudanças trazem para o trabalho profissional dos/das assistentes sociais inseridos no SUS, bem como, as requisições para uma atuação direcionada a partir de uma perspectiva democrática e universalizante. | |

| REFERÊNCIA DA OBRA | |
|--|----------------------------------|
| Roteiro de leitura nº: 25 | Código do Trabalho: 01138 |
| Título: SERVIÇO SOCIAL CLÍNICO NA SAÚDE MENTAL: uma análise sob à luz do Projeto Ético Político do Serviço Social | |
| Autoria: JÉFITHA KALINY DOS SANTOS SILVA, ANGELY DIAS DA CUNHA | |
| Eixo Temático: Serviço Social. Fundamentos, formação e trabalho profissional (ênfase: trabalho profissional) | |
| Tema: Saúde Mental e Serviço Social | |
| Objeto de estudo: O debate contemporâneo sobre a Saúde Mental e o Serviço | |

Social Clínico em contraponto ao que diz o atual PEPP.

Objetivo da obra: Analisar as produções acadêmicas referentes ao Serviço Social Clínico e a Saúde Mental, sob o intuito de contribuir com o debate contemporâneo do Serviço Social Clínico e defender o projeto societário que o Projeto Ético Político direciona-se.

REFERÊNCIA DA OBRA

Roteiro de leitura nº: 26

Código do Trabalho: 01260

Título: LIMITES E POSSIBILIDADES DO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE NA PERSPECTIVA DA EFETIVAÇÃO DE DIREITOS

Autoria: GABRIELA CRISTINA BRAGA BISCO, FERNANDA DE OLIVEIRA SARRETA

Eixo Temático: Serviço Social, fundamentos, formação e trabalho profissional (ênfase: trabalho profissional)

Tema: Trabalho do/a assistente social na saúde

Objeto de estudo: O trabalho do/a assistente social e a efetivação de direitos no âmbito da saúde.

Objetivo da obra: Analisar o trabalho do assistente social na saúde, enfocando os limites e os principais desafios para a efetivação de direitos sociais.

REFERÊNCIA DA OBRA

Roteiro de leitura nº: 27

Código do Trabalho: 01315

Título: SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: materializando a intervenção profissional

Autoria: JUCIARA VIRGINIO DA SILVA, JOÃO WEVERTON DIEGO NEGREIROS DE ALMEIDA, JULIANA FÁBIA LIRA DOS SANTOS, KATIENE MARIA INÁCIO DE LIMA, KENIA SOUSA NORONHA

Eixo Temático: Serviço social. Fundamentos, formação e trabalho profissional (ênfase: formação profissional)

Tema: Exercício profissional e Saúde Mental

Objeto de estudo: Como se processa o debate teórico acerca da materialização da intervenção profissional de assistentes sociais na Saúde Mental?

Objetivo da obra: Refletir teoricamente sobre a materialização da intervenção profissional do/a assistente social na saúde mental a partir do levantamento bibliográfico referente à temática.

REFERÊNCIA DA OBRA

Roteiro de leitura nº: 28

Código do Trabalho: 01357

Título: SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: A relação entre os parâmetros e a prática profissional

Autoria: KAROLINE ALMEIDA ROCHA, ELAINE FERREIRA DO NASCIMENTO, LIANA MARIA IBIAPINA DO MONTE, RAYANE SALES DE OLIVEIRA, ANDREIA MARIA OLIVEIRA TAVARES

Eixo Temático: Serviço Social, fundamentos, formação e trabalho profissional (ênfase: trabalho profissional)

Tema: Prática Profissional

Objeto de estudo: Qual a relação existente entre o documento Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde e a prática profissional?

Objetivo da obra: Analisar o documento “parâmetros de atuação do assistente social na saúde, com fins de compreender como este documento tem se configurado no cotidiano de assistentes sociais.

REFERÊNCIA DA OBRA

Roteiro de leitura nº: 29

Código do Trabalho: 01384

Título: A IMPORTÂNCIA DA DIMENSÃO TÉCNICO-OPERATIVA DO SERVIÇO SOCIAL: sobre o projeto de intervenção e suas conseqüências no interior de uma unidade de saúde

Autoria: CAMILA NOGUEIRA CHAVES MESQUITA, ROSENI LANA DA MOTA, JOSÉ ROBERTO SILVA BOAES

Eixo Temático: Serviço Social, fundamentos, formação e trabalho profissional

(ênfase: trabalho profissional)

Tema: Projeto de intervenção profissional

Objeto de estudo: Como o projeto de intervenção, norteador das ações profissionais, serve para orientar o planejamento das atividades e avaliação, retroalimentando a prática interventiva do Serviço Social?

Objetivo da obra: Refletir sobre a elaboração do projeto de intervenção profissional do Serviço Social no Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IG/UFRJ).

REFERÊNCIA DA OBRA

Roteiro de leitura nº: 30

Código do Trabalho: 01473

Título: O DESAFIO PARA O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL FRENTE À CRISE ECONÔMICA CONTEMPORÂNEA E SEU IMPACTO AO ACESSO DA POPULAÇÃO A POLÍTICA DE SAÚDE

Autoria: TATIANE CAMPOS FERNANDES, MAILA REZENDE VILELA LUIZ, JOSIANE CRISTINA BONTANDINI

Eixo Temático: Trabalho, questão social e Serviço Social.

Tema: Processos de trabalho e exercício profissional de assistentes sociais.

Objeto de estudo: Os processos de trabalho dos assistentes sociais frente à crescente demanda nos serviços de saúde de Uberaba/MG e sua correlação com a crise política econômica no atual contexto.

Objetivo da obra: Refletir sobre os desafios cotidianos que o assistente social vem enfrentando na efetivação da práxis profissional, especificamente na saúde.

| REFERÊNCIA DA OBRA | |
|--|----------------------------------|
| Roteiro de leitura nº: 31 | Código do Trabalho: 01544 |
| Título: O TRABALHO DO (A) ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE EM OURO PRETO: Na luta pela afirmação e fortalecimento do SUS. | |
| Autoria: KLEBER JOSE VIEIRA, CRISTIANE MARIA NOBRE | |
| Eixo Temático: Serviço Social, fundamentos, formação e trabalho profissional (ênfase: trabalho profissional) | |
| Tema: O trabalho do Assistente Social na política de saúde | |
| Objeto de estudo: Como se processa o trabalho do/a assistente social no município de Ouro Preto-MG analisado a partir dos limites e possibilidades de atuação tendo como referência o PEPP, mediante de uma política de ajustes neoliberal? | |
| Objetivo da obra: Refletir sobre a atuação do (a) Assistente Social na Saúde Pública no município de Ouro Preto ressaltando os limites e possibilidades da atuação profissional, tendo como referência o PEPP. | |

| REFERÊNCIA DA OBRA | |
|---|----------------------------------|
| Roteiro de leitura nº: 32 | Código do Trabalho: 01575 |
| Título: SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: Atuação das Assistentes Sociais no Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia | |
| Autoria: DARIANA MARIA SILVINO, MARIA LUCIENE DA SILVA ARAÚJO, ALTAMIRA DE LIMA BATISTA | |
| Eixo Temático: Serviço social, fundamentos, formação e trabalho profissional (ênfase: trabalho profissional) | |
| Tema: Exercício profissional de assistentes sociais na saúde | |
| Objeto de estudo: Como tem se processado a atuação dos/as assistentes sociais ante os rebatimentos neoliberais na área da saúde? | |
| Objetivo da obra: Propor uma discussão acerca dos rebatimentos neoliberais e a atuação das/os assistentes sociais, exercendo o projeto profissional na instituição Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia. | |

| REFERÊNCIA DA OBRA | |
|---|----------------------------------|
| Roteiro de leitura nº: 33 | Código do Trabalho: 01761 |
| Título: OS DESAFIOS DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - TRÊS RIOS | |
| Autoria: LEONARDO FRAGOSO DA LUZ | |
| Eixo Temático: Serviço Social, fundamentos, formação e trabalho profissional (ênfase: trabalho profissional) | |
| Tema: Exercício profissional de assistentes sociais | |
| Objeto de estudo: A materialização do PEPP diante das inquietações profissionais diante de atribuições imediatistas impostas ao/a assistente social | |
| Objetivo da obra: Refletir sobre as inquietações profissionais diante das atribuições imediatistas impostas ao Serviço Social e sobre a materialização do PEPP na UPA-Três Rios. | |

| REFERÊNCIA DA OBRA | |
|--|----------------------------------|
| Roteiro de leitura nº: 34 | Código do Trabalho: 01765 |
| Título: SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: UMA ANÁLISE DA PRÁTICA DO ASSISTENTE SOCIAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SÃO VICENTE EM BOA VISTA-RORAIMA | |
| Autoria: HENRIQUETA CHRISTINA DE ALENCAR F LIMA, JOSIANE DA SILVA FERREIRA | |
| Eixo Temático: Serviço Social, fundamentos, formação e trabalho profissional (ênfase: trabalho profissional) | |
| Tema: Prática profissional na área da saúde | |
| Objeto de estudo: Limites e desafios vivenciados pelo profissional de Serviço Social que atua no âmbito da Unidade Básica de Saúde São Vicente, no contexto da Atenção Básica do município de Boa Vista- Roraima. | |
| Objetivo da obra: Discutir a relação do Serviço Social com a Saúde, a partir da análise da prática profissional do Assistente Social no nível da Atenção Primária, no âmbito da Unidade Básica de Saúde São Vicente, em Boa Vista, Roraima. | |

REFERÊNCIA DA OBRA

Roteiro de leitura nº: 35

Código do Trabalho: 01816

Título: CONTRARREFORMA NA SAÚDE E AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS EM PERNAMBUCO

Autoria: RAQUEL CAVALCANTE SOARES, ANA CRISTINA DE SOUZA VIEIRA, RUTHELKY DE ANDRADE, EDGAR GONÇALVES DOS SANTOS

Eixo Temático: sem eixo especificado

Tema: Contrarreforma do Estado na política de saúde

Objeto de estudo: As implicações da contrarreforma do Estado na política de saúde no estado de Pernambuco e os principais impactos sentidos no exercício profissional de assistentes sociais inseridos nessa política pública no referido estado.

Objetivo da obra: Analisar as expressões das tendências da contrarreforma na política de saúde em Pernambuco, particularmente no que se refere às organizações sociais e os principais impactos para o assistente social.