

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
**MATHEUS OLIVEIRA DE PAULA**

DETERMINANTES OU DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA:  
contribuições reflexivas para o trabalho da assistente social na saúde

RIO DE JANEIRO

2021

Matheus Oliveira de Paula

DETERMINANTES OU DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA:  
contribuições reflexivas para o trabalho da assistente social na política de saúde

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Escola de Serviço Social da Universidade Federal  
do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos  
necessários à obtenção do grau de bacharel em  
Serviço Social.

Orientadora: Débora Holanda Leite Menezes

RIO DE JANEIRO

2021

## **DEDICATÓRIA**

À Márcia e Paulo,  
pela luta diária.

## AGRADECIMENTOS

A Márcia e Paulo, meus pais, sem eles nem uma palavra escrita nesse trabalho teria sido possível. Agradeço por eles sempre terem acreditado na educação enquanto uma ferramenta transformadora, e terem fomentado todo o meu processo formativo, tal qual me apoiado com tudo que me foi necessário: suporte familiar, amor, carinho e bens materiais. Agradeço por mesmo em condições tão adversas, impostas pela realidade social, sempre terem feito todos os esforços possíveis e impossíveis para investir na minha educação, não apenas formal, mas como pessoa. Foi com eles que aprendi o significado de “direitos humanos”, mesmo que, talvez, sem saber o que são. Meus agradecimentos a eles não caberiam nessa breve exposição.

A Paula, minha irmã, por todo amor, carinho e companheirismo e por compartilhar todos os meus momentos bons e ruins durante a vida, além de dividir todas as angústias enquanto estudantes de graduação da UFRJ. À minhas avós, Tânia e Meiry, avós, Célio e Fernando, por terem me dado todo o amor e suporte necessário nesse processo, e por terem me ensinado tanto sobre a vida, mesmo com toda a dificuldade que a vida lhes impôs. A Betânia, minha madrinha, por todo o amor e contribuição na minha educação desde o ensino fundamental, sempre acreditando e fomentando minha trajetória.

A Giulia, amiga que me acompanhou durante toda a graduação – do presencial ao remoto – e compartilhou todos os momentos bons e ruins da universidade, sem ela, provavelmente, o caminho teria sido monótono. A Vitória, amiga que conheci durante a graduação e compartilhamos momentos na graduação, no transporte coletivo e na distância entre a casa e o campus. A Talita, irmã de coração, com quem eu compartilho a vida, e que sem ela todo esse caminho não teria felicidade. Por todas nossas trocas e conversas que foram, e são, essenciais para minha formação enquanto pessoa. A Carolina, pelas histórias compartilhadas e por sempre estar disposta a me ouvir.

A Cinthia, supervisora de campo, por tem acompanhando minha trajetória no campo de estágio e pelos conselhos profissionais que compartilhou. A Débora, orientadora desse TCC, por ter aceitado me orientar e por todas as indicações que foram de imensa valia, sem ela esse trabalho não seria possível. A Fernanda, Miriam e Elaine, banca desse TCC, que foram fundamentais em minha caminhada na graduação e contribuíram substancialmente nesse processo. À todas (os) professoras (os) que me orientaram nessa trajetória na ESS/UFRJ, sem elas (es) esse trabalho não seria possível. À todas(os) docentes, técnicas(os) administrativas(os), funcionárias(os) terceirizadas(os), que constroem a ESS/UFRJ e a universidade pública, gratuita e de qualidade.

## EPÍGRAFE

Primeiro levaram os negros  
Mas não me importei com isso  
Eu não era negro

Em seguida levaram alguns operários  
Mas não me importei com isso  
Eu também não era operário

Depois prenderam os miseráveis  
Mas não me importei com isso  
Porque eu não sou miserável

Depois agarraram uns desempregados  
Mas como tenho meu emprego  
Também não me importei

Agora estão me levando  
Mas já é tarde.  
Como eu não me importei com ninguém  
Ninguém se importa comigo.

**Bertold Brecht**

## RESUMO

PAULA, Matheus Oliveira de. **Determinantes ou determinação social do processo saúde-doença:** contribuições reflexivas para o trabalho da assistente social na saúde. Rio de Janeiro, 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

O estudo versará sobre o trabalho da assistente social na política de saúde, com foco na dimensão social do processo saúde-doença. Para tal, traçou-se como objetivo buscar compreender a relação entre determinação social vs determinantes sociais do processo saúde-doença na prática profissional das (os) assistentes sociais e como estes conceitos são acionados, visto que possibilitará um diálogo acerca da importância da temática no campo operativo da saúde pública e no desempenho profissional do Serviço Social. Para isso, o percurso metodológico baseou-se na revisão da leitura crítica sobre tema, assim como também trouxe à tona questões vivenciadas a partir da experiência no campo de estágio. Nesse sentido, a organização das reflexões se estruturará, em um primeiro momento, apresentando o panorama da conformação sócio histórica da sociedade brasileira, ressaltando elementos de ruptura e continuidade que são estruturantes até a cena contemporânea. No segundo momento, procurou-se analisar a inserção da agenda neoliberal, desde 1970, trazendo elementos fundantes dessa ofensiva do capital ao trabalho e do desmonte de políticas sociais. No terceiro e último, recuperou-se a trajetória histórica do Serviço Social brasileiro, até os dias atuais, construindo um diálogo entre a dimensão do trabalho coletivo em saúde e as particularidades do trabalho da assistente social, apresentando sua relação com a dimensão social da saúde, e problematizando o debate através da relação entre determinação social vs determinantes sociais do processo saúde-doença. Realizou-se algumas considerações sobre a prática profissional das assistentes sociais na saúde, notabilizando a construção de mediações para compreensão da realidade social

em sua totalidade, bem como da necessária atuação sob a luz do código de ética profissional, articulado através das três dimensões constitutivas da profissão, a saber: ético-política; técnico-operativa; e teórico-metodológica. Por fim, dissertou-se sobre os desafios conjunturais dessa quadra histórica, com destaque para o cenário da Covid-19 e o impacto da crise sanitária para o trabalho das assistentes sociais na política de saúde.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

8ª CNS – 8ª Conferência Nacional de Saúde  
ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social  
CAP – Caixa de Aposentadoria e Pensão  
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social  
CNE/CES – Conselho Nacional de Educação/ Câmara de Educação Superior  
CNDSS – Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde  
CNTS – Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde  
CRESS – Conselho Regional de Serviço Social  
CSN – Companhia Siderúrgica Nacional  
CUS – Cobertura Universal de Saúde  
DRU – Desvinculação das Receitas da União  
DSS – Determinantes sociais da saúde  
EC 95 – Emenda Constitucional 95  
EPSJV – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio  
EPI – Equipamento de Proteção Individual  
EUA – Estados Unidos da América  
FHC – Fernando Henrique Cardoso  
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz  
HFSE – Hospital Federal dos Servidores do Estado  
IAPs – Instituto de Aposentadoria e Pensão  
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
INPS – Instituto Nacional da Previdência Social  
IPASE – Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado  
LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal  
MARE – Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado  
MEC – Ministério da Educação  
MS – Ministério da Saúde  
NHS – National Health Service  
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde  
NOB – Norma Operacional Básica  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
ONG – Organização Não-governamental



OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde  
OS– Organização Social  
OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público  
PNAS – Política Nacional de Assistência Social  
PNH – Política Nacional de Humanização  
PNI – Programa Nacional de Imunizações  
PNS – Plano Nacional de Saúde  
RSB – Reforma Sanitária Brasileira  
SUDS – Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados  
SUS – Sistema Único de Saúde  
URSS – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas  
WHO – World Health Organization  
WHO/Europe – World Health Organization/ Regional Office for Europe

## SUMÁRIO

<i>Introdução</i> .....	10
<b>1 – Brasil de lutas sociais: Formação sócio-histórica, Reforma Sanitária Brasileira e Constituição “Cidadã”</b> .....	15
1.1 – Resgate do Brasil de “ontem” persistente no hoje .....	15
1.2 – Transição Democrática: A Constituição de 1988 e a participação política .....	19
1.3 – Transgressão ou transfiguração: A Reforma Sanitária Brasileira .....	22
1.4 – Direito ao “social”: Política Social no capitalismo .....	27
1.5 – Medicina previdenciária e saúde pública: atravessamentos históricos .....	31
1.6 – SUS: construção coletiva e cotidiana .....	35
<b>2. “Brasil de Ruínas”: Contrarreforma do Estado, Neoliberalismo e Mercantilização da saúde.</b> .....	39
2.1 – Passado-presente da ofensiva neoliberal .....	39
2.2 – Neoliberalismo no Brasil: Contrarreforma do Estado e Ajuste Fiscal .....	42
2.3 – Política social brasileira contemporânea no contexto neoliberal: mercantilização da vida e dos direitos sociais .....	47
2.4 – SUS: A política de saúde sob a égide neoliberal .....	52
<b>3 – Trabalho da assistente social na saúde: contribuições reflexivas para o trabalho coletivo em saúde</b> .....	59
3.1 – Serviço Social Brasileiro: breve trajetória e história .....	59
3.2 – Breves considerações sobre a formação profissional das assistentes sociais .....	64
3.3 – Serviço Social na saúde: as assistentes sociais no trabalho coletivo em saúde .....	67
3.4 – Dimensão social no trabalho da assistente social: o trabalho coletivo em saúde .....	71
3.5 – A prática e o trabalho profissional das assistentes sociais na saúde .....	76
3.6 – Trabalho das assistentes sociais na saúde em contexto pandêmico: Quais as possibilidades para o trabalho coletivo? .....	82
<b>Considerações Finais</b> .....	85
<b>Referências</b> .....	88

## Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro se estabeleceu como uma das maiores políticas sociais do Brasil e um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. A sua construção remonta um amplo processo de movimentação popular para a democratização da sociedade brasileira, sendo fruto da luta e organização popular. O Brasil, inserido no capitalismo periférico, sendo um dos países mais desiguais do mundo, com uma alta concentração de renda, não conseguiu responder efetivamente ao enorme fôco da desigualdade social, na contramão, aprofundou.

No processo de construção da política de saúde brasileira, as bases da compreensão do sentido de saúde foram reordenadas. A visão de saúde como mera ausência de doenças, relacionada apenas à dimensão biológica/patológica da enfermidade, deu lugar a um conceito mais amplo que considerou a dimensão social, congregando, por exemplo; a alimentação, a moradia, o trabalho (BRASIL, 2021) como algumas das condições que interferem no adoecimento individual e da coletividade. A dimensão social da saúde entrou na agenda das discussões sobre saúde no Brasil e no mundo, como referendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), ainda que de forma enviesada<sup>1</sup>, sendo apontada como central para compreender o processo saúde-doença, vinculado às diferentes formas de desigualdade que são produzidas durante a vida e no contexto social.

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) se inseriu no amplo contexto de lutas, do final da década de 1980, no processo de redemocratização e construção de uma constituinte no Brasil. Esse movimento lutava, não apenas por uma reforma no setor saúde, mas pela democratização da sociedade brasileira, com o lema “Saúde é democracia” (FIOCRUZ, 2021). Assim, a crítica do paradigma vigente sobre saúde-doença, a reorganização das práticas em saúde, e a melhoria das condições de vida da população brasileira passava por reformas mais amplas, defendidas pela RSB, como a reforma agrária, reforma política, reforma urbana, entre outras (PAIM, 2009).

A determinação social da saúde foi apontada como central para compreender o processo saúde-doença, vinculado à forma como a sociedade organiza a produção. No desenvolvimento

---

<sup>1</sup> O debate sobre a dimensão social da saúde e como ele causa desigualdade nos níveis de saúde entra na agenda da OMS a partir dos “determinantes sociais da saúde”. A pauta da dimensão social estava posta na agenda dos movimentos de medicina social latino-americana e saúde coletiva, através da “determinação social do processo saúde-doença”, compreendendo as desigualdades atreladas à sociabilidade vigente, contudo a OMS traz esses conceitos através de uma ideia de “fatores” e causalidade social, com fortes pressupostos positivistas. (GARBOIS et. al, 2017; BORGHI et. al, 2018)

das categorias de análise da saúde, como um processo social (LAURELL,1981), construído historicamente, alguns tensionamentos se sobrepuseram, no que tange a determinação social da saúde vs determinantes sociais da saúde (SOUZA,2020).

As contrarreformas<sup>2</sup> do Estado Brasileiro, com maior envergadura a partir da década de 1990, fragilizaram a construção da Seguridade Social aos moldes que estava previsto na Constituição de 1988, em contrapartida, realizou-se um ajuste fiscal com a privatização dos serviços públicos e flexibilização das legislações trabalhistas, ficando a orientação neoliberal como métrica das políticas sociais brasileiras. A concepção de alcançar políticas sociais universalistas foi dando lugar a focalização na extrema pobreza.

O cenário neoliberal no Brasil, vinculado a sua formação sócio-histórica e a sua inserção dependente no capitalismo mundial, ampliou mormente as expressões da “questão social” no cotidiano do trabalho profissional das assistentes sociais, que chegam através dos usuários nos serviços de saúde. Nesse processo, no exercício profissional as assistentes sociais<sup>3</sup> lidam com novas e velhas expressões da “questão social”<sup>4</sup>, necessitando compreender a realidade social na sua totalidade. Ademais, as assistentes sociais, como classe trabalhadora, sentem os efeitos perversos do neoliberalismo nos seus postos de trabalho, com a precarização do mundo do trabalho, redução de jornadas e diferentes formas de contratação.

O Serviço Social, enquanto profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho reordenou e construiu novas bases para pensar a profissão – saindo da análise endógena da profissão – à luz da teoria social crítica. Nesse sentido, na década de 1990 foi construído um novo Código de Ética Profissional e Diretrizes curriculares que vieram a balizar a profissão, contudo essa construção é cotidiana e no atual momento observa-se retrocessos através de tendências e correntes conservadoras. Esse processo foi importante para a compreensão da

---

<sup>2</sup> Utilizo-me do termo “contrarreforma” em contraposição do termo “reforma”, utilizado nas comunicações da grande mídia e governamentais na cena contemporânea, haja visto que tal termo, “Reforma”, se insere em um panorama de lutas pela consolidação de direitos sociais a partir de uma perspectiva de ampliação e universalização. (BEHRING; BOSCHETTI,2011, p.148-149). Na contemporaneidade as “reformas” que vem ocorrendo acometem a classe trabalhadora de forma regressiva, perdendo direitos, desse modo, dá-se a utilização do termo “contrarreforma”. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011) e (BEHRING,2008.)

<sup>3</sup> Utilizar-se-á, durante toda a construção do texto, o pronome feminino para se referir a todas as pessoas que compõem a sociedade brasileira, de diferentes gêneros, raça/etnia, classe social e orientação sexual. A escolha por adotar a linguagem feminina é uma opção política do autor, considerando aspectos históricos-sociais, como o patriarcado e o machismo, e demográficos brasileiros, que demonstram que o gênero feminino é majoritário na população brasileira, tal qual na categoria profissional. Entende-se, então, como a linguagem, a cultura e a dinâmica das relações sociais de desigualdades estão imbricadas, perpetrando violências de gênero e reproduzindo normatizações de padrões de gênero e comportamento nos diferentes espaços da vida social. Faz-se necessário compreender que o “gênero humano” não pode ser reduzido na palavra “homem”, uma vez que na dinâmica das relações sociais essa redução inviabilizou – e inviabiliza – o papel do feminino e das diversas expressões de gênero na sociedade. Assim, a escrita no feminino refere-se a todas, todos e todes que compõe a sociedade brasileira em sua diversidade e multiculturalidade.

<sup>4</sup> Compreendida à luz da teoria social crítica, enquanto a contradição entre capital vs trabalho (NETTO, 2011)

realidade social, bem como as dimensões entre particularidade, singularidade e totalidade. Assim, a formação e a prática profissional das assistentes sociais se notabilizam pela relação entre teoria e prática, compreendidas de maneira *indissociável* (GUERRA,2004), tal qual as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa que fazem parte desse processo.

O trabalho das assistentes sociais na saúde vem de uma longa trajetória, contudo vinculada a uma lógica conservadora e higienista. No reordenamento das práticas em saúde, apreende-se a importância das assistentes sociais atuando na saúde, bem como a sua primordialidade para a consecução do conceito ampliado de saúde. Assim, em 1997, em resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) reconhece a assistente social, bem como demais profissionais de nível superior<sup>5</sup>, como profissional de saúde (BRASIL/MS,1997). A inserção de assistentes sociais na saúde, dá-se em todos os níveis de assistência à saúde, da atenção primária, à terciária e quaternária, no atendimento direto aos usuários, tal qual na gestão de unidades e programas.

O trabalho realizado pelas assistentes sociais têm foco, sobretudo, na determinação social da saúde<sup>6</sup>, já que atua sobre as expressões da “questão social” que interferem no processo saúde doença, nesse sentido, dá-se de sobremaneira a compreensão dos processos sociais envolvidos na realidade social, como as relações de opressão/exploração de classe, gênero, raça/etnia, sexualidade, geracional; para compreender os meandros que envolvem a estrutura dos problemas sociais, não apenas na sua aparência fenomênica, mas na sua essência (COELHO,2008).

Assim, compreender o debate e os usos entre determinação e determinantes sociais da saúde no trabalho das assistentes sociais é sobremodo substancial para refletir como as respostas profissionais têm contribuído para ampliar e garantir direitos, à luz do Código de Ética Profissional e das legislações vigentes, ou de fragmentar e culpabilizar os usuários pelos problemas estruturais da dinâmica societária.

---

<sup>5</sup> A resolução nº 218, de março de 1997, considera profissionais da saúde as seguintes categorias de nível superior: “assistentes sociais; biólogos; profissionais da educação física; enfermeiros; farmacêuticos; fisioterapeutas; fonoaudiólogos; médicos; médicos veterinários; nutricionistas; odontólogos; psicólogos e terapeutas ocupacionais.” (BRASIL, 1997)

<sup>6</sup> A determinação social da saúde, sua produção pela medicina social latino-americana, vincula-se a uma compreensão da saúde atrelada as bases da sociabilidade vigente, o modo de produção capitalista. A compreensão se dá entorno da teoria social crítica, de Marx, compreendendo os aspectos da totalidade da realidade social, para além de uma forma que dicotomiza os aspectos biológicos e sociais. Assim, “a saúde humana ganha seus contornos individual e coletivamente, transitando em vários níveis e de diversas formas, dependendo das relações sociais estabelecidas, em especial as relações sociais de produção” (SOUZA, 2020, p.176).

O trabalho de assistentes sociais na política de saúde não se dá sem embates e tensionamentos com parte da equipe multiprofissional em saúde, já que o trabalho realizado tem uma forte ênfase no saber médico, organizado a partir de uma visão hospitalocêntrica, e que, geralmente, desconsidera a determinação social do processo saúde doença, patologizando os processos sociais que interferem no adoecimento. Frisa-se que o trabalho em saúde é coletivo e prevê o compartilhamento das ações e atividades envolvidos na assistência à saúde para a construção de um cuidado baseado na integralidade.

O estudo se originou a partir de inquietações advindas da minha inserção no estágio curricular obrigatório em Serviço Social no Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE), unidade de alta complexidade integrante do SUS. A partir das vivências teórico-práticas no campo de estágio pude perceber os diversos usos sobre determinação e determinantes sociais do processo saúde-doença que são acionados no cotidiano do trabalho profissional, entre as assistentes sociais, mas também com a sua relação em equipes multiprofissionais. Identifiquei que há certa dificuldade na compreensão de dinâmicas estruturais que determinam as condições de vida e saúde da população usuária dos serviços de saúde na alta complexidade, tendo as expressões da “questão social”, que são aparentes e pulverizadas no cotidiano profissional, uma raiz comum na dinâmica do modo de produção capitalista, além de diferentes mediações.

Durante a graduação, devido a inserção em um projeto de extensão: “Saúde, Serviço Social e democracia: articulação de saberes e lutas em saúde”, me aproximei da atenção primária à saúde, a partir da inserção em uma Coordenadoria de Atenção Primária (CAP), como extensionista, e com articulações com a atenção de alta complexidade, devido as diferentes parcerias do projeto no âmbito da atenção à saúde. Percebi que o trabalho com determinantes sociais da saúde é mais aprofundado na atenção primária, já que lida de forma mais aproximada com o território e com os indivíduos. Apesar disso, o debate sobre determinação e determinantes não tem um adensamento que relacione as dimensões estruturais e conjunturais, sendo realizado ainda de maneira fragmentada.

Para isso, a metodologia, partindo do materialismo histórico dialético, se organizou através do levantamento bibliográfico, documental e da legislação vigente sobre os seguintes temas: formação social e histórica brasileira; construção e consolidação do SUS; movimento da reforma sanitária brasileira; determinação e determinantes sociais do processo saúde-doença; trabalho profissional da assistente social na política de saúde.

O trabalho debruça-se em apreender a dimensão social do processo saúde-doença, é nesse desenrolar que, propõe-se analisar a relação entre os determinantes e a determinação social do processo saúde-doença e como essas categorias vem sendo utilizadas no trabalho

profissional das assistentes sociais, em sua inserção no trabalho coletivo em saúde. Demarcar-se que, os usos desses conceitos, de maneira não refletida, podem: ampliar a compreensão do processo saúde-doença, apreendendo a relação com a sociabilidade do capital; no contraponto, pode colaborar para reproduzir a naturalização das expressões da “questão social”.

Intenta-se contribuir para uma análise da dimensão social da saúde a partir da teoria social de Marx<sup>7</sup>, bem como, à luz do Código de Ética Profissional e dos princípios referendados. Assim, serão ponderadas as relações entre o trabalho profissional das assistentes sociais na saúde e a relação entre formação profissional, que devem ter como orientadores as dimensões constitutivas da profissão: teórico-metodológica; ético-política e técnico operativa.

O trabalho é constituído por 3 capítulos. No primeiro, buscar-se-á realizar um resgate da formação social e histórica brasileira, ressaltando alguns aspectos que são essenciais para compreender os problemas estruturais e estruturantes do Brasil. No mesmo sentido será apresentado a articulação dos movimentos sociais, com envergadura para o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, na construção da Constituição de 1988 e do SUS, abordando a trajetória da saúde pública e das políticas sociais no Brasil.

No segundo capítulo, será traçado qual é o cenário conjuntural da égide neoliberal que se sucedeu a partir da década de 1970 para o mundo, com forte inserção no Brasil a partir de 1990 e que dá a métrica para as políticas sociais até a cena contemporânea. Assim, evidenciará as contrarreformas na política de saúde e sua inserção na agenda gerencial. Findando será abordado as propostas dos organismos multilaterais para a saúde e o reordenamento da agenda da “determinação social” para “determinantes sociais” do processo saúde-doença.

No terceiro capítulo, será examinado o trabalho profissional das assistentes sociais na saúde e sua relação com as categorias de “determinantes vs determinação”, fortalecendo, ou não, perspectivas que estejam de acordo com os acúmulos da profissão e o projeto ético-político profissional. Findando, será trazido elementos conjunturais da crise sanitária atual, da Covid-19, para refletir sobre os desafios e as potencialidades para o trabalho profissional das assistentes sociais na política de saúde.

---

<sup>7</sup> A análise da realidade social através da ótica marxista não é realizada através de “regras” fornecidas por Marx para as investigadoras e/ou pesquisadoras sobre a sociedade e a realidade. O processo do conhecimento se dá através de aproximações sucessivas ao objeto, que é compreendido como contraditório, processual e dinâmico, inserido na totalidade da realidade social. As conclusões aparecem de maneira provisória, já que são demarcadas historicamente e se dão através de mediações para chegar na essência do objeto pesquisado que têm múltiplas determinações. É nesse sentido que o conhecimento concreto, envolve a compreensão das dimensões entre universalidade, particularidade e singularidade (NETTO,2011)

## **1 – Brasil de lutas sociais: Formação sócio-histórica, Reforma Sanitária Brasileira e Constituição “Cidadã”**

### **1.1 – Resgate do Brasil de “ontem” persistente no hoje**

A construção do Brasil foi calcada na violência e na expropriação da terra dos povos que aqui residiam. A colonização exterminou grande parte da população nativa e escravizou a população negra advinda do continente africano, de mesmo modo, dizimou-se a cultura e os costumes dessas populações (GALEANO,2019). Esse processo não se deu sem resistências, revoltas e lutas contra a exploração à época, em contraponto do que indica a história hegemônica ocidental, os povos que aqui residiam lutaram e se contrapuseram contra o massacre e a exploração ocorrida no território brasileiro e latino-americano. Sobre o processo de resistência, no Brasil:

(...) não foi somente o quilombo a forma de resistência usada pelos escravos mineiros. Procuraram também insistentemente organizar sublevações nas cidades e vilas, aliando-se nesse intento aos quilombolas das matas próximas. Várias dessas insurreições foram registradas e notificadas pelas autoridades do tempo que, nas suas informações à Metrópole, destacavam sempre a periculosidade de que elas se revestiam. Eram revoltas que não significavam um protesto passivo como os quilombolas, mas criavam áreas conflitantes mais profundas de vez que, aproveitando-se do quilombola das matas, transformava-o em elemento ativo, dando com isto um conteúdo dinâmico ao movimento. (MOURA, 1981, p.97)

Nesse movimento, construiu-se uma sociedade desigual baseada nas relações patriarcais e racistas, produtora e reprodutora de violências e que alijou grande parte da população brasileira de espaços decisórios políticos. A métrica política nas relações sociais foi dada por práticas patrimonialistas, clientelistas e paternalistas, tal qual pelo processo de embranquecimento da população brasileira, com vistas ao ideário da “democracia racial”, ocultando a violência racista e sexista (GONZALES,1984).

As relações coloniais, persistentes no país por longos anos, deram lugar a construção de uma república, ainda restrita, erigindo-se o capitalismo brasileiro, dependente (MARINI,2013). Engendrou-se o modo de produção capitalista brasileiro, vinculado a atender o mercado externo com alimentos e matérias primas para as economias capitalistas centrais que estavam no seu processo de industrialização (PRADO JR., 1961). Assim, como aponta Marini (2013, p.47) “A história do subdesenvolvimento latino-americano é a história do desenvolvimento do sistema capitalista mundial”.

O desenvolvimento da economia brasileira vai tendo forte relação com os países de capitalismo central, inseridos na divisão internacional do trabalho, mostra-se a hegemonia e a



proeminência da economia norte americana, com forte vínculo nas relações de poder na América Latina, e com cooperação com o Brasil, reiterando os processos de dependência a partir do imperialismo. Segundo Prado Júnior. (1981, p.214):

(...) o imperialismo atua como um poderoso fator de exploração da riqueza nacional; não é outro seu objetivo que acaparar em proveito próprio a mais-valia do trabalho brasileiro ao seu alcance. Nisto ele age como qualquer outra forma de capital, e não tem aí nada de particularmente interessante. Mas o que o distingue é que tal exploração não se faz em benefício de uma classe brasileira (...) mas de classes e interesses completamente estranhos ao país. Isto é muito importante, porque neste processo não é apenas a classe trabalhadora que se desfalca, mas o país em conjunto que vê escoar-se para fora de suas fronteiras a melhor parcela de sua riqueza e recursos. (...) Doutra lado, a intervenção totalitária do imperialismo na economia brasileira desvirtua seu funcionamento, subordinando-a a fatores estranhos e impedindo sua estruturação normal na base das verdadeiras e profundas necessidades da população do país. O exemplo máximo disto se observa no papel que o imperialismo tem representado no sentido de manter a economia brasileira na função primária, que vem do seu passado colonial, de fornecedora de gêneros tropicais ao comércio internacional.

Nesse processo, o Brasil passou por uma ditadura civil-militar que assolou o país com uma forte repressão e eliminação de civis. O panorama aberto em 1964 é sumariado por Netto (2015, p.44 – 45):

(...) a articulação político-social que fundava o Estado brasileiro às vésperas de 1964 problematizava a continuidade do padrão de desenvolvimento dependente e associado que se engendrara em meados da década de 1950. O Estado que se estrutura depois do golpe de abril expressa o rearranjo político das forças socioeconômicas a que interessam a manutenção e a continuidade daquele padrão, aprofundadas a heteronomia e a exclusão. Tal Estado concretiza o pacto contrarrevolucionário exatamente para assegurar o esquema de acumulação que garante a prossecução de tal padrão, mas isto é crucial, readequando-o às novas condições internas e externas que emolduravam, de uma parte, o próprio patamar a que ele chegara e, de outra, o contexto internacional do sistema capitalista, que se modificava acentuadamente no curso da transição dos anos 1950 aos 1960. Readequado, aquele esquema é definido em proveito do grande capital, fundamentalmente dos monopólios imperialistas. O Estado erguido no pós-64 tem por funcionalidade assegurar a reprodução do desenvolvimento dependente e associado, assumindo, quando intervém diretamente na economia, o papel de repassador de renda para os monopólios, e politicamente mediando os conflitos setoriais e intersetoriais em benefício estratégico das corporações transnacionais na medida em que o capital nativo ou está coordenado com elas ou com elas não pode competir (...).

No contexto geopolítico internacional, o mundo passava pela Guerra Fria<sup>8</sup>, devido a correlação de forças favorável para a classe trabalhadora e com a necessidade de dar

---

<sup>8</sup> Iniciada por volta de 1947, com seu término em 1991, com a queda do Muro de Berlim, a Guerra Fria foi o período histórico no qual ascendeu experiências de socialismo real em diferentes partes do mundo. Assim, o mundo ficou “divido” entre países socialistas vs países capitalistas, com hegemonia da disputa entre EUA e URSS. O período foi demarcado por um forte tensionamento, uma corrida armamentista e tecnológica, mas sem os enfrentamentos que ocorreram, por exemplo, na Segunda Guerra Mundial.

legitimidade ao modo de produção capitalista<sup>9</sup>, frente as experiências socialistas, construiu-se o “*Welfare State*”, ampliando direitos em países da Europa e dos EUA. Todavia, na América Latina, para conter os processos revolucionários, a estratégia adotada foi a supressão dos direitos políticos e sociais, utilizando-se do aparato repressivo do Estado.

Denota-se que, diferentes ditaduras, nesse período histórico – entre 1960 até 1980 – assolaram o continente latino-americano, inserindo-se assim a relação da hegemonia norte-americana em processos de “contrarrevolução preventiva” (NETTO,2015), objetivando evitar a construção de sociedades socialistas, em um período de divisão do mundo em socialista vs capitalista.

A partir da década de 1970, o mundo passa por uma crise de acumulação capitalista – conhecida como “crise do petróleo” – com a crescente perda de lucros do período dos “30 anos gloriosos do capital”, e a necessidade de reordenar as políticas fordista-keynesianista, para a fase neoliberal. Essa década fica conhecida como “década perdida”, e o “milagre econômico”<sup>10</sup> de outrora já não se sustentava mais, com o Brasil entrando em crise, ampliando a insatisfação popular com a ditadura e erodindo as já péssimas condições de vida e trabalho da população brasileira.

O processo de redemocratização da sociedade brasileira, a partir do final da década de 1980, foi processado por diferentes dimensões estruturais e conjunturais para a derrocada da ditadura e construção da democracia. A efervescência dos movimentos sociais na sociedade brasileira (BRAVO,2010) era significativa, buscando para além da garantia dos direitos políticos a consolidação de direitos sociais na nova constituição que estava surgindo. Assim, a ditadura finda-se em 1985, contudo, em um processo levado a cabo por vias institucionais de maneira “lenta, gradual e segura”, para minorar a ebulição social à época. Salienta-se que esse movimento se processou com uma Lei de Anistia aos torturadores e com poucas medidas para responsabilização dos autores de crimes cometidos contra os seus conterrâneos. (SENADO,2019).

Desse modo, para dar conta dos elementos que conformam a transição democrática, no próximo item traçar-se-á como se deu a construção da Constituição de 1988, o processo constituinte e as mobilizações sociais que desabrocharam, com maior envergadura, nesse momento democrático. Versando sobre a importância dessa constituição na garantia de direitos

---

<sup>9</sup> Esses dois pontos são alguns dos elementos para a construção do “*Welfare State*”, diversas outras determinações fazem parte desse contraditório processo histórico, como por exemplo, a crise de 1929, que pressionou para a mudança nos padrões produção, com a inserção do fordismo-keynesianista. (HARVEY,2016).

<sup>10</sup> Período no qual, no Brasil, houve uma forte entrada de investimento e empréstimos estrangeiros, que deveriam ser pagos a longo prazo, levando a um grande endividamento externo.

sociais, por tal feito foi considerada uma “Constituição Cidadã”, e da proteção social brasileira, através do tripé da Seguridade Social: saúde, assistência social e previdência, processo que se desencadeou na contracorrente da orientação político-econômico disposta em âmbito internacional, com o advento do ajuste fiscal neoliberal.

## 1.2 – Transição Democrática: A Constituição de 1988 e a participação política

A construção da nova constituição, no processo de transição democrática, foi perpassada por diferentes protagonistas e diversas correlações de força que intentaram inscrever, na forma da lei, o que viria a se consolidar como a Constituição de 1988. Os atores que fizeram parte desse processo, eram os mais variados, do ideário conservador – representantes da ditadura civil-militar, tal qual políticos liberais do “centrão” – com a intenção de dar continuidade ao projeto desigual da sociedade brasileira, quanto a movimentos sociais progressistas – como: os sindicatos, movimentos de trabalhadores, movimento negro, movimento das mulheres; pessoas com deficiência; população indígena; população LGBTQIA+,<sup>11</sup> entre outros – que objetivavam a construção de uma sociedade mais justa socialmente. No que se refere ao processo da Constituinte, segundo Brandão (2011, p.87 - 88):

(...) ao longo da Constituinte, os movimentos sociais praticamente não fizeram uso de ações disruptivas, valendo-se principalmente de ações pacíficas. A ausência de ações violentas indica como a abertura de canais de interação entre a Constituinte e a sociedade logrou fazer com que o repertório mobilizado pelos movimentos, mesmo nos momentos de maior tensão, respeitasse a ordem institucional. Um conjunto de razões explicam esta limitação do repertório de ações. Primeiro, os mecanismos de emendas populares logo se transformaram no principal instrumento de pressão, e legitimação dos movimentos sociais (...). Segundo o delicado processo de transição democrática impôs certas precauções aos movimentos de esquerda; embora o uso da força para reprimir greves e manifestações tivesse diminuído nos últimos anos, uma pequena intervenção das Forças Armadas poderia escalar para uma crise capaz de por em xeque a transição democrática.

A Constituição de 1988 ficou conhecida como “cidadã” tendo um grande protagonismo dos movimentos sociais. Esse processo contraditório pode ser assim sumariado:

O processo constituinte de 1987/1988 ficou marcado na trajetória constitucional brasileira pela sua inovadora abertura à ampla participação popular, motivada pelo anseio de redemocratização do país. Como consequência dessa abertura, a elaboração do texto constitucional foi precedida de um debate longo e tecnicamente difícil, mas, ao mesmo tempo, rico e democrático. A sociedade encontrou diversas formas de intervir no processo constituinte. (...) Esse confronto entre o antigo e o novo, entre a resistência autoritária a mudanças substanciais e o anseio por ruptura com a ordem vigente, refletiu-se no caminho percorrido pelo processo constituinte, muita vezes inovador, como na implementação de canais de participação direta da sociedade, outras conservador, como nas manobras do “centrão” para alterar o regimento interno da ANC [ Assembleia Nacional Constituinte] e, a partir daí, tentar anular as conquistas sociais obtidas nas fases anteriores do processo. (CNTS,2018)

---

<sup>11</sup> Ressalta-se que à época essa não era a designação dada, referenciados apenas, na literatura sobre a época, como “homossexuais”. Essa modificação vem do adensamento dos debates sobre sexualidade e diversidade sexual e de gênero, tal qual da visibilidade ganhada nos últimos anos.

O que se sucedeu em 1988 foi a aprovação da Constituição Federal da República Federativa do Brasil garantindo direitos sociais, assim:

Art.6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (BRASIL,2017, p.12)

O Brasil asseverou, constitucionalmente, direitos sociais, ainda que o caminho para garantir esses direitos como previstos na forma da lei é longo. Nesse sentido, a constituição é denominada cidadã por reconhecer os direitos sociais e a cidadania das brasileiras, tendo da ordem social como base o “primado do trabalho, e como objetivo o bem estar e a justiça social” (BRASIL, 2017, p.140)

A proteção social<sup>12</sup> brasileira foi arrolada através da Seguridade Social Brasileira, no Artigo 193, a partir do tripé “saúde, previdência e assistência social” (BRASIL, 2017). Essas políticas sociais têm suas bases diferenciadas, devido a correlação de forças na sua construção, assim a saúde tem caráter universal, para todos os brasileiros; a previdência é contributiva, relacionada ao mercado formal de trabalho e/ou contribuição individual; a assistência social é à quem dela necessitar.

Construiu-se um sistema de proteção social misto, a partir de diferentes bases e experiências que se relacionam com a dimensão política vivida no momento. Ademais, a pauta dos direitos sociais já era um anseio de longa data dos movimentos sociais, e de enorme necessidade para a sociedade brasileira, contudo, devido a ditadura não se foi garantido. Em contrapartida, esses direitos já haviam sido consagrados em grande parte dos países de capitalismo central, nesse momento, década de 1980, já acontecia um movimento de retração, diferentemente do panorama brasileiro.

A consolidação da proteção social brasileira, a partir da Seguridade Social, na constituição não garante a implementação dos direitos referendados, necessita-se, da legislação infraconstitucional para a regulamentação e organização da política<sup>13</sup>, conhecida como Lei

---

<sup>12</sup> Compreendida dentro do marco histórico do modo de produção capitalista. Assim, por proteção social entende-se as formas “institucionalizadas que as sociedades constituem para proteger parte ou o conjunto de seus membros. Tais sistemas decorrem de certas vicissitudes da vida natural ou social, tais como a velhice, a doença, o infortúnio, as privações (...) Neste conceito, também, tanto as formas seletivas de distribuição e redistribuição de bens materiais (como comida e dinheiro), quanto de bens culturais (como os saberes), que permitirão a sobrevivência e a integração, sob várias formas na vida social. Ainda, os princípios reguladores e as normas que, com intuito de proteção, fazem parte da vida das coletividades” (DI GIOVANNI, 1998 *apud* BRASIL, 2005)

<sup>13</sup> Como por exemplo a Lei Orgânica da Saúde – Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 e Lei 8.142 de 26 de dezembro de 1990. Assim a Lei 8.080, “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.” (BRASIL,1990)

Orgânica. Além disso, são necessárias Normas Operacionais Básicas (NOBs)<sup>14</sup> para estratégias de operacionalização da política. A implementação da Seguridade Social, e a execução de suas políticas específicas, tem vinculação com a correlação de forças do momento, entre os movimentos sociais e o Estado, bem como as agendas e opções políticas dos governos que se sucedem no país. É nesse sentido que ganha centralidade a importância do controle e da participação social das usuárias nas políticas sociais.

A Constituição de 1988 trouxe consigo a participação e a representação da sociedade para dentro da gestão, formulação, implementação e avaliação das políticas sociais, esse processo foi importante na garantia dos conselhos de direitos e de políticas sociais setoriais – como o Conselho de Saúde, em suas diversas esferas: federal, estadual e municipal. Assim, no Inciso VII do Artigo 194, no que se refere a organização da seguridade social brasileira: “caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governos nos órgãos colegiados” (BRASIL, 2017, p.140)

Dentre as políticas da seguridade social a que ganhou maior destaque e preponderância nos debates constitucionais foi a política de saúde, visto seu caráter universal, sendo direito de todos e dever do Estado (BRASIL,2017), bem como a luta entorno do reordenamento do sistema nacional de saúde, devido a insatisfação popular com a organização do sistema, excludente, e o seu foco estritamente na assistência médica.

O caráter universal da política de saúde remota a intenção de garantir saúde para todas as brasileiras, essa que foi uma das bandeiras de luta do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), esse movimento agregou diferentes sujeitos da luta política a favor da construção de um novo sistema de saúde, tal qual uma nova compreensão sobre os sentidos da saúde.

---

<sup>14</sup> No âmbito do SUS tivemos diversas NOBs que operacionalizaram a política de saúde em seus diferentes aspectos, com ênfase para o processo de descentralização político-administrativo, citam-se: NOB 91; NOB 93; NOB 96; Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 2001; e Pacto Pela Saúde 2006 (BRASIL,2006).

### 1.3 – Transgressão ou transfiguração: A Reforma Sanitária Brasileira

Ao final da década de 1980 o Brasil passava por uma crise econômica, política e social, frente a redemocratização da sociedade brasileira. Esse processo articulou movimentos sociais na defesa de direitos sociais, para sua inscrição na Carta Magna em processo de construção. O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), foi constituinte desse processo, na vanguarda no que se refere a estruturação da política de saúde que viria a ser consolidada na Constituição de 1988. Segundo Paim (2012, p.10)

Na passagem da década de setenta para a de oitenta, os movimentos sociais ampliaram-se, propondo a “democratização da saúde”. Com a redemocratização especialmente a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ªCNS), “reforma sanitária” foi a denominação que substituiu aquela do movimento da democratização da saúde.

A Reforma Sanitária Brasileira ganhou forças no final da década de 1970, desembocando em um robusto e amplo movimento da sociedade civil em prol da pauta “da saúde”, que congregou profissionais da saúde, movimentos sociais, profissionais da educação superior, e sociedade civil em geral. Segundo PAIM (2007, p.150), quando explicita sobre a Reforma Sanitária como um fenômeno social, enquanto ideia-proposta-movimento-processo, demarca:

(...) a Reforma Sanitária, enquanto proposta foi resultante de um longo movimento da sociedade civil brasileira em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde. Transformou-se em projeto a partir da 8ªCNS [Conferência Nacional de Saúde] e desenvolveu-se como processo desde então, especialmente com a instalação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Pode-se afirmar que a Reforma Sanitária é simultaneamente, uma proposta, um projeto, um movimento e um processo.

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB), ainda que demarcada territorialmente no Brasil, com sujeitos e lutas entorno da pauta da reforma do sistema de saúde brasileiro, teve influxos teóricos do pensamento latino-americano sobre saúde, no que diz respeito as construções sobre o campo da medicina social (SCOREL,1999), medicina preventiva e da saúde coletiva (PAIM,2007), sendo importante as articulações e trocas, desenvolvendo-se um pensamento crítico fincado nas bases da teoria social de Marx.<sup>15</sup> Segundo Laurell (1985) *apud* Novaes (1997, p.212), sobre a medicina social latino-americana:

é uma corrente de pensamento que apareceu originariamente como contestação crítica ao pensamento da saúde pública dominante. Seu traço característico, do ponto de vista teórico, é a proposta de converter as ciências sociais em um elemento explicativo central do campo sanitário.

---

<sup>15</sup> Frisa-se que esse não é um pensamento, nem um movimento homogêneo, com diversificadas e diferentes análises e aproximações com o marxismo, mas que teve uma preponderância e um potencial crítico que se renova até a contemporaneidade. (BORGHI; OLIVEIRA; SEVALHO, 2018) (CEBES,2010) (FLEURY,2009)

Em suas bases, a reforma pretendida, tinha um reordenamento e uma nova compreensão do paradigma sobre saúde-doença. Assim, compreendidas não apenas de forma dicotômicas e biologizadas/patologizadas, mas com uma raiz histórica social fincada em suas estruturas. Saúde, agora, não denotaria mais apenas a “mera ausência de doenças”(BRASIL,1986) que se vincula a uma estreita relação com a assistência direta à saúde, com forte intervenção médica-normativa sobre os corpos, mas apreendendo as diferentes mediações sociais que envolvem esse processo. Nessa acepção,

No novo enfoque sobre a saúde, criticavam-se tanto o modelo tradicional de formação dos médicos em geral, restrito às áreas biológicas, quanto o modelo clássico de formação de sanitaristas, que já incorporavam as ciências sociais, porém com orientação funcionalista. De natureza histórico-estrutural, ele seria construído a partir da abordagem marxista, do materialismo histórico e dialético e da abordagem das condições e dos problemas de saúde da população brasileira sob uma perspectiva marxista. (SCOREL, 1999, p.25)

A dimensão social adentra no debate sobre saúde, tornando-se central para a compreensão tanto da organização do sistema de saúde, quanto para o paradigma sobre saúde e doença, tal qual o atendimento nos serviços de saúde. Assim, compreende-se a saúde-doença como um processo, que tem suas bases sociais. Segundo Laurell (1981, p.12-13)

Por el proceso salud-enfermedad de la colectividad entendemos el modo específico como se da en el grupo el proceso biológico de desgaste y reproducción, destacando como momento particular la presencia de un funcionamiento biológico diferenciable con consecuencias para el desarrollo regular de las actividades cotidianas, esto es, la enfermedad. (...) Surge de inmediato una pregunta, ¿por qué el proceso salud-enfermedad tiene carácter social, si está definido por los procesos biológicos del grupo? (...) Por una parte, el proceso salud-enfermedad del grupo adquiere historicidad porque está socialmente determinado. Esto es, para explicarlo no bastan los hechos biológicos sino es necesario aclarar cómo está no se ágora en su determinación social, ya que el proceso biológico humano mismo es social. Es social en la medida que no es posible fijar la normalidad biológica del hombre al margen del momento histórico.

Evidentemente, a dimensão social começa a aparecer nos estudos teóricos da época e no movimento da RSB, aproximando-se, ainda que preliminarmente, da teoria social crítica de Marx. Os problemas e as expressões da “questão social” são vistos como estruturais à sociabilidade vigente, permeando uma diversidade de determinações nesse processo, sendo a saúde produzida e determinada socialmente. Assim:

O materialismo histórico torna-se o fundamento epistemológico do “objeto” processo saúde/doença, ao mesmo tempo que se institui como instrumento de transformação racional da realidade. Por isso, torna-se possível, por exemplo, identificar uma epidemiologia científica que se contrapõe a uma epidemiologia “burguesa”. Assim, a categoria central explicativa do processo saúde/doença seria, pelo seu máximo grau de abstração, aquela de “produção” e “reprodução social”, naturalmente intermediada por outras categorias, quando se considera especificidades (sociedade de classe, por



exemplo). São necessárias, assim, categorias do tipo: mercadoria, valor, força de trabalho, classe. (...) (NOVAES, 1997, p. 213)

A determinação social do processo saúde-doença, estaria, desse modo, relacionada a forma de organização da produção na sociedade, que causam desigualdades, compreendidas de maneira estrutural e estruturante do modo de produção capitalista, que produz e reproduz riqueza, concomitantemente, como produz e reproduz pobreza. (MARX, 2013)

Delineia-se que a RSB não previa apenas uma reforma no setor saúde, uma vez que não daria conta de responder a todos os problemas, indo além de apenas um “setor”, mas a defesa por reformas de base estruturais, como: a reforma agrária, reforma urbana, reforma tributária, entre outras. (PAIM, 2009). Sendo assim, a Reforma Sanitária Brasileira, enquanto uma reforma social estaria fincada em elementos constituintes, sendo eles: “(...) a) democratização da saúde; (...) b) democratização do Estado e seus aparelhos (...) c) democratização da sociedade e da cultura (...)” (PAIM, 2007, p.151).

No movimento histórico concreto, as lutas políticas entorno da pauta “da saúde” vão se materializando em diversos espaços de discussão para a construção da política de saúde na nova constituição. Nesse sentido, é notável, já em 1979, em documento apresentado no 1º Simpósio sobre política de saúde na Câmara Federal, delineando alguns elementos sobre a política de saúde e a crise de seu modelo hegemônico vigente no país, aponta a compreensão do entendimento sobre uma saúde autenticamente democrática, sendo alguns deles como:

- 1- O reconhecimento do direito universal e inalienável, comum a todos os homens, à promoção ativa e permanente de condições que viabilizem a preservação de sua saúde.
- 2- O reconhecimento do caráter socioeconômico global destas condições: emprego, salário, nutrição, saneamento, habitação e preservação de níveis ambientais aceitáveis.
- (...) 4- O reconhecimento, finalmente, do caráter social deste Direito e tanto da responsabilidade que cabe à coletividade e ao Estado em sua representação, pela efetiva implementação e resguardo das condições supramencionadas; (CEBES, 1979, p.12)

No mesmo sentido, indicam-se medidas necessárias:

- (...) 3 – Criem um Sistema Único de Saúde. 4- Atribuem ao Estado a responsabilidade total pela administração deste Sistema. 5 – Delequem ao Sistema Único de Saúde a tarefa de planificar e executar uma política nacional de saúde; que inclua: a pesquisa básica, a formação de recursos humanos, a atenção médica individual e coletiva, curativa e preventiva, o controle ambiental, o saneamento e a nutrição mínima à sobrevivência de uma população hígida. 6 – Estabeleçam mecanismos eficazes de financiamento do sistema, que não sejam baseados em novas gravames fiscais sobre a maioria da população, nem em novos impostos específicos para a saúde. O financiamento do Sistema Único deverá ser baseado numa maior participação proporcional do setor saúde nos orçamentos federal, estaduais e municipais, bem como no aumento da arrecadação decorrente de uma alteração fundamental no atual caráter regressivo do sistema tributário. (...) (CEBES, 1979, p.12-13)

Em 1986, realiza-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ªCNS), tornando-se um marco para a sociedade brasileira, de onde indica-se e constroem-se bases para o SUS, efetivando algumas reivindicações da RSB. As Conferências de Saúde, já vinham sendo realizadas sistematicamente, durante algum tempo, contudo, contava estritamente com a participação de profissionais da saúde e representantes do governo – de maneira geral do Ministério de Estado da Saúde. A 8ª CNS torna-se um divisor de águas, uma vez que é a primeira Conferência que agrega a participação da sociedade civil organizada e dos movimentos sociais, pensando a construção da política de maneira democrática e coletiva, conjuntamente com quem utiliza os serviços e ações de saúde. (BRASIL,1986)

O discurso proferido por Sergio Arouca, então presidente da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), importante sanitarista e articulador da RSB, na 8ª CNS, foi um marco na compreensão do conceito ampliado de saúde, compreendendo como a dinâmica social interfere no adoecimento da coletividade. Demarcando a compreensão de saúde como:

(...) não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e, até a informações sobre como se pode dominar esse mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas, que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. É não estar todo o tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não sejam os do povo, como aconteceu, infelizmente, na última década, na América Latina (...) (BRASIL,1986, p. 36)

Demarcar essa comunicação de Sergio Arouca na Conferência é importante para demonstrar o sentido no qual a conferência transcorreu, desembocando no seu Relatório Final que traz indicações sobre a saúde, a implementação do sistema de saúde, o financiamento de tal sistema. Desse modo, no “Tema 1 – saúde como direito” do relatório da 8ª CNS (BRASIL, 1986, p.4), assim está circunscrito:

1- Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a 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 social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. 2 – 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. (...).

Esse resgate se faz de sobremaneira relevante para dar luz aos marcos históricos que constituíram a RSB, ainda que com diferentes mirantes ideo-políticos e de maneiras de implementação da política de saúde, tal qual as lutas e enfrentamentos e as contradições que deram a métrica desse processo. O que se evidencia nas citações supracitadas acima é a

centralidade que a dimensão social ganha no processo de reflexão e construção das bases do novo sistema da saúde e do paradigma sobre saúde-doença.

Nesse processo, os influxos internacionais têm relações com o movimento que aconteceu aqui, já que ligados a totalidade da realidade social. Assim, de modo geral, nas formulações e reflexões sobre o sistema de saúde em si, apontando para um sistema que garanta saúde para todas de forma gratuita, vale ressaltar o peso que o National Health Service (NHS) teve – e tem – nos debates mundiais sobre sistema de saúde público.

A importância de organismos multilaterais é vislumbrada, no mesmo sentido, tendo preponderância, nesse momento com maior envergadura<sup>16</sup>, na política de saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), na construção de Conferências Internacionais que foram realizadas nas décadas de 1970 e 1980. A Declaração de Alma Ata e a Carta de Ottawa – conferência realizadas em 1978 e 1986, respectivamente – foram importantes na (re)afirmação da dimensão social da saúde – ainda que de maneira restrita dentro dos marcos da sociedade burguesa – e apontando para elementos essenciais como a atenção primária à saúde e a promoção da saúde.

---

<sup>16</sup> Seria leviano apontar apenas para os dois organismos multilaterais que versam sobre saúde a nível mundial, OMS e OPAS, como os promotores e direcionadores do debate sobre saúde no âmbito internacional. A análise dá-se a partir da perspectiva da totalidade dos processos sociais, nesse sentido, contribuem, com diferentes pressões os diversos organismos que fazem parte do sistema econômico mundial. Assim, posteriormente, enfocarei em outros organismos que, no cenário neoliberal, fazem maior pressão na política de saúde, como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BM). Destaca-se que a correlação de forças e correntes de direcionamento político também estão presentes na OMS e na OPAS, dependendo de múltiplos fatores históricos-sociais, assim, ampliam-se, ou retraem-se, orientações mais favoráveis a classe trabalhadora.

#### 1.4 – Direito ao “social”: Política Social no capitalismo

As Revoluções Gloriosa – 1689 – e Francesa – 1789 – reordenaram o panorama ocidental, erigindo um novo modo de produção – capitalista. Se é decerto que durante esse momento histórico a burguesia se colocava como força motriz e revolucionária, com o desenrolar e o estabelecimento do modo de produção capitalista, ela, burguesia, passa a desempenhar um papel conservador, para a continuidade da sociabilidade vigente, conservando as bases construídas, visando a continuidade de seus privilégios e dominação de classe.

No limiar do século XIX, a divisão por classe já estava determinada, assim, os detentores dos meios de produção, burguesia, compravam a força de trabalho da classe trabalhadora, ou proletariado. As condições de trabalho para a classe trabalhadora constituíam-se como avassaladoras, não existia regulação do trabalho, nem salário fixado, ficando a cargo de cada empregador, predominava a mais valia absoluta (MARX,2013). No que se refere as condições de habitação da população operária desse período, segundo estudo de Engels (1975, p.99)

(...) a quase totalidade dos 350 mil operários de Manchester e dos seus arredores habita em casas em mau estado, húmidas e sujas; que as ruas por onde têm de passar estão na maior parte das vezes no mais deplorável estado e extremamente sujas e que foram construídas sem o menor cuidado de arejamento, com a única preocupação do maior lucro possível para o construtor. Numa palavra, nos alojamentos operários de Manchester não há limpeza nem conforto, e, portanto, não há vida familiar possível; só uma raça desumanizada, degradada, rebaixada a um nível bestial, tanto do ponto de vista intelectual como moral, fisicamente mórbida, se pode sentir aí à vontade e em casa.

O antagonismo entre as classes estava demarcado, a crescente pobreza, com o processo de pauperismo das massas torna-se evidente, destacando-se a “questão social”. Essa, “questão social”, tinha um carácter novo, devido a contradição entre capital vs trabalho, donde a produção é socializada e a riqueza apropriada privadamente. No que tange a questão social e seus traços:

A análise marxiana fundada no carácter explorador do regime do capital permite, muito especialmente, situar com radicalidade histórica a “questão social”, isto é, distingui-la das expressões sociais derivadas da escassez nas sociedades que precederam a ordem burguesa. A exploração não é um traço distintivo do regime do capital (...) o que é distintivo desse regime, entre outros traços, é que a exploração se efetiva num marco de contradições e antagonismos que a tornarem pela primeira vez na história registrada, suprimível sem a supressão das condições nas quais se cria exponencialmente a riqueza. Ou seja, a supressão da exploração do trabalho pelo capital (...). (NETTO,2011)

Entretanto, a história não se deu sem embates e confrontos pela melhora nas condições de vida e trabalho, tendo em 1848 a primavera dos povos<sup>17</sup>, trazendo um cenário de luta e

---

<sup>17</sup> É nesse movimento histórico que se dá a publicação do Manifesto do Partido Comunista por Marx e Engels (MARX; ENGELS, 2015)

reivindicações das mais diversas, inseridas as por melhores condições de vida. Nesse contexto, a classe trabalhadora passa de “classe em si” para “classe para si” (MARX; ENGELS, 2015), dando início ao processo de compreensão de como a desigualdade está enraizada na sociedade, na relação capital vs trabalho.

As lutas sociais se intensificaram durante o tempo, passando por diferentes e diversas regulações das legislações de trabalho, dependendo da correlação de forças estabelecida no momento. O capitalismo passou por múltiplas crises durante os anos, sendo as crises estruturais e estruturante do modo de produção capitalista (MÉSZÁROS, 2011). Em 1929 ocorre uma crise de dimensões exponenciais, a estratégia do capital para o enfrentamento da desta crise foi a adoção do keynesianismo-fordista, que deu materialidade aos chamados “30 anos gloriosos” do capital, como processo do capitalismo tardio (MANDEL, 1982). Assim, passou-se a garantia de direitos sociais.

Erigiu-se o “*Welfare State*”<sup>18</sup> nos países de capitalismo central, com uma forte intervenção do Estado na área econômica e social, construindo heterogêneos modelos de proteção social. Algumas propostas surgidas nos países europeus se desenvolveram e foram implementadas em alguns países da Europa e na América do Norte, como os modelos: Beveridgiano, de caráter universal para as políticas sociais; e o Bismarckiano, de caráter vinculado ao mercado de trabalho formal, como “seguros sociais” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

É nesse sentido que surgem as políticas sociais, para dar conta das reivindicações da classe trabalhadora, bem como para atender aos interesses do capital. As políticas sociais, atuam tanto na produção, quanto na reprodução da força de trabalho, onerando, por vezes o capital com necessidades básicas para a reprodução material da vida social, mas também são resultados da luta de classe e da correlação de forças do momento político conjuntural que se demonstram na consolidação e efetivação de direitos e políticas sociais. Compreende-se o caráter contraditório da política social, a partir da teoria social crítica. Nessa perspectiva, marxista, de análise das políticas sociais deve-se considerar:

(...) sua múltipla causalidade, as conexões internas, as relações entre suas diversas manifestações e dimensões. Do ponto de vista histórico, é preciso relacionar o surgimento da política social às expressões da questão social que possuem papel determinante em sua origem (e que, dialeticamente, também sofrem efeitos da política social). Do ponto de vista econômico, faz-se necessário estabelecer relações da política social com as questões estruturais da economia e seus efeitos para as

---

<sup>18</sup> Há diferentes designações, na literatura, para esse período histórico, como: Estado de bem estar social; Estado Providência; Estado Social; Welfare State, entre outros. Contudo, o que se pretende frisar no texto é o caráter de ampliação das políticas sociais e investimentos do Estado nas áreas sociais e de infraestrutura, com diferentes políticas e envergaduras nos países de capitalismo central, como a de Pleno Emprego.

condições de produção e reprodução da vida da classe trabalhadora. (...) Do ponto de vista político, preocupa-se em reconhecer e identificar as posições tomadas pelas forças políticas em confronto, desde o papel do Estado até a atuação de grupos que constituem as classes sociais e cuja ação é determinada pelos interesses da classe em que se situam. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p.43)

Vale ressaltar, que esse contexto se dá nos países de capitalismo central, nomeadamente Europa, e posteriormente, Estados Unidos da América. Nos países latino-americanos, o processo de colonização, que foi essencial para o desenvolvimento e crescimento dos países centrais durante esse período, deu a métrica no desenvolvimento das relações sociais. O regime de assalariamento que vai se dando nas relações entre os países de capitalismo central, devido a revolução burguesa, chega tardiamente no Brasil, convivendo com a escravização dos povos oriundos do continente africano, bem como com o trabalho forçado da população nativa. Segundo Quijano (2005, p.3):

(...) no processo de constituição histórica da América, todas as formas de controle e de exploração do trabalho e de controle da produção-apropriação-distribuição de produtos foram articuladas em torno da relação capital-salário (de agora em diante capital) e do mercado mundial. Incluíram-se a escravidão, a servidão, a pequena produção mercantil, a reciprocidade e o salário. Em tal contexto, cada uma dessas formas de controle do trabalho não era uma mera extensão de seus antecedentes históricos. Todas eram históricas e sociologicamente novas. Em primeiro lugar, porque foram deliberadamente estabelecidas e organizadas para produzir mercadorias para o mercado mundial. Em segundo lugar, porque não existiam apenas de maneira simultânea no mesmo espaço/tempo, mas todas e cada uma articuladas com o capital e com seu mercado, e por esse meio entre si. (...)

Infer-se que, os processos que ocorreram na América Latina, estão interligados aos processos decorrentes na totalidade do capitalismo nas regiões centrais. Assim, o capitalismo brasileiro se constitui como dependente, no qual a métrica é posta pela superexploração da força (MARINI,2013) de trabalho, vinculado a produção matéria prima para atender o mercado externo, com poucas experiências de industrialização<sup>19</sup>.

Depreende-se a importância central que os sistemas de proteção social e as políticas sociais têm na vida da classe trabalhadora, sendo fruto de tensionamentos e direcionamentos políticos no âmbito da esfera do Estado, levado a cabo pelos movimentos sociais e pela sociedade civil organizada na busca por melhores condições de vida e trabalho (BEHRING; BOSCHETTI, 2011). Não se perde de vista o caráter contraditório que as políticas sociais

---

<sup>19</sup> Durante a trajetória brasileira, diferentes governos tentaram levar a cabo o processo de industrialização do Brasil, com diferentes políticas, como a industrialização por substituição de importações, visando ampliar o mercado nacional e minorar a dependência de produtos industrializados estrangeiros. Entretanto, as estratégias do capital internacional, nomeadamente, sob a égide da hegemonia norte-americana, não outorgaram êxito as políticas mais industrializantes do mercado interno. (SOARES,2012) (CARVALHO; JÚNIOR, 2019)

crystalizam, amparando a legitimidade, e minorando os conflitos sociais, dentro do modo de produção capitalista. Todavia, sua formulação e implementação pode fortalecer projetos de sociedade que vislumbrem uma perspectiva de justiça social, com caráter progressivo na perspectiva de direitos sociais universalistas, dependendo da correlação de forças político-social na sua construção, ou atuar na fragmentação e focalização dos direitos, implementados de maneira restrita.

Como arquétipo, a política de saúde, organizada e implementada de maneira universal, como é o SUS, atende interesses contraditórios, visto que ao mesmo tempo que responde a demanda da classe trabalhadora pela necessidade de serviços e ações de saúde, sendo o SUS próprio fruto das lutas do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, responde a demanda do capital, uma vez que faz com que onera os gastos com saúde dos empregadores, tal qual mantém a força de trabalho atuante no mercado de trabalho, devido as ações de promoção, proteção, prevenção e assistência que desenvolve.

Desse modo, sobressai a relevância de compreender a dinâmica das políticas sociais dentro do contexto histórico social, estrutural e conjuntural, realizado as medições necessárias, apreendendo as suas determinações, inseridas na totalidade e contradição da realidade social.

### 1.5 – Medicina previdenciária e saúde pública: atravessamentos históricos

A intervenção do Estado nas expressões da “questão social”, no Brasil, dá-se tardiamente, contrastando com a necessidade e reivindicações da classe trabalhadora e dos movimentos sociais. Primordialmente, as expressões da “questão social” eram tratadas como “caso de polícia”, procedendo com repressão e violência que é intrínseco do capitalismo periférico<sup>20</sup>. Contudo, a agudização das expressões da “questão social” e as lutas sociais vão ganhando força, pressionando o Estado para intervenção, tornando-se “caso de política”.

A primeira organização de proteção social brasileira data de 1923, quando da criação da Lei Eloy Chaves, criando uma Caixa de Aposentadoria e Pensão (CAP), tinha sua lógica vinculada ao mercado de trabalho formal e atendia apenas determinados segmentos da classe trabalhadora. A Lei Eloy Chaves, então: “obrigou cada compendia ferroviária do país a criar uma caixa de aposentadorias e pensões (CAP), departamento incumbido de recolher a contribuição do patrão e dos funcionários e pagar o benefício aos aposentados e pensionistas” (SENADO,2019).

As CAPs não eram unificadas, cada uma respondendo pelos seus benefícios específicos e de suas respectivas empresas. Já na década de 1930 há a constituição dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), que dividiu por segmento profissional. Já na década de 1960, sob a égide da ditadura civil-militar, unificou-se as CAPs e os IAPs no Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). Posteriormente, com a promulgação da Constituição de 1988, a previdência se estabelece como um direito que perfaz a Seguridade Social brasileira, ainda em uma lógica do seguro, vinculado ao mercado formal de trabalho e/ou contribuição, através do Instituto Nacional do Seguro Social.

A preocupação com os processos de saúde-doença da população sempre esteve presente nas diferentes sociedades humanas, organizada e realizada de diferentes formas durante a construção do Brasil. Com o processo de urbanização e a intensificação e crescimento populacional nas cidades-capitais, e já consolidado o capitalismo brasileiro, com o processo de assalariamento massivo, pensar saúde ganha novos contornos. Mediante esse processo, “ser saudável” e/ou “ter saúde”<sup>21</sup> torna-se um campo central para a sociedade moderna capitalista,

---

<sup>20</sup> Enquanto nos países de capitalismo central as lutas sociais ganham outros contornos, não se excluindo o uso da força repressiva do Estado, mas com menor intensidade. Nos países periféricos o Estado utiliza-se de forma extremamente violenta para com os movimentos sociais e a classe trabalhadora, exemplo categórico é o uso da Lei de Segurança Nacional, que data da ditadura civil militar brasileira e que é utilizada até a cena contemporânea de diferentes formas.

<sup>21</sup> Utiliza-se o uso das aspas para delinear que “ser saudável” e/ou “ter saúde” é uma categoria histórica construída pelas sociedades humanas e que representam hábitos e convenções sociais que dizem respeito ao modo de vida e



uma vez que, sem “saúde” as trabalhadoras não voltam aos postos de trabalhos, não conseguindo dar continuidade a roda do capital.

Já desde o início do século XX havia uma preocupação com as doenças que se espalhavam de maneira relativamente rápida, com surtos que afetavam toda a população, como no caso da varíola, que desenrolou na “Revolta da Vacina”, devido as primeiras experiências com a obrigatoriedade da vacina (FIOCRUZ,2005).A preocupação com pestes, epidemias e doenças entrava na agenda do Estado, devido a sua rápida disseminação e letalidade, todavia com forte caráter moralizador e higienista, que enfocava na pobreza e nas condições insalubres de vida, as quais a classe trabalhadora estava a mercê nesse momento histórico. Desenvolve-se um modelo de política de saúde fortemente “*campanhista*”, com foco em determinadas enfermidades que acometiam a população, como pestes e epidemias, e que eram controladas por vacinas e medidas sanitárias.

A saúde, a partir do século XX, era vista sob uma ótica, eminentemente, de intervenção médica-científica hegemônica sobre os corpos<sup>22</sup>, período em que havia um grande desenvolvimento da medicina no mundo ocidental, no qual o Brasil teve diversas interlocuções com instituições norte-americanas<sup>23</sup>. Focava-se fortemente na assistência direta à saúde, a partir da intervenção médica em consultórios e/ou hospitais privados.

No que se refere ao setor saúde, havia um não sistema de saúde (PAIM,2009) sem uma política de saúde que atendesse todas as brasileiras. Com a criação das CAPs e das IAPs, os respectivos setores organizavam “coberturas de saúde” para os segurados, desenvolvendo-se assim a medicina previdenciária. A saúde vai se vinculando, gradativamente, aos institutos de aposentadoria, que podiam comprar serviços no mercado privado, ou implementar e administrar seus próprios serviços que atendessem seus beneficiários. Em relação à medicina previdenciária, segundo PAIM (2009, p.33)

(...) teve início com as caixas de aposentadoria e pensões, passando por certa expansão a partir de 1930, quando estas foram substituídas por vários IAPs. Assim, era criado um instituto para cada categoria de trabalhadores (...) Com exceção do IPASE [ Instituto de Previdência e Assistência dos servidores do Estado] todos os institutos

---

a aspectos subjetivos das sociedade humanas. Paralelamente, não pretendo reduzir as formas amplamente veiculadas na grande mídia sobre o que é “ser saudável” ou “ter saúde” que desconsidera questões histórico-sociais e subjetivas, focando em uma perspectiva vinculada ao mercado para a venda de produtos e/ou seguros saúde.

<sup>22</sup> Salienta-se que essa lógica médico-hegemônica de intervenção sobre os corpos ainda é fortemente ancorada nos dias atuais, sendo produzida e reproduzida cotidianamente, contudo, a partir da nova constituição, legalmente, ainda que com caminhos longínquos para a implementação de fato, o conceito de saúde é ampliado e ganha contornos da dimensão social.

<sup>23</sup> Cita-se a experiência do Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE), criado no contexto das CAPs e IAPs, visando oferecer assistência à saúde aos servidores do Estado, no qual houve uma vasta troca e intercâmbio com instituições norte-americana, tanto no que se refere a tecnologia e processos técnico-científico, quanto de profissionais estudando nos Estados Unidos da América. Inclusive há de notar que a organização e gestão desta instituição foi fortemente baseada nos modelos de hospitais norte-americanos. (MORINIGO,1997).

foram unificados em 1966 no Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). Somente os brasileiros que estivessem vinculados ao mercado formal de trabalho e com carteira assinada tinham acesso à assistência médica da previdência social. Aos demais restavam poucas opções: pagar pelos serviços médicos hospitalares ou buscar atendimento em instituições filantrópicas, postos e hospitais de estado ou municípios. Como o direito à saúde não estava vinculado à condição de cidadania, cabia aos indivíduos a responsabilidade de resolver os seus problemas de doença e acidentes, bem como os de seus familiares.

Nesse processo, unifica-se, no período da ditadura civil-militar, as CAPs e IAPs no INPS, trazendo o seguinte panorama para a saúde:

(...) a consolidação da tendência da contratação de produtores privados de serviços de saúde, com estratégia dominante para a expansão da oferta de serviços. Progressivamente foram desativados e/ou sucateados os serviços hospitalares próprios da previdência, ao mesmo tempo em que se ampliou o número de serviços privados e credenciados e/ou conveniados. O atendimento ambulatorial, no entanto, continuou como rede de serviços próprios e expandiu-se neste período. (...) As consequências dessa política privatizante apareceram rapidamente, erodindo a capacidade gestora do sistema e reforçando sua irracionalidade. De um lado, a baixa capacidade de controle sobre os prestadores de serviço contratados ou conveniados, já que cada paciente era considerado como “um cheque em branco”, tendo a previdência que pagar as faturas que lhe eram enviadas, após a prestação do serviço. De outro, era quase impossível um planejamento racional, já que os credenciamentos não obedeciam a critérios técnicos, mas sim a exigências políticas. Ao lado disso, explodiam os custos do sistema, tanto em razão da opção pela medicina curativa, cujos custos eram crescentes em função do alto ritmo de incorporação tecnológica, quanto em razão da forma de compra de serviços pela previdência (...). (FGV,2021)

Em 1977 cria-se o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), devido ao aguçamento das contradições existentes no sistema, com peso para o seu financiamento e para a entrada de novos beneficiários, que demandavam cada vez mais assistência à saúde. No início da década de 1980, o INAMPS apresentava problemas no que se refere a sua sustentabilidade financeira, assim:

(...) não simplesmente como o gestor da assistência médica aos segurados da previdência, mas cada vez mais como o responsável pela assistência médica individual ao conjunto da população. Ou seja, a crise deveria ser enfrentada num contexto não apenas de extensão de benefícios a alguns setores, mas de universalização progressiva do direito à saúde e do acesso aos serviços. (...) O aumento de serviços e gastos, decorrentes dessa ampliação de cobertura, teria de ser enfrentado num quadro de redução das receitas previdenciárias, provocada pela política econômica recessiva que, desde 1977, reduziu a oferta de empregos, a massa salarial, e levava ao esgotamento das fontes de financiamento baseadas na incorporação de contingentes de contribuintes. (FGV, 2021).

Após constantes crises desse modelo de assistência a saúde, médico-privatista, e com o desenho de uma nova constituição, que edificou uma política de saúde robusta garantindo saúde como direito de todas as brasileiras, iniciou-se a transição para o SUS, através dos Sistemas Unificados e Descentralizado de Saúde nos Estados (SUDS). O período que antecedeu a construção do SUS, pode ser assim sumariado, segundo PAIM (2009, p.41), como:

(...) podemos afirmar, de modo esquemático, que o Brasil exibiu uma proteção social incipiente, uma espécie de assistencialismo exclusivo ou modelo residual, até a década de 1920. A partir dos anos 1930, adotou o seguro social para os trabalhadores urbanos e, depois da Constituição de 1988, vem tentando implantar a seguridade social, a partir da qual foi concebido o SUS. Na realidade, porém, ainda se vê no Brasil atual uma mistura dos três tipos de proteção social (residual, seguro social e seguridade social) com consequências negativas para o desenvolvimento do SUS e para a consolidação de uma cidadania plena.

Uma característica marcante da saúde pública nesse momento é a sua relação com a determinação pelo trabalho, através da medicina previdenciária. Não havia a constituição de um modelo de proteção social universal e amplo que respondesse as expressões da “questão social”. O modelo de saúde pública era vinculado ao mercado formal, a partir da assistência à saúde direta e centrada no modelo médico-hegemônico de caráter privatista (MATOS,2017), assim, quem não era vinculado ao trabalho formal ficava a cargo de pagamentos diretos e/ou a assistência filantrópica e benevolente prestada por igrejas em sua maioria.

É nesse cenário histórico que, com: a insustentabilidade do sistema, a falta de acesso e garantia universal do direito à saúde; as lutas sociais entorno da redemocratização; o movimento de reforma sanitária; o escândalo envolvendo os pagamentos aos serviços prestados. Todo esse caldo cultural vai constituindo as bases para ruir esse sistema e para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

## 1.6 – SUS: construção coletiva e cotidiana

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS), se insere no cenário das lutas sociais pela redemocratização da sociedade e a construção coletiva do redesenho da Constituição, findando na promulgação da Constituição de 1988 em 5 de outubro. Esse movimento estava inserido em um cenário, brasileiro, relativamente, favorável para a classe trabalhadora, no que se refere a correlação de forças<sup>24</sup>. Nesse movimento, ganhou-se destaque a Reforma Sanitária Brasileira na luta pela construção de uma política de saúde arrojada. Os encaminhamentos da 8ª Conferência Nacional de saúde vêm no sentido de considerar que assegurar o direito à saúde da população passa por:

(...) assegurar na Constituição, a todas as pessoas, as condições fundamentais de uma existência digna, protegendo o acesso a emprego, educação, alimentação, remuneração justa e propriedade da terra aos que nela trabalham, assim como o direito à organização e o direito de greve; suspender imediatamente o pagamento dos juros da dívida externa e submeter à decisão da nação, via assembleia nacional constituinte, a proposta de não pagamento da dívida externa; implantar uma reforma agrária que responda às reais necessidades e aspirações dos trabalhadores rurais e que seja realizada sob o controle destes (...) (BRASIL,1986, p.8)

A política social que ganhou maior destaque, dentro da Seguridade Social Brasileira, foi a Política de Saúde, devido ao seu caráter universalista. O Brasil, um país de dimensões continentais, intentou construir um sistema de saúde gratuito, financiado pelo Estado, para todas as brasileiras. Assim, o Artigo 196, “Da Saúde”, na Constituição: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL,2017, p.142). É notável que já no Artigo 196, a saúde ganha dimensões sociais, considerando a garantia de ações e medidas sociais e econômicas para intervir no processo saúde-doença da população brasileira.

A base de financiamento de uma política é extremamente imprescindível de ser considerada na análise de políticas sociais e/ou públicas, já que a sua implementação tem estreita relação com o financiamento. Assim, no inciso 1 do parágrafo 198, é colocado a sua base de financiamento com recursos oriundo do orçamento da Seguridade Social (BRASIL,2017). No capítulo da Seguridade Social é assinalado a “diversidade da base de financiamento” (BRASIL,2017). Sendo assim discriminado no Artigo 195:

Art.195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União,

---

<sup>24</sup> Contudo, o caráter contraditório permeia toda a Constituição de 1988, o que se reflete nas forças e articulações políticas construídas e que em alguns aspectos conseguiram garantir políticas públicas e direitos mais progressistas, mas em outro lado conservadores. (BRANDÃO,2011)

dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições: I – do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre: a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício; b) a receita ou o faturamento; c) o lucro; II – do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não incluindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social de que trata o art.201; III – sobre a receita de concursos prognósticos. IV – do importador de bens ou serviços do exterior ou de quem a lei a ele equiparar. (BRASIL, 2017, p. 140-141)

Demarca-se, assim, que o dinheiro investido no SUS pelo Estado brasileiro advém de uma diversificada base de financiamento, e que conta tanto com a participação do empregador e da classe trabalhadora. O sistema de saúde, mesmo gratuito, é financiado por toda a sociedade brasileira, que administra o fundo público e escolhe a alocação do orçamento, tendo um piso mínimo constitucional, contudo, nos últimos anos observa-se uma tentativa de acabar com esse piso de receitas vinculadas à saúde (FOLHA DE SÃO PAULO,2021). Ademais, é fulcral delimitar que a carga tributária brasileira é regressiva, ou seja, quem contribui mais são as parcelas mais pobres da população, classe trabalhadora, já que o imposto recai, sobremaneira, sobre alimentos e bens de consumo. Assim, pretender a garantia e implementação de um sistema de saúde universal, com proteção social ampla, e financiamento adequado para a saúde passa pela necessidade de um imposto que seja progressivo e atue nas rendas e grandes fortunas.<sup>25</sup>

Já na Constituição são colocados entraves para a garantia da saúde como “direitos de todas e dever do Estado”, uma vez que, no Artigo 199, abre a assistência a saúde para a iniciativa privada (BRASIL,2017). Esse processo, é categórico para compreender as correlações de forças que existiam no momento da construção do SUS, tal qual a dinâmica da contradição inerente aos processos sociais, e que, mesmo com toda a luta da Reforma Sanitária Brasileira a saúde continuou sendo aberta para o mercado privado.

No que tange a regulamentação da saúde, a Lei 8.080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços. Assim, já no Parágrafo 1º, do Artigo 2º, a dimensão social da saúde comparece novamente, como:

O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL,2021)

---

<sup>25</sup> Ressalta-se que o imposto sobre grandes fortunas não foi regulamentado no Brasil, mesmo estando escrito na Constituição no inciso VII do Artigo 153. (BRASIL,2017).

A dimensão social da saúde ganha centralidade, conduzidas pelos debates da RSB e pelas orientações da 8ªCNS, encadeado pela compreensão das desigualdades na sociabilidade vigente que repercutem no processo saúde-doença. Assim, nos objetivos do SUS o primeiro está redigido, como: “a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde”. No que se refere aos princípios e diretrizes do SUS, há um singular avanço, sendo eles:

I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II – integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III – preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV – igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V- direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI- divulgação da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII – participação da comunidade; IX – descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo; (...) X – integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI – conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII – capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII – organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos; XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras [ Redação dada pela Lei nº 13.427, de 2017] (...) (BRASIL,2021)

As estratégias de participação do processo constituinte – por meio de emendas populares, audiências públicas, sugestões, fóruns de debates regionalizados e nacionais (CNTS,2018) – foram fundamentais na luta da RSB e da sociedade civil organizada, a partir de conferências de saúde locais e regionais, culminando no adensamento dos debates na 8ªCNS, com a participação popular, foram um elemento crucial na retomada da democracia representativa, e atuando para planejar, orientar, avaliar e fiscalizar a política de saúde.

Desse modo, foi garantido os conselhos e as conferências de saúde realizadas em todas as esferas – federal, estadual e municipal. Frisa-se a importância da paridade que os usuários ganharam, em relação aos demais segmentos (BRASIL,2021), inscrevendo, a partir de agora, os usuários como partícipe desse processo, de modo democrático.

Além dessa legislação, para regulação e operacionalização do SUS, foi necessário a construção de Normas Operacionais Básicas (NOB-SUS), que foram editadas em 1996. Ademais, no que se refere a execução e implementação da política de saúde um instrumento importante é o Plano Nacional de Saúde (PNS), realizado quadrienalmente, que orienta as ações que serão realizadas durante esse período, a importância e obrigatoriedade do Plano está disposta na Constituição, bem como na Lei 8.080/90 e 8.142.

A construção do SUS foi um importante marco, tal qual um grande avanço, para a sociedade brasileira. Os movimentos sociais e a RSB foram importantes atores nesse processo, cristalizando a dimensão social da saúde na Constituição e na legislação infraconstitucional, contudo, a correlação de forças não deixou aprofundar outras dimensões que eram essenciais para a materialização do conceito de saúde (PAIM,2009).

No capítulo 1, conduziu-se um debate que resgatou algumas dimensões estruturais da sociedade brasileira, dando luz sobre a sua formação social e histórica, facultando uma base que capte os meandros entre totalidade, particularidade e singularidade. Delineou-se o processo de transição democrática e a importância da participação popular e dos movimentos sociais na construção da Constituição de 1988. Evidenciou-se, a centralidade da reforma sanitária brasileira como um movimento político-social das décadas de 1970 e 1980, e que se mantém vivo até os dias atuais, que se empenhou na construção e organização de um novo sistema de saúde, que, ao mesmo tempo, extrapolava a reforma apenas no setor saúde.

A RSB, teve destaque na ruptura com o paradigma sobre saúde-doença hegemônico, apreendendo sua dimensão social, a partir da determinação social do processo saúde-doença, indicando que a saúde encadeamento com as relações sociais e o modo de produção vigente. Assinalou-se a percepção da política social enquanto uma construção social e histórica, e contraditória, no modo de produção capitalista, que, ao mesmo tempo, atende interesses do capital e do trabalho.

Debruçando-se sobre tais aspectos, enfocou-se a construção da política de saúde no Brasil através do Sistema Único de Saúde (SUS), e através disso, destacou-se a importância, centralidade e particularidades dessa política, tal e qual sua construção coletiva e cotidiana.

O panorama vivenciado para a implementação do SUS foi adverso, momento de retração das reivindicações da classe trabalhadora, pesando a correlação de forças para o capital, dando início no Brasil, a partir de 1990, processos de contrarreforma do Estado, com a ascensão do neoliberalismo como política adotada no país. Observa-se que a conjuntura político-econômico, desde a década de 1990, impactou vigorosamente a construção do SUS e das políticas sociais como estavam previstas na Constituição de 1988. Se é decerto, que para a RSB era necessária demais reformas sociais para a materialização do conceito de saúde, o cenário presente apresentou contrarreformas nas políticas da seguridade social, metamorfoseando os princípios de universalidade em focalização, fragmentação e privatização.

## 2. “Brasil de Ruínas”: Contrarreforma do Estado, Neoliberalismo e Mercantilização da saúde.

### 2.1 – Passado-presente da ofensiva neoliberal

Os sistemas de proteção social constituídos ao redor do mundo, notadamente, nos países de capitalismo central, foi a pedra de toque das políticas realizadas no pós-segunda guerra, conformando o “*Welfare State*”. Esse período, “A era de Ouro”, segundo Hobsbawm (1995, p.277), caracterizou-se como:

(...) um pacto aceitável para todos os lados. Os patrões, que pouco se incomodavam com altos salários num longo boom de altos lucros, apreciavam a previsibilidade que tornava mais fácil o planejamento. A mão-de-obra recebia salários que subiam regularmente e benefícios extras, e um Estado previdenciário sempre mais abrangente e generoso. O governo conseguia estabilidade política, partidos comunistas fracos e condições previsíveis para a administração macroeconômica que todos os Estados então praticavam. E as economias dos países capitalistas industrializados se deram esplendidamente bem, no mínimo porque pela primeira vez (fora dos EUA e talvez da Australásia) passava a existir uma economia de consumo de massa com base no pleno emprego e rendas reais em crescimento constante, escorada pela seguridade social, por sua vez paga pelas crescentes rendas públicas. (...)

As crises, estruturais (MESZÀROS,2011) e estruturantes do capital, vivenciadas no âmbito internacional, a partir da década de 1970, construiu um terreno histórico fecundo para o desenvolvimento de novas estratégias para a manutenção da acumulação capitalista, se outrora, as estratégias se dirigiram para um processo intervencionista na economia, por parte do Estado, nesse momento o argumento central é a minimização da intervenção Estatal<sup>26</sup>, recuperando os princípios do *laissez-faire*.

A reestruturação produtiva do capital, como estratégia do capital a partir da década de 1970, com a queda do pacto fordista-keynesianista (HARVEY,2016), levando ao fim os “30 anos dourados do capital” (HOBBSAWM,1995), foi constituída por diferentes e diversos movimentos que ocorreram a nível mundial a partir da metade do século XX<sup>27</sup>. Tal processo deu a métrica para adoção de políticas econômicas neoliberais, reordenando o fluxo de capitais e

<sup>26</sup> Esse princípio de “minimização” e/ou “não intervenção” do Estado é posto na agenda da classe trabalhadora e dos direitos sociais, mas não para “socorrer” o capital quando de suas crises. Assim, contraditoriamente, o Estado torna-se mínimo para as demandas do trabalho, mas máximo para o capital (BEHRING,2008).

<sup>27</sup> A explicação para tal reestruturação do capital não é unicausal, devendo-se levar diferentes determinações e mediações (das diversas realidades nacionais e locais, como no caso do capitalismo periférico) que desembocaram nesse processo que se passa até a cena contemporânea. Assim, alguns movimentos que tiveram importância histórica, apontada por alguns autores, são: a crise do socialismo real, e subsequente enfraquecimento da luta da classe trabalhadora; a queda do pacto fordista-keynesianista; a crise do capital que assolou o mundo a partir de 1970; a estagnação nos padrões de acumulação capitalista. (HARVEY,2016).



uma ênfase no capital fictício, financeiro-rentista. Harvey (2016, p.155) no seu estudo pioneiro sobre as mudanças culturais no final do século XX, aponta:

Os novos sistemas financeiros implementados a partir de 1972 mudaram o equilíbrio de forças em ação no capitalismo global, dando muito mais autonomia ao sistema bancário e financeiro em comparação com o financiamento corporativo, estatal e pessoal. A acumulação flexível evidentemente procura o capital financeiro como poder coordenador mais do que o fordismo fazia. Isso significa que a potencialidade de formação de crises financeiras e monetárias autônomas e independentes é muito maior do que antes, apesar de o sistema financeiro ter mais condições de minimizar os riscos através da diversificação e da rápida transferência de fundos de empresas, regiões e setores em decadência para empresas, regiões e setores lucrativos. Boa parte da fluidez, da instabilidade e do frenesi pode ser atribuída diretamente ao aumento dessa capacidade de dirigir os fluxos de capital para lá e para cá de maneiras que quase parecem desprezar as restrições de tempo e espaço que costumam ter efeito sobre as atividades materiais de produção e consumo.

As condições de reprodução social da vida dos trabalhadores foram extensamente afetadas, a partir da reestruturação produtiva, e da ascensão do ideário neoliberal como cartilhas para os países, nesse sentido, o mercado de trabalho passou por uma forte reestruturação, a partir da flexibilização dos processos de trabalho, com repercussão contemporânea no aumento da informalidade e na precarização das condições e postos de trabalho. Segundo Harvey (2016, p. 143):

Diante da forte volatilidade do mercado, do aumento da competição e do estreitamento das margens de lucro, os patrões tiraram proveito do enfraquecimento do poder sindical e da grande quantidade de mão de obra excedente (desempregados ou subempregados) para impor regimes e contratos de trabalho mais flexíveis. É difícil esboçar um quadro geral claro, visto que o propósito dessa flexibilidade é satisfazer as necessidades com frequência muito específicas de cada empresa. Mesmo para os empregados regulares, sistemas como “nove dias corridos” ou jornadas de trabalho que têm em média quarenta horas semanais ao longo do ano, mas obrigam o empregado a trabalhar bem mais em períodos de pico de demanda, compensando com menos horas em períodos de redução da demanda, vêm se tornando muito mais comuns. Mais importante do que isso é a aparente redução do emprego regular em favor do crescente uso do trabalho em tempo parcial, temporário ou subcontratado.

É nesse sentido que com o grande salto tecnológico, a partir da década de 1990, com a inserção massiva de tecnologia nos processos de trabalhos<sup>28</sup>, bem como seu uso nas mediações das relações de trabalho, vai gradativamente minimizando o mercado de trabalho, concentrando e requerendo da trabalhadora a polivalência e a superespecialização. Processo tal, que vem ocasionando “seres humanos supérfluos” no mecanismo de produção do capital, em contrapartida, essenciais como consumidores (ANTUNES,2006).

---

<sup>28</sup> O desenvolvimento e aplicação nos processos de trabalho do “Machine Learning” (Aprendizado de Máquina) e da Inteligência Artificial, que vem sendo desenvolvidos durante longos anos nos centros capitalistas/imperialistas e tem expandido seu uso em diversas áreas do mercado de trabalho. Nota-se a aplicação avultada, na cena contemporânea, dessas tecnologias na mediação com os direitos sociais, especificamente nas políticas sociais. (DIGILABOUR,2019)

A característica que se desenha nesse momento histórico é o desemprego como uma característica dominante, sendo nessa configuração, o capitalismo “(...) constituído por uma rede fechada de inter-relações e de indeterminações por meio da qual agora é impossível encontrar paliativos e soluções parciais ao desemprego em áreas limitadas (...)” (ANTUNES,2006, p.31).

O Brasil, enquanto um país de capitalismo dependente (MARINI,2013), com suas particularidades nacionais – como a questão social nascendo associada à questão racial – inflexiona no neoliberalismo sob um passado sem a construção de um “Estado de bem estar social<sup>29</sup>” e sem ter solucionado problemas crônicos – cita-se: a grande concentração de terra; a grande concentração de renda; o racismo estrutural. As dimensões que o neoliberalismo ganha nesse continente reiteram a superexploração do trabalho e o modelo agrário-exportador de sua economia, deslocando grande parte da riqueza para os países imperialistas.

No que concerne à diferenciação do processo de financeirização do Brasil, em relação aos países imperialistas, segundo Bruno (2010) *apud* Brettas (2017, p.26):

(...) [nos países imperialistas] a base de financeirização é o mercado de capitais e a baixa taxa de juros, de modo que há um incentivo ao aumento do crédito e estímulo à especulação no mercado acionário, o que desaguou em diversas crises financeiras. O Brasil, ao contrário, tem “o endividamento do Estado no centro da acumulação financeira e não no mercado de capitais” (BRUNO,2010, p.97). Na medida em que a financeirização vem acompanhada de pouco crédito e de alto custo, estimula ainda mais a especulação, nesse caso, no mercado de títulos, tendo em vista ser mais atraente emprestar dinheiro ao Estado.

É nesse terreno que as políticas sociais brasileiras vão se desenhando, desde o seu processo de consolidação, na constituição, já sofrem o impacto perverso das políticas neoliberais, com constantes contrarreformas que tendem a privatização da esfera pública. Assim, o projeto constitucional desenhado para o SUS e para as políticas sociais encontra-se inacabado, sendo analisado, detidamente, as contrarreformas do estado brasileiro, no capítulo que se sucede.

---

<sup>29</sup> No momento em que se consolidou na constituição do país uma proteção social, com direitos sociais, foi o mesmo momento no qual se adentra a ideologia neoliberal e as contrarreformas do Estado.

## 2.2 – Neoliberalismo no Brasil: Contrarreforma do Estado e Ajuste Fiscal

A Constituição de 1988 foi um ponto fora da curva no que se refere aos direitos sociais e as políticas sociais consolidadas no Brasil, devido a efervescências dos movimentos sociais, contudo a correlação de forças que se sucedeu para a sua implementação não conseguiu barrar o neoliberalismo (SOUZA FILHO, 2006). No contexto político-econômico internacional, já em 1970 inicia-se experiências neoliberais, como no caso do Chile, na ditadura de Pinochet.

A crise econômica que afetou o mundo na década de 1970, com ênfase para o final do acordo de Bretton Woods<sup>30</sup>, gerando uma crise econômica mundial (SOUZA FILHO,2006), atingiu diferentes dimensões da vida social a partir da reestruturação produtiva do capital e da inserção do neoliberalismo na pauta político-econômica dos governos. No Brasil, os governos que se sucederam levaram a cabo as orientações neoliberais que foram construídas em âmbito internacional, com preponderância para o Consenso de Washington<sup>31</sup>, sumariadas em 10 pontos, sendo eles:

1) disciplina fiscal; 2) priorização do gasto público em saúde e educação; 3) realização de uma reforma tributária; 4) estabelecimento de taxas de juros positivas; 5) apreciação e fixação do câmbio, para torná-lo competitivo; 6) desmonte das barreiras tarifárias e paratarifárias, para estabelecer políticas comerciais liberais; 7) liberalização dos fluxos de investimentos estrangeiros; 8) privatização das empresas públicas; 9) ampla desregulamentação da economia; 10) proteção à propriedade privada. (LATINOAMERICANA,2015)

Inicia-se assim a forte influência dos organismos multilaterais – FMI e BM – nas políticas econômicas, que impactam diretamente no direcionamento das políticas sociais e no redirecionamento da esfera pública, os conflitos entre público vs privado, tal qual a priorização do segundo, ante o primeiro, como o “novo” provedor de políticas sociais, agora lançadas à “sociedade civil” e ao mercado. O relatório do Banco Mundial, de 1997, já postulava algumas questões que seriam essenciais para os Estados e as políticas macroeconômicas no contexto neoliberal, assim:

Reconhece-se cada vez mais que os monopólios públicos de infraestrutura, serviços sociais e outros bens e serviços em muitos países não têm condições para fazer um

<sup>30</sup> O Acordo de Bretton Woods, datado da década de 1940, estabeleceu relações comerciais entre os países industrializados e fixou a paridade do dólar ao ouro. Com o final do acordo, acaba-se então com a paridade ouro-dólar.

<sup>31</sup> A expressão “Consenso de Washington”, segundo Martins (LATINOAMERICANA,2015): “surgiu da denominação dada por John Williamson, economista do Institute of International Economics, sediado em Washington, para a convergência de pensamento sobre as políticas públicas dos anos de 1980, a partir dos governos de Ronald Reagan e George Bush. Referia-se às ideias das principais autoridades da economia mundial: a alta burocracia das agências econômicas do governo dos Estados Unidos, o Federal Reserve Board, as agências financeiras internacionais, membros do Congresso norte-americano e consultores econômicos de maior poder simbólico internacional.

bom trabalho. Ao mesmo tempo, as inovações tecnológicas e organizacionais criaram novas oportunidades para provedores privados competitivos, em atividades até agora reservadas ao setor público. Para aproveitar essas novas oportunidades – e utilizar melhor a escassa capacidade pública –, os governos estão começando a separar o financiamento da infraestrutura e serviços da sua prestação e a isolar os segmentos competitivos dos serviços públicos dos segmentos monopólicos. Os reformadores estão também tratando de separar os programas de seguro social, destinados a fazer face aos problemas de saúde e desemprego de toda a sociedade, dos programas de assistência social, que visam ajudar somente os grupos mais pobres.

No que concerne ao Brasil, a reestruturação produtiva e o neoliberalismo atingem de forma mais intensa a partir da década de 1990, pelos governos Fernando Collor de Mello e Fernando Henrique Cardoso (FHC). Nesse período, intensificam-se a concorrência e os valores de mercado, ampliado ainda mais o processo de exploração da classe trabalhadora, modificando a organização capitalista (ALVES, 2007) a partir da introdução do *toyotismo*. Segundo Alves (2007, p. 246 – 247), no que se refere ao *toyotismo*:

(...) é um estágio superior de racionalização do trabalho que não rompe, a rigor com a lógica do taylorismo e fordismo. (...) No campo da gestão da força de trabalho, o toyotismo realiza um salto qualitativo na “captura” da subjetividade do trabalho pelo capital, se distinguindo do taylorismo e fordismo por promover uma via original de racionalização do trabalho; desenvolvendo, sob novas condições sócio históricas ( e tecnológicas), as determinações presentes nas formas tayloristas e fordistas, principalmente no que diz respeito à racionalidade tecnológica. Poderíamos até afirmar que o toyotismo é o modo de organização do trabalho e da produção capitalista adequado à era das novas máquinas da automação flexível, que constituem uma nova base técnica para o sistema do capital, e da crise estrutural de superprodução, com seus mercados restritos. (...) O toyotismo tende a mesclar-se, em maior ou menos proporção, com outras vias de racionalização do trabalho, capazes de dar maior eficácia à lógica da flexibilidade. Por isso, tal como uma dialética integradora, que mescla o novo e o arcaico, o toyotismo aparece articulado com as formas tayloristas-fordistas restritas no processo de trabalho. (...)

No Governo de FHC, é criado o Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado (MARE), que visa dar materialidade aos processos de “Contrarreforma” do Estado, aplicando os preceitos das cartilhas neoliberais, “enxugando” as atribuições do Estado, transladando-as para o mercado. A superação da crise, dos anos 1990, passa, então, segundo o Plano Diretor da Reforma do Estado, pela:

(...) ideia da reforma ou reconstrução do Estado, de forma a resgatar sua autonomia financeira e sua capacidade de implementar políticas públicas. Neste sentido, são inadiáveis: (1) o ajustamento fiscal duradouro; (2) reformas econômicas orientadas para o mercado, que, acompanhadas de uma política industrial e tecnológica, garantam a concorrência interna e criem as condições para o enfrentamento da competição internacional; (3) a reforma da previdência social; (4) a inovação dos instrumentos de política social, proporcionando maior abrangência e promovendo melhor qualidade para os serviços sociais; e (5) a reforma do aparelho do Estado, com vistas a aumentar sua “governança”, ou seja, sua capacidade de implementar de forma eficiente políticas públicas. (BRASIL/MARE, 1995, p.11)

É nesse processo que os avanços conquistados na Constituição de 1988 são atacados frontalmente, colocados, ora, como “retrocessos” no processo de redemocratização. Como:

(...) um retrocesso burocrático sem precedentes. Sem que houvesse maior debate público, o Congresso Constituinte promoveu um surpreendente engessamento do aparelho estatal, ao estender para os serviços do Estado e para as próprias empresas estatais praticamente as mesmas regras burocráticas rígidas adotadas no núcleo estratégico do Estado. A nova Constituição determinou a perda da autonomia do Poder Executivo para tratar da estruturação dos órgãos públicos, instituiu a obrigatoriedade de regime jurídico único para os servidores civis da União, dos Estados-membros e dos Municípios, e retirou da administração indireta a sua flexibilidade operacional, ao atribuir às fundações e autarquias públicas normas de funcionamento idênticas às que regem a administração direta. (BRASIL/MARE, 1995, p. 21)

O que se promovia, a partir da inserção dos princípios neoliberais, era uma lógica gerencialista para o âmbito do Estado e da administração pública. Processo o qual, fragilizava os vínculos de trabalho, gradativamente, bem como novas métricas entravam nas pautas dos serviços públicos, a partir de uma lógica empresarial, tal como a produtividade. Bresser Pereira (2001, p.26) defendia que:

Três instituições organizacionais emergiam da reforma, ela própria um conjunto de novas instituições: as “agências reguladoras”, as “agências executivas”, e as “organizações sociais”. No campo das atividades exclusivas de Estado, as agências reguladoras são entidades com autonomia para regulamentarem os setores empresariais que operem em mercados não suficientemente competitivos, enquanto as agências executivas ocupam-se principalmente da execução das leis. Tanto em um caso como no outro, mas principalmente nas agências reguladoras, a lei deixou espaço para ação reguladora e discricionária da agência, já que não é possível nem desejável regulamentar tudo através de leis e decretos. No campo dos serviços sociais e científicos, ou seja, das atividades que o Estado executa, mas não lhe são exclusivas, a ideia foi transformar as fundações estatais hoje existentes em “organizações sociais”. As agências executivas serão plenamente integradas ao Estado, enquanto as organizações sociais incluir-se-ão no setor público não-estatal. Organizações sociais são organizações não-estatais autorizadas pelo Parlamento a receber dotação orçamentária. Sua receita deriva integral ou parcialmente de recursos do Tesouro.

Demarca-se que esse processo de “Reformas” gerenciais, foi dirigido, mormente, pelas ideias de Luiz Carlos Bresser Pereira. Defendia-se, então a ideia de um estado “social-liberal”, afastando-se de propostas socialistas e neoliberais, tal qual da dimensão burocrática do Estado (BRESSER,2007). Assim, seria a organização de um “Estado Intermediário”, com foco nos processos de privatização e liberalização comercial (BEHRING,2008). Haveria um, suposto, comprometimento com os direitos sociais e políticas sociais, avaliados através da sua qualidade, custo e eficiência econômica, assim, no Estado social-liberal “organizações competitivas sem fins lucrativos financiadas pelo Estado, já estão ou ficarão encarregados deles [serviços sociais e científicos, como atenção à saúde e educação básica]” (BRESSER PEREIRA,2007, p. 137).

É nessa reforma que são colocadas para as políticas sociais, no âmbito das atividades do Estado, lógicas de privatização que se misturam entre “público e privado”, com preponderância para a atuação do “terceiro setor”<sup>32</sup>, como o público não estatal, privado sem fins lucrativos, os quais se estabelecem por meio de: Organizações Sociais (OS); Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP); Organizações não-governamentais (ONG), e demais representantes do chamado “terceiro setor”. O lugar da política social, nesse Estado, seria conduzido, sendo contratados e executados por organizações públicas não estatais competitivas no mercado (BEHRING,2008). Em 1998, foi aprovada a Lei 9.637<sup>33</sup> que deu bases para o início da implementação das organizações sociais nas políticas sociais e públicas. Nesse sentido, depreende-se que:

Em face da tradição das classes dominantes brasileiras marcadas pelas intervenções pelo alto e pelos conflitos de interesses intraclasse, podemos constatar que a burguesia vem ampliando significativamente o leque da sua intervenção na sociedade e tentando fazer-se reconhecer não apenas como a classe economicamente dominante, mas como uma classe que quer socializar e universalizar sua proposta de reestruturação do capitalismo brasileiro. Para tanto, ela avança no sentido de formular políticas na esfera econômica, financeira, comercial e social, ao mesmo tempo que tenta construir um conjunto de novas alianças de classe, seja com uma parte do setor assalariado, seja com a burocracia estatal, seja com os tradicionais setores agrários. (MOTA,2015, p.204)

Contraditoriamente, a lógica gerencialista espreada para o serviço público, a política de ajustes fiscais e o modelo neoliberal empreendida, não conseguiu responder aos problemas políticos, sociais e econômicos do Brasil. Ao contrário, ampliou-se, no âmbito do Estado, um sentido patrimonialista e burocrático, assim como, precarizou as condições de trabalho, dilacerando, as já precárias condições de vida da classe trabalhadora, fragmentando e focalizando as políticas sociais que haviam sido consolidadas na Constituição de 1988.

Os processos de privatização transferiram para a o mercado – com primazia para o capital estrangeiro – bens, serviços e patrimônios públicos, o que não conduziu para a melhora dos serviços. O discurso de “ineficiência” e “déficit” que perpassava ao redor das empresas públicas, para a sua privatização, não é corroborado, uma vez que, exemplos demonstram que as

---

<sup>32</sup> A ideia de “terceiro setor” parte de uma compreensão setorializada, na qual há o primeiro setor – Estado; segundo setor – Mercado; terceiro setor – sociedade civil. Segundo Montano & Duriguetto (2011, p.305) os autores, do terceiro setor, se referem a ele como: “(...) a) organizações não lucrativas e não governamentais (ONGs), movimentos sociais, organizações e associações comunitárias; b) instituições de caridade, religiosas; c) atividades filantrópicas - fundações empresariais, filantropia empresarial, empresa cidadã (...) d) ações solidárias (...) e) ações voluntárias; f) atividades pontuais e informais (...)”

<sup>33</sup> Tal lei dispõe sobre “a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências” (BRASIL,2021).

empresas privatizadas, após sua venda, aumentam exorbitantemente seus lucros, como no caso da Companhia Siderúrgica Nacional (CSN) (BEHRING,2008).

É nesse terreno histórico que os direitos sociais e a seguridade social brasileira vieram sendo implementadas. Os princípios promulgados com a Constituição de 1988, da Seguridade Social: universalidade; uniformidade e equivalência dos benefícios; seletividade e distributividade na prestação dos serviços; irredutibilidade do valor dos benefícios; diversidade das bases de financiamento; e, o caráter democrático e descentralizados (BEHRING & BOSCHETTI, 2011); vem sendo descaracterizados frente a priorização dos lucros do grande capital, como cerne no capital estrangeiro.

As Contrarreformas iniciadas com veemência, na década de 1990, nas políticas sociais brasileiras inseriu o Brasil no cenário de ajuste fiscal em nível mundial, em sintonia com a cartilha do Consenso de Washington. O gerencialismo trouxe a lógica privada para dentro das administrações públicas, com um dissimulado discurso de que melhoraria a gestão e os serviços públicos, em contraparte, o que se visualizou foi o sucateamento, a privatização e a mercantilização de políticas e direitos sociais. Longe de ser episódico o panorama aberto na década de 1990, ele se prolonga até a contemporaneidade, com continuidades e rupturas, mas mantendo a lógica de priorização do capital frente as necessidades de grande parte da população brasileira.

Nesse sentido, no próximo item será explorada a face perversa do neoliberalismo nas políticas sociais, dando continuidade a focalização e fragmentação nas políticas públicas, ante a universalização dos direitos, tal e qual mistificando tanto as relações entre público vs privado, quanto o discurso de crise constante.

### 2.3 – Política social brasileira contemporânea no contexto neoliberal: mercantilização da vida e dos direitos sociais

A proteção social e as políticas sociais, que na Constituição de 1988 tinham ganhado caráter universalista, e até intenções redistributivas, no contexto neoliberal é construída a partir da: focalização; privatização e a descentralização. (BEHRING,2008). Há um processo de desresponsabilização do Estado no que se refere as expressões da “questão social”, trasladando a responsabilidade para o indivíduo, o individualismo é fomentado, gradativamente, sendo um fundamento fulcral do neoliberalismo. As iniciativas para responder as expressões da “questão social” são transferidas para a “sociedade civil”, a partir do discurso de “solidariedade”, reproduzindo a métrica pós-moderna. É nesse sentido que, segundo Montaño & Duriguetto (2011, p. 306), o que está em jogo nesse processo é “(...) a alteração de um padrão de resposta social à “questão social”, com a desresponsabilização do Estado, a desoneração do capital e autorresponsabilização do cidadão e da comunidade local (...).

Nota-se, por exemplo, o foco nos programas e projetos, inclusive fomentados por organismos multilaterais, de “combate à pobreza extrema”, restringindo-se a atuar na pauperização extrema da classe trabalhadora, sem políticas e programas que melhorem efetivamente as condições de vida e trabalho da população.

O panorama que se repõe, desde a construção da Constituição, para a implementação dos direitos sociais, e execução de políticas sociais e públicas é evidenciado por Behring e Boschetti (2011, p.156):

(...) a tendência geral tem sido a de restrição e redução de direitos sob o argumento da crise fiscal do Estado, transformando as políticas sociais – a depender da correlação de forças entre as classes sociais e os segmentos de classe e do grau de consolidação da democracia e da política social nos países – em ações pontuais e compensatórias direcionadas para os efeitos mais perversos da crise. As possibilidades preventivas e até eventualmente redistributivas tornam-se mais limitadas, prevalecendo o já trinômio articulado do ideário neoliberal para as políticas sociais, qual seja: a privatização, a focalização e a descentralização. Sendo esta última estabelecida não como partilhamento de poder entre as esferas públicas, mas como mera transferência de responsabilidades para entes da federação ou para instituições privadas e novas modalidades jurídico-institucionais correlatas, componente fundamental da “reforma” e das orientações dos organismos internacionais para a proteção social. (...).

Nesse processo de implementação de contrarreformas Boschetti (2016, p.122-126) aponta algumas tendências, no que se refere a reestruturação dos sistemas de previdência e de saúde, sendo elas:

Endurecimento dos critérios de elegibilidade para acesso às prestações sociais contributivas (seguros) e assistenciais (...); Focalização das prestações sociais (...) que passaram a ser dirigidas exclusivamente para famílias de baixa renda sob o argumento de maior redistribuição e “justiça social” (...); Redução do nível das prestações vinculadas à previdência social, por meio de diferentes mecanismos (...); Aumento



(ou introdução) de contrapartida exigida aos beneficiários para acesso a alguns serviços antes inteiramente gratuitos (...); Desenvolvimento acelerado de serviços e seguros privados com estímulo governamental (...); Introdução, no setor público, de métodos de gestão do setor privado a fim de controlar o volume de despesas (...); Transferência de atividades públicas de proteção social para as famílias e a sociedade civil (...) Redução ou estabilização do salário no poder público por meio de ausência de reajuste abaixo da inflação (...); Criação de agências estatais ou transferências de serviços ao setor privado (...); Desenvolvimento de políticas de ativação para prestação de seguro-desemprego ou assistenciais (...).

No Brasil, a “cultura da crise” (MOTA,2015) já vem sendo sedimentada desde a década de 1980, reforçando um discurso que posiciona a política social e os direitos garantidos na Constituição de 1988, como intrincados e/ou inatingíveis, necessitando de uma política de austeridade e ajuste fiscal para o desenvolvimento do país. Esse processo é evidenciado por Mota (2015, p. 120-121):

(...) essa cultura é formadora de hegemonia do grande capital e também protagonista do consentimento ativo das classes subalternas, na medida em que seja capaz de elaborar uma visão socializadora da crise conseguindo estruturar campos de lutas, formar frentes consensuais de intervenção e construir espaços de alianças. Trata-se de uma cultura que se vai construindo na base da formação de um novo conformismo social, em que os atuais interesses privados da classe dominante devem tornar-se genéricos e universais, via saída conjunta para a crise.

As condições de trabalho também são frontalmente impactadas nos processos de contrarreforma, requer-se, gradativamente, das trabalhadoras que elas sejam “polivalentes” e “multifuncionais”, nesse mesmo processo “(...)intensificam-se as formas de extração de trabalho, ampliam-se as terceirizações, noções de espaço e tempo são metamorfoseadas e tudo isso muda muito o modo do capital produzir as mercadorias (...)” (ANTUNES, 2015, p.128-129). A superexploração da força de trabalho, como uma marca do continente latino-americano, aprofunda-se, sucessivamente, com os baixos salários, concomitantemente aos processos de flexibilização, desregulamentação e precarização da força de trabalho, combinando-se assim a extração da mais-valia relativa, com a mais-valia absoluta (ANTUNES,2011). Desse modo, segundo Antunes (2011), combinam-se processos de enxugamentos da força de trabalho, mutações sociotécnicas no processo produtivo e na organização e controle do trabalho.

As políticas sociais e os serviços públicos, como saúde; educação; previdência, entram agora na lógica da mercadorização (ANTUNES,2015), tornando-se mercadorias, a serem vendidas e compradas no “mercado”, o cidadão passa a ser um “cidadão-consumidor” (MOTA,2015), e o Estado atua apenas na pobreza extrema e/ou nos cidadãos-consumidores que não podem pagar. Esse processo de reordenamento da intervenção do Estado sobre as expressões da “questão social”, amplia mormente as “velhas” expressões, produzindo ainda “novas. O núcleo central, da contradição entre capital vs trabalho, donde a produção é

socializada e a riqueza privada (NETTO,2015) continua o mesmo, o que muda são apenas suas expressões/aparências fenomênicas na realidade social.

Os processos de sucateamento, privatização, subfinanciamento e desfinanciamento das políticas sociais trilhou um longo caminho até a quadra contemporânea. Ainda que a orientação e as contrarreformas neoliberais retiraram direitos e focalizaram as políticas sociais, minimamente, havia garantia constitucionais de orçamento definido para a seguridade social, tal qual percentuais mínimos para a área social. Nesse sentido, é axiomático alguns mecanismos que vieram a apartar ainda mais a orçamento para as políticas sociais.

A Desvinculação das Receitas da União <sup>34</sup>(DRU) é uma dessas peças que retira recursos do orçamento da seguridade social – 20% até 2015, ampliando para 30% a alíquota de desvinculação a partir de 2016 – para o pagamento da dívida pública e a realização do superávit primário. Assim, de acordo com a Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil (ANFIP,2019): “De acordo com o levantamento dos consultores de Orçamento e Fiscalização Financeira do Congresso Nacional, desde 2008 a DRU reduziu as contas da Seguridade Social em mais de R\$ 500 bilhões. O dado mais recente é de 2016, ano em que foram retirados R\$92 bilhões”.

A Emenda Constitucional 95 (EC 95), conhecida como “Teto de Gastos”, entrou em vigor a partir de 2016, instituindo o Novo Regime Fiscal (BRASIL,2021), congelando os gastos nas áreas sociais e da seguridade social por 20 anos. Assim, a partir da alteração:

Art. 110. Na vigência do Novo Regime Fiscal, s aplicações mínimas em ações e serviços públicos de saúde e em manutenção e desenvolvimento do ensino equivalerão:

I – no exercício de 2017, às aplicações mínimas calculadas nos termos do inciso I do §2º do art. 198 e do caput do art. 212, da Constituição Federal; e

II – nos exercícios posteriores, aso valores calculados para as aplicações mínimas do exercício imediatamente anterior, corrigidos na forma estabelecida pelo inciso II do § 1º do art.107 deste Ato das disposições constitucionais transitórias.” (BRASIL,2021)

Essa emenda acometeu frontalmente os direitos sociais e as políticas sociais por 20 anos no Brasil, se já passávamos por um contexto adverso, de falta de financiamento adequado, o que se sucede é o sufocamento e desfinanciamento das políticas e dos serviços públicos. Evidencia-se que, somente em 2019 devido a EC 95, por exemplo, a perda de investimentos na área da saúde foi de R\$20 bilhões (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE,2020). Segundo o

---

<sup>34</sup> Segundo Senado Notícias (2015), a DRU: “é um mecanismo que permite ao governo federal usar livremente 20% de todos os tributos federais vinculados por lei a fundos ou despesas. A principal fontes de recursos da DRU são as contribuições sociais, que respondem a cerca de 90% do montante desvinculado. (...) Na prática, permite que o governo aplique os recursos destinados a áreas como educação, saúde e previdência social em qualquer despesa considerada prioritária na formação de superávit primário. A DRU também possibilita o manejo de recursos para o pagamento de juros da dívida pública.”

presidente do Conselho Nacional de Saúde, Fernando Piggato, sobre a Emenda Constitucional 95:

Com o orçamento congelado por 20 anos, o prejuízo ao Sistema Único de Saúde pode ultrapassar R\$ 400 bilhões. (...) Ou seja, o SUS que nunca teve financiamento adequado e sempre foi subfinanciado, agora enfrenta um quadro ainda pior, de desfinanciamento, que poderá causar grave impacto à vida e à saúde da população brasileira (...). (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE,2020)

No contexto de pandemia do novo coronavírus<sup>35</sup>(causador da doença COVID-19) esse processo se acirra ainda mais, momento no qual o SUS precisa mormente de fortalecimento e financiamento <sup>36</sup>adequado para desenvolver suas ações e serviços de saúde para toda a população brasileira.

Faz-se necessário demarcar esses processos que ocorrem desde a década de 1990, devido a sua atualidade na cena contemporânea. Demarca-se que, a partir de 2002, quando da ascensão de Luiz Inácio Lula da Silva (Lula) na presidência, autointitulado de esquerda, na cena política brasileira, os ajustes neoliberais não são deixados de lado, realizando um processo de “conciliação de classes”. É inegável nesse período, 2002 até 2016, alguns avanços na institucionalização e implementação de políticas sociais, com a redução dos índices de extrema pobreza brasileira, contudo, a partir da égide do ajuste fiscal. Assim, segundo Carvalho & Rodrigues Júnior (2019, p.281)

(...)nesta versão lulista do modelo de ajuste, são incontestes os crescentes ganhos do capital rentista e do capital vinculado ao neoextrativismo agrícola e mineral, mas, também, são inegáveis mudanças na estrutura de classes, com a ascensão social dos miseráveis e extremamente pobres. A rigor, mantém-se e amplia-se a desigualdade estrutural, em meio a diminuição dos índices de pobreza.

Na quadra contemporânea, desde 2016, com o golpe midiático-parlamentar que destituiu a então presidenta Dilma Rousseff, colocando na cena política o então vice-presidente Michel Temer, o cenário é mais devastador ainda, ampliando o processo de perda e esfacelamento de direitos<sup>37</sup>, com a priorização do grande capital internacional. A perspectiva ultraliberal e conservadora dá a métrica do Governo de Jair Bolsonaro<sup>38</sup>, que se vincula com as

<sup>35</sup> Pandemia que já dizimou milhares de pessoas no Brasil, lastimavelmente, devido a ineficiência do Governo Federal na gestão da pandemia, e uma comprovada “estratégia institucional de propagação do coronavírus”, bem como uma política de morte que vem sendo empenhada desde o início da crise sanitária, que se agravou devido a crise econômica, social, institucional e política já vivenciada no Brasil. (EL PAÍS, 2021)

<sup>36</sup> Em contraposição à necessidade de ampliação de investimentos em saúde, tal qual o já reduzido orçamento, ainda, recentemente, foi proposto acabar com o piso mínimo para saúde e educação, demonstrando o descompasso das políticas ultraliberais, frente as necessidades da população brasileira. (G1,2021)

<sup>37</sup> Cita-se como uma das marcas mais perversas desse governo a Emenda Constitucional 95 e a contrarreforma Trabalhista.

<sup>38</sup> A administração pública, através de Ministérios, nesse governo ficou extremamente enxuta (SENADO,2019), com a concepção de “cortar gastos”, o que inviabilizou o planejamento em diversas áreas das políticas sociais e

partes mais reacionárias da sociedade brasileira para dar materialidade a sua política. Assim: “Instaura-se um Estado inteiramente voltado para os interesses do capital, a assumir políticas ultraneoliberais, fragilizando, cada vez mais a soberania nacional. É um Estado autoritário, conservador e reacionário, a desconsiderar os pactos e regulações democráticas.” (CARVALHO; RODRIGUES JÚNIOR, 2019, p.288).

Nesse contexto, no qual as expressões da “questão social” se agudizam gradativamente, mostrando a face perversa das políticas de austeridade fiscal, o Brasil volta a ter taxas altíssimas de insegurança alimentar (DW,2021) e desemprego (EL PAÍS,2021). Assim, a orientação político-econômica ultraliberal mostra sua natureza, na qual é incompatível com a defesa dos direitos humanos e condições, minimamente, dignas de vida e trabalho para a população brasileira, uma vez que pressupõe os lucros do grande capital sobre a vida.

---

públicas. No mesmo sentido, cita-se algumas propostas que estão em curso no Congresso Nacional de retirada de direitos, como: Contrarreforma Tributária; Contrarreforma Administrativa; a Contrarreforma da Previdência (já aprovada em 2019); a não realização do Censo 2020, devido ao corte de orçamento; dentre outras propostas.

## 2.4 – SUS: A política de saúde sob a égide neoliberal

As contrarreformas ocorridas desde 1990 impactaram frontalmente a organização, implementação e execução da política de saúde no Brasil. Se é decerto, que desde o texto constitucional já havia uma brecha aberta para a assistência a saúde ser livre à iniciativa privada<sup>39</sup> (BRASIL,2017), consolidando um sistema de “saúde suplementar”, com os processos de precarização do SUS ampliou-se, gradativamente a mercantilização da saúde, bem como iniciou-se processos de privatização clássicos e não clássicos dentro das unidades públicas de saúde. Assim:

A área da saúde foi uma das que mais despertou interesses, devido ao grande potencial de consumo privado – seguros e planos de saúde para os mais diversos segmentos de renda; indústria de medicamentos e equipamentos de saúde; redes hospitalares e farmacêuticas etc. Assim, a saúde pública é transformada em um campo de degradação contínua, implicando em sérios prejuízos para a população usuária e para os profissionais que nela atuam (...) (MENEZES & LEITE, 2016, p. 122)

Na organização do sistema de saúde, a partir dos pressupostos da agenda de Reforma Gerencial do Estado, de Bresser Pereira (2001), temos a inserção na agenda política das OSs, com a já referida Lei 9637/98. O processo de implementação, foi pressionado ainda pela Lei de Responsabilidade fiscal (LRF)<sup>40</sup>, fixando a despesa de pessoal, servidores públicos, a um patamar no qual não poderia ser excedido. É nesse sentido, como aponta Andreazzi & Bravo (2014, p.503), que a privatização da saúde foi se dando a partir das OSs, assim:

As diretrizes da contrarreforma do Estado na saúde, em seu componente dos modelos de gestão de unidades públicas, procuraram se materializar por meio de leis federais, mas também das leis estaduais e municipais. Além das fundações estatais de direito privado (...), elas trataram da criação das OSs e das organizações da sociedade civil de interesse público (Oscips).

No âmbito da saúde pública, adentra-se uma agenda de produtividade, metas e competitividade, estreitamente vinculado a gerência e administração de empresas privada, com foco na suposta eficiência dos serviços. O léxico empresarial vai adentrando nas agendas dos serviços de saúde, agora reestruturados a partir da lógica das OSs e Fundações Públicas. É nesse sentido, que se dá uma alta rotatividade das trabalhadoras da saúde, com uma precarização dos

---

<sup>39</sup> No parágrafo 1 do Artigo 199, da Constituição Federal: “As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidade filantrópicas e as sem fins lucrativos” (BRASIL, 2017,p.144).

<sup>40</sup> Lei complementar nº101, de 4 de maio de 2000: Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências.

vínculos de trabalho<sup>41</sup> e rebaixamento dos salários. Nota-se que essa construção “público-privada” que vem sobressaindo nas lógicas dos serviços, são construídas e/ou modernizadas e recuperadas com o dinheiro público, para a entrega à iniciativa privada (MENEZES & LEITE, 2016). É nesse sentido que: “o espaço se metamorfoseia em nichos público-privados. Isto quer dizer que a estrutura das instituições se mantém pública, enquanto sua administração e gerência se deslocam para o âmbito privado” (MENEZES & LEITE, 2016, p.123).

As Organizações sociais vêm se sucedendo como parte da agenda da política de saúde, em contraste aos seus crônicos problemas, representando uma privatização da gestão da política de saúde, que impacta diretamente nos serviços prestados as usuárias do SUS. A política do governo Lula, contrariamente a fortalecer uma perspectiva pública e constitucional da seguridade social, ampliou os aprofundou os processos privatizantes, apresentando:

elementos de continuidade em relação ao governo FHC, como a focalização, a precarização, a terceirização dos recursos humanos, o desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a Seguridade Social. (...) as propostas de atenção básica que priorizam um modelo universalizante, integrando ações de caráter coletivo, bem como as ações de assistência médica, democráticas e participativas ficaram longe de ser consolidadas, posto que foi mantido um caráter focalizado, direcionado para os aspectos individuais da assistência, que não privilegiavam a medicina preventiva e de promoção da saúde, enfatizando o modelo curativo, preocupado apenas com a doença, pois esse é o mais rentável para o mercado farmacêutico e para os grandes empresários dos serviços privados. (MENEZES & LEITE, 2016, p.127)

Esse contexto se dá a nível internacional, com o processo de mercantilização da saúde, produzindo, “cidadãos consumidores” (MOTA,2015), com foco na assistência médica direta à saúde, na lógica de um modelo que prioriza o saber e a intervenção médico-hegemônica e de caráter hospitalocêntrico, uma vez que, esse modelo é o que é mais rentável e gera lucro a serem explorados pelas grandes empresas. Segundo Andreazzi & Bravo (2014, p.509)

Há de se levar em conta as conjunturas internacional e nacional do setor, de maturidade do complexo médico industrial da saúde sob a dominância de grandes empresas multinacionais dos países ricos, cujos padrões de atenção à saúde se disseminam em associações com grandes empresas nacionais de seguros e serviços de saúde. O fundo público, na conjuntura de crise crônica do capitalismo, é chave para a manutenção da taxa de acumulação de todo o setor, de várias formas. Não é difícil supor que toda uma sorte de entrelaçamentos entre o grande capital e as organizações privadas gestoras de unidades públicas de saúde existe ou existirá, como já se pode identificar em São Paulo, pelas relações de terceirizações de OSs para empresas lucrativas.

No mesmo sentido, como salientado por Menezes & Leite (2016, p.134), as atuais mudanças na gestão:

---

<sup>41</sup> No que se refere aos vínculos de trabalho, ante ao regime jurídico das servidoras públicas, a lógica gerencialista vem utilizando-se de diversas formas, como: pejetização; CLT; contrato de trabalho, entre outros. Esse movimento dá-se com a implementação das OSs e aprofunda-se ainda mais com a Contrarreforma Trabalhista.

(...) nada mais são que respostas para atender aos interesses do capital, o que gera a necessidade cada vez maior de abertura deste mercado – no nosso caso, o da saúde – para entrada de empresas diversas. A lógica macroeconômica de valorização do capital financeiro e subordinação da política social se manteve nos últimos anos, reduzindo os direitos sociais e ampliando o espaço do mercado (...) (MENEZES & LEITE, 2016, p. 134)

Nota-se que as OSs; Oscips; e Fundações Públicas, ao contrário de ampliar o acesso à saúde de maneira universal, trazendo mais eficiência e eficácia, conduzem na direção oposta. Nesse sentido, no que tange as Fundações estatais:

O fetiche da iniciativa privada aplicado ao Estado tem o “mérito” de ocultar a essência dos processos que o Estado do capital deseja legitimar: ao tentar prender-nos à forma desviamos-nos do fundamental, do essencial. 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 tentativas que sempre tentam repetir o mesmo – privatizar – sob emblema diverso para que a resistência dos trabalhadores seja vencida. O essencial é que as reduções do Estado para o trabalho em nome da eficácia e da eficiência do serviço público, pela mesma medida, significam o aumento do Estado para o capital e é por isto que as denominamos privatização. (GRANEMANN, 2011, p.51-52)

Esses processos de privatização, respondem apenas as necessidades do capital por explorar novos setores – na contemporaneidade, aqueles considerados direitos sociais – como a saúde, mercantilizando-a, para ampliar os superlucros em uma época de crises constantes e de financeirização do capital. Esse modelo, das OSs, sumariando, gera “mais patrimonialismo, mais corrupção, mais opacidade, mais exploração aos trabalhadores e mais prejuízos aos cofres públicos (MENEZES & LEITE, 2016, p. 125).

No cenário internacional, desde a inflexão neoliberal, com a prescrição dos organismos multilaterais, há uma mudança na construção paradigmática das políticas sociais, com ênfase para a saúde. É nesse sentido que a Organização Mundial da Saúde (OMS) – com magnitude e influência indicativa para os sistemas de saúde a nível internacional – trasladou seu posicionamento, por pressão de organismos como o Banco Mundial<sup>42</sup> e a Fundação Rockefeller, como uma saída para a suposta garantia de saúde para todos, apontando para a Cobertura Universal de Saúde (CUS)<sup>43</sup> frente a um sistema universal de saúde. Demarca-se que, cobertura

<sup>42</sup> Nesse movimento diversos atores se inter-relacionam dando a métrica neoliberal para a agenda política da saúde, podendo seu elencado também o FMI; o BIRD, dentre outros.

<sup>43</sup> Na página da OMS há uma explicação detalhada do que é o CUS. Na explicação do que não é a CUS, assim é discriminado, no primeiro ponto: “O CUS não significa cobertura gratuita de todas as possíveis intervenções clínicas, independentemente dos custos, uma vez que nenhum país pode fornecer todos os serviços gratuitamente numa base sustentável” (WHO,2021).

difere-se de acesso e utilização (NORONHA,2013), questões que podem parecer não tão evidentes na proposta da OMS. Sobre a construção do significado da CUS:

No âmbito internacional, a concepção de cobertura universal de saúde foi moldada no período 2004-2010, por meio de relações entre OMS, a Fundação Rockefeller e o BM, congregando um conjunto de diretrizes das reformas pró-mercado como redução da intervenção estatal, seletividade e focalização nas políticas de saúde. (...) o debate mundial em torno do tema ganhou visibilidade com a publicação em 2010 do relatório sobre financiamento. Com base neste relatório em 2011, a Assembleia da OMS aprovou resolução sobre financiamento sustentável e UHC [Universal Health Coverage, ou Cobertura Universal de Saúde], que instou os países a garantir que o financiamento da saúde evite pagamentos diretos das famílias no ato de uso, recomendando contribuições financeiras antecipadas como forma de compartilhamento de riscos, a fim de prevenir “gastos catastróficos” com saúde geradores de empobrecimento. (GIOVANELLA et. al. 2018, p.1764)

A proposta da OMS para a organização de sistemas de saúde vem na contramão da organização do SUS, tencionando um dos seus princípios centrais, a universalidade. A CUS “é ligada ao seguro social, abrindo porta para que recursos públicos sejam destinados ao mercado privado de seguros e planos de saúde” (EPSJV,2014). No mesmo sentido, percebe-se o espraiamento da CUS e de um “pacote básico para a saúde” no documento do Banco Mundial sobre “Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro” (2019), na recomendação número 8, sobre “definir um pacote de benefícios a ser coberto pelo SUS”, assim descrito:

Embora o instrumento legal que instituiu a cobertura universal de saúde e criou o SUS afirme que todos devem ter acesso a um pacote aberto e gratuito de benefícios, na prática são aplicados mecanismos implícitos de racionamento que afetam desproporcionalmente os pobres. (...) No intuito de definir parâmetros claros para decidir o que é ou não coberto, é preciso efetuar uma avaliação de segurança, eficácia, efetividade e custo-eficácia de forma que todos os medicamentos e procedimentos atendam a padrões de qualidade e ofereçam o melhor valor por seu custo. (BANCO MUNDIAL, 2019, p.13)

Essa proposta demarca mais uma das ofensivas do capital, perante a égide neoliberal, sobre o direito à saúde, especificamente para países como o Brasil, que tem um sistema público de saúde, organizado através do SUS, que prevê saúde como direito de todos e dever do Estado (BRASIL,2017). Corroborando para construção de sistemas de saúde na forma de “seguros”, os quais não garantem uma assistência à saúde universal, mas básica, dependendo da contribuição do cidadão, agora consumidor da “mercadoria” saúde.

A saúde suplementar teve um expressivo aumento dentre os anos de 2000 a 2013, tendo seu ápice no ano de 2013, com 50,3 milhões de contratantes (BRASIL/MS,2020). Esse movimento, pode ser relacionado a uma relativa estabilização da economia brasileira, com poucas melhoras nas condições de vida da população, processo esse que não significou mudança na estrutura desigual do Brasil e nem uma redistribuição de renda. Já a partir de 2014 há um declínio das contratações, chegando em 2019 com 47,1 milhões (BRASIL/MS,2020),



conjunturalmente, período no qual o Brasil passou, e passa, por uma crise econômica, social e política que impactou fortemente nas condições de vida, devido ao processo de ampliação de contrarreformas e a ascensão do ultraliberalismo como política.

É significativo apontar que os investimentos em saúde pública vêm decrescendo, um dos mecanismos que retira recursos do SUS, como exemplo, é a já mencionada EC 95. Em contrapartida, a transição demográfica brasileira, aumentando a expectativa de vida – atualmente em 73 para homens e 80 para mulheres (BRASIL/MS,2020) – o que repercute no aumento de doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL/MS,2020), necessitando, mormente da ampliação de investimentos em saúde. Entretanto, o contexto no qual o país se encontra vai no sentido bárbaro de aniquilar o direito à saúde e a vida, como nas recentes declarações do Ministro da Economia<sup>44</sup> sobre o SUS e o envelhecimento populacional. É nesse sentido que o panorama de contrarreformas que vem se aprofundando, desde o governo Temer, é de:

(...) continuidade do projeto privatista e a consolidação de um quarto projeto para a saúde, que é o SUS totalmente submetido ao mercado. Nesta direção, objetiva-se tornar o SUS cada vez mais funcional ao capital, sem precisar propor seu fim. Trata-se de extinguir o princípio da universalidade da saúde, por meio da proposição da cobertura universal, com a manutenção do SUS e a proposição de arranjos e modelos de gestão que incorpore grupos privados para tal cobertura. Assim, não há interesse em pautar a destruição do SUS. No governo Bolsonaro, identifica-se a continuidade deste projeto em vários aspectos, com destaque para a caracterização sobre a pouca eficiência dos hospitais sob gestão pública, tal qual evidenciado frente à proposta de reforma da saúde do Banco Mundial.

Os processos de privatização e ofensiva neoliberal em curso na política de saúde, desde a década de 1990, têm se acirrado ainda mais na cena contemporânea, frente as constantes crises – estruturais e estruturantes – do modo de produção capitalista. Esse processo fragiliza as condições de vida e trabalho da população brasileira, já profundamente desiguais e degradadas pela formação sócio-histórica brasileira. Denota-se que a pretensão é findar o SUS, construindo um modelo de atenção à saúde aos moldes norte-americano, de seguro privado. No mesmo sentido, o processo de mercantilização da saúde legitima e reforça um modelo médico-hospitalocêntrico, focado apenas na patologia, que desconsidera a determinação social do processo saúde-doença e reforça a ideia de saúde como ausência de doenças.

---

<sup>44</sup> Segundo o Ministro da Economia, Paulo Guedes, o “Estado quebrou”, não tendo mais capacidade do setor público atender a demanda por saúde, devido ao avanço no “direito à vida”. Prossegue afirmando: “todo mundo quer viver 100 anos, 120, 130 (...) não há capacidade de investimento para que o Estado consiga acompanhar”. (G1,2021) Ainda cita uma possibilidade de criação de vouchers, segundo ele: “Você é pobre, você tá doente, tá aqui seu “voucher”. Vai no [hospital Albert] Einstein, se você quiser. Vai aonde você quiser, tá aqui o “voucher”. Se quiser, você vai no SUS”. (EL PAÍS,2021).

Nesse capítulo o enfoque destacado está na dimensão conjuntural, processos vividos desde a década de 1970, sob a égide neoliberal. Resgatou-se a inserção do neoliberalismo na pauta político-econômica mundial, reordenando a orientação fordista-keynesiana, que outrora brindou o capital com “30 anos gloriosos”, período marcado pela ampliação de direitos e políticas sociais, em alguns países de capitalismo central. O cenário de ajuste fiscal, é tido como um avanço da ofensiva do capital contra o trabalho, retirando direitos e demarcando, paulatinamente, a lógica perversa que é intrínseca ao modo de produção capitalista.

Afigurou-se a inserção mais acentuada do neoliberalismo no Brasil, a partir da década de 1990, com a construção de uma agenda de contrarreformas, que foi na contracorrente dos direitos consolidados na Constituição de 1988, privatizando e precarizando serviços públicos. No mesmo sentido, dissertou-se sobre o horizonte atual das contrarreformas nas políticas sociais que vem ampliando uma lógica de fragmentação e focalização, migrando a lógica do direito de cidadania, para a mercantilização dos direitos, tornando em “cidadão-consumidor” (MOTA,2015).

Demarcou-se o avanço da lógica gerencialista na política de saúde, pontuando as constantes propostas de organismos multilaterais, com destaque para o Banco Mundial, de reorganização do sistema de saúde para atender aos interesses privados. Assim, a busca pela universalização da saúde dá lugar a mercantilização, que impacta frontalmente no afastamento da dimensão social do processo saúde-doença, uma vez que não é lucrativo atuar sobre a determinação social, focando em uma perspectiva que reproduz o modelo médico-hegemônico e de medicalização da doença. Os impactos das contrarreformas da saúde se dão desde a organização do serviço de saúde, passando pelas condições de vida das usuárias – que estão progressivamente mais precarizadas – até as formas trabalhistas, o que incide sobre a atuação das assistentes sociais na política de saúde.

Assinalou-se, que na quadra contemporânea há uma ofensiva ultraliberal e conservadora que, desde 2016, aprofundando os processos de contrarreformas, fragilizando as políticas sociais e atacando o SUS abertamente.

No próximo capítulo dissertar-se-á sobre a inserção das assistentes sociais na política de saúde, frisando o caráter coletivo do trabalho em saúde e as particularidades profissionais, bem como os impactos das contrarreformas no trabalho profissional. Discutindo a inserção da dimensão social no trabalho em saúde, a partir da relação entre determinantes vs determinação social do processo saúde-doença, vislumbrando evidenciar como esse debate está inserido no trabalho das assistentes sociais e com quais perspectivas teóricas eles se articulam.

Oportunizando refletir sobre o trabalho das assistentes sociais na política de saúde, suas potencialidades e limites para a prática coletiva em saúde.

### 3 – Trabalho da assistente social na saúde: contribuições reflexivas para o trabalho coletivo em saúde

#### 3.1 – Serviço Social Brasileiro: breve trajetória e história

A trajetória do Serviço Social na sociedade brasileira tem estreita vinculação com as primeiras estratégias do estado de responder as expressões da “questão social”, de maneira política, ainda que atuando com formas coercitivas, já que o autoritarismo é um dos pilares que conforma a formação sócio histórica brasileira. O Serviço Social, no bojo da sua intervenção sobre a realidade tem como objeto as expressões da “questão social”. Assim, tem o Serviço Social a “questão social” a base de sua fundação como especialização do trabalho (IAMAMOTO,2015). Nesse sentido, Netto (2011, p.73-74) sustenta a relação entre o surgimento da profissão e do capitalismo monopolista, assim

(...)É somente na ordem societária comandada pelo monopólio que se gestam as condições históricas-sociais para que, na divisão social (e técnica) do trabalho, constitua-se um espaço em que se possam mover práticas profissionais como as do assistente social. A profissionalização do Serviço Social não se relaciona decisivamente à “evolução da ajuda”, à “racionalização da filantropia” nem à “organização da caridade”; vincula-se à dinâmica da ordem monopólica. É só então que a atividade dos agentes do Serviço Social pode receber, pública e socialmente, um caráter profissional: a legitimação ( com uma simultânea gratificação monetária) pelo desempenho de papéis, atribuições e funções a partir da ocupação de um espaço na divisão social (e técnica) do trabalho na sociedade burguesa consolidada e madura; só então os agentes se reproduzem mediante um processo de socialização particular juridicamente caucionado e reiterável segundo procedimentos reconhecidos pelo Estado; só então o conjunto de agentes (a categoria profissionalizada se laiciza, se independentiza de confessionalismos e/ou particularismos. A emergência profissional do Serviço Social é, em termos históricos-universais, uma variável da idade do monopólio; enquanto profissão, o Serviço Social é indivorciável da ordem monopólica – ela cria e funda a profissionalidade do Serviço Social.

O movimento de apreensão da profissão foi, tal qual o seu, vigente, Código de Ética Profissional (1993), demarcado historicamente, a partir de uma longa trajetória na sociedade brasileira, no qual o Serviço Social teve configurações bastante diversas, no que diz respeito a compressão da própria profissão e das relações sociais. Nesse processo, o Serviço Social constrói-se a partir da doutrina moral e social da Igreja Católica, com forte viés normatizador e moralizador da vida social, tendo influências Franco-Belgas e com matizes fenomenológicas, e posteriormente uma perspectiva funcionalista e positivista de compreensão da realidade social. Durante a ditadura civil-militar o Serviço Social passa por um processo de Renovação no Brasil<sup>45</sup>, segundo Netto (2015, p.172), entende-se por renovação:

<sup>45</sup> Vale salientar que em relação ao contexto latino-americano há um processo de Reconceituação do Serviço Social, que tem influências no processo brasileiro, tal e qual no latino-americano. Esses processos estão imbricados no contexto político-econômico que se inseria a América Latina naquela época (1960-1970). No que concerne a história do Serviço Social na América Latina, MANRIQUE CASTRO (1984).

(...) o conjunto de características novas que, no marco das restrições da autocracia burguesa, o Serviço Social articulou, à base do rearranjo de suas tradições e da assunção do contributo de tendências do pensamento social contemporâneo, procurando investir-se como instituição de natureza profissional dotada de legitimação prática, através de respostas a demandas sociais e da sua sistematização, e de validação teórica, mediante a remissão às teorias e disciplinas sociais.

No processo de renovação do Serviço Social no Brasil, três perspectivas foram observadas, em diferentes momentos, segundo Netto (2015), sendo elas: modernizadora; reatualização do conservadorismo e intenção de ruptura. Há um reordenamento nas práticas que vão se racionalizando e laicizando, construindo um ideário mais técnico para a intervenção, contudo, não vem acompanhado de uma crítica as condições da realidade social vigente, aproximando-se de um modelo funcionalista e positivista de compreensão da realidade. A natureza teórica e prática dessa conjuntura histórica é evidenciada no Documento de Araxá, de 1967, apresentando uma perspectiva modernizadora (NETTO,2015). Assim os objetivos operacionais do Serviço Social são elencados como:

(...) a) identificar e tratar problemas ou distorções residuais que impedem indivíduos, famílias, grupos, comunidades e populações de alcançarem padrões econômico-sociais compatíveis com a dignidade humana e estimular a contínua elevação desses padrões; b) colher elementos e elaborar dados referentes a problemas ou disfunções que estejam a exigir reformas das estruturas e sistemas sociais; c) criar condições para tornar efetiva a participação consciente de indivíduos, grupos, comunidades e populações, seja promovendo sua integração nas condições decorrentes de mudanças, seja provocando as mudanças necessárias; d) implantar e dinamizar sistemas e equipamentos que permitam a consecução dos seus objetivos. (CBCISS,1986, p. 27-28).

Os movimentos sociais que atravessaram as décadas de 1970 e 1980, pela redemocratização e busca de direitos políticos e sociais, também reverberaram no Serviço Social, tendo parte da categoria profissional construindo esses movimentos. A perspectiva de “intenção de ruptura” (NETTO,2015) já vinha sendo gestada dentro da categoria profissional durante os anos, eclodindo na década de 1980/1990, quando no “Congresso da Virada” há um redimensionamento na compreensão da profissão, da sua inserção no modo de produção capitalista e da realidade social. A construção desse movimento de intenção de ruptura, segundo Netto (2015, p.328):

(...) No quadro do ciclo autocrático burguês, é nestes anos que se articulam as tendências sociopolíticas que mais imediatamente suportaram a perspectiva da intenção de ruptura: a mobilização antiditatorial(...) dinamizada pelos setores das camadas médias urbanas jogadas na oposição coloca os referenciais – culturais e políticos – que, na sequência da derrota anterior da classe operária e do conjunto dos trabalhadores, vão nutrir a perspectiva profissional de que nos ocupamos. Ou seja, esta perspectiva expressa geneticamente, no plano do Serviço Social, as tendências mais democráticas da sociedade brasileira próprias da década de 1960 – imediatamente, o processo de afirmação protagônica da classe operária e seus aliados; imediatamente, as lutas pela recuperação desse processo já sob a ditadura. São estas bases da perspectiva de intenção de ruptura que, em larguíssima medida,

condicionam a sua emergência e o seu desenvolvimento durante o ciclo autocrático: das tendências profissionais renovadoras, ela será a que encontrará os maiores óbices para tomar forma.

É nesse terreno que se deu a guinada na compressão da profissão á luz da teoria social crítica de Marx, entretanto esse processo não foi linear, sendo marcado por apreensões enviesadas da literatura marxiana, com início no marxismo vulgar, a partir de apreensões maoístas<sup>46</sup> e althusserianas<sup>47</sup>. Nesse sentido, algumas abordagens tinham vieses fatalistas e/ou messianistas (IAMAMOTO,2015); mecanicistas e/ou voluntaristas (NETTO,2015).

A compreensão contemporânea se centra na apreensão da “questão social”, tendo as assistentes sociais as expressões emanadas dela, desigualdades em diferentes níveis, como seu objeto de trabalho. A “questão social” captada dentro dos marcos da sociedade burguesa, para dar conta do fenômeno do pauperismo (NETTO,2011), com uma raiz central, na qual a produção é cada vez mais coletiva, enquanto a apropriação é privada, dessa produção, é paulatinamente mais privada (IAMAMOTO,2015). Assim, segundo Netto (2011, p.153 - 154)

Pela primeira vez na história registrada, a pobreza crescia na razão direta em que aumentava a capacidade social de produzir riquezas. (...) Se, nas formas de sociedade precedentes à sociedade burguesa, a pobreza estava ligada a um quadro geral de escassez (...), agora ela se mostrava conectada a um quadro geral tendente a reduzir com força a situação de escassez. Numa palavra, a pobreza acentuada e generalizada no primeiro terço do século XIX – o pauperismo – aparecia como nova precisamente porque ela se produzia pelas mesmas condições que propiciavam os supostos, no plano imediato, da sua redução e no limite da sua supressão.

Netto (2011, p.157) explicita os fundamentos e a relação da questão social no modo de produção capitalista, assim:

A análise marxiana da “lei geral de acumulação capitalista” (...) revela a anatomia da “questão social, sua complexidade, seu caráter de corolário (necessário) do desenvolvimento capitalista em todos os seus estágios. O desenvolvimento capitalista produz, compulsoriamente, a “questão social” – diferentes estágios capitalistas produzem diferentes manifestações da “questão social”; esta não é uma sequela adjetiva ou transitória do regime do capital: sua existência e suas manifestações são indissociáveis da dinâmica específica do capital tornando potência social dominante. A “questão social” é constitutiva do desenvolvimento do capitalismo. Não se suprime a primeira conservando-se o segundo.

A desigualdade social, na sociabilidade vigente, está atrelada a “questão social”, tendo que ser compreendidas na dinâmica contraditória que envolve o modo de produção capitalista. Tal apreensão considera os “problemas sociais”<sup>48</sup>, não como naturais da realidade social, mas

<sup>46</sup> Referente à literatura de Mao Tse-Tung, um revolucionário comunista chinês.

<sup>47</sup> Referente à literatura de Louis Althusser, filósofo marxista francês.

<sup>48</sup> Utilizo-me de aspas, devido ao constante uso de “problemas sociais” pelo ideário burguês, descolando a compreensão do mote central da raiz dos problemas, uma vez que são postos na realidade social como problemas pulverizados e desvinculados do modo de produção capitalista, na qual reside a contradição entre capital vs trabalho.

sim demarcados historicamente e socialmente, com particularidade nacionais, regionais e culturais. Netto (2011, p.160-161) elucida e diferencia a “questão social” de suas expressões, sustentando a tese que:

(...) inexistente qualquer “nova questão social”. O que devemos investigar é, para além da permanência de manifestações “tradicionais” da “questão social”, a emergência de novas expressões da “questão social” que é insuprimível sem a supressão da ordem do capital. A dinâmica societária específica dessa ordem não só põe e repõe os corolários da exploração que a constitui medularmente: a cada novo estágio de seu desenvolvimento, ela instaura expressões sócio humanas diferenciadas e mais complexas, correspondentes à intensificação da exploração que é sua razão de ser. (...) Em poucas palavras: a caracterização da “questão social”, em suas manifestações já conhecidas e em suas expressões novas tem de considerar as particularidades histórico-culturais e nacionais.

A assistente social, inserida na divisão sócio técnica do trabalho, como pertencente da classe trabalhadora, também vivencia diversas e diferentes expressões da “questão social”, como por exemplo, os processos de precarização do trabalho. Nesse sentido, coloca-se a dinâmica contraditória, no qual ao mesmo tempo que lida com as expressões da “questão social”, ela as experimenta cotidianamente. Iamamoto (2015, p.28) traz um quadro sobre o trabalho das assistentes sociais na contemporaneidade e sua relação elementar com as expressões da “questão social”, indicando as conflituosas relações, tal qual dando luz aos processos de resistência, assim:

Os assistentes sociais trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões cotidianas, tais como os indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública etc. Questão social que, sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem e se opõem. É nesta tensão entre a produção da desigualdade e a produção da rebeldia e da resistência, que trabalham os assistentes sociais, situados nesse terreno movidos por interesses sociais distintos, aos quais não é possível abstrair ou deles fugir porque tecem a vida em sociedade. Exatamente por isso, decifrar as novas mediações por meio das quais se expressa a questão social, hoje, é de fundamental importância para o Serviço Social em uma dupla perspectiva: para que se possa tanto apreender as várias expressões que assumem, na atualidade, as desigualdades sociais – sua produção e reprodução ampliada – quanto projetar e forjar formas de resistência e defesa da vida. (...) Assim, apreender a questão social é também captar as múltiplas formas de pressão social, de invenção e de reinvenção da vida construídas no cotidiano, pois é no presente que estão sendo recriadas formas novas de viver, que apontam um futuro que está sendo germinado.

A dinâmica da realidade social é compreendida, a partir da teoria social crítica, em sua totalidade, no qual processos de aproximações sucessivas e mediações são necessários para o (re)conhecimento, desvelando a sua imediatividade, tal qual nesses processos há de se considerar que a dinamicidade da realidade, a partir de seus movimentos e sua processualidade. É nesse emaranhado, intrincado, que se interpõe relações contraditórias que são inerentes a essa apreensão dos processos sociais.

Com o adensamento da apreensão histórico crítica, a partir da teoria social de Marx, o Serviço Social brasileiro cristaliza a sua compreensão e perspectiva de intervenção na realidade social nos seguintes documentos: Código de Ética de 1993, a partir da aprovação da Lei 8.662/93<sup>49</sup> (BRASIL,2021); Diretrizes curriculares para o curso de Serviço Social da ABEPSS de 1996, regulamentada através do Parecer CNE/CES <sup>50</sup> n° 492/2001 e 1.363/2001<sup>51</sup>. Esses dois instrumentos jurídicos-legais dão respaldo e as ações da prática e da formação profissional de assistentes sociais até a cena contemporânea. É nesse sentido que sobrepuja a valia de compreender o trabalho profissional articulado com a formação profissional, para tal, será abordado essa relação brevemente no próximo item.

---

<sup>49</sup> Essa lei: Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.

<sup>50</sup> Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior.

<sup>51</sup> Vale ressaltar que a regulamentação das diretrizes curriculares para o curso de Serviço Social pelo Ministério da Educação (MEC), não seguiu todas as orientações contidas no documento elaborado pela a ABEPSS, com algumas perdas, devido a correlação de forças do momento. Entretanto, ainda foi um importante documento que trouxe direcionamentos para os cursos de Serviço Social.



### 3.2 – Breves considerações sobre a formação profissional das assistentes sociais

A prática profissional teórico-crítica, pautada nos princípios do código de ética profissional, é solidificada desde a formação profissional no curso de graduação em Serviço Social. Para tal se dá de maneira articulada a formação e o exercício profissional (ABEPSS,2009), é nesse sentido que o estágio supervisionado em Serviço Social ganha centralidade na construção didático-pedagógica do saber crítico e articulação entre as dimensões constitutivas da profissão.

Os documentos da profissão, respaldados pelo conjunto CFESS/CRESS apontam na direção da centralidade do estágio supervisionado no processo de apreensão da realidade social. As diretrizes curriculares da ABEPSS de 1996 já apontavam a sua importância, tal qual a indissociabilidade entre o ensino, a pesquisa e a extensão (ABEPSS,1996). A construção pedagógica do estágio é direcionada a partir da: Política Nacional de Estágio da ABEPSS (2009); Lei 11.788/08 (Lei de Estágio), que dispõe sobre o estágio de estudantes (BRASIL,2021); Regulamentação 533/08 do CFESS, que regulamenta a supervisão direta de estágio (CFESS,2008). A partir dessas regulamentações, as instituições de ensino superior – públicas e privadas – organizam a sua política de estágio a nível do curso de graduação. Segundo a Política de Estágio da ABEPSS (2009, p.11), o estágio se constitui em um:

(...) instrumento fundamental na formação da análise crítica e da capacidade interventiva, propositiva e investigativa do (a) estudante, que precisa apreender os elementos concretos que constituem a realidade social capitalista e suas contradições, de modo a intervir, posteriormente como profissional, nas diferentes expressões da questão social, que vem se agravando diante do movimento mais recente do colapso mundial da economia, em sua fase financeira, e de desregulamentação do trabalho e dos direitos sociais

O estágio em Serviço Social se particulariza pela necessária interlocução e articulação entre os três sujeitos que compõe esse processo: o supervisor de campo; supervisor acadêmico e estagiária; assim é necessário o acompanhamento sistemático durante todo o processo de estágio na instituição, visando as trocas dialógicas e a construção didático-pedagógica do processo formativo. Alguns dos princípios norteadores elencados na Política Nacional de Estágio da ABEPSS (2009, p. 12 - 14), são:

(...) indissociabilidade entre as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa; (...) articulação entre a formação e o exercício profissional; (...) indissociabilidade entre estágio, supervisão de campo e supervisão acadêmica; (...) articulação entre universidade e sociedade; (...) unidade teoria e prática; (...) interdisciplinaridade; (...) articulação entre ensino pesquisa e extensão. (...)

A formação em Serviço Social é generalista, no âmbito das ciências humanas, visando a inserção das assistentes sociais na divisão social e técnica do trabalho, atuando nas expressões

da “questão social” (COELHO; PAULA, 2019). Nesse processo, a inserção de estudantes em espaços sócio-ocupacionais, dos mais diversos, é fulcral nas apreensões sucessivas para desvelar os processos macrosociais que estão no cerne das desigualdades. Segundo Coelho & Paula (2019, p.3)

No cotidiano do trabalho profissional das assistentes sociais é necessário conhecer e reconhecer a sociedade em sua complexidade, seu modo de ser e, sobretudo, o significado da profissão na divisão social e técnica do trabalho na sociedade capitalista e suas particularidades nos diferentes marcos históricos. Assim, a formação profissional de assistentes sociais, pautada em uma perspectiva crítica, busca habilitar profissionais capazes de captar as contradições no modo de produção e reprodução da sociedade capitalista, desnaturalizando e “desbiologizando” as relações sociais, construídas por seres sociais e em constante mudanças.

É nesse sentido, que se dá a centralidade do estágio supervisionado no processo formativo, de construção coletiva do conhecimento da realidade social, tendo um caráter dialógico, entre supervisora (assistente social) e estagiária, no qual as estudantes podem apreender as mediações que são realizadas na prática, tal e qual a relação inerente entre teoria e prática. A apreensão crítica desse processo, passa por compreender que:

No processo de formação profissional de assistentes sociais o estágio supervisionado, comumente, é indicado como o ensino da prática. Esta forma de conceber o estágio encontra-se enraizada no mercado de trabalho, sendo este o espaço da vida prática, e a academia o espaço teórico. No centro desta concepção encontra-se enraizada encontra o pensamento hegemônico da sociedade capitalista que fragmenta o pensar e o fazer, apreende a realidade como a-histórica e concebe os fenômenos sociais como coisas. Verifica-se, ainda, que nos últimos anos devido a ofensiva neoliberal e a reestruturação produtiva, bem como as condições materiais de sobrevivência da classe trabalhadora na sociedade, a estudante estagiária é vista pelos empregadores como “mão-de-obra barata”. Nesse sentido, repensar o processo didático-pedagógico no estágio supervisionado a partir da perspectiva histórico-crítica é essencial. (COELHO; PAULA, 2019, p.6)

As práticas político-pedagógicas que são acionadas pelas assistentes sociais na sua relação com as estagiárias perfazem, não somente o processo didático-pedagógico da formação profissional, mas também, a prática profissional. É nesse sentido, segundo Iamamoto (2004, p.5), que em um contexto sócio histórico refratário aos influxos democráticos, exige-se:

(...) contraditoriamente, a construção de uma nova forma de fazer política que impregne a formação e o trabalho dos assistentes sociais. E que acumule forças na construção de novas relações entre o Estado e a sociedade civil, que reduzam o fosso entre desenvolvimento econômico e desenvolvimento social, entre o desenvolvimento das forças produtivas e das relações sociais. (...)

As assistentes sociais no trabalho profissional na política de saúde, frequentemente, são supervisoras de campo de estágio, esse processo é importante para se manter a articulação com a academia, tal e qual fomentar discussões éticas e críticas trazidas pelas estudantes que estão adentrando os ambientes sócio ocupacionais pela primeira vez. Assim, pensar a prática

profissional, requer, simultaneamente, refletir sobre a formação profissional, uma vez que, elas não se dão de formas dicotômicas, mas articuladas na realidade social.

### 3.3 – Serviço Social na saúde: as assistentes sociais no trabalho coletivo em saúde

A inserção de assistentes sociais na política de saúde é de longa data, demarcada historicamente pela organização do sistema de saúde e compreensão do conceito de saúde, a primeira inserção é datada na década de 1940 (MATOS,2017), tendo em 1967 a regulamentação do Serviço Social na assistência médica previdenciária <sup>52</sup>(BRAVO,2010). Anteriormente à construção do SUS, as profissionais já realizavam um trabalho na política de saúde, em um caráter assistencial e auxiliar à prática médica. Nesse momento, a organização da saúde era a partir da medicina previdenciária, tal qual um modelo hospitalocêntrico e médico-assistencial privatista (LUZ, 1991 *apud* MATOS, 2017), no qual o médico era o detentor do saber e das práticas na área da saúde.<sup>53</sup> Nesse momento, no que se refere à inserção do Serviço Social na área da saúde, Matos (2017, p.59), aponta que:

(...) se deu por meio de uma busca de construção do exercício profissional a partir do modelo médico clínico. Assim, o assistente social foi identificado (...) como aquele que podia contribuir par o aperfeiçoamento do trabalho médico. A relação era pautada numa perspectiva de complementariedade, onde o gestor era o médico. Daí muito ter se usado, à época, a categoria de paramédico para definir os outros profissionais não médicos que trabalhavam na saúde. (...) estamos falando de uma época específica, década de 1940, quando o serviço de saúde estava sendo construído no país e o campo do conhecimento das outras áreas também se pautava em pressupostos positivistas.

No mesmo sentido, Segundo Bravo (2010, p. 104-105), o Serviço Social na área da saúde:

(...) recebendo as influências da modernização que se operou no âmbito das políticas sociais, vai sedimentar sua ação na prática curativa, primordialmente, na assistência médica previdenciária, transformada no maior empregador de profissionais. A ação na saúde pública não foi enfatizada. O sentido da prática profissional foi apreendido mitificadamente, sendo enfatizado as técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais, a concessão de benefícios concedidos como doação e não como direitos. (...) O aspecto educativo da profissão foi salientado através das funções terapêuticas, preventivas e promocionais que visavam ao controle do trabalhador, responsabilizando-o pela melhoria e restauração de sua saúde, reduzindo a ação a modelos e técnicas pedagógicas desarticuladas dos determinantes da questão social, resultante do conflito capital x trabalho.

A partir do Movimento da Reforma Sanitária, com a apreensão da determinação social da saúde; a posterior aprovação da Constituição de 1988; a construção do SUS, cristalizando a

<sup>52</sup> Segundo Bravo (2010, p.102), algumas das ações previstas: “(...)individual, de caráter preventivo e curativo; grupal, de caráter educativo-preventivo; comunitária, para mobilização de recursos e reintegração dos pacientes à família e ao trabalho. Foi ressaltada a contribuição do assistente social nas equipes interprofissionais com a finalidade de fornecer dados psicossociais significativos para o diagnóstico, tratamento e alta do paciente e participar de em pesquisas médico-sociais. (...)”

<sup>53</sup> Ressalta-se que, esse modelo médico-hegemônico ainda não foi superado na cena contemporânea, verificando a: centralidade do médico nas unidades de saúde; uma compreensão estreita de saúde, vinculada a ausência de doenças; bem como a forte hierarquização das práticas e dos saberes na saúde. Contudo, importantes avanços na compreensão da saúde e seus determinantes, assim como no âmbito jurídico-legal já apontam para a insuficiência dessa compreensão.

dimensão social no conceito de saúde, modificando, jurídico-legalmente, o paradigma sobre saúde-doença; bem como a guinada na profissão, em direção a teoria social crítica; as práticas e atuações na área da saúde, das assistentes sociais, foram, paulatinamente, reordenadas. As assistentes sociais foram acionadas para atuar nas equipes multiprofissionais de saúde, sendo consideradas, a partir desse momento, profissionais de saúde<sup>54</sup>, de modo a intervir nas expressões da “questão social” que causam desigualdades e adoecimento em saúde. Assim:

O Serviço Social é uma profissão que atua sobre as diferentes expressões da questão social, que se apresentam metamorfoseadas em falsos problemas/disfunções que ora são identificadas como de responsabilidade dos indivíduos, ora da sociedade. Esses problemas raramente são identificados como crias próprias da desigualdade gerada pelo modo de acumulação capitalista. Entretanto, a questão social se expressa de diferentes formas. Por isso é importante o estudo de situações concretas. Assim, pode-se dizer que a saúde (...) apresenta particularidades que necessitam ser desveladas pelos que atuam na área. Assim, compreender os determinantes da política de saúde e seus rebatimentos no trabalho desenvolvido na instituição e na vida dos usuários torna-se fundamental.

O Serviço Social Brasileiro construiu um arcabouço teórico qualificado para a intervenção na realidade social, na linha da teoria social de Marx, primando pelo aprimoramento da categoria profissional e atento às dimensões estruturais e conjunturais da realidade brasileira (ABEPSS,1996). A mudança nas formas de pensar a profissão se caracterizou em novas práticas e intervenções no trabalho coletivo em saúde, tendo as assistentes sociais, gradativamente, como imprescindíveis para a consecução do direito à saúde, como inscrito na constituição.

Contudo, as intervenções não se dão aquém de tensionamentos políticos e institucionais, já que o trabalho em saúde ainda está centrado em uma perspectiva médico-hospitalocêntrica, que se ancora no saber médico, desconsiderando, ocasionalmente, a dimensão social da saúde. Assim, segundo Vasconcelos (2006, p. 4): “(...) é pelo conjunto da prática das assistentes sociais que a profissão de Serviço Social é reconhecida ou não, valorizada ou não, respeitada ou não, conquistando sua autonomia e espaços ou não”.

O modelo médico-assistencial privatista, pautado na política de ajustes, é o que vem sendo colocado na agenda do SUS, construindo um “SUS para os pobres”, segmentando o sistema, articulado aos subsistemas privados (CFESS,2010). Nesse movimento, o trabalho da assistente social na saúde vem sendo fortemente impactado devido as contrarreformas na política de saúde (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018), trazendo uma lógica gerencialista

---

<sup>54</sup> Em março de 1997 é aprovada a Resolução nº 218 do Conselho Nacional de Saúde, a qual reconhece os profissionais de saúde, dentre eles está o assistente social. Essa aprovação reitera o reconhecimento da compreensão ampliada de saúde e da necessidade de intervenção coletiva por uma equipe de diferentes profissionais, visando a materialização do direito à saúde.

(MENEZES; LEITE, 2016) para a organização e execução dos serviços de saúde, que são, paulatinamente, mais adversos para a atuação das assistentes sociais – no que se refere ao vínculo de trabalho; condições para a realização do trabalho; redução e focalização das políticas sociais. Segundo Castro (2018, p.57), esse processo de redução do Estado:

(...) retomou também a família como sujeito fundamental na provisão do bem-estar. No bojo das transformações societárias pautadas no ideário neoliberal, há uma chamada à família para a responsabilização da provisão das condições objetivas e subjetivas de sua vida, ocorrendo concomitantemente uma retração da responsabilidade do Estado sob a proteção social dos membros da sociedade.

No trabalho profissional, na atuação nas equipes multiprofissionais em saúde, as assistentes sociais lidam com expressões da “questão social” que interferem no processo saúde-doença dos usuários do sistema de saúde. A compreensão do perfil da população usuária leva a apreensão de que as questões não são individuais, mas sim coletivas e estruturantes do modo de produção capitalista.

À luz da teoria social crítica desvela-se que as condições de saúde da população se inserem em um panorama mais amplo que retrata como a produção está organizada, agregando ainda diferentes determinações e relações de opressão/exploração de gênero, sexualidade, raça/etnia e classe que se reproduzem no trabalho profissional das assistentes sociais na saúde. Segundo o CFESS (2010, p.41) o trabalho das assistentes sociais na saúde se articula em quatro grandes eixos, à saber: “atendimento direito aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional”.

As práticas profissionais das assistentes sociais na área da saúde, podem ser articuladas de acordo com o código de ética, em uma perspectiva de fortalecimento do projeto da reforma sanitária, já que há uma relação estreita entre os dois (CFESS,2010), ou podem atuar de maneira imediatista, focalizando na prática cotidiana, reproduzindo práticas contrárias ao Código de Ética. A prática profissional na área da saúde aponta para uma ação pouco crítica (MATOS,2017), é nesse sentido que:

A priori podemos observar que há uma rígida estrutura da materialização do exercício profissional nos serviços de saúde, uma alta prevalência de atendimentos individuais e que estes, em geral, se constituem em uma ação única, já que é imprevisível saber se o assistente social terá outro contato com o usuário. (MATOS,2017, p.63).

As expressões da “questão social”, apresentadas no cotidiano, a partir de situações concretas da classe trabalhadora, nos serviços de saúde, para as assistentes sociais, são apenas expressões imediatas de relações sócio históricas mais profundas que se relacionam ao modo de produção capitalista. O cotidiano, desse modo, é a expressão de um modo de vida, historicamente delimitado, relacionando a reprodução das suas bases, tal qual de novas práticas (IAMAMOTO,2014). No que se refere ao cotidiano, Matos (2017, p.85) ressalta que:

Pelas características próprias do cotidiano – a espontaneidade, a imediatividade, a superficialidade extensiva, dentre outras – ele é o espaço propício para a repetição acrítica. Contudo isto não é uma regra. A depender da sociedade em que se insere o indivíduo pode ter maior ou menos possibilidade de reflexão crítica sobre as ações da vida cotidiana. E mesmo em sociedade com grande tendência à alienação, como a sociedade capitalista madura é possível a existência de homens que consigam suspender o cotidiano.

No sentido da reprodução cotidiana, na área da saúde, por assistentes sociais, as respostas profissionais aparecem de maneira acríticas, rotineiras e burocratizadas, reproduzindo a lógica da sociabilidade burguesa, desvinculadas das mediações teórico-críticas e práticas. Transpor essa prática, se relaciona com a necessidade de uma prática reflexiva (VASCONCELOS,2006). Assim:

A prática reflexiva é uma prática que, envolvendo dois sujeitos sociais – usuário/profissional – politiza as demandas dirigidas ao Serviço Social, ao democratizar informações necessárias e fundamentais quando do acesso dos usuários a serviços e recursos – como direito social – na busca da superação da práxis cotidiana, a partir de sua análise, desvendando o que contribui para o fortalecimento dos envolvidos no processo, enquanto sujeitos políticos coletivos. (VASCONCELOS, 2006, p.26)

Nesse sentido, dá-se como primordial compreender o núcleo de mediações que são realizadas no trabalho profissional entorno da relação entre determinação social da saúde e determinantes sociais da saúde, categorias que vem sendo utilizadas no vocabulário das assistentes sociais nas equipes multiprofissionais, e que, por vezes, podem ter conotações diferentes para a construção de respostas à luz do código de ética. Assim, apreender quais vertentes teóricas e concepções de saúde estão por detrás do debate sobre determinação vs determinantes, é substancial para aprofundar a análise na perspectiva da tradição crítica de Marx, apreendendo a dinâmica social na sua contradição e totalidade, bem como se as respostas profissionais se direcionarem e respaldam à luz do código de ética profissional.

### 3.4 – Dimensão social no trabalho da assistente social: o trabalho coletivo em saúde

No atual estágio do capitalismo, financeiro-rentista, bem como com a adoção de políticas e medidas neoliberais, há um processo de mistificação da raiz dos problemas sociais, transladando-os para a sociedade civil. O discurso que se espraia, fragmenta e individualiza os problemas e as desigualdades, tendo o indivíduo, unicamente, responsabilidade por suas condições de vida. Esse processo engendra respostas profissionais fragmentadas e descoladas de uma perspectiva que considera a totalidade da realidade social (VASCONCELOS,2006), reproduzidas através na gestão e execução das práticas coletivas do trabalho em saúde.

O trabalho em saúde é, eminentemente, coletivo, tendo os profissionais de saúde diferentes formações e compreensão da dinâmica social. O trabalho em equipe, multidisciplinar e/ou interdisciplinar, não dilui as competências e atribuições de cada profissional, exigindo maior compreensão do seu domínio (IAMAMOTO,2002 *apud* CFESS,2010).

Contudo, devido o trabalho nas unidades de saúde ser caracterizado por um modelo hospitalocêntrico médico-hegemônico, que considera apenas a patologia/biologia, biologizando as dimensões sociais, o trabalho em saúde tem uma forte centralidade no saber médico (MATOS,2017). Nesse sentido, segundo (GOMES,1999, p. 50-51 *apud* MATOS,2017, p.53-54):

(...) é preciso que se destaque o papel da centralidade do trabalho médico nesse conjunto laborativo. Em torno das atividades médicas é que as demais áreas hospitalares se orientam. Na realidade, a finalidade e o objeto do trabalho médico se confundem com a da própria instituição hospitalar, levando então a que esse segmento laborativo oriente tecnologicamente o setor e absorva graus de poder acentuado nos estabelecimentos. Em função disso, é importante levar em conta que a Medicina constitui seu objeto em algo puramente biológico e individual, o que faz buscar a doença somente na lesão; além de reforçar hegemonicamente a lógica da medicalização.

Nesse sentido, Matos (2017, p.54-55) evidencia o cenário do trabalho coletivo em saúde:

O trabalho nos serviços de saúde reproduz um atendimento multiprofissional, com pouca ou nenhuma interdisciplinaridade, onde mesmo os profissionais “co-habitando” o mesmo espaço pouco se falam. Por exemplo, se entrarmos em uma enfermaria poderemos ver enfermeiros, nutricionistas, 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 de seus colegas. Tal situação piora se um destes profissionais estiver fora do seu dia habitual de trabalho, já que devido ao regime de trabalho em plantão, a cada dia a instituição parece outra, pois tirante o concreto do imóvel e dos móveis e a permanência de parte dos usuários, seus trabalhadores são outros.

O trabalho orientado a partir da centralidade do saber médico, desconsidera, por vezes, a determinação social do processo saúde doença que está atrelada a dinâmica das relações sociais desiguais engendradas no modo de produção capitalista, tal e qual “tutela” os usuários



do serviço de saúde – enfatiza-se que a própria caracterização das pessoas que utilizam o sistema de saúde, como “paciente”<sup>55</sup> em contraponto à “usuário”, assevera essa ideia – devido as intervenções em saúde realizadas, já que esses são vistos, diversas vezes, como sujeitos sem protagonismo do processo saúde doença.

As demandas dos usuários postas aos profissionais de saúde, em seu trabalho coletivo, analisadas e apropriadas, são comunicadas e reproduzidas, pela equipe multiprofissional, de maneira dicotômicas em: “caso clínico” vs “caso social”. Esse processo fragmenta a compreensão dos processos sociais que envolvem as diferentes dimensões e determinações do processo saúde-doença, dissociando o nexos que os processos sociais têm em relação aos processos biológicos (LAURELL,1981), no que tange ao adoecimento, prejudicando a construção de respostas adequadas que visem a integralidade do cuidado.

Assim como os demais processos sociais, o processo saúde-doença está inserido e determinado pelo modo de produção capitalista. Nesse sentido, as condições de vida e trabalho influenciam a forma como o indivíduo e a coletividade irá expressar e se relacionar de maneiras objetivas e subjetivas. Os sistemas de saúde, são políticas sociais fundamentais, inseridos no sistema de proteção social, atendendo, de forma contraditória, tanto as demandas do capital, quanto as das trabalhadoras. É nessa relação que se põem os meandros da dimensão social e da determinação do processo saúde-doença, no trabalho profissional das assistentes sociais.

No bojo dos debates e lutas políticas das décadas de 1970 e 1980, com preponderância do Movimento da Reforma Sanitária, e sob a influência da saúde coletiva brasileira e da medicina social latino-americana (BREILH,2013) consolida-se uma nova compreensão sobre saúde-doença, em um processo de questionamento do paradigma biomédico, e de crítica a abordagem positivista (GABOIS; SODR; DALBELLO-ARAÚJO, 2017). Esse movimento, sob influxos da teoria marxiana e marxista, passa a compreender saúde-doença como processo social (LAURELL,1981), estabelecendo uma relação entre o processo saúde-doença do coletivo e individual, uma vez que o processo coletivo determina características sobre as quais se assenta a variação biológica (ROCHA; DAVID, 2014), apreendendo, desse modo, a determinação social do processo saúde-doença. Assim, a determinação social da saúde:

(...) em linhas gerais, se estabeleceu como a forma de entender a saúde para além da seara biológica, mas apreendendo o caráter dialético que possui. No interior de uma relação indissociável entre aspectos biológicos e sociais (nestes incluía-se aí aspectos culturais, políticos etc.), a saúde humana ganha seus contornos individual e coletivamente, transitando em vários níveis e de diversas formas, dependendo das relações sociais estabelecidas, em especial as relações sociais de produção (SOUZA,2020, p.176)

---

<sup>55</sup> A noção de paciente remete a um sujeito passivo, sobre o qual outra pessoa intervém, nessa relação, sobre o seu processo de saúde doença, ocultando o protagonismo que o indivíduo e a coletividade têm nesse processo.

No mesmo sentido, Breilh (2013, p.14-15) ressalta a noção da determinação social, dentro da corrente da medicina social latino-americana, e da epidemiologia crítica que surgiu na América Latina. Assim:

(...) la noción de determinación social de la salud, como toda idea de ruptura, no es el producto aislado de elucubraciones personales sino la expresión del pensamiento crítico que se había apoderado del movimiento latinoamericano de medicina social (ahora mejor conocido como de salud colectiva); a cuyo origen convergieron las inquietudes de colectivos movilizados, el desarrollo de nuevos instrumentos de análisis y la presencia de un proyecto expreso de transformación del paradigma obsoleto de la vieja salud pública empírico-funcionalista de los años 70.

Já sob os influxos do neoliberalismo como orientador e normatizador das relações sociais, na década de 1990 e 2000, surge a conceituação de “determinantes sociais da saúde”, pela OMS. Em 1998, há o lançamento do relatório “Social determinants of health: the solid facts”<sup>56</sup> (DOWBOR,2008; WHO,2003), pela WHO/Europe <sup>57</sup> nessa abordagem preliminar, são enfocados dez tópicos: “(...) lifelong importance of health determinants in early childhood, and the effects of poverty, drugs, working conditions, unemployment, social support, good food and transport policy.”<sup>58</sup> Na continuidade desse movimento é construída no Brasil a Comissão Nacional sobre os determinantes sociais da saúde (CNDSS), os determinantes sociais da saúde são:

(...) características socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade que influenciam as condições de vida e trabalho de todos os seus integrantes. Habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e de educação, e também a trama de redes sociais e comunitárias são exemplos de determinantes sociais. Os estilos de vida individuais, como hábito de fumar, praticar exercícios e adotar dieta saudável, estão, em parte, também condicionados por DSS [determinantes sociais da saúde] como renda, padrões culturais e mensagens publicitárias, entre outros. (CNDSS,2021, p.2)

Há um reordenamento no discurso, sustentado pela OMS, em uma perspectiva positivista, que se ordena apenas em apontar “fatores”, “contextos” e “condições” da desigualdade social, ofuscando a apreensão dos múltiplos processos socioeconômicos, culturais, ecobiológicos e psicológicos (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAÚJO, 2017). Desse modo, no que se refere aos determinantes sociais, desvelando alguns de seus pressupostos:

(...) uma revisitação às obras de Durkheim, deixa claros os pressupostos positivistas presentes na ideia de determinantes sociais da saúde, na medida em que desvela os argumentos filosóficos de fragmentação e esquematização dos fenômenos sociais em

<sup>56</sup> Tradução própria: “Determinantes sociais da saúde: os fatos concretos”.

<sup>57</sup> Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde para a Europa.

<sup>58</sup> Tradução própria: “importância durante a vida dos determinantes da saúde na primeira infância, e os efeitos da pobreza, drogas, condições de trabalho, desemprego, suporte social, alimentação adequada e política de transportes”.

fatores diversos, passíveis de serem estudados isoladamente, como “fatores sociais”. (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAÚJO, 2017, p. 73)

Há uma evidente distinção entre determinação vs determinantes do processo saúde-doença, no qual o segundo foi se constituindo de forma a reproduzir, ainda que de alguma forma considere o “social”, uma compreensão de saúde estrita e vinculada as bases desiguais da sociedade vigente, não se propõe uma nova compreensão, com um necessário reordenamento das relações sociais, mas se naturaliza a desigualdade, interferindo apenas em alguns “fatores” extremos. Os determinantes sociais da saúde se constituem de forma particular dentro do debate da dimensão social, mostrando alguma relativa aproximação da determinação social, mas deslocam-se completamente (SOUZA,2020). Logo:

(...) a utilização do termo Determinação Social se contrapõe ao de DSS, e que o primeiro traz um questionamento de bases não apenas quanto às bases teórica e metodológica acerca dos estudos que permite sustentar o conceito de DSS, mas também epistemológica, indagando sobre em que bases deve se apoiar uma ciência que busca compreender as questões relativas à vida e ao adoecimento para além dos fenômenos pelos quais se expressam. Resumidamente, pode-se afirmar que o primeiro é entendido como uma perspectiva que considera o campo mais amplo na qual se produzem os processos saúde-doença, buscando trazer para o plano da consciência uma compreensão que estabeleça mediações entre a realidade fragmentada e a totalidade social, enquanto o segundo expressa o privilégio da identificação de variáveis sociais mensuráveis sobre uma compreensão mais descritiva e densa dos contextos de saúde. (ROCHA; DAVID,2014, p.134)

De mesmo modo, Rocha & David (2014, p.134) ressaltam que tomando como base a teoria da produção social da saúde:

(...) assume-se que esta é um fenômeno eminentemente humano e social, e não um fato biológico-natural, o que exige uma abordagem complexa, histórica, política e culturalmente contextualizada. Essa não é, todavia, uma abordagem predominante, já que boa parte dos estudos se volta para a identificação de correlações entre variáveis sociais isoladas e eventos de morbimortalidade na população, sem avançar em análises mais aprofundadas. A crítica reside no pressuposto de que a determinação da saúde está além do simples emprego de esquemas de causalidade, não sendo apenas uma comparação empírica entre condições de saúde e fatores sociais.

No delinear da discussão sobre determinação vs determinantes, observa-se, por exemplo, as pressões e disputas que se situam entorno do Plano Nacional de Saúde (PNS)<sup>59</sup>, no qual as Conferências de Saúde travam importantes embates e lutas para inserir orientações normativas que decorrem dos movimentos sociais e da sociedade civil. No supracitado plano, é dissertado, parcamente, dimensões resultantes do adoecimento pela categoria determinantes sociais da saúde, contudo, com pouca crítica no que se refere as condições estruturais e estruturantes que causam desigualdades em saúde. A questão da determinação social, é

---

<sup>59</sup> O plano referido aqui é o PNS 2020-2023, que teve direcionamentos advindos da 16ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2019 (BRASIL,2020).

mencionada, exclusivamente, quando se elenca os princípios do trabalho na alta complexidade.

Assim:

O foco da oferta no SUS está na oferta de ações e serviços de saúde para atender aos desafios sanitários com entrega à população de uma assistência oportuna e qualificada, que assegure o enfrentamento adequado das endemias e epidemias, sempre considerando o contexto de determinação social da saúde, devendo ser esta a base analítica de orientação para proposição de intervenções relacionadas à Atenção Especializada em Saúde (AE). (BRASIL/MS, 2020, p.68)

Como já explicitado, no exercício profissional, as demandas aparentes no trabalho profissional têm uma dimensão estrutural que configura a totalidade dos processos sociais. Contudo, as expressões da “questão social” aparecem fragmentadas e pulverizadas, tendo o assistente social competência crítica para compreender as dimensões e conexões que ela tem com processos macrossociais. Nesse sentido, dá-se como necessário compreender as expressões da “questão social” (NETTO,2015) a partir da teoria crítica, tendo em vista os debates acumulados na categoria profissional.

Isto posto, dá-se como essencial desvelar os discursos e práticas coletivas na área da saúde que reforçam perspectivas contrárias ao projeto ético político, tornando-se inteligível a vinculação das ações práticas dos assistentes sociais a determinados projetos de sociedade que, eventualmente, podem ser contrárias ao código de ética. Nessa acepção, insere-se a compreensão crítica da categoria determinação social do processo saúde-doença, em contraponto a concepção fragmentada sobre determinantes sociais da saúde. Assim, requer-se do assistente social uma capacidade crítica para a compreensão dos processos sociais, que:

Mesmo circunscrita à aparência, às expressões fenomênicas da realidade, essa prática resulta de largos e complexos processo de mediações. No entanto, o sujeito cognoscente – o profissional que demanda única e exclusivamente os instrumentos técnicos-operativos para objetivar seu exercício profissional e conecta de forma imediata o pensamento e a ação – não apreende as mediações, e a sua prática encontra-se presa à fenomenalidade, à imediaticidade. Independente da consciência, as mediações permeiam a realidade e o processo de apreensão, pelo pensamento, da realidade ainda que seja em sua aparência. O profissional pode colocar-se nesse processo de forma passiva ou de forma ativa, como protagonista de seu exercício profissional. (COELHO, 2008, p.57)

Objetivando elucidar as perspectivas teóricas que estão por detrás das ações profissionais, bem como edificar aporte teórico para a crítica de perspectivas positivistas e neoliberais, enuncia-se a constante necessidade do aprimoramento teórico-prático do Serviço Social, evidenciando as dimensões constitutivas da profissão que devem ser acionadas na prática profissional: teórico-metodológica; ético-política e técnico-operativa (ABEPSS,1996); ancorados à luz do código de ética profissional.

### 3.5 – A prática e o trabalho profissional das assistentes sociais na saúde

A partir da consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil, e de uma compreensão ampliada de saúde, diversos movimentos foram realizados para dar materialidade a política de saúde, bem como melhorar as práticas e processos de trabalho coletivos em saúde. É decerto, que o arcabouço teórico construído no Movimento de Reforma Sanitária Brasileira não foi implementado na sua concretude, incluindo outras reformas de bases para além do setor saúde (PAIM, 2009), sofrendo influxos do ideário neoliberal, a partir da lógica gerencial. Nesse contexto, segundo Castro (2018, p.139):

O novo patamar gerencial incorporado pela administração pública faz com que ainda prevaleçam direcionamentos para o trato com a política pública com base em formulações respaldadas na lógica de mercado e que desenvolvem uma prática ideológica dos modos de gestão e controle do trabalho dos ambientes produtivos.

As assistentes sociais são essenciais para a consecução do trabalho em saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, intervindo sobre as expressões da “questão social” que causam desigualdades no processo saúde-doença. É nesse sentido que, salienta-se a necessidade de atentar-se para a construção das práticas em saúde balizadas em políticas, desvendando os pressupostos e o ideário que paira na construção coletiva do cuidado em saúde. Como as políticas são construídas por pessoas, em campos de disputas e correlações de forças contraditórias, pode-se salientar o ideário que algumas políticas têm no reforço a ideologia neoliberal, como a Política Nacional de Humanização (PNH). Nesse sentido, segundo a PNH, humanizar se traduz por:

(...) como inclusão das diferenças nos processos de gestão e cuidado em saúde. Tais mudanças são construídas não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada. Incluir para estimular a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho. (BRASIL/MS,2013, p.3)

É decerto que, as práticas em saúde precisam ser reordenadas, contudo, a partir de um ideário crítico, como o constituído na reforma sanitária brasileira, no qual o cerne do problema não está na mudança de práticas individuais, e/ou “reformas”, mas na mudança radical das bases que estão fincadas a sociedade, na organização social e na forma como está constituído o trabalho no modo de produção capitalista. Castro (2018, p. 158) ressalta a oposição entre os pressupostos da reforma sanitária e a PNH, assim:

Na reforma sanitária, a saúde é tratada como valor universal, indivisível e núcleo subversivo da estrutura social, por isso traz nela a possibilidade de promover a transformação social através da construção de um bloco progressista e histórico. Afastada dessa concepção, a abordagem do processo saúde-doença e de trabalho na saúde que respalda a PNH enfatiza a individualidade, a subjetividade, os símbolos e o diálogo na construção de relações sociais, não sendo problematizados outros determinantes sociais, econômicos e culturais.

No mesmo sentido, Castro (2018, p.158-159) enfatiza que a relação com o conceito de determinação social:

(...) é colocado em segundo plano, tendo em vista as dificuldades de operacionalizá-lo dentro do novo contexto social. O impacto da lógica imposta a partir dos anos 1990 para a organização das políticas sociais e de respostas às expressões da questão social tem rebatimentos diretos numa intervenção imediata por parte do Estado, pautada numa assistência focalizada e repressiva, que induz ao risco de se realizar uma análise que pulveriza e fragmenta as expressões da questão social em problemas sociais, além de atribuir aos indivíduos e famílias a responsabilidade pelas adversidades postas às suas vidas, o que, conseqüentemente, contribui para a perda da dimensão coletiva da questão social e da saúde e retira da sociedade de classes a responsabilidade na produção das desigualdades sociais em saúde.

Compreende-se então processos contraditórios e disputas, bem como as roupagens e os novos significados que as categorias e conceitos ganham a partir da lógica neoliberal, que estão postas entorno do trabalho coletivo na política de saúde, e que tem uma relação eminente com o trabalho das assistentes sociais na saúde.

A gestão das unidades de saúde sob a égide gerencialista impõe para as profissionais uma lógica produtivista, com foco na eficiência, na qual reproduz-se, reiteradamente, uma lógica perversa de alienação, na qual os usuários do sistema de saúde são vistos como “números” e/ou “leitos” a serem “desocupados”, em um processo de reificação das relações sociais (MARX, 2017), processo que se dá de mesmo modo na construção do trabalho coletivo em saúde. Nesse sentido, Coelho (2008, p. 235) ressalta que a alienação:

(...) que se estabelece no modo de ser da sociedade capitalista esconde como se produzem as relações de produção. Em seu processo de individualização, o trabalhador não se reconhece como ser genérico, há um estranhamento entre a sua e a existência da sociedade, e sua inserção no processo de trabalho dá-se como se fora uma mera ferramenta, pois o produto de seu trabalho não lhe pertence. Na sociedade capitalista, esse fenômeno tem seu solo genético no trabalho, mas extrapola as relações de produção, espalha-se para todas as esferas da vida social e faz crer que a relação entre homens, e sua relação com a natureza, são relações entre coisas, eternas e imutáveis. Essa forma específica da alienação, no contexto da sociedade capitalista consolida, universaliza-se criando e recriando processos de reificação.

Nesse sentido, as práticas profissionais das assistentes sociais podem reproduzir respostas profissionais cotidianas, reiterativas e imediatistas (COELHO,2008) que não realizam as mediações entre teoria e prática. Coelho (2008, p.313) ressalta a importância da prática crítica e a suas mediações entre particularidade, singularidade e universalidade, assim:

A descrição da prática histórico-crítica evidencia, portanto, o exercício profissional diferenciado daquele que conecta imediatamente pensamento e ação e do discurso competente, referenciado na lógica do mercado. Tais descrições confirmam a efetivação da prática crítica, centrada na apreensão dos processos sócio-históricos para deles extrair as conexões entre singularidade, a particularidade e a universalidade constitutivas do exercício profissional.

O pensamento positivista, pautado na racionalidade formal-abstrata, reduz os processos a dimensão técnica e prático-concretas (GUERRA, 2014), dicotomizando a relação teoria e prática. Esse discurso, tem aderência nos processos de trabalho das assistentes sociais, sendo reproduzidos na prática profissional. Desmistificando esses processos, Guerra (2004, p.9) sinaliza que:

Teoria e prática como polos opostos se confrontam a todo momento: questionam-se negam-se e superam-se, a ponto encontrarem uma unidade que é sempre histórica, relativa e provisória. Não obstante, teoria e prática mantêm sua especificidade e autonomia. A teoria tem que ser vista como a crítica e a busca dos fundamentos. Ela tem validade enquanto reflete as relações sociais reais, e por isso são processuais, relativas. A prática social pode validar uma teoria em determinadas condições sócio-históricas, de modo que a teoria tem que ser reconhecida na prática, mas não nas práticas profissionais. (...) A teoria não se gesta, não brota da prática, mas da reflexão sobre a prática: Ela é outro nível do conhecimento que se testa na prática. Tampouco a teoria produz transformações prático-materiais. O que ela transforma são percepções, concepções, elementos necessários, transforma parte da realidade, mas entre a transformação da consciência e do real são necessárias outras mediações. Isto porque o conhecimento no nível teórico não incide diretamente no nível prático-empírico das profissionais. Não obstante, o conhecimento nos fornece a compreensão da sociedade na qual se inserem nossos objetos de intervenção, nos fornece também uma compreensão sobre estes mesmos objetos e sobre em que, quando e como intervir. Mais do que isso, a teoria incide sobre a compreensão da direção social, do significado e das implicações desse fazer

No trabalho profissional na saúde, as assistentes sociais, atuam em equipes multidisciplinares, em contato com diversos profissionais de saúde em um processo de trabalho coletivo. Como salienta Yamamoto (2004, p.22):

(...) O trabalho profissional é, pois, parte do trabalho coletivo produzido pelo conjunto da sociedade, operando a prestação de serviços sociais que atendem a necessidades sociais e realizando, nesse processo, práticas socioeducativas, de caráter político ideológico, que interferem no processo de reprodução das condições de vida de grandes segmentos populacionais alvos das políticas sociais.

A importância das assistentes sociais, inseridas no trabalho coletivo em saúde, desvela assim o seu caráter político e a sua potencialidade na construção de estratégias de enfrentamento. A assistente social, pautada à luz do Código de Ética Profissional, na construção de estratégias coletivas imprime parte da sua formação e valores, compartilhados pela categoria profissional, é nesse sentido que se abrem possibilidades, dentro da sua autonomia relativa, para a construção de processos que promovam reflexões críticas e mudanças na instituição e na relação com as usuárias do sistema de saúde. Nesse sentido, fomenta discussões éticas na equipe de saúde, facultando a reflexão sobre processos sócio históricos macrossociais, relacionados à determinação social do processo saúde-doença, favorecendo a compreensão que os processos sociais não são dissociados, mas estão articulados na totalidade da realidade social.

A dimensão técnico-operativa, reiteradamente, é sobrepujada frente as outras dimensões constitutivas do trabalho profissional, uma vez que, o modo de produção capitalista intenta mistificar o caráter eminentemente político e ideológico que as atividades e ações realizadas têm, apresentando um ar de neutralidade aos instrumentos e as técnicas. Entretanto, é importante demarcar o direcionamento ético-político, que o desenvolvimento das atividades tem no seu cerne, produzindo e reproduzindo relações sociais, tal qual a sua vinculação teórico-metodológica, já que os instrumentos não se dão aquém de balizamentos teóricos, que exteriorizam um determinado ponto de vista sobre as relações sociais e a compreensão da totalidade na dinâmica da vida social (IAMAMOTO,2004). Assim, a orientação da prática profissional balizadas à luz do código de ética profissional:

(...) requisita um perfil profissional culto, crítico e capaz de formular, recriar e avaliar propostas que apontem para a progressiva democratização das relações sociais. Exige-se, para tanto, compromisso ético-político com os valores democráticos e competência teórico-metodológica na teoria crítica em sua lógica de explicação da vida social. Estes elementos, aliados à pesquisa da realidade possibilitam decifrar as situações particulares com que se defronta o assistente social no seu trabalho, de modo a conectá-las aos processos sociais macroscópicos que as geram e as modificam. Mas, requisita, também, um profissional versado no instrumental técnico-operativo, capaz de potencializar as ações nos níveis de assessoria, planejamento, negociação, pesquisa e ação direta, estimuladora da participação dos sujeitos sociais nas decisões que lhes dizem respeito, na defesa de seus direitos e no acesso aos meios de exercê-los. (IAMAMOTO,2004, p.35)

As assistentes sociais, inseridas na política de saúde para responder a expressões da “questão social”, atuam no processo de reprodução do modo de produção capitalista, mas não só, contraditoriamente, logram de tecer estratégias de resistência coletiva junto aos profissionais e usuárias. É nesse sentido que Iamamoto (2004, p.17) aponta dimensões que são inseparáveis do trabalho profissional, assim:

(...) Os assistentes sociais, por meio da prestação de serviços sócia assistenciais nas organizações públicas e privadas – inseparáveis de uma dimensão educativa ou político ideológica -, interferem nas relações sociais cotidianas, no atendimento às mais variadas expressões da questão social, tais como são experimentadas pelos indivíduos sociais no trabalho, na família, na luta pela moradia e pela terra, na saúde, na assistência sociais pública etc. (...)

Dois aspectos são importantes de serem salientados, que tem a potencialidade da construção de estratégias de resistência e democratização das ações e dos serviços, a saber: a dimensão política e a dimensão socioeducativa. Assim, as ações e atividades devem ser construídas de forma coletiva, com as usuárias do serviço de saúde, visando fomentar o protagonismo das mesmas, tal e qual a democratização das informações, serviços e ações, revelando-se como estratégias políticas de expansão da participação e do conhecimento coletivo. No mesmo sentido se dá a dimensão socioeducativa, devendo ser respaldada pelo



código de ética, ampliando processos mais horizontalizados e de maneira dialógica, promovendo uma construção coletiva dos saberes.

No âmbito do trabalho das assistentes sociais na política de saúde, as profissionais se inserem em diferentes atividades, tanto no âmbito da execução, quanto na gestão, tendo que articular com outros profissionais, em equipes multidisciplinares, construindo estratégias e pactuações políticas para a estruturação do trabalho coletivo em saúde. Assim, as disputas políticas que se expressam dentro das instituições, pela direção social das intervenções e ações, são mediações essenciais a serem empreendidas no trabalho profissional (YASBEK,2014). É nesse sentido que, segundo Yazbek (2014, p.686)

(...) a profissão é interpelada e desafiada pela necessidade de construir mediações políticas e ideológicas expressas sobretudo por ações de resistência e de alianças estratégicas no jogo da política em suas múltiplas dimensões, pode dentro dos espaços institucionais e especialmente no contexto das lutas sociais. Isso porque, como sabemos, questão social é luta, é disputa pela riqueza socialmente construída.

As relações sociais são perpassadas por contradições próprias do modo de produção capitalista, e estão envoltas do trabalho profissional, é nesse sentido, que o universo do trabalho coletivo na saúde é um importante espaço de construção de hegemonia política. Como aponta Yazbek (2014, p.689):

Estou reafirmando, pois, a necessária construção de hegemonia das classes subalternas, na condução do processo de construção de seus direitos não apenas como questão técnica, mas como questão essencialmente política, lugar de contradições e resistência. A partir desse âmbito é possível modificar lugares de poder demarcados tradicionalmente, construir outros, e não apenas realizar “gestões bem-sucedidas de necessidades”. (...)

Logo, repõe-se a necessidade de sedimentação da prática teórico crítica no trabalho profissional, a partir da apreensão das dimensões estruturais e conjunturais que conformam as dimensões da realidade social. O trabalho das assistentes sociais na saúde, a partir da compreensão da categoria determinação social do processo saúde-doença, movimenta-se na compreensão das condições estruturais da sociabilidade vigente, interpretando como as expressões da “questão social” interferem e causam desigualdades nos níveis de saúde individual e coletivo. Esse processo se demarca conduzindo-se na direção do código de ética profissional. Apregoa-se a afluência das dimensões teórico-metodológica; ético-política e técnico operativa (ABEPSS,1996), em um movimento de mediações constate no exercício profissional. Assim, alinha-se aos princípios do código de ética na construção de um projeto profissional, vinculado a construção de uma sociedade sem exploração/dominação de raça, classe e gênero (CFESS,2012). No próximo item será pontuado a relação entre o contexto atual,

pandêmico, e o trabalho das assistentes sociais na política de saúde, bem como os impactos para as usuárias.

### **3.6 – Trabalho das assistentes sociais na saúde em contexto pandêmico: Quais as possibilidades para o trabalho coletivo?**

O contexto aberto, em 2019, pela pandemia do coronavírus acirrou as contradições inerentes do modo de produção capitalista. As expressões da “questão social” se agudizaram ainda mais, sintetizando novas e velhas, precisando de uma resposta mais robusta do Estado, entretanto frente as necessidades sociais crescentes, a resposta do governo brasileiro foi na contracorrente de garantias mínimas da vida da população, ampliando o ajuste fiscal e priorizando, novamente, os lucros do capital frente a vida da população. Não por acaso enquanto 19 milhões (BRASIL DE FATO,2021) de brasileiras passam fome, e mais da metade está em situação de insegurança alimentar, o Brasil saltou de 45 para 65 bilionários, com uma riqueza que cresceu 71% (BRASIL DE FATO,2021).<sup>60</sup>

Na conjuntura atual, vislumbra-se uma política de extermínio e genocídio contra a população brasileira (EL PAÍS,2020). É decerto que o genocídio e o massacre são constituintes sócio históricos da formação social brasileira, como o genocídio da população negra (GELEDES,2021) que atua como política até os dias atuais, tal e qual a violência contra a população LGBTQIA+, as mulheres e a população negra que vem ampliando gradativamente (EL PAÍS,2020).

O impacto da crise sanitária foi acrescido a outras crises pela qual o país já passava, como a crise econômica, social, política e institucional, como pano de fundo temos a crise do modo de produção capitalista. A vacinação que é necessária para a diminuição das mortes e do espraiamento do vírus e dos contágios não vem sendo realizada adequadamente, com falta de insumos para as vacinas, bem com a falta de coordenação por parte do Governo Federal, no que tange ao Programa Nacional de Imunizações (PNI). O Brasil com vasta experiência com campanhas de vacinação (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE,2021), mostra agora uma falta de organização e descaso por parte do Governo<sup>61</sup>. Os recursos destinados para a saúde e para as políticas de proteção social vem sendo enxugados, trazendo para o SUS um panorama de desfinanciamento (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE,2020), devido a EC 95, frente a

---

<sup>60</sup> Fica explícito o caráter de classe que está posto na realidade social, bem como a vitalidade dos escritos de Marx para a compreensão desses processos. Assim, a produção e reprodução de riquezas é proporcional a de pobreza, tendo como base a lei geral de acumulação capitalista (MARX,2013, p.719).

<sup>61</sup> Ademais, soma-se a isso a proposta que flexibiliza a compra de vacinas por empresas privadas, causando um “fura-fila” na vacinação (BBC,2021), descaracterizando o SUS e ampliando desigualdades. Ver (BBC,2021) (O GLOBO,2021).

necessária ampliação do orçamento para a saúde. Nesse sentido, a Frente pela Vida<sup>62</sup>, sobre o cenário atual vivenciado no país, especificamente na saúde, considera que:

(...) o SUS necessita de mais recursos em 2021. A pandemia da COVID-19 continua em expansão, e contraditoriamente, somente entre janeiro e fevereiro [de 2021], o número de leitos de UTI financiados pelo Governo Federal caiu pela metade, sobrecarregando as outras esferas de governo. É fundamental o acréscimo de mais recursos para o orçamento do Ministério da Saúde. Em 2020, sem considerar despesas com vacina, as despesas do Ministério da Saúde ultrapassaram R\$ 165 bilhões. Por isso, exigimos a flexibilização do teto de gastos estabelecido pela EC 95, como proposto na petição pública liderada pelo Conselho Nacional de Saúde, para que sejam destinados recursos para o SUS federal que correspondam um piso de 167,8 bilhões neste ano de 2021.

O Auxílio Emergencial de 2020 (BRASIL,2021), foi uma importante política social que, minimamente, protegeu socialmente a população mais pobre no momento de pandemia.<sup>63</sup> Já em 2021, o auxílio emergencial foi reduzido, ampliando-se os critérios de elegibilidade (CAIXA,2021) levando as orientações político-econômicas do governo de ajuste fiscal e focalização na pobreza extrema<sup>64</sup>. Nesse sentido, a classe trabalhadora vem sofrendo com a falta de uma proteção social que dê conta de responder as suas necessidades e carências, que se alargam mormente, assim como as desigualdades. Esse processo deve ser compreendido em uma perspectiva de totalidade, não fragmentado e pulverizado, apreendendo que as expressões da desigualdade têm no cerne a questão social, compreendida como a contradição entre capital vs trabalho (IAMAMOTO,2015).

O trabalho das assistentes sociais na saúde, de mesmo modo, vem sendo fortemente impactado<sup>65</sup>, pelo processo de regressão de direitos e ajuste fiscal neoliberal, bem como pelos influxos da pandemia na (des)organização dos serviços. O mundo do trabalho vem sendo fortemente impactado pela flexibilização das legislações trabalhistas, tendo novas e diversas formas de contratos de trabalhos que flexibilizam e retiram direitos, e as assistentes sociais são impactadas por isso, ainda mais no período pandêmico, no qual os contratos temporários cresceram.

<sup>62</sup> Segundo o Conselho Nacional de Saúde (2020), a frente pela vida é: “(...)uma iniciativa formada por quatorze entidades científicas da saúde e bioética e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). Foi criada com o objetivo de lançar um movimento amplo para enfrentar a pandemia da COVID-19, com base em evidências científicas e respeito à saúde da população brasileira.”

<sup>63</sup> Demarca-se que o auxílio emergencial de R\$ 600, em 2020, teve forte pressão da oposição ao governo, sendo aprovado. Foram apresentadas propostas, ainda de uma “renda básica universal” e da taxaço de grandes fortunas, que não obtiveram êxito. (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2020). A operacionalização do auxílio emergencial foi um ponto criticado, uma vez que realizado por meio de aparelhos digitais com acesso a internet, o que dificultou o acesso de parte de brasileiras que não tem acesso aos meios digitais.

<sup>64</sup> A oposição defendeu a manutenção do auxílio em R\$ 600 (UOL,2021), contudo não logrou êxito, sendo rebaixado para R\$ 300.

<sup>65</sup> Aponta-se que não apenas o trabalho das assistentes sociais, mas também de todas as profissionais que atuam nessa política.

As assistentes sociais, na linha de frente, trabalhando nas equipes de saúde estão largamente expostas ao contágio do vírus, sendo necessário Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) adequados, como preconiza a legislação (CFESS,2020). Contudo, em um momento que há racionalização e falta de equipamentos as assistentes sociais sofrem enormemente esse impacto, já que, sistematicamente, desconsidera-se essas profissionais como “linha de frente” enfocando-se no trabalho médico, reproduzindo o discurso médico-hegemônico, a partir de uma perspectiva restrita de compreensão do processo saúde-doença. É nesse sentido, que o CFESS através de um parecer jurídico, solicitou orientações e medidas jurídicas cabíveis nesses casos, apontando que:

(...) em relação às demandas de ausência de fornecimento ou fornecimento insuficiente de EPI a assistentes sociais em exercício profissional nas atividades essenciais durante a pandemia, opino i) pela emissão de orientação à categoria com os fundamentos elencados neste parecer jurídico, ii) pela adoção de estratégia jurídico-política de coletivização e regionalização das demandas de forma a encaminhas as denúncias aos órgãos competentes, iii) pela articulação com entidade de classe, nos casos de avaliação da necessidade de judicialização das demandas e/ou fortalecimento de denúncias extrajudiciais, iv) pela utilização de notificações extrajudiciais nos casos concretos avaliados como necessárias. (CFESS,2020, p.23)

No mesmo sentido, houve impactos na observância das competências e atribuições privativas das assistentes sociais (BRASIL,1993), uma vez que, a reorganização da rotina das unidades de saúde fez com que fossem demandas funções e atividades que não competem as assistentes sociais. Assim se sucedeu a requisição por comunicação de óbito por parte das assistentes sociais, não sendo essa uma atribuição privativa (CFESS,2020). O CFESS, através da Orientação normativa n. 3 de 2020, orientou as assistentes sociais indicando a se aterem nas atribuições privativas (CFESS,2020), respaldadas pelo Código de Ética.

Nesse terreno histórico, no qual as assistentes sociais são convocadas a realizar seu trabalho na política de saúde, necessita-se de uma leitura crítica da realidade e que articule as dimensões constitutivas da profissão, orientado pelo Código de Ética Profissional. Assim, os processos de construção coletiva se mostram gradativamente mais prementes para que estratégias sejam traçadas contra os retrocessos nas políticas sociais e o avanço da política ultraliberal e conservadora, articulações importantes se dão entorno: da ocupação dos conselhos de saúde; movimentos sociais da saúde e das lutas populares; órgãos da categoria profissional; construção conjunta com a equipe de saúde. Demarca-se que, a dimensão socioeducativa que é inerente a profissão deve ser acionada de maneira crítica, construindo processos democráticos e coletivos juntamente com as usuárias dos serviços de saúde.

## Considerações Finais

A quadra contemporânea apresenta desafios novos ao trabalho das assistentes sociais na saúde. Se a crise é estrutural (MESZÁROS,2011) e estruturante do modo de produção capitalista, seus impactos são diferentes em determinadas conjunturas. No processo contemporâneo de crise do capital, as desigualdades se aprofundam, paulatinamente, produzindo e reproduzindo novas e velhas expressões da “questão social” (NETTO,2011).

A crise sanitária aberta no final do ano de 2019, devido a propagação de um novo coronavírus pelo mundo fez com que a Organização Mundial da Saúde (OMS) caracterizasse a doença COVID-19 como uma pandemia (UMA-SUS,2020), em 11 de março de 2020. O novo coronavírus tem uma alta transmissibilidade e logo disseminou-se sobre o mundo, assim, a partir de março de 2020 o Estado e o Município do Rio de Janeiro começaram restrições nos serviços e fechamento do comércio (G1,2020), buscando conter a transmissão do novo coronavírus. Os organismos de saúde pública orientaram o “isolamento social” para conter a propagação do vírus, bem como a transferência de atividades, que pudessem, para o “modo remoto”.

No Brasil, a crise sanitária foi sobreposta por uma crise econômica, política e institucional, já em curso desde 2016. Nesse processo ampliou-se o desemprego e a insegurança alimentar já assola mais da metade das famílias brasileiras (NEXO,2021), evidentemente as políticas ultraliberais levadas a cabo pelo Governo Bolsonaro contribuíram para a ampliação desse cenário. A atual gestão da pandemia da COVID-19, se constitui de maneira desastrosa e ineficiente por parte da gestão do governo federal<sup>66</sup>, demonstrado por pesquisa como a gestão da pandemia fracassou em um país com um sistema de saúde universal (DW,2021), revelando também que o governo adotou uma estratégia de propagação do vírus (EL PAÍS, 2021). Assim, o Brasil, um país que tem um dos maiores programas de imunização a nível mundial, não conseguiu vacinar metade da população passado mais de um ano do início da pandemia, devido ao negacionismo e as omissões do governo em relação à imunização.<sup>67</sup>

A organização do trabalho coletivo em saúde teve de se adequar ao novo panorama trazido pela pandemia. O uso de Tecnologias da Informação e comunicação (TICs) foi ampliado

---

<sup>66</sup> No momento em que escrevo esse texto o Brasil superou a triste marca de 435 mil vidas perdidas pela COVID-19 (EL PAÍS,2021).

<sup>67</sup> O discurso do Governo Bolsonaro se pautou na disseminação de notícias falsas, popularmente conhecidas como “fake news”, sobre medicamentos sem eficácia comprovada para tratar a COVID-19, tal qual na contracorrente das orientações mundiais de isolamento social fomentou-se o não uso de máscaras e o desrespeito ao isolamento social. Nesse sentido, foi instaurada a Comissão Parlamentar de Inquérito da Covid (CPI da COVID) com o objetivo de investigar a atuação do executivo no enfrentamento da pandemia (G1,2021).

mormente na mediação do trabalho profissional, como um instrumento de trabalho, e as assistentes sociais tiveram que se apropriar delas, compreendendo as contradições que aparecem na sua relação técnica e política, para dar continuidade as atividades, bem como reafirmar suas atribuições privativas.

Nesse contexto pandêmico as desigualdades de raça, gênero e classe se acirram de maneira vertiginosa, ampliando as relações de dominação/exploração. Desvela-se a dimensão social descortinada pela pandemia, que pode ser analisada através da determinação social do processo saúde doença, compreendendo as desigualdades que acometem o adoecimento da população brasileira em seus diferentes matizes. Ademais, soma-se a isso questões estruturais e conjunturais do panorama contemporâneo político-econômico do país, como o subfinanciamento e sucateamento crônico do sistema de saúde.

Dá-se de sobremaneira importante, nesse contexto, o auxílio emergencial, já que pode garantir uma renda mínima para as famílias nesse contexto de isolamento social e pandemia, no qual muitas pessoas perderam o emprego formal e informal, podendo, algumas das vezes, manter-se no direito de realizar o isolamento social indicado pelos órgãos de saúde pública. Ressalta-se a importância de políticas sociais e do auxílio emergencial, assim:

O impacto desse pagamento [auxílio emergencial] para a vida de famílias como a de Maurícia Mendes, de 43 anos, é tamanho que 18 anos depois de ter recebido o primeiro pagamento ainda recorda com a quantia foi aumentando (...) Cerca de 14 milhões de famílias brasileiras recebem o Bolsa Família para complementar rendas inexistentes ou parcas, sendo 81.000 delas em São Luís [Maranhão]. A contrapartida é que seus filhos frequentem a escola e têm as vacinas em dia. Maurícia Mendes conta orgulhosa que seu filho mais velho está na faculdade, o segundo numa escola técnica, e o caçula acaba de terminar o ensino médio. (EL PAÍS, 2021)

O enxerto acima endossa a centralidade e urgência de uma renda básica universal para todos os brasileiros. Assim, mostra-se a importância da defesa da Seguridade Social e da política de saúde como direitos humanos básicos, que vem sendo atacados pelo neoliberalismo em curso no Brasil, e mormente a partir de 2016 com o direcionamento ultraliberal.

É nesse emaranhado complexo contemporâneo que as assistentes sociais são acionadas para atuar nas equipes de saúde. O trabalho das assistentes sociais na política de saúde é de acentuada importância, no sentido de trabalhar sobre o horizonte dos princípios e diretrizes do SUS, visando seu aprofundamento, tal qual na construção de bases para avançar o movimento da reforma sanitária.

Assim, compreender a determinação social do processo saúde doença é primordial para uma atuação pautada no código de ética, a luz da teoria crítica. As mediações conjuntamente a equipe de saúde são necessárias para avançar na consolidação do SUS tecendo redes de

resistência contra o desmonte das políticas sociais e contra a mercantilização da saúde, vislumbrando o caráter de um sistema de saúde público, estatal e universal.

As assistentes sociais, inseridas nas equipes de saúde, realizando um trabalho coletivo, são importantes profissionais no fomento de discussões éticas e que possibilitem o desvelamento da dimensão social do processo saúde-doença, construindo junto com a equipe processos que podem ampliar o olhar crítico para as expressões da “questão social” que adentram nos serviços de saúde através das demandas das usuárias. A formação generalista do curso de Serviço Social, oferece uma perspectiva de análise da realidade social abrangente para a compreensão da realidade social e as suas contradições.

A apreensão do Código de Ética Profissional deve ser cotidiana e se dar por meio de mediações com a realidade para compreendê-lo enquanto um instrumento orientador que não é estático, mas está em movimento, como a realidade social. A articulação entre as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa deve perpassar todo o trabalho profissional na saúde, para que a compreensão não se dê por formas enviesadas e que reproduzam discursos fatalistas e/ou messianistas.

Na conjuntura atual a dimensão político-pedagógica do trabalho profissional se evidencia mormente, necessitando ampliar as articulações políticas com as usuárias para a defesa dos direitos sociais e do SUS. Assim, os espaços de participação e controle social devem ser alavancados como lugares nos quais abrem possibilidades de construir propostas para a política de saúde que respondam as reais necessidades das usuárias. O protagonismo deve ser fomentado, não de maneira estritamente representativa, mas substantiva, para uma construção coletiva, democrática e que possa representar as demandas da classe trabalhadora. A dimensão socioeducativa do trabalho das assistentes sociais na saúde, a partir de uma perspectiva dialógica e horizontalizada, que respeite a pluralidade dos saberes e epistemologias, mobilizada a partir de uma perspectiva crítica, visando ampliar a comunicação e democratizar as informações, apresenta caminhos profícuos para a resistência frente aos retrocessos.

A vitalidade do Movimento da Reforma Sanitária, dá-se através dos sujeitos que constroem diariamente o movimento da história, contrapondo-se a lógica de mercantilização da vida imposta pelo capital. Debater e reconhecer o caráter ontológico da determinação social, apreendendo a dinâmica do processo saúde doença é fundamental para estratégias de enfrentamento na busca pela ruptura da sociabilidade do capital (SOUZA,2020).



## Referências

- ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcanti de; SILVA, Marcelo José de Souza e Souza. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde em Debate [online]**. 2015, v.38, n. 203, pp. 953-965. Disponível em: <  
<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Q4fVqRpm5XfVnfq8HSCymkH/abstract/?lang=pt#>> Acesso em: 12 abr. 2021.
- ALMEIDA FILHO, Naomar. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- ANDREAZZI, maria de Fátima Siliansky de; BRAVO, Maria Inês Souza. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. **Trabalho, educação e Saúde**. 2014, v. 12, n 03, pp. 499-518. Disponível em: <  
<https://www.scielo.br/j/tes/a/qTrtsRNKV5WJbMVrghXN93q/abstract/?lang=pt#>> Acesso em: 12 abr. 2021.
- ANTUNES, André; MATHIAS, Maria. Cobertura Universal de Saúde: a nova aposta do capital. **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz)**. Rio de Janeiro, 03 de dezembro de 2014 (atualizado em 06 de abril de 2016). Disponível em: <  
<https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/cobertura-universal-de-saude-a-nova-aposta-do-capital>> Acesso em: 29 abr. 2021.
- ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?:** ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 16.ed. São Paulo: Cortez, 2015.
- ANTUNES, Ricardo. **O continente do labor**. São Paulo: Boitempo, 2011.
- ANTUNES, Ricardo (org). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2006.
- ARIAS, Juan. As palavras macabras de Paulo Guedes sobre o SUS. **El País Brasil**. 29 de abril de 2021. Disponível em: <  
<https://brasil.elpais.com/opiniao/2021-04-29/para-o-ministro-guedes-o-sus-esta-quebrado-porque-as-pessoas-querem-viver-demais.html>> Acesso em: 10 maio 2021.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social. **ABEPSS**. Rio de Janeiro, 1996. Disponível em: <  
[http://www.abepss.org.br/arquivos/textos/documento\\_201603311138166377210.pdf](http://www.abepss.org.br/arquivos/textos/documento_201603311138166377210.pdf)> Acesso em: 10 maio 2021.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. Política Nacional de Estágio da associação brasileira de ensino e pesquisa em serviço social – ABEPSS. **ABEPSS**. 2009. Disponível em: <  
[http://www.abepss.org.br/arquivos/textos/documento\\_201603311145368198230.pdf](http://www.abepss.org.br/arquivos/textos/documento_201603311145368198230.pdf)> Acesso em: 12 maio 2021.
- Automatizando as desigualdades: entrevista com Virginia Eubanks. **Digilabour (Laboratório de pesquisa)**. 01 de setembro de 2019. Disponível em: <  
<https://digilabour.com.br/2019/09/01/eubanks-automatizando-as-desigualdades/>> Acesso em: 20 maio 2021.

- BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- BANCO MUNDIAL. Relatório sobre o desenvolvimento mundial (1997): O Estado num mundo em transformação. **Banco Mundial (BM)**. 1997. Disponível em: <  
<https://documents1.worldbank.org/curated/en/634101468162557539/pdf/341310PORTUGUE18213137771701PUBLIC1.pdf>> Acesso em: 22 abr. 2021.
- BANCO MUNDIAL. Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro. **Banco Mundial (BM)**. 2019. Disponível em: <  
<https://pubdocs.worldbank.org/en/545231536093524589/Propostas-de-Reformas-do-SUS.pdf>> Acesso em: 29 abr. 2021.
- BANCO MUNDIAL. Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil: melhorando a qualidade do gasto público e gestão de recursos. **Banco Mundial (BM)**. 2007. Disponível em: <  
<http://200-98-146-54.clouduoil.com.br/bitstream/123456789/1302/1/Brasil%20Governança%20no%20sistema%20único%20de%20saúde%28SUS%29%20do%20Brasil.pdf>> Acesso em: 12 abr. 2021.
- BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 9.ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- BIERNATH, André. Covid-19: como a proposta de que empresas “furem fila” da vacina pode atrapalhar o controle da pandemia. **BBC News Brasil**. São Paulo, 27 abr. 2021. Disponível em:  
 <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-56824217>> Acesso em: 23 maio 2021.
- BOSCHETTI, Ivanete. **Assistência social e trabalho no capitalismo**. São Paulo: Cortez, 2016.
- BORGHI, Carolina Michelin Sanches de Oliveira; OLIVEIRA, Rosely Magalhães de; SEVALHO, Gil. Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na América Latina. **Trabalho, educação e saúde**. 2018, v.16, n.3, pp.869-897. Disponível em: <  
<https://www.scielo.br/j/tes/a/jJpLdWtYsCMVV8YQm6PqMFk/abstract/?lang=pt#>> Acesso em: 12 abr. 2021.
- BRANDÃO, Lucas Coelho. **Os movimentos sociais e a assembleia nacional constituinte de 1987-1988: entre a política institucional e a participação popular**. São Paulo, 2011. Disponível em: <  
[https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8132/tde-16082012-125217/publico/2011\\_LucasCoelhoBrandao.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8132/tde-16082012-125217/publico/2011_LucasCoelhoBrandao.pdf)> Acesso em: 12 abr. 2021.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 54.ed. São Paulo: Saraiva, 2017.
- BRASIL. Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10ª ed. Brasília: **Conselho Federal de Serviço Social (CFESS)**, 2012. Disponível em: <  
<http://cress-sp.org.br/wp-content/uploads/2015/10/Código-de-Ética-10-ed..pdf>> Acesso em: 12 maio 2021.
- BRASIL. Emenda Constitucional nº95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o ato das disposições constitucionais transitórias, para instituir

o novo regime fiscal, e dá outras providências. **Presidência da República: Casa Civil**. Brasília, DF, 15 dez. 2016. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm)> Acesso em: 19 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (1995). **Presidência da República**. Brasília, 1995. Disponível em: < [http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/publicacoes-oficiais/catalogo/fhc/plano-diretor-da-reforma-do-aparelho-do-estado-1995.pdf?TSPD\\_101\\_R0=530d49ca8b935895151dabc77fad4e95mfM00000000000002ea7f1baffff0000000000000000000000000000000060ac1edb00c26515a108282a9212ab2000a42ccb799f657fa2bb62940c71c7a7ed7aafb6852f7fb267ef01771125f76093082c8b39c80a2800b761032437ecec50c64d51a7cfdfb2b982e77c61e9e6e4d0f0de1245c747b12c05ce05603f0713ab](http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/publicacoes-oficiais/catalogo/fhc/plano-diretor-da-reforma-do-aparelho-do-estado-1995.pdf?TSPD_101_R0=530d49ca8b935895151dabc77fad4e95mfM00000000000002ea7f1baffff0000000000000000000000000000000060ac1edb00c26515a108282a9212ab2000a42ccb799f657fa2bb62940c71c7a7ed7aafb6852f7fb267ef01771125f76093082c8b39c80a2800b761032437ecec50c64d51a7cfdfb2b982e77c61e9e6e4d0f0de1245c747b12c05ce05603f0713ab)> Acesso em: 07 maio 2021.

BRASIL. Lei 7.170, de 14 de dezembro de 1983. Define os crimes contra a segurança nacional, a ordem política e social, estabelece seu processo e julgamento e dá outras providências. **Presidência da República: Casa Civil**. Brasília, DF, 14 dez. 1983. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/17170.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17170.htm)> Acesso em: 20 abr. 2021.

BRASIL. Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993. Dispões sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. **Presidência da República: Casa Civil**. Brasília, DF, 7 jun. 1993. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18662.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18662.htm)>. Acesso em: 19 maio 2021.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1996. Dispões sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Presidência da República: Casa Civil**. Brasília, DF, 3 jun. 1998. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19656.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm)> Acesso em: 19 abr. 2021.

BRASIL. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. **Presidência da República: Casa Civil**. Brasília, DF, 15 maio 1996. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19637.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19637.htm)> Acesso em: 19 abr. 2021.

BRASIL. Lei complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. **Presidência da República: Casa Civil**. Brasília, DF, 4 maio 2000. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp101.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm)> Acesso em: 22 abr. 2021.

BRASIL. Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2006. Dispõe sobre o estágio de estudantes; altera a redação do art. 428 da Consolidação das leis Trabalhistas – CLT, aprovada pelo decreto-lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996; revoga as leis nº 6.494, de 7 de setembro de 1977 e 8.859, de 23 de março de

1994, o parágrafo único do art. 82 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e o art. 6º da medida provisória nº 2.164, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. **Presidência da República: Casa Civil**. Brasília, DF, 25 set. 2008. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2008/lei/111788.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/111788.htm)> Acesso em: 19 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº218, de 06 de março de 1997. **Ministério da Saúde/ Conselho Nacional de Saúde(MS/CNS)**. Brasília, DF, 06 mar. 1997. Disponível em: <

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0218\\_06\\_03\\_1997.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0218_06_03_1997.html)> Acesso em: 12 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (CARTILHA). **Ministério da Saúde (MS)**. Brasília, DF, 2013.

Disponível em: <

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf)> Acesso em: 02 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2020-2023.

**Ministério da Saúde (MS)**. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_nacional\\_saude\\_2020\\_2023.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023.pdf)> Acesso em: 23 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº545, de 20 de maio de 1993.

Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. **Ministério da Saúde (MS)**.

Brasília, DF, 20 maio 1993. Disponível em: <

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545\\_20\\_05\\_1993.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html)> Acesso em: 12 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de Gestão. **Ministério da Saúde (MS)**.

Brasília, DF, 2006. Disponível em: <

<https://conselho.saude.gov.br/webpacto/livro.pdf>> Acesso em: 12 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001.

**Ministério da Saúde (MS)**. Brasília, DF, 26 jan. 2001. Disponível em:

<

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095\\_26\\_01\\_2001.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html)> Acesso em 19 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. **Ministério da Saúde (MS)**. Brasília, DF, 1986.

Disponível em: <

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf)> Acesso em: 01 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional sobre determinantes sociais da saúde (CARTILHA). **Comissão nacional sobre determinantes sociais da saúde (FIOCRUZ)**. Disponível em: <

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/10006001341.pdf>> Acesso em: 01 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. **Ministério da Saúde (MS)**. Brasília, 1986. Disponível em: <

[http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf\\_nac\\_anais.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf_nac_anais.pdf)

> Acesso em: 07 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Declaração de Alma Ata sobre cuidados primários. **Ministério da Saúde (MS)**. Alma-Ata, URSS, 1978.

Disponível em: <

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf)>

Acesso em: 12 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. **Ministério da Saúde (MS)**.

Ottawa, 1986. Disponível em: <

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf)> Acesso

em: 12 abr. 2021.

BRASIL. Ministério do desenvolvimento social e combate a fome.

Política nacional de assistência social – PNAS/2004. **Ministério do desenvolvimento social e combate a fome (MDS)**. Brasília, DF, 2005.

Disponível em: <

[http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/PNAS2004.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf)> Acesso em: 19 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES 15, de 13 de março de 2002. Estabelece as diretrizes curriculares para os cursos de Serviço Social. **Ministério da Educação (MEC)**. Brasília, DF, 2002.

Disponível em: <

<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES152002.pdf>> Acesso em:

02 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Parecer CNE/CES 492/200.

**Ministério da Educação (MEC)**. Brasília, 03 abr. 2001. Disponível em:

< <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0492.pdf>> Acesso em:

29 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Auxílio Emergencial 2020. **Governo Federal, Gov.br**. Brasília, 2021. Disponível em:

<[https://www.gov.br/cidadania/pt-br/servicos/auxilio-](https://www.gov.br/cidadania/pt-br/servicos/auxilio-emergencial/auxilio-emergencial-2020)

[emergencial/auxilio-emergencial-2020](https://www.gov.br/cidadania/pt-br/servicos/auxilio-emergencial/auxilio-emergencial-2020)> Acesso em: 23 maio 2021.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2010.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. MOTA, Ana Elisabete et al (org) **In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 2006. Disponível em: <

[http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto1-5.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf)>

Acesso em: 10 abr. 2021.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. MOTA, Ana Elisabete et al (org) **In: Serviço**

**Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 2006. Disponível em: < [http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto2-3.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-3.pdf)>

Acesso em: 19 abr. 2021.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger. A Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. **Ser Social**. Brasília, v.22, n.46, jan-jul. 2020. Disponível em: <

[https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/25630/25147](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630/25147)>

Acesso em: 07 maio 2021.

- BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. A saúde nos governos temer e Bolsonaro: o SUS totalmente submetido ao mercado. IN: 16º CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, v. 16, n.1, 2019, Brasília. **Anais Eletrônicos...** Brasília, 2019. Disponível em: <  
<https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/1878>  
 > Acesso em: 19 abr. 2021.
- BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; PINHEIRO, Wladimir Nunes. As contrarreformas na política de saúde do governo temer. **Argum.** Vitória, v. 10, n.1, p. 9-23, jan-abr. 2018. Disponível em: <  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6545985>  
 > Acesso em: 13 abr. 2021.
- BREILH, Jaime. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). **Ver. Fac. Nac. Salud Pública.** Medellín, v.31, supl.1, p.13-27, dez. 2013. Disponível em: <  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2013000400002](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002)  
 > Acesso em: 29 abr. 2021.
- BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. A reforma gerencial do Estado de 1995. In: **Revista de Administração Pública.** 2000, p.7-26. Disponível em: <  
<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6289>  
 > Acesso em: 13 abr. 2021.
- BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Do Estado Patrimonial ao Gerencial. In: Pinheiro, Wilhelm e Sachs (orgs.) **Brasil: um século de transformações.** São Paulo: Companhia das Letras, 2001. Disponível em: <  
<https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/bresser-pereira-l-c-do-estado-patrimonial-ao-gerencial.pdf>  
 > Acesso em: 22 abr. 2021.
- BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. O Estado social-liberal. In: **Construindo o Estado Republicano.** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2007. Disponível em: <  
<http://www.bresserpereira.org.br/terceiros/cursos/2015/Capitulo9-Estado-social-liberal.pdf>  
 > Acesso em: 22 abr. 2021.
- BRETTAS, Tatiana. Dívida pública, interesses privados. **Revista Advir.** Rio de Janeiro, n. 36, jul. 2017. Disponível em: <  
<http://asduerj.org/v7/category/advir/>  
 > Acesso em: 29 abr. 2021.
- BRIGATTI, Fernanda. Fim do piso para saúde é inconstitucional e inviabiliza o SUS, dizem entidades. **Folha de São Paulo.** São Paulo, 23 de fevereiro de 2021. Disponível em: <  
<https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2021/02/fim-do-piso-para-saude-e-inconstitucional-e-inviabiliza-o-sus-dizem-entidades.shtml>  
 > Acesso em: 12 abr. 2021.
- BRUM, Eliane. “Há indícios significativos para que autoridades brasileiras, entre elas o presidente, sejam investigadas por genocídio”. **El País Brasil.** 22 de Julho de 2020. Disponível em:  
 <  
<https://brasil.elpais.com/brasil/2020-07-22/ha-indicios-significativos-para-que-autoridades-brasileiras-entre-elas-o-presidente-sejam-investigadas-por-genocidio.html>  
 > Acesso em: 23 maio 2021.
- BRUM, Eliane. Pesquisa revela que Bolsonaro executou uma “estratégia institucional de propagação do coronavírus”. **El País Brasil.** 21 de

- janeiro de 2021. Disponível em: <<https://brasil.elpais.com/brasil/2021-01-21/pesquisa-revela-que-bolsonaro-executou-uma-estrategia-institucional-de-propagacao-do-virus.html>> Acesso em: 07 maio 2021.
- BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 77-93, abr. 2007. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312007000100006](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006)> Acesso em: 29 abr. 2021.
- CAIXA ECONÔMICA FEDERAL. Auxílio emergencial 2021. **CAIXA**. 2021. Disponível em: <<https://www.caixa.gov.br/auxilio/auxilio2021/Paginas/default.aspx>> Acesso em: 23 maio 2021.
- CARVALHO, Alba Maria Pinho de; JÚNIOR, Natan dos Santos Rodrigues. Modelo de ajuste nos governos petistas em meio à ideologia da conciliação de classes: chão histórico do Golpe de 2016 no Brasil contemporâneo. **Em Pauta**. Rio de Janeiro, 2019, n.44, v.17, p.274-291. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/45245>> Acesso em: 18 abr. 2021.
- CASTRO E CASTRO, Marina Monteiro de. **Humanização em saúde: intencionalidade política e fundamentação teórica**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018.
- CASTRO E CASTRO, Marina Monteiro de. Políticas sociais e famílias. **Libertas**. Juiz de Fora, v.8, n.2, p. 111-128, jul-dez 2008. Disponível em:<<https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/18171/9423>> Acesso em: 23 abr. 2021.
- CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. A questão democrática na área da saúde. **CEBES**. 2021. Disponível em: <[http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/10/Cebes\\_Saúde-e-Democracia.pdf](http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/10/Cebes_Saúde-e-Democracia.pdf)> Acesso em: 01 abr. 2021.
- CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. O desmonte do SUS em tempos de Bolsonaro. **CEBES**. 2019. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2019/12/o-desmonte-do-sus-em-tempos-de-bolsonaro/>> Acesso em: 19 abr. 2021.
- COELHO, Marilene Aparecida. **A imediaticidade na prática profissional do assistente social**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<https://www.livrosgratis.com.br/ler-livro-online-117152/mediaticidade-na-pratica-profissional-do-assistente-social>> Acesso em: 17 maio 2021.
- COELHO, Marilene Aparecida; PAULA, Matheus Oliveira de. O estágio supervisionado e a articulação entre ensino, pesquisa e extensão. IN: 16º CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, v. 16, n.1, 2019, Brasília. **Anais Eletrônicos...** Brasília, 2019. Disponível em: <<https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/1264>> Acesso em: 20 maio 2021.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde. **CFESS**. Brasília, DF, 2010. Disponível em:<

- [http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atualizacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atualizacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf)> Acesso em: 12 maio 2021.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Resolução CFESS nº 533, de 29 de setembro de 2008. CFESS. Brasília, DF, 2008. Disponível em: < <http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao533.pdf>> Acesso em: 12 maio 2021.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Orientação normativa n.3/2020. Dispõe sobre ações de comunicação de boletins de saúde e óbitos por assistentes sociais. CFESS. Brasília, DF, 2020. Disponível em: < <http://www.cfess.org.br/arquivos/OrientacaoNormat32020.pdf>> Acesso em: 17 maio 2021.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Teletrabalho e Teleperícia: orientações para assistentes sociais no contexto de pandemia. CFESS. Brasília, DF, 2020. Disponível em: < <http://www.cfess.org.br/arquivos/Nota-teletrabalho-telepericiacfess.pdf>> Acesso em: 10 maio 2021.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Parecer Jurídico nº05/2020-E. CFESS. Brasília, DF, 2020. Disponível em: < <http://www.cfess.org.br/arquivos/Cfess-ParecerJuridico05-2020-E-EPI.pdf>> Acesso em: 15 maio 2021.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS/96). Conselho Nacional de Saúde (CNS). Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm#2>> Acesso em: 05 maio 2021.
- CORREIA, Maria Valéria Costa. **A saúde no contexto da crise contemporânea do capital: O Banco Mundial e as tendências da contrarreforma na política de saúde brasileira.** Disponível em: < <http://files.adrianonascimento.webnode.com.br/200000178-6e4ac6f44f/Correia,%20Maria%20Valéria.%20O%20Banco%20Mundial%20e%20as%20tendências%20da%20contrarreforma%20na%20pol%C3%ADtica%20de%20saúde%20brasileira.pdf>> Acesso em: 22 abr. 2021.
- Coronavírus: veja os serviços alterados no RJ para enfrentar a doença. **G1.** Rio de Janeiro, 16 de março de 2021. Disponível em: < <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/03/16/veja-os-servicos-do-rj-alterados-a-partir-desta-segunda-feira-devido-ao-novo-coronavirus.ghtml>> Acesso em: 10 maio 2021.
- CHESNAIS, François. As raízes da crise econômica mundial. **Em Pauta.** Rio de Janeiro, 2013, n.31, v.11, p.21-37. Disponível em: < <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/7556/5495>> Acesso em: 20 abr. 2021.
- DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. **Saúde e sociedade.** 2ªed. São Paulo: Duas Cidades, 1979. Disponível em: < <https://saudecomunista.files.wordpress.com/2017/09/saucc81de-e-sociedade-donnangelo.pdf>> Acesso em: 27 abr. 2021.
- DOWBOR, Tatiana Pluciennik. **Determinantes sociais da saúde e o programa Saúde da Família no município de São Paulo.** São Paulo, 2008. Disponível em: <



<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-10042008-115233/publico/DowborT.pdf>> Acesso em: 12 abr. 2021.

DRU. **Senado Notícias**. 2021. Disponível em:

<<https://www12.senado.leg.br/noticias/entenda-o-assunto/dru>> Acesso em: 27 abr. 2021.

SCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/qxhc3/pdf/escorel-9788575413616.pdf>> Acesso em: 12 abr. 2021.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. As três economias políticas do welfare state. **Lua Nova**, São Paulo, n.24, p. 85-116, set. 1991. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-64451991000200006](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451991000200006)> Acesso em: 14 abr. 2021.

Estudo atribui fracasso do Brasil na pandemia ao governo federal. **DW Brasil**. 15 de abril de 2021. Disponível em: <<https://www.dw.com/pt-br/estudo-atribui-fracasso-do-brasil-na-pandemia-ao-governo-federal/a-57219075>> Acesso em: 12 maio 2021.

FLEURY, Sônia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciências & Saúde Coletiva**. 2009, v.14, n.3, pp.743-752. Disponível em: <

<https://www.scielo.br/j/csc/a/GbXrGPf6Mmpvdc3njYY3bNK/abstract/?lang=pt#>> Acesso em: 01 maio 2021.

FLEURY, Sônia (org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. Disponível em: <

<http://cebes.org.br/biblioteca/saude-e-democracia-a-luta-do-cebes/>> Acesso em: 13 abr. 2021.

FRENTE PELA VIDA: CNS e Entidades científicas da saúde e bioética unidas contra a pandemia de Covid-19. **Conselho Nacional de Saúde (CNS)**. Brasília, 31 julho 2020. Disponível em:

<<http://conselho.saude.gov.br/frente-pela-vida>> Acesso em: 23 maio 2021.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. Verbete: Plano Bresser.

**FGV/CPDOC**. 2021. Disponível em:

<<http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/plano-bresser>> Acesso em: 10 maio 2021.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. Verbete: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. **FGV/CPDOC**. 2021.

Disponível em: <<http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/instituto-nacional-de-assistencia-medica-da-previdencia-social-inamps>> Acesso em: 10 abr. 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A revolta da Vacina. **Portal Fiocruz**. 25 de abril de 2005. Disponível em:

<<https://portal.fiocruz.br/noticia/revolta-da-vacina-2>> Acesso em: 22 abr. 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Determinantes sociais. **Portal Fiocruz**. 2021. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/determinantes-sociais>>

Acesso em 02 maio 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Determinantes sociais. **Pense SUS - Fiocruz**. 2021. Disponível em:

<<https://pensesus.fiocruz.br/determinantes-sociais>> Acesso em: 02 maio 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Saúde é Democracia. **Pense SUS – Fiocruz**. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/saude-e-democracia>> Acesso em: 17 abr. 2021.

GALEANO, Eduardo. **As veias abertas da América Latina**. Porto Alegre: L&PM, 2019.

GARBOIS, Júlia Arêas; SODRE, Francis; DALBELLO-ARAÚJO, Maristela. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.41, n 112, p. 63-76, mar. 2017. Disponível em: <

[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_isoref&pid=S0103-11042017000100063&lng=en&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S0103-11042017000100063&lng=en&tlng=pt)> Acesso em: 12 abr. 2021.

GIOVANELLA, Ligia et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2018, v.23, n.6, pp.1763-1776. Disponível em: <

<https://www.scielo.br/j/csc/a/7BM4FYp7dWJzyb7wzktwhJH/?lang=pt#>>

Acesso em: 22 abr. 2021.

GONZALES, Lélia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. In: **Revista Ciência Sociais Hoje**. Anpocs, 1984, p.223-244. Disponível em: <

[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4584956/mod\\_resource/content/1/06%20-%20GONZALES%2C%20Lélia%20-%20Racismo\\_e\\_Sexismo\\_na\\_Cultura\\_Brasileira%20%281%29.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4584956/mod_resource/content/1/06%20-%20GONZALES%2C%20Lélia%20-%20Racismo_e_Sexismo_na_Cultura_Brasileira%20%281%29.pdf)

Acesso em:

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do Serviço Social**. 10.ed. São Paulo: Cortez, 2014.

GUERRA, Yolanda. No que se sustenta a falácia de que “na prática a teoria é outra”? 2004 Disponível em: <

<http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/5psf5T389obx1M5sq112.pdf>>

Acesso em: 19 maio 2021.

GRANEMANN, Sara. Fundações estatais: projeto de estado do capital. In: BRAVO; MENEZES (orgs.) **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. Disponível em: <

[https://www.adufrj.org.br/wp-content/uploads/2013/03/Revista\\_cadernos\\_de\\_Saude\\_PAGINA.pdf](https://www.adufrj.org.br/wp-content/uploads/2013/03/Revista_cadernos_de_Saude_PAGINA.pdf)>

Acesso em: 16 abr. 2021.

HARVEY, David. **Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural**. São Paulo: Loyola, 2016.

HOBSBAWN, Eric. **A era dos extremos: o breve século xx: 1914 – 1991**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 26. Ed. São Paulo, Cortez, 2015.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 41.ed. São Paulo: Cortez, 2014.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. In: **Serviço social: direitos sociais e competências**

- profissionais**. 2009. Disponível em: <  
<http://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/iamamoto-201804131241048556780.pdf>> Acesso em: 12 abr. 2021.
- IAMAMOTO, Marilda Villela. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo. MOTA, Ana Elisabete et al (org.) **In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 2006. Disponível em: <  
[http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto2-2.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-2.pdf)>  
 Acesso em: 15 maio 2021.
- LACERDA, Nara. Brasil tem 19 milhões de pessoas passando fome em meio à pandemia. **Brasil de fato**. São Paulo, 05 de abril de 2021. Disponível em: <  
<https://www.brasildefato.com.br/2021/04/05/brasil-tem-19-milhoes-de-pessoas-passando-fome-em-meio-a-pandemia>>  
 Acesso em: 23 maio 2021.
- LAURELL, Asa Cristina. La salud enfermedad como proceso social. **In: Revista Latinoamericana de Salud**. México, 1981, p. 7-25. Disponível em: <  
[https://www.terceridad.net/SP3/Biblio%20SPIII\\_2011\\_I%20manolo/Laurell-LA%20SALUD%20ENFERMEDAD%20COMO%20PROCESO%20SOCIAL.pdf](https://www.terceridad.net/SP3/Biblio%20SPIII_2011_I%20manolo/Laurell-LA%20SALUD%20ENFERMEDAD%20COMO%20PROCESO%20SOCIAL.pdf)> Acesso em: 01 abr. 2021.
- LAURELL, Asa Cristina. A saúde-doença como processo social. **In: Universidade Aberta do SUS (UNASUS)**. 1982, p.1-22. Disponível em: <  
[https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6126/mod\\_resource/content/1/Conteudo\\_on-line\\_2403/un01/pdf/Artigo\\_A\\_SAUDE-DOENCA.pdf](https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6126/mod_resource/content/1/Conteudo_on-line_2403/un01/pdf/Artigo_A_SAUDE-DOENCA.pdf)>  
 Acesso em: 01 abr. 2021.
- Lei de Segurança Nacional: o que é. **Politize!**. 17 de fevereiro de 2021. Disponível em: <  
<https://www.politize.com.br/lei-de-seguranca-nacional-o-que-e/>> Acesso em: 29 abr. 2021.
- Líderes da oposição propõem renda básica emergencial durante a pandemia. **Câmara dos Deputados**. Brasília, 25 de março de 2020. Disponível em: <  
<https://www.camara.leg.br/noticias/648307-lideres-da-oposicao-propoe-renda-basica-emergencial-durante-a-pandemia/>>  
 Acesso em: 23 maio 2021.
- LUPION, Bruno. Fome no Brasil cresce e supera taxa de quando Bolsa Família foi criado. **DW Brasil**. 13 de abril de 2021. Disponível em: <  
<https://www.dw.com/pt-br/fome-no-brasil-cresce-e-supera-taxa-de-quando-bolsa-fam%C3%ADlia-foi-criado/a-57187014>> Acesso em: 07 maio 2021.
- MAGRI, Diogo. Auxílio diminuiu, a fome cresce e a inflação corrói o pouco que se tem para viver. **El País Brasil**. São Paulo, 14 de abril de 2021. Disponível em: <  
<https://brasil.elpais.com/economia/2021-04-14/auxilio-diminui-a-fome-cresce-e-a-inflacao-corroi-o-pouco-que-se-tem-para-viver.html>> Acesso em: 23 maio 2021.
- MANDEL, Ernest. **O capitalismo tardio**. São Paulo: Abril Cultura, 1982.
- MANRIQUE CASTRO, Manuel. **História do serviço social na América latina**. São Paulo: Cortez, 1984.

- MARINI, Rui Mauro. **Subdesenvolvimento e revolução**. 4. ed. Florianópolis: Insular, 2013. Disponível em: <  
<http://www.unirio.br/cchs/ess/Members/debora.holanda/teorias-do-brasil-2019-01/unidade-3/ruy-mauro-marini-subdesenvolvimento-e-revolucao/view>> Acesso em: 12 abr. 2021.
- MARTELLO, Alexandre. Texto do relator da PEC Emergencial acaba com piso para gastos em saúde e educação. **G1 Política**. Brasília, 27 de fevereiro de 2021. Disponível em:  
 <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2021/02/22/texto-da-pec-emergencial-apresentado-pelo-relator-acaba-com-piso-para-gastos-em-saude-e-educacao.ghtml>> Acesso em: 10 maio 2021.
- MARTELLO, Alexandre; GOMES, Pedro Henrique. Guedes diz que Estado “quebrou” e que vai ser “impossível” atender demanda crescente na saúde. **G1 Economia**. Brasília, 27 de abril de 2021. Disponível em:  
 <<https://g1.globo.com/economia/noticia/2021/04/27/guedes-diz-que-estado-quebrou-e-que-vai-ser-impossivel-atender-demanda-crescente-na-saude.ghtml>> Acesso em: 10 maio 2021.
- MARTINS, Carlos Eduardo. Consenso de Washington. **Latinoamericana**. 2015. Disponível em:  
 <<http://latinoamericana.wiki.br/verbetes/c/consenso-de-washington>> Acesso em: 20 abr. 2021.
- MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **Manifesto do Partido Comunista**. 3.ed. São Paulo: EDIPRO, 2015.
- MARX, Karl. **O capital**: crítica da economia política: Livro 1: o processo de produção do capital. São Paulo: Boitempo, 2013.
- MARX, Karl. **O capital**: crítica da economia política: Livro III: o processo global da produção capitalista. São Paulo: Boitempo, 2017
- MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço Social, ética e saúde**: reflexões para o exercício profissional. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2017.
- MATOS, Maurílio Castro de. **A pandemia do coronavírus (COVID-19) e o trabalho de assistentes sociais na saúde**. 2020. Disponível em: <  
<http://www.cress-es.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Artigo-A-pandemia-do-coronav%C3%ADrus-COVID-19-e-o-trabalho-de-assistentes-sociais-na-saude-2.pdf>> Acesso em: 17 maio 2021.
- Medida provisória confirma estrutura de governo de Jair Bolsonaro. **Senado Notícias**. Brasília, 02 de janeiro de 2019. Disponível em:  
 <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2019/01/02/medida-provisoria-confirma-estrutura-de-governo-de-jair-bolsonaro>> Acesso em: 20 maio de 2021.
- MENEZES, Débora Holanda Leite; LEITE, Janete Luzia. A nova configuração da política de saúde no Brasil: o Rio de Janeiro como laboratório. **R. Pol. Públ.** São Luís, v.20, n.1, p. 121-136, jan-jun. 2016. Disponível em: <  
<https://www.google.com/search?client=safari&rls=en&q=a+nova+configura%C3%A7%C3%A3o+da+pol%C3%ADtica+de+sa%C3%BAde:+o+rio+de+janeiro&ie=UTF-8&oe=UTF-8>> Acesso em: 01 maio 2021.
- MENDONÇA, Heloísa. Fim do auxílio emergencial deixa o Brasil entre o medo da pandemia e o desemprego em 2021. **El País Brasil**. São Paulo, 21 de dezembro de 2020. Disponível em:  
 <<https://brasil.elpais.com/economia/2020-12-21/fim-do-auxilio->

[emergencial-deixa-o-brasil-entre-o-medo-da-pandemia-e-do-desemprego-em-2021.html](#)> Acesso em: 23 maio 2021.

MENDONÇA, Heloísa. Em um ano, mais de 8 milhões de brasileiro perderam seus empregos. **El País Brasil**. São Paulo, 31 de março de 2021. Disponível em: < <https://brasil.elpais.com/economia/2021-03-31/em-um-ano-mais-de-8-milhoes-de-brasileiros-perderam-seus-empregos.html> > Acesso em: 10 abr. 2021.

MÉSZÁROS, István. **Para além do capital: rumo a uma teoria da transição**. São Paulo: Boitempo, 2011. Disponível em: < <https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/208/o/para-alem-do-capital.pdf> > Acesso em: 20 abr. 2021.

MONTANO, Carlos; DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Estado, classe e movimento social**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2011.

MONTANO, Carlos (org.). **O canto da sereia: crítica à ideologia e aos projetos do “terceiro setor”**. São Paulo: Cortez, 2014.

MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da crise e seguridade social**. 7.ed. São Paulo: Cortez, 2015.

MOURA, Clóvis. **Rebeliões da Senzala**. 3 ed. São Paulo. Disponível em: <

[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4584886/mod\\_resource/content/2/14%20-%20Rebeliões-da-Senzala-Clovis-Moura\\_Completo.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4584886/mod_resource/content/2/14%20-%20Rebeliões-da-Senzala-Clovis-Moura_Completo.pdf)

Acesso em: 12 abr. 2021.

Não acompanhou a CPI da Covid? Veja o que rolou até aqui. **G1 Política**. 15 de maio de 2021. Disponível em:

<<https://g1.globo.com/politica/noticia/2021/05/15/cpi-da-covid-principais-pontos.ghtml>> Acesso em: 17 maio 2021.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e serviço social**. 8.ed. São Paulo: Cortez, 2011.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e serviço social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64**. 17.ed. São Paulo: Cortez, 2015.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NETTO, José Paulo. A construção do projeto ético-político do serviço social. MOTA, Ana Elizabete et al (org) **In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 2006. Disponível em: <

[https://www.ssrede.pro.br/wp-content/uploads/2017/07/projeto\\_etico\\_politico-j-p-netto\\_.pdf](https://www.ssrede.pro.br/wp-content/uploads/2017/07/projeto_etico_politico-j-p-netto_.pdf)> Acesso em: 01 maio 2021.

NOGUEIRA, Roberto Passos (org.). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio De Janeiro: Cebes, 2010. Disponível em: < <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2011/01/Determinacao.pdf> >

Acesso em: 10 abr. 2021.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tomaso. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. MOTA, Ana Elizabete et al (org) **In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 2006. Disponível em: <

[http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto2-6.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-6.pdf)>

Acesso em: 10 abr. 2021.

NORONHA, José Carvalho de. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios.

**Cadernos de saúde pública**. 2013, v.29, n.5, pp. 847-849. Disponível em: <

<https://www.scielo.br/j/csp/a/KM8zmWvsKqQkWLLCSx5kPsB/?lang=pt#>> Acesso em: 01 maio 2021.

NOTA PÚBLICA: Frente Pela Vida cobra coordenação adequada das ações do governo para acelerar vacinação. **Conselho Nacional de Saúde (CNS)**. Brasília, 11 de fevereiro de 2021. Disponível em:

<<http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1602-nota-publica-frente-pela-vida-cobra-coordenacao-adequada-das-acoes-do-governo-para-acelerar-vacinacao>> Acesso em: 23 maio 2021.

Notícias sobre a Covid-19 hoje – 435 mil mortes. **El País Brasil**.

Disponível em: <<https://brasil.elpais.com/brasil/2021-05-21/noticias-sobre-a-covid-19-e-a-crise-politica-ao-vivo.html>> Acesso em: 17 maio 2021.

Organização Mundial de Saúde declara pandemia do novo coronavírus. **UNA-SUS**. Ascom SE/UMA-SUS, 11 de março de 2020. Disponível em:

<<https://www.unasus.gov.br/noticia/organizacao-mundial-de-saude-declara-pandemia-de-coronavirus>> Acesso em: 10 maio 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde. Conferência Mundial sobre determinantes sociais da saúde. **OMS**. Brasil, out. 2011. Disponível em: <

[https://www.who.int/sdhconference/discussion\\_paper/Discussion\\_Paper\\_PT.pdf](https://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion_Paper_PT.pdf)> Acesso em: 19 abr. 2021.

Oposição obstrui votação para defender auxílio de R\$ 600 até o fim do ano. **UOL Economia**. São Paulo. 06 de outubro de 2020. Disponível em: <<https://economia.uol.com.br/noticias/redacao/2020/10/06/oposicao-obstrui-votacao-para-defender-auxilio-de-r-600-ate-o-fim-do-ano.htm>>

Acesso em: 23 maio 2021.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios.

**Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, supl.p. 1819-1829, nov.2007. Disponível em:

<[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000700005](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000700005)> Acesso em: 10 abr. 2021.

PAIM, Jairnilson Silva. **A reforma sanitária brasileira e o CEBES**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para a compreensão crítica**. Salvador, 2007. Disponível em: <

<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10376/1/5555555555.pdf>>

Acesso em: 10 abr. 2021.

Participação dos movimentos sociais foi imprescindível para que Constituição se tornasse cidadã. **Confederação Nacional dos**

**Trabalhadores na Saúde (CNTS)**. 05 de julho de 2018. Disponível em:

<<https://cnts.org.br/noticias/participacao-dos-movimentos-sociais-foi->

[imprescindivel-para-que-constituicao-se-tornasse-cidada/](#)> Acesso em: 20 abr. 2021.

PELLEGRINI, Aline. Qual o quadro de insegurança alimentar no Brasil da pandemia. **Nexo jornal**. 13 de abril de 2021. Disponível em:

<<https://www.nexojornal.com.br/expresso/2021/04/13/Qual-o-quadro-de-inseguranca-alimentar-no-Brasil-da-pandemia>> Acesso em: 12 maio 2021.

PORTAL GELEDÉS. Tag: genocídio da população negra. **GELEDÉS**. 2021. Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/tag/genocidio-da-populacao-negra/>> Acesso em: 23 maio 2021.

PRADO JÚNIOR, Caio. **História Econômica do Brasil**. 26 ed. Editora Brasiliense. Disponível em: <

[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/624927/mod\\_resource/content/1/Prado%20Historia%20Economica%20do%20Brasil.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/624927/mod_resource/content/1/Prado%20Historia%20Economica%20do%20Brasil.pdf) > Acesso em: 12 abr. 2021.

PRADO JÚNIOR, Caio; FERNANDES, Florestan. **Clássicos sobre a revolução brasileira**. São Paulo: Expressão popular, 2000. Disponível em: < <https://contrapoder.net/wp-content/uploads/2020/04/CAIO-PRADO-JR-A-revolucao-brasileira.pdf> > Acesso em: 12 abr. 2021.

PRADO JÚNIOR, Caio. **Formação do Brasil contemporâneo**. 6. Ed. Editora Brasiliense, 1961. Disponível em: <

<https://favaretoufabc.files.wordpress.com/2014/03/formac3a7c3a3o-do-brasil-contempor3a2neo-caio-prado-junior.pdf> > Acesso em: 15 abr. 2021.

Precisamos falar sobre a DRU. **Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil (ANFIP)**. 15 de janeiro de 2019.

Disponível em: <<https://www.anfip.org.br/artigo-clipping-e-imprensa/precisamos-falar-sobre-a-dru/>> Acesso em: 29 abr. 2021.

PETTRES, Andreia Assmann; ROS, Marco Aurélio da. A determinação social da saúde e a promoção da saúde. **Arq. Catari. Med.** Jul. set. 2018, p. 183-196. Disponível em: <

<http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/375>> Acesso em: 12 abr. 2021.

Quem são os bilionários brasileiros que seguem na lista da Forbes apesar da pandemia. **Brasil de Fato**. São Paulo, 07 de abril de 2021.

Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/2021/04/07/quem-sao-os-bilionarios-brasileiros-que-seguem-na-lista-da-forbes-apesar-da-pandemia>> Acesso em: 23 maio 2021.

QUIJANO, Aníbal. **Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina**. Buenos Aires: CLACSO, 2005. Disponível em: <

[http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/sur-sur/20100624103322/12\\_Quijano.pdf](http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/sur-sur/20100624103322/12_Quijano.pdf)> Acesso em: 10 abr. 2021.

Rio publica decreto que estabelece regras para fechamento do comércio e exceções. **G1 Rio**. Rio de Janeiro, 23 de março de 2020. Disponível em: <

<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/03/23/rio-publica-decreto-que-estabelece-regras-para-fechamento-do-comercio-e-excecoes.ghtml>> Acesso em: 10 maio 2021.

ROCHA, Patrícia Rodrigues da; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Determinação ou determinantes? Uma discussão com base na

teoria da produção social da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem**

- da USP. 2015, v.49, n.01, pp. 129-135. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reusp/a/4Ndw5mtQzq4DG67WgZmFxRj/?lang=pt#>> Acesso em: 12 abr. 2021.
- SANTOS, Josiane Soares. “**Questão social**”: particularidades no Brasil. São Paulo: Cortez, 2012.
- Saúde perdeu R\$ 20 bilhões em 2019 por causa da EC 95/2016. **Conselho Nacional de Saúde (CNS)**. Brasília, 28 de fevereiro de 2020. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1044-saude-perdeu-r-20-bilhoes-em-2019-por-causa-da-ec-95-2016>> Acesso em: 10 abr. 2021.
- SOARES, Raquel Cavalcante. Governo temer e a contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS. **Argum.** Vitória, v.10, n.1, p.24-000, jan-abr. 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19496/13178>> Acesso em: 17 abr. 2021.
- SOUZA, Diego de Oliveira. O caráter ontológico da determinação social da saúde. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n.137, p. 174-191, abr. 2020. Disponível em:< [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282020000100174&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282020000100174&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 19 abr.2021.
- TATSCH, Constança. Para especialistas, iniciativa privada não vai encontrar vacina da Covid-19 para comprar. **O Globo**. Rio de Janeiro, 07 abr. 2021. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/sociedade/para-especialistas-iniciativa-privada-nao-vai-encontrar-vacina-da-covid-19-para-comprar-24960338>> Acesso em: 23 maio 2021.
- VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço Social e Práticas democráticas na saúde. MOTA, Ana Elisabete et al (org) **In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 2006. Disponível em: <[http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto2-5.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-5.pdf)> Acesso em: 13 abr. 2021.
- VASCONCELOS, Caê. Número de homicídios de pessoas negras cresce 11,5% em onze anos; o dos demais cai 13%. **El País Brasil**. 27 de agosto de 2020. Disponível em: <<https://brasil.elpais.com/brasil/2020-08-27/numero-de-homicidios-de-pessoas-negras-cresce-115-em-onze-anos-o-dos-demais-cai-13.html>> Acesso em: 23 maio 2021.
- WESTIN, Ricardo. Há 40 anos, Lei da Anistia preparou caminho para fim da ditadura. **Senado Federal**. 05 de agosto de 2019. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/arquivo-s/ha-40-anos-lei-de-anistia-preparou-caminho-para-fim-da-ditadura>> Acesso em: 02 maio 2021.
- WESTIN, Ricardo. Primeira lei da Previdência, de 1923, permitia aposentadoria aos 50 anos. **Senado Federal**. 03 de junho de 2019. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/arquivo-s/primeira-lei-da-previdencia-de-1923-permitia-aposentadoria-aos-50-anos>> Acesso em: 10 maio 2021.
- WORLD BANK. Governance in Brazil’s Unified Health system (SUS): raising the quality of public spending and resource management. **World Bank**. 2007. Disponível em: <



<https://documents1.worldbank.org/curated/en/173721468019759944/pdf/366010BR.pdf>> Acesso em: 22 abr. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. Introducing WHO/Europe. **WHO/EUROPE**. 2021. Disponível em: <<https://www.euro.who.int/en/about-us>> Acesso em: 29 abr.2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. **Social determinants of health: the solid facts**. 2. ed.

WHO/EUROPE, 2003. Disponível em:

[https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/98438/e81384.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf)

Acesso em: 29 abr. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cobertura Universal de Saúde (CUS). **WHO**. 01 de abril de 2021. Disponível em:

<[https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/universal-health-coverage-(uhc))> Acesso em: 12 maio 2021.

YAZBEK, Maria Carmelita. A dimensão política do trabalho do assistente social. **Serviço Social e Sociedade**. 2014, n.120, pp.677-693. Disponível em: <

<https://www.scielo.br/j/ssoc/a/4RNYGqckdySpPrJ6cTmsBSQ/?lang=pt#>

> Acesso em: 19 maio 2021.