



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - UFRJ
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL - CAMPUS PRAIA VERMELHA
CURSO DE BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL



YARA RAQUEL MENDES BALIEIRO

**O SERVIÇO SOCIAL E A PARTICIPAÇÃO SOCIAL:
A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL AO DEBATE DO CONTROLE SOCIAL,
COM VISTAS À DEFESA DA SAÚDE**

RIO DE JANEIRO

2021

YARA RAQUEL MENDES BALIEIRO



**O SERVIÇO SOCIAL E A PARTICIPAÇÃO SOCIAL:
A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL AO DEBATE DO CONTROLE SOCIAL,
COM VISTAS À DEFESA DA 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 título de
Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof.º Marcos Paulo Oliveira Botelho

UFRJ
RIO DE JANEIRO

2021

YARA RAQUEL MENDES BALIEIRO

O Serviço Social e a Participação Social: A contribuição do Serviço Social ao debate do controle social, com vistas à defesa da saúde

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Banca Examinadora

X

Prof^o. Orientador Marcos Paulo O. Botelho
Universidade Federal do Rio de Janeiro

X

Prof^a. Marina Machado de Magalhães Gouvêa
Universidade Federal do Rio de Janeiro

X

Prof^o. Luis Eduardo Acosta
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Conceito:

Rio de Janeiro, de de 2021

AGRADECIMENTOS

Após tantos anos de incertezas, concluo, enfim, minha jornada nesta graduação que tanto admiro, e certa de que tive uma formação privilegiada na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Ao meu laço de amor que é minha família - mãe, irmãos, sobrinhos. Agradeço em especial à minha mãe, Guiomar Mendes Balieiro, que me fortalece no acesso à educação, além de toda paciência e suporte.

Às minhas amigas mais próximas por todo apoio, amizade e força.

Aos professores do departamento de Serviço Social que estiveram ao nosso lado desde o primeiro semestre contribuindo para nossa formação acadêmica, dando exemplo de profissionalismo que nos conduzirão em nossa prática.

Ao meu orientador Marcos Botelho por ceder um tempo importante para a sistematização dos estudos, resultando num aprendizado além do que poderia imaginar.

À banca examinadora deste trabalho – professores Marina Gouvêa e Luis Acosta – pela avaliação criteriosa.

Por fim, à Universidade Federal do Rio de Janeiro que pauta o compromisso de ensino, pesquisa e extensão pública e de qualidade.

BALIEIRO, Yara Raquel Mendes. *O Serviço Social e a Participação Social: A contribuição do Serviço Social ao debate do controle social, com vistas à defesa da saúde*. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso em Serviço Social aborda o potencial do controle social na saúde como instrumento do Serviço Social na defesa do projeto de Reforma Sanitária, na perspectiva do fortalecimento do projeto da democracia de massas. Para isso, a postura investigativa adotada, a partir de uma pesquisa bibliográfica tem como objeto de estudo refletir sobre a contribuição do Serviço Social, para tomar a participação social democrática como pressuposto para atuação profissional, frente ao fortalecimento do projeto contra hegemônico da reforma sanitária. Nesse processo, buscou-se analisar o aporte que a categoria apresenta, por meio do seu trabalho e enquanto uma profissão intelectual diante a construção conectivo-organizativo dos sujeitos sociais, com vistas à luta política em prol da saúde pública, estatal, universal e de qualidade.

Palavras-chave: Serviço Social. Participação social. Controle Social. Políticas de saúde.

BALIEIRO, Yara Raquel Mendes. *Social Work and Social Participation: The contribution of Social Work to the debate on social participation, with a view to defending health*. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

ABSTRACT

This course conclusion work in Social Work addresses the potential of social control in health as an instrument of Social Work in defense of the Health Reform project, from the perspective of strengthening the project of mass democracy. For this, the investigative posture adopted, from a bibliographical research, has as object of study to reflect on the contribution of Social Work, to take the democratic social participation as a prerequisite for professional performance, facing the strengthening of the project against hegemonic health reform. In this process, we sought to analyze the contribution that the category presents, through its work and as an intellectual profession in the face of the connective-organizational construction of social subjects, with a view to the political struggle in favor of public, state, universal and health care quality.

Keywords: Social Participation. SocialWork. Social Control Health Policy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BH - Belo Horizonte

CBAS - Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

CEBES - Centro Brasileiro de Estudo de Saúde

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social

CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas

CMS - Conselho Municipal de Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CRESS - Conselho Regional de Serviço Social

DC - Desenvolvimento de Comunidade

DIEESE - Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos

DRU - Desvinculação das Receitas da União

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EC - Emenda Constitucional

FBH - Federação Brasileira de Hospitais

FEDP - Fundações Estatais de Direito Privado

FGTS - Fundo de Garantia por Tempo de Serviço

FHC - Fernando Henrique Cardoso

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Nacional

MEC - Ministério da Educação

MP - Medida Provisória

ONGs - Organizações Não Governamentais

OS - Organização social

OSCIP - Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

PBF - Programa Bolsa Família

PEC - Proposta de Emenda Constitucional

PL - Projeto de Lei

PLC - Projeto de Lei da Câmara

PLS - Projeto de Lei do Senado

PMDB - Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PSDB - Partido Social Democrata Brasileiro

PT - Partido dos Trabalhadores

PUC Minas - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

RJU - Regime Jurídico Único

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

SUS - Sistema Único de Saúde

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso

URSS - União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Um breve histórico da política de saúde: a reforma sanitária e a contrarreforma do Estado no setor	12
1.1.1 Os antecedentes históricos da Reforma Sanitária e a Constituição do SUS.....	12
1.1.2 A introdução da contrarreforma do Estado na política de saúde.....	20
2. O APROFUNDAMENTO DO PROJETO PRIVATISTA NOS GOVERNOS CONTEMPORÂNEOS	25
2.1 As contrarreformas dos governos do PT	25
2.2 As contrarreformas do governo do PMDB e a pressão do governo atual para o seu avanço	34
3. A PARTICIPAÇÃO SOCIAL E A SAÚDE	43
3.1 Uma análise sobre participação social e controle social na saúde.....	43
3.2 Lutas sociais em defesa da saúde pública e estatal.....	52
4. SERVIÇO SOCIAL E PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA SAÚDE	57
4.1 Aspectos históricos do Serviço Social na Saúde	58
4.2 Algumas considerações acerca do aspecto teórico- metodológico e da atuação do Serviço Social na área da saúde.....	74
4.3 A contribuição do Serviço Social ao debate do controle social na saúde.....	87
CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
REFERÊNCIAS	118

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo se propõe a discutir a política de saúde no Brasil, com centralidade na participação social, em articulação com a trajetória histórica do Serviço Social, tendo como recorte a inserção da categoria no setor saúde.

O interesse em abordar o tema originou-se na vivência de Estágio no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho- HUCFF da UFRJ, no período de 2017 à 2019. Neste tempo surgiram indagações acerca do debate sobre a participação social na saúde, nesta instituição, o que suscitou a motivação de conhecer o trabalho que pode ser desenvolvido pelos assistentes sociais neste campo de atuação.

O estudo, aqui apresentado sobre a forma de um trabalho de Conclusão de Curso (TCC) tem como preocupação maior a contribuição do Serviço Social ao debate do controle social na saúde, no âmbito da sociedade capitalista, e por isso com contradições dela decorrentes.

Procurou-se para a investigação sobre esta realidade orientações baseadas em concepções fundamentadas pelo método crítico-dialético marxista. Nesta direção, admite-se como orientação para a construção deste trabalho a Reforma Sanitária e suas concepções de saúde ampliada e controle social.

Para realização deste estudo recorreu-se a pesquisa bibliográfica, no qual foi utilizada como suporte teórico as produções teóricas próprias da literatura do Serviço Social sobre o tema, e também a literatura da área das Ciências Sociais que tem conexão direta com a bibliografia de referência.

Este trabalho está dividido em quatro capítulos, sendo que do primeiro ao terceiro capítulo são compostos por duas seções cada, já o quarto capítulo é composto por três seções. O primeiro aborda um breve histórico das políticas de saúde no Brasil, de forma articulada com o momento histórico, na qual elas se inserem. Sua primeira seção trata do processo de desenvolvimento de saúde, desde o período da ditadura Civil-Militar de 1964 até o surgimento da Reforma Sanitária, discutindo a função do Estado na garantia do direito a saúde pública. A segunda seção por sua vez, discute sobre como se deu a emergência da contrarreforma do Estado brasileiro na saúde, através da implementação do projeto neoliberal e, por conseguinte, os ataques à saúde pública pelo projeto privatista.

No segundo capítulo, a discussão gira em torno das implicações do poder político do projeto neoliberal nos tempos contemporâneos, destacando seus desdobramentos na saúde

pública. A primeira seção pretende discutir as medidas contrarreformistas tomadas pelos governos do PT, em termos de políticas de saúde. Já a última seção do capítulo trata da mercantilização explícita da saúde, na intervenção política do PMDB, pontuando o acirramento do domínio do projeto privatista sobre a saúde pública, através de medidas de desmonte do Sistema Único de Saúde (SUS). A seção é finalizada com o vislumbamento do governo atual, que tem como marca a pandemia da Covid-19 que assola o momento atual.

O terceiro capítulo tem como objetivo tratar do potencial de mobilização do controle social na saúde, visando compreender sua relevância como estratégia profissional para a atuação do Serviço Social no seu cotidiano e enquanto sujeito político histórico. A primeira seção apresenta a concepção da participação social defendida neste estudo e o espaço institucional onde ela ocorre, tendo a defesa da saúde pública como centro do debate. A segunda seção apresenta de forma sucinta dois espaços não institucionais de relevância no meio do controle social na saúde: o Fórum de Saúde do Rio de Janeiro e a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. Esta seção procura mostrar como estes coletivos vêm se articulando pela mobilização social, assim como pela materialização de pautas de Reforma sanitária em sua luta em defesa da saúde.

O quarto capítulo, faz-se um percurso histórico do desenvolvimento do Serviço Social e sua atuação na área da saúde, tendo como referência a conjuntura política de cada época, a partir desse apanhado tenta-se demonstrar a importância da atuação dos assistentes sociais nas suas articulações e conexões para o fortalecimento da participação social no setor saúde. Sua primeira seção aborda a crise do Serviço Social tradicional, os conflitos ideológicos na busca por novas práticas, até a construção do atual projeto profissional, apresentando alguns dos desafios de sua efetivação no momento presente. A segunda seção tem como objetivo vislumbrar acerca da prática profissional, a partir de seu aspecto teórico-metodológico, que abriu caminho para decifrar a complexidade do real, permitindo penetrar em suas múltiplas determinações e capacitar profissionais assistentes sociais para atuarem na reversão do quadro de negação dos direitos sociais, esta seção termina com um breve discurso da atuação deste profissional na área da saúde. Já a última seção tem como objetivo tangenciar o trabalho do Serviço Social junto as instâncias de participação democrática que pode ser construído pela via da participação social, como estratégia de enfrentamento dos ataques à saúde.

Desta forma, este TCC busca refletir sobre a importância do debate em torno da participação social por compreender que a organização popular encontra na democracia uma via de luta por direitos, bem como do exercício profissional do assistente social, que tem

como norte o seu projeto ético-político. Assim, entende-se, que não é dispensável o controle social institucional, quanto não o são os espaços de participação não institucionais, onde é possível fazer a luta política pela publicização do direito à saúde, por isso a necessidade de ocupar esses espaços sociais.

1.1 Um breve histórico da política de saúde: a reforma sanitária e a contrarreforma do Estado no setor

Este capítulo pretende traçar um breve histórico da política de saúde brasileira, articulando-a às determinações sócio-históricas. Para tanto está organizado em duas seções. A primeira discute o caminho percorrido pela saúde brasileira até o surgimento do projeto da reforma sanitária, que marca a passagem da saúde e suas políticas para um novo momento. Já a segunda trata das forças contrárias ao avanço dos direitos sociais conquistados na década de 1980 no processo de redemocratização do país que, em sintonia com o cenário político internacional, elaboram a contrarreforma do Estado na saúde a partir dos anos 90 até os dias atuais.

1.1.1 Os antecedentes históricos da Reforma Sanitária e a Constituição do SUS

Nos anos de 1930 o acesso às políticas públicas de saúde era de caráter condicional, ou seja, a proteção social se efetiva através do princípio meritocrático, baseada na inserção do indivíduo na estrutura produtiva através do exercício de ocupação oficialmente reconhecida pelo Estado, garantida pela carteira de trabalho assinada. Esta condicionalidade foi reafirmada na passagem dos anos 1940 a 1950. Período no qual foi ratificado também o papel regulador do Estado sobre as relações entre as classes sociais.

As políticas públicas são aqui tomadas, a partir da concepção gramsciana, como uma necessidade nascida da própria estrutura do capitalismo, quando o Estado passa a compreender que as desigualdades geradas por ele mesmo deveriam ser administradas não apenas por meio da repressão, mas também do consenso. As políticas públicas de repressão, concessão e econômicas exercem papéis ditados pelo Estado na manutenção da hegemonia da classe dominante, combinando-se e se alternando de acordo com a conjuntura (GURGEL; JUSTEN, 2011, p. 23).

Conforme Bravo (2006), no quadro político global da Segunda Guerra Mundial, o Brasil estabeleceu um convênio entre o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) e órgãos do governo americano, sob patrocínio da Fundação Rockefeller, de origem americana. Indicando, portanto, a participação de interesses do setor privado e do capital estrangeiro na gestão dos serviços de saúde pública.

No período de 1950 ao início de 1960, tendencialmente, os atendimentos hospitalares de natureza privada já se acomodavam no meio da saúde e passaram apontar para um mercado a ser explorado. A estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já estava montada a partir dos anos 50 e apontava na direção da formação das empresas médicas. A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada, e pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada, defendendo claramente a privatização (BRAVO, 2006).

Em 1º de abril de 1964 tem início no país o regime militar¹, quando instaurado o golpe de Estado que destituiu o então presidente da república, João Goulart.

O regime tem sua significação na particularidade histórica brasileira, ou seja, foi a solução política, por mecanismos repressivos, onde devastando o campo da democracia, inaugurou o que Florestan Fernandes qualifica de um “padrão compósito e articulado de dominação burguesa”, visando beneficiar todas as classes proprietárias (NETTO e MARTINS apud BRAVO, 2011, p. 55).

Durante este período, os problemas estruturais foram aprofundados, tornando-se mais complexos e com uma dimensão dramática e ampla. O controle social da classe dominante sobre o conjunto da sociedade foi exercido através do Estado burocrático-autoritário que,

¹A emergência da ditadura brasileira se inscreveu no cenário internacional, apresentando uma sucessão de golpes de Estado, no qual foram patrocinados no curso dos anos 1960 sob a hegemonia norte-americana, pelos centros imperialistas. Conforme Netto (apud BRAVO, 2011), essa estratégia se refere como contrarrevolução preventiva em escala planetária, que teve rebatimentos principais nos países do chamado terceiro mundo, onde se desenvolviam movimentos de libertação nacional e social. Essa estratégia tinha como finalidades: internacionalizar o capital, imobilizar os protagonistas sociopolíticos habilitados a resistir a esse processo e mobilizar as tendências contrárias à revolução e ao socialismo (BRAVO, 2011).

Ademais a instauração da ditadura militar expressou a derrota das forças democráticas o que inviabilizou uma alternativa de desenvolvimento econômico-social e político via reformas democráticas e nacionais, no qual seria capaz de reverter o fio condutor da formação social brasileira, consistente na reiteração de soluções à prussiana, ou seja, através da conciliação entre frações das classes dominantes, de medidas aplicadas de cima para baixo, com a conservação de traços essenciais das relações de produção atrasadas (o latifúndio) e com a reprodução (ampliada) da dependência ao capitalismo internacional (COUTINHO, 1984).

Segundo Florestan (apud BRAVO, 2011), “a ditadura foi um meio de impedir que a revolução nacional e democrática interferisse negativamente de uma perspectiva burguesa, ou seja, univocamente nacional e imperialista na eclosão do capitalismo monopolista”. Para Netto (apud BRAVO, 2011) a ditadura militar expressou, no seu elemento de continuidade, o resgate das piores tradições da sociedade brasileira: a heteronomia, a exclusão e as soluções “pelo alto”, com o reforçamento do papel do Estado, que, privilegiando o grande capital, situa-se como o espaço preferencial para o trânsito e o confronto dos interesses sociais em enfrentamento.

utilizou-se de atos do Executivo, Atos Institucionais, por perseguições políticas, desaparecimentos, torturas, e assassinatos. E trouxe ainda uma série de retrocessos no âmbito dos direitos sociais e trabalhistas. Medidas na economia como a política de arrocho salarial, a criação do Fundo de Garantia por tempo de Serviço (FGTS), substituindo a Lei de Estabilidade no Emprego, a revogação do congelamento dos aluguéis e a proibição da greve nos serviços públicos, estatais e essenciais, são exemplos dos ataques sofridos pela classe trabalhadora à época.

Deste modo, as lutas sociais no período referido foram estratégias de resistência buscando responder aos atos e medidas implementados. Sendo os instrumentos políticos de censura e seus mecanismos de fiscalização e violência estatal utilizada pela ditadura militar na busca do controle da classe trabalhadora, favorecendo a dinâmica do capital e a produção de uma taxa extraordinária de mais-valia, dando o tom do verdadeiro projeto político dos governos do regime.

A segunda metade dos anos de 1970 foi marcada pela recessão econômica, que tornou aguda a situação de desemprego e ampliou o processo de pauperização das condições de vida e trabalho, a elevação da taxa inflacionária e o aprofundamento da dívida externa. O avultamento dessas questões gerou tensões sociais e violência urbana, provocando o questionamento da legitimidade política do regime militar.

Diante desses fatores os movimentos operários e populares ressurgem, com expressão significativa para os movimentos grevistas do novo sindicalismo. Este caracterizado conforme Almeida (1984) por autonomia frente aos partidos e ao Estado, organização voltada à base e ímpeto reivindicativo direcionado para o interesse dos trabalhadores. Em sua organização articulavam-se uma série de forças distintas entre si, mas que tinham em comum o posicionamento contrário àqueles outros setores que classificavam como reformistas e/ou pelegos e que, segunda sua visão, através de um sindicalismo de colaboração de classes, entravavam o desenvolvimento da luta dos trabalhadores em busca de suas reivindicações.

O período de transição para a retomada da democracia no Brasil foi perpassado de efervescência política, uma sociedade sedenta por mudanças e o esgotamento da aliança que sustentava o regime burocrático autoritário, o empresariado nacional, capital internacional e a tecnoburocracia militar e civil. Ademais o crescente antagonismo de classes principalmente o descontentamento e a revolta do proletariado e campesinato, as maiores vítimas da ditadura que puderam contar com o apoio e aliança de setores de outras frações de classe.

É neste cenário que na década de 1980 emerge o movimento da Reforma Sanitária, onde sua organização transcenderia seu objetivo específico, ao envolver-se nas lutas mais gerais, a democratização do país e o fortalecimento das organizações da sociedade civil e cujas diretrizes, ainda hoje, têm orientado as análises críticas das políticas de saúde atuais, pelo impacto alcançado- no período- na construção do conjunto das políticas. O movimento sanitário é designado como um

conjunto organizado de pessoas e grupos partidários ou não articulados ao redor de um projeto (Scorel, 1998), cujo desenho e conteúdo foram sendo construídos ao longo do tempo a partir de um conjunto de práticas que Arouca (1976) caracterizou em três níveis: a prática teórica (construção do saber), a prática ideológica (transformação da consciência) e a prática política (transformação das relações sociais) (CARVALHO, 1995, p.48).

O Estado é aqui compreendido de acordo com a perspectiva marxista. Trata-se de instância que surge com o desenvolvimento econômico burguês para regular a exploração do trabalho. O Estado em si também está inserido na correlação de forças existentes, visto que, é uma esfera que surge com a luta de classe. A partir da sociedade civil funda-se para gerir os interesses da classe dominante, destruindo os obstáculos ou tudo aquilo que se levante contra o avanço da propriedade privada, do lucro e da acumulação. Em Gramsci, marxista italiano, ainda, vê-se, que o Estado em sua concepção ampliada é sociedade civil² mais sociedade política (SILVA, 1999).

A proposta da Reforma Sanitária teve como grande influência teórica as elaborações deste autor, por meio de Berlinguer³, principal referência teórica do Movimento da Reforma Sanitária Italiana, que teve grande repercussão no movimento brasileiro.

O movimento sanitário frente a construção do debate sobre as condições de vida e saúde da população brasileira e do fortalecimento do setor público contou com a participação

² Sociedade civil, para Gramsci, é o espaço em que as classes organizam e defendem seus interesses (através de associações e organizações, sindicatos, partidos etc.), é a esfera da elaboração e/ou difusão de valores, cultura e ideologias que tornam, ou não, conscientes os conflitos e as contradições sociais. Portanto, é nela em que se confrontam projetos societários, em que se desenvolve a luta pela construção de projetos hegemônicos de classe (DURIGUETTO, 2009, p. 13-21).

A noção de “hegemonia” assume relevância central na formulação gramsciana de sociedade civil. A conquista progressiva de uma unidade político-ideológica – de uma direção de classe – requer a busca do consenso dos grupos sociais aliados, alargando e articulando seus interesses e necessidades. Desse modo, a própria ação de hegemonia exige uma práxis política consciente, coletiva e articulada das classes subalternas. Há, assim, uma dimensão nitidamente política no conceito gramsciano de sociedade civil, sua articulação dialética com a luta pela hegemonia e a conquista do poder por parte das classes subalternas (COUTINHO, 1991 apud DURIGUETTO, 2009, p. 13-21).

³ Giovanni Belinguer foi médico sanitário, senador, militante do partido comunista. Primeiro autor a repensar o conceito de *determinação social*, questionando as perspectivas tradicionais trabalhadas à época. A obra que marcou sua relação e influência sobre a Reforma Sanitária foi *Medicina e Política*, publicada no Brasil em 1978.

e aliança entre veteranos de luta, sujeitos da área da saúde e sociedade civil, assim como opositores que se articulavam para responder a crise do capitalismo das décadas de 1970 e 1980, que dava abertura às propostas de reeleitura do liberalismo de desmontagem do Estado enquanto instância mediadora da universalização dos direitos e da cidadania (DEGENSZAJN, 2006, p. 75).

Deste modo, a saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos, assumindo uma dimensão política, estreitamente vinculada à democracia. Segundo Bravo (2011) dentre os sujeitos que compuseram a conjuntura da construção do debate sobre a saúde e democracia, estavam o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES), no papel de difundir o debate e elaborar contrapropostas; os partidos de oposição, que viabilizaram debates e discussão sobre a política de saúde para dentro do Congresso; e os movimentos sociais urbanos, que se articularam com demais entidades da sociedade civil.

Estavam colocados como pontos fundamentais para a discussão da questão saúde a universalização do acesso, a concepção de saúde como direito social e dever do Estado, a reestruturação do setor por meio de um sistema unificado, a descentralização do processo decisório, o financiamento efetivo e a democratização do poder local (Bravo, 2006).

O marco fundamental destas questões, transformadas em propostas ocorreu na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, em Brasília. O debate versou sobre a saúde como direito de cidadania e dever do Estado, a reformulação do Sistema de Saúde, o financiamento setorial, o conceito ampliado de saúde e a participação social. Nela houve uma ampla participação dos setores organizados na sociedade civil que, pela primeira vez, tinham uma presença efetiva nas conferências nacionais como os profissionais da área de saúde, sindicatos, partidos políticos, movimentos populares e associações de usuários.

Foi por meio desta conferência que se propôs a construção de um modelo assistencial de saúde que abarcasse em seus princípios todas as propostas consideradas de extrema importância para a saúde, pautadas pelo projeto de Reforma Sanitária. Propunha-se uma saúde pública garantida como direito social de responsabilidade do Estado e fundamentada pelo Estado democrático de direito.

O relatório final da VIII Conferência foi a sistematização da reforma sanitária como projeto, isto é, um conjunto de políticas articuladas (PAIM, 2008, apud ESCOREL, 2005, p. 357). Tendo como estratégia a proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) como alternativa

ao Sistema de Saúde em vigor⁴, que significava a materialização da proposta de universalização do acesso, e da participação neste sistema na perspectiva do controle social. Enfatizando que a participação em Saúde é definida como “o conjunto de intervenções que as diferentes forças sociais realizam para influenciar a formulação, a execução e a avaliação das políticas públicas para o setor saúde” (MACHADO, 1986, apud CORREIA, 2006). O Controle Social é apontado como um dos princípios alimentadores da reformulação do Sistema Nacional de Saúde, e como via imprescindível para a sua democratização (CORREIA, 2006).

A Assembleia Nacional Constituinte realizada em 1º de fevereiro de 1987 foi um espaço fundamental para a instituição da saúde como direito, e que teve por objetivo reformular a Constituição Federal do país, representando no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais no país, visando corrigir as históricas injustiças sociais, incapaz de universalizar direitos tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes.

Durante a Assembleia Constituinte, foram formados dois blocos políticos de interesses distintos. Por um lado, o bloco do setor privado, composto por grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (FBH), vinculado ao setor privado, e a Associação de indústrias Farmacêuticas, formada por empresas multinacionais. Por outro lado, o bloco da Reforma Sanitária constituído pelas forças políticas, civis e intelectuais, representadas pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte (BRAVO, 2006).

No interior desta reconfiguração, se encontrava um intenso debate entre forças sociais e políticas de perspectiva diversas, que já vinha sendo anteriormente articulado, para fazer frente à crise social, o que possibilitou conquistas como a própria Constituição Federal de 1988, por meio do qual o projeto do SUS pode ser concretizado (DEGENSZAJN, 2006, p.77). Este movimento é compreendido como uma das expressões do processo de democratização do país.

Diante de vários acordos políticos e pressão popular o texto constitucional referente à Saúde atendeu em grande parte às reivindicações da luta do movimento sanitário, aprovando

⁴ O modelo assistencial de saúde anterior ao SUS era de caráter fragmentário subdividido em dois subsetores distintos, constando a Saúde Pública e a Medicina Previdenciária. Enquanto o primeiro designava como de dever da esfera pública agindo apenas sobre doenças epidemiológicas de risco coletivo, o segundo de maior apoio político condicionava a oferta de serviços médicos individualizados à contribuição previdenciária. A medicina previdenciária durante o período da ditadura teve predominância, em contrapartida com a drástica redução dos investimentos estatais em saúde pública. O avanço tecnológico trouxe para o setor a sofisticação do aparato médico e o aumento dos custos, aproximando-o ainda mais do capital privado e ampliando-se cada vez mais os convênios com a iniciativa privada. A medicina previdenciária caracterizava-se, assim, como essencialmente hospitalar, curativa e empresarial (PONTE; REIS; FONSECA, 2010, p. 120).

um capítulo sobre saúde inédito na história constitucional. A Constituição de 1988 legitima que a Saúde é direito universal e dever do Estado, cabendo este regulamentar, fiscalizar e controlar o acesso às mesmas. E fica inscrito que as políticas sociais, de modo global, passam a ser implementadas, a partir da concepção de gestão participativa, ampliando a participação popular nas decisões políticas. Estabelecendo os Conselhos gestores de políticas públicas como mecanismos por meios dos quais o controle social se realiza, constituindo uma das principais inovações democráticas neste campo. Estes avanços foram alcançados enquanto fruto das redefinições das relações entre Estado e Sociedade civil.

Apesar dos avanços na nova Constituição, a transição entre as conquistas alcançadas na Constituição Federal de 1988 e a sua implementação foi árdua. No que tange a saúde em contrapartida a Reforma Sanitária, que acabara de se materializar, por meio dos avanços encontrados neste documento, a década seguinte se assiste o redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela política de Ajuste Neoliberal, que refletirá na saúde pública com a instituição de novos paradigmas para a gestão pública.

Assim, os denominados novos modelos de gestão passam a fazer parte da administração pública na saúde, aparelhados por um caráter moderno, eficiente e ágil, que toma como preceito a acumulação do capital. São sustentados pelo argumento de servirem às políticas sociais, a favor da melhoria dos serviços, mas de acordo com Correia (2011), integra o processo de contrarreforma do Estado; Privatiza o que é Público; Flexibiliza a Gestão, os Direitos Sociais e Trabalhistas; Contraria a Legislação do Sistema Único de Saúde e propicia o repasse do fundo público ao setor privado.

Na área da saúde, a proposta é de repasse da gestão do SUS para outras modalidades de gestão não estatais, através dos contratos de gestão e parcerias, mediante transferências de recursos públicos, viabilizadas pelas Organizações Sociais (OSs), criadas em 1998, pela Lei 9.637/98; pelas Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), criadas em 1999, pela Lei Federal n.º 9.790; e pelas Fundações Estatais de Direito Privado (Projeto de Lei Complementar n.º 92/2007) (CORREIA, 2011, p. 44).

Segundo Correia (2011), as OSs são concebidas como instrumento de implementação de Políticas Públicas, no entanto, o faz qualificando pessoas jurídicas de direito privado como OSs e dando-lhes liberdades como, contratar funcionários sem concurso público, adquirir bens e serviços sem processo licitatório e não prestar contas a órgãos de controle internos e externos da administração pública.

Em relação as OSCIPs ampliam ainda mais a abrangência do projeto político de terceirização e privatização de programas, atividades e serviços. Estas, como as OSs, também

instituem uma nova forma de transferência das funções do Estado para o setor privado, por meio de uma espécie de parceria entre os mesmos. Nelas a prestação de serviços públicos é transferida para as Organizações Não Governamentais (ONGs) (CORREIA, 2011).

As chamadas Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs) propostas em julho de 2007, já durante o governo Lula, completa e aprofunda a privatização de setores públicos e políticas sociais. Para Granemam (apud MENEZES, 2016) fica evidente que as Fundações privatizam as políticas sociais e sua natureza de direito privado faz com que não participem da formação do fundo público, concedendo a elas imunidade tributária. Já no âmbito do trabalho, a contratação por CLT, que acaba com o RJU (Regime Jurídico Único), subordina a remuneração da força de trabalho ao contrato de gestão. E no que tange o controle social tão caro aos princípios fundadores do SUS, as Fundações o desvalorizam, sendo substituído por conselhos moldados sobre a lógica das grandes empresas capitalistas.

O mais recente dos novos modelos de gestão, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. (EBSERH), de dezembro de 2010, é uma empresa pública com personalidade jurídica de direito privado. Ela surge como uma empresa privada coexistindo dentro da estrutura do sistema hospitalar do Estado para, ela mesma, prestar os serviços públicos de educação e saúde nos Hospitais Universitários do país. A EBSERH desvincula na prática os Hospitais Universitários das Instituições Federais de Ensino Superior (IFES), comprometendo a formação e qualificação dos profissionais de saúde que trabalham na saúde pública e a produção do conhecimento na área de saúde (CORREIA, 2011).

Apesar dos avanços conquistados na Constituição de 1988, em frente a grande mobilização política dos setores organizados da sociedade civil. A década seguinte à redemocratização do país, na implementação daquelas conquistas, no entanto, a conjuntura é de regressão dos direitos sociais e de destruição das conquistas históricas dos trabalhadores em nome da defesa do mercado e do capital e que tem na financeirização da economia um novo estágio de acumulação capitalista.

Assim nos anos de 1990, a partir de uma série de medidas tomadas pelo projeto neoliberal, acirra-se a disputa dos projetos privatista e da reforma sanitária, com hegemonia do primeiro. Os desafios colocados para os defensores da reforma sanitária, de resistência e movimentos sociais democráticos são fruto do processo de contrarreforma do Estado que se aprofunda nas décadas seguintes. Fica evidenciado também a total articulação, penetração e conjunção do capital dentro do Estado, com este cada vez mais submetido aos interesses econômicos e políticos dominantes no cenário internacional e nacional.

1.1.2 A introdução da contrarreforma do Estado na política de saúde

O neoliberalismo no país teve sua introdução no início da década de 1990. Trata-se de um projeto político e econômico que surge com o propósito de ser alternativa de ruptura com a perspectiva social democrata, vigente ainda em grande parte do mundo. No entanto, ganhou maior notoriedade durante a grande recessão capitalista da década de 1970.

Em 1944 Friedrich Hayek elabora a teoria que se destaca pela aversão contra o Estado intervencionista e de Bem-Estar, justificado pelo argumento de que qualquer limitação dos mecanismos de mercado por parte do Estado seria uma ameaça contra à liberdade política e econômica.

Conforme as análises neoliberais as raízes da crise capitalista estavam localizadas no poder excessivo dos sindicatos e ainda de forma mais geral, do movimento operário, visto que, havia corroído as bases de acumulação capitalista com suas pressões reivindicativas sobre os salários e com sua pressão parasitária para que o Estado aumentasse cada vez mais os gastos sociais. Por conseguinte, teriam diminuído drasticamente as margens de lucro das empresas e desencadeado processos inflacionários, conduzindo numa crise generalizada das economias de mercado. Assim, a solução era manter um Estado forte na defesa do empresariado e, principalmente na capacidade de controle dos sindicatos (ANDERSON, 1995).

Entretanto, para Draibe (1993) o neoliberalismo após sua fase de ataque ao Keynesianismo e ao Welfare State passou a ser mais propositivo em face aos programas sociais, construindo uma relação com estes que se estrutura em três estratégias articuladas: a focalização que se trata de uma maneira de direcionar as políticas sociais exclusivamente para os mais pobres, uma vez que este não está economicamente apto a acessar os demais serviços disponíveis no setor privado; a privatização entendida como deslocamento da produção de bens e serviços públicos para o setor privado lucrativo, operando a transformação dos direitos do cidadão em mercadorias; e a descentralização concebida como um modo de remanejamento do financiamento das políticas sociais para os estados e municípios.

De acordo com Behring (2009) trata-se de desuniversalizar e assistencializar as ações sociais desresponsabilizando a atuação do Estado concomitantemente em que reforça a solidariedade por meio das organizações na sociedade civil e direciona as prioridades do Estado para os interesses do capital. Isto resulta no corte dos gastos sociais e numa concepção

de política social neoliberal residual que soluciona apenas o que não pode ser enfrentado pela via do mercado, da comunidade e da família.

O Estado brasileiro no período da Ditadura Civil-Militar já se encontrava vinculado à privatização da saúde, porém com a força do movimento da Reforma Sanitária e do processo de redemocratização, pareceu ter freado os avanços privatistas ocorridos na ditadura do capital. Sendo assim as lutas pelos direitos sociais universais e igualitários também pareceram estar em crescente progresso. Contudo, com a inflexão da Guerra Fria e da derrota dos símbolos socialistas, a resposta capitalista no mundo foi o espraiamento do neoliberalismo na década de 1990, incluindo o Brasil, mediado pelas características do forte autoritarismo e da pobreza na região, ficando evidente o projeto privatista.

Inicia-se o processo de contrarreforma do Estado brasileiro com regressão dos direitos sociais e a mundialização do capital que tem na financeirização da economia um novo estágio de acumulação capitalista, ocorrendo a desestruturação do Estado desenvolvimentista das décadas anteriores, para se permear pela via da financeirização- a criação e incentivos das mais variadas fontes de crédito e financiamento (SOUZA; KLIN, 2017).

As estratégias do grande capital passaram a ser acirrada crítica às conquistas sociais da Constituição de 1988. A partir desta década e as seguintes serão marcadas por um progressivo refluxo dos movimentos sociais, no contexto de reestruturação capitalista de escala global, receituário neoliberal e de consequentes contrarreformas do Estado (BRAVO, 2012).

Sendo assim, as reformas sanitárias conquistadas na VIII Conferência Nacional de Saúde e asseguradas como direitos sociais fundamentais na Constituição de 1988 foram atacadas a partir da década de 1990 com o avanço do projeto neoliberal no Brasil. Direitos sociais e trabalhistas foram retirados ou flexibilizados através de diversas emendas à Constituição, verificando-se uma verdadeira contrarreforma.

Logo o que se verificou foi um retrocesso em relação aos direitos sociais, inclusive o direito a saúde. A denominada Constituição cidadã foi desfigurada, após sucessivas emendas, caracterizando as contrarreformas não apenas como antidemocráticas, mas também como inconstitucionais. Os direitos fundamentais assegurados pelos constituintes não poderiam ser significativamente subtraídos sem que outra assembleia nacional constituinte fosse convocados para este fim (GOMES, 2014).

A implantação incipiente do projeto neoliberal no cenário político e socioeconômico do país se deu com o governo Fernando Collor de Melo, eleito em 1989, numa disputa em

segundo turno com Luis Inácio da Silva, representante do Partido dos Trabalhadores (PT), permanecendo no governo de 1990 a 1992.

No que tange a aprovação das Leis Orgânicas da Saúde (n.8.080/1990 e n.8.142/1990), de natureza abrangente e progressista, só foi possível, pois o Congresso Nacional tinha a mesma composição da Assembleia Nacional Constituinte (RODRIGUES NETO, 2003 apud LIMA, 2010, p.280). Todavia, a despeito da Lei Magna e das Leis Orgânicas da Saúde, a restrição orçamentária a que foi submetido o gasto social nega sua base fiscal, o fundo público, à seguridade social, política mais ampla na qual a área da saúde foi incorporada pela Constituição Federal, o que afeta a política de saúde.

As instituições da seguridade social, principalmente, e a política social sofrem pressão diante da financeirização da riqueza, pois aí está o nicho dos produtos financeiros. Com isso, as propostas neoliberais incluem a transferência da proteção social do âmbito do Estado para o mercado, a liberalização financeira passa pela privatização dos benefícios da seguridade social (SALVADOR, 2010).

Deste modo, o debate sobre o desfinanciamento do SUS está vinculado à desconstrução da ideia de seguridade social, e à lógica de acumulação de capital baseada na reprodução ampliada do capital fictício (LIMA, 2010).

Os anos de 1990-1994 foi marcado por crise política, econômica e financeira, que culmina no impeachment de Collor, em 1992, simultaneamente a esse cenário os hospitais privados, empresas médicas de planos e seguros de saúde avançaram na reestruturação e diversificação de atividades em reação à abertura do mercado e ao aumento da concorrência internacional.

Assume a Presidência da República Itamar Franco, vice de Collor, diante de grande movimentação do setor industrial, frente à abertura do mercado e aumento da concorrência internacional. Ademais tem o desafio de enfrentamento da inflação e o combate à corrupção.

O seu então ministro da Fazenda, Fernando Henrique Cardoso (FHC), em 1993, apoia o Ministério da Previdência e Assistência Social a retirar a participação da contribuição previdenciária do financiamento do SUS, em decorrência do aumento de desemprego.

Isso diminuiu, substancialmente, os recursos destinados ao pagamento dos procedimentos realizados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, desde 1990 sob a administração do Ministério da Saúde. Além disso, a Secretaria da Receita Federal também não repassa recursos da Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS), em razão da redução da disponibilidade geral de recursos orçamentários e dos compromissos assumidos com o Fundo Monetário Internacional e o Banco Mundial em termos de ajuste fiscal e contenção de gastos na área social (LIMA, 2010, p. 281).

O que se vê, em diante, é o contingenciamento e a utilização dos recursos da seguridade, especialmente da saúde, para outros fins. Ao mesmo tempo, que passa a ocorrer ênfase em políticas governamentais capazes de oferecer num período marcado pela contrarreforma do Estado, ações de saúde pública de baixo custo e baixa complexidade, velando a precarização da assistência médica previdenciária.

Com relação ao segmento de planos e seguros de saúde privados. Estes começam a avançar e a ampliar suas ações empresariais, simultaneamente em que o Estado elabora políticas públicas de apoio ao setor, que irão competir com as próprias instituições públicas.

Isso acontece, particularmente, nas políticas baseadas em deduções e subsídios fiscais, que, ao substituírem as relações diretas entre a previdência social e as empresas empregadoras, irão subsidiar, indiretamente, as empresas médicas, contribuindo para o aprofundamento e a cristalização da segmentação do sistema e dos provedores de serviços de acordo com o status socioeconômico das demandas (LIMA, 2010, p. 283).

Segue-se ainda no período a reorganização política dos prestadores privados de saúde com a criação da Confederação Nacional de Saúde, entidade sindical que reúne todos os hospitais, clínicas e serviços de diagnóstico, imagem e fisioterapia (lucrativos e filantrópicos), e operadoras de planos de saúde. A criação da mesma representa a convergência de interesses entre prestadores privados, empresas médicas e seguradoras contra uma possível estatização na saúde, e em prol de sua manutenção financeira por parte das empresas. Percebe-se assim o processo de asfixia financeira e o desmonte do SUS, estimulado pelo Estado com ascensão do setor privado, e também a precarização dos serviços públicos.

A materialização do projeto neoliberal aprofunda-se no governo Fernando Henrique Cardoso⁵ que rapidamente efetivou o projeto político do grande capital, visto que, a base parlamentar, articulada fisiologicamente e reunindo as velhas e novas oligarquias, garantiu-lhe a inviabilização do projeto social contido na Constituição de 1988, sobre o protesto da modernização do país. De acordo com Netto (2000) FHC operou eficientemente contra a alternativa social proposta na Constituição em dois planos. O primeiro no plano jurídico, dando forma a uma reforma constitucional que acabou por tirar da Carta elementos fundamentais, nesta direção, a reforma da previdência é emblemática, e apresentada como fundamental para enfrentar a crise fiscal; o segundo no plano prático-concreto dando curso a

⁵ Durante o governo FHC que vai de (1995 a 2002) o Estado se reordena estrategicamente, reduzindo a sua função e o seu papel em favor do mercado.

um modelo de desenvolvimento que subtraiu as bases de sustentação econômico e financeira para uma eventual implementação daquela alternativa.

Diante do sistema econômico mundializado, onde se expressa na integração conforme às exigências do grande capital a política econômica de FHC foi orientada pelo Plano Real para ser o primeiro passo na abertura do mercado brasileiro de bens e serviços ao capital internacional. Essa desregulamentação implicava um outro movimento, diretamente referido ao Estado e com dupla face, a redução do papel empresarial estatal (daí a privatização do patrimônio público) e a pretexto da reduzir o déficit público e em nome do ajuste estrutural, a redução dos fundos públicos para o financiamento das políticas sociais voltadas para os trabalhadores.

O governo FHC teve como proposta central radicalizar a democracia por meio da construção de uma sociedade ativa parceira do Estado na execução das políticas sociais e da colaboração entre os diferentes grupos sociais em nome da equidade, uma vez que não questionou as causas das desigualdades sociais. Nessa perspectiva o Estado se fortaleceu enquanto mantenedor do equilíbrio fiscal e as fundações empresariais como prestadoras de serviços sociais, atribuindo em última instância, aos indivíduos a responsabilidade pela satisfação de suas necessidades como a de saúde.

Com a reforma⁶ do aparelho estatal na época, este deixava de ser o responsável direto pela produção de bens e serviços para exercer a função de regulador e promovedor das políticas econômicas e sociais, na medida em que transfere para o setor privado as atividades que podiam ser controladas pelo mercado. Neste período viabilizou-se ainda a concretização da iniciativa privada dentro da saúde pública, que envolve as OSs, as OSCIPs e as Fundações Públicas de Direito Privado, tendo como suposto argumento de substituir a administração pública burocrática, rígida e ineficiente por uma administração pública gerencial, capaz de garantir a produtividade a competitividade e a eficiência. A principal determinação do gerencialismo é a identificação da administração pública com a administração privada, nesta direção repõe o patrimonialismo sobre as bases racionais-legais, atacando a finalidade de universalização de direitos, ratificando uma finalidade fundada no atendimento de necessidades mínimas da população coerente com a proposição neoliberal de reforço do mercado.

⁶ O capital buscou o enfrentamento da crise, a partir da segunda metade da década de 70, via reestruturação produtiva baseada no aprofundamento da liberdade do mercado, com um novo padrão de acumulação flexível e destruição dos direitos sociais e trabalhistas, até então conquistados.

Apesar do caráter público e universal da saúde ter sido assegurado legalmente na Constituição Federal e nas leis orgânicas da saúde, a condução da política de saúde brasileira tem levado a sua desestruturação como política pública, quebrando seu caráter universal, tendo como um dos fatores determinantes a sua privatização, no contexto do enfrentamento da crise do capital, que tem exigido a intervenção crescente do Estado. Esta condução tomada no governo de FHC continuará a ser empreendida nos governos de Luiz Inácio Lula da Silva e de Dilma Rousseff, com forte orientação dos organismos financeiros internacionais, especialmente o Banco Mundial⁷.

2. O APROFUNDAMENTO DO PROJETO PRIVATISTA NOS GOVERNOS CONTEMPORÂNEOS

O objetivo deste capítulo é analisar a continuidade da contrarreforma do Estado na saúde por meio do aprofundamento do projeto neoliberal. Está dividido em duas seções a primeira seção aborda o trajeto percorrido pelo governo do Partido dos Trabalhadores (PT), que mantiveram as políticas sociais fragmentadas e subordinadas à lógica econômica, dando continuidade as contrarreformas. Já a segunda seção visa discorrer sobre o acirramento do processo de mercantilização de saúde a partir da intervenção política do PMDB à frente do governo, assim como de forma sucinta apresenta alguns aspectos sociais e políticos do governo Jair Bolsonaro.

2.1 As contrarreformas dos governos do PT

Em reação a implementação do projeto neoliberal a população brasileira elegeu, em 2002, um representante da classe operária, Luiz Inácio Lula da Silva, filiado ao Partido dos Trabalhadores (PT), com forte experiência de organização política e trajetória sindicalista, sendo a primeira vez que venceu um projeto que não representava os interesses das classes

⁷ Esta instituição orienta os governos a darem prioridade máxima aos “setores sociais fundamentais”, os mais “vulneráveis”, promovendo políticas públicas focalistas a fim de conferir eficácia e equidade aos gastos sociais. Nesse processo, ocorre uma diminuição da intervenção estatal na área social, simultânea ao repasse da gestão de serviços públicos para a rede privada, mediante a transferência de recursos públicos. É através do repasse de recursos públicos para o setor privado que se dar a apropriação privada do fundo público da saúde, principalmente através dos novos modelos de gestão (OSs, OSCIP, FEDP e EBSERH). Trata-se, portanto, da privatização e da terceirização dos serviços públicos, não só através do repasse de recursos, mas também por meio do patrimônio, equipamentos, instalações públicas e de recursos públicos, permitindo fazer tudo o que o setor faz no espaço estatal e quebrando as amarras impostas pelo direito público.

dominantes. Acreditava-se que com este governo cujo partido foi historicamente opositor ao neoliberalismo estaria se inaugurando um novo momento histórico, em que, se enfrentaria as políticas de ajuste, e orientado por uma direção democrático-popular. Não se esperava transformações profundas, face a alianças políticas formadas, mas havia expectativas com relação às políticas sociais e à participação social.

Entretanto as propostas e reformas do governo Lula após seu primeiro governo dão continuidade a contrarreforma do Estado, ampliando o espaço privado e encolhendo o espaço público, tanto nas atividades ligadas à produção econômica, como no campo dos direitos sociais conquistados.

No plano econômico os parâmetros macroeconômicos da era FHC não só foram mantidos, como aprofundados permanecendo o superávit primário; a Desvinculação de Receita da União (DRU); o inesgotável pagamento dos juros, encargos e amortizações da dívida pública; além do aumento da arrecadação da União (BEHRING 2004 apud BRAVO; MENEZES, 2011).

Essas orientações econômicas impactam nas políticas sociais e na esfera social continua-se com políticas focais e sem expansão do gasto social, em detrimento da lógica do direito e da seguridade social universalizada, que não foi valorizada, mantendo segmentada, com a falta de vontade política na viabilização de sua concepção, e vista como um projeto de contrarreforma, que possibilita a abertura à política de privatização.

No que diz respeito a seguridade social que envolve a assistência, a saúde e a previdência se deu especialmente no tocante à Assistência Social e à Segurança Alimentar, demonstrado pela Criação do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), articulando competências dos campos da Assistência Social e Segurança Alimentar e de transferência de Renda.

Os programas assistenciais de caráter compensatório foram destinados aos mais pobres, se deslocando, deste modo, das políticas universalizantes. No período a pobreza absoluta ou extrema diminuiu, mas não a desigualdade, o que manteve o modelo de concentração de riqueza.

De acordo com Marques e Mendes (2005, apud BRAVO; MENEZES, 2011), no governo Lula as políticas sociais, estão estruturadas em três eixos que fundamentam a concepção de proteção social utilizada. O primeiro é o Projeto Fome Zero concentrado, essencialmente, no programa Bolsa Família (PBF), criado em 2003, com o desafio de combater a miséria e a exclusão social, por meio, da unificação de todos os programas

sociais⁸. O segundo eixo é a contrarreforma da Previdência Social⁹, por meio do qual o governo operou medidas no âmbito das contribuições previdenciárias, efetivando no âmbito do serviço público ações restritivas de direitos, que durante a gestão de FHC haviam sido derrotadas como aposentadoria integral, isonomia para ativos e aposentados que foram subtraídos dos trabalhadores, em seu lugar, ficou a instituição da contribuição previdenciária para os aposentados, e o aumento do tempo de trabalho e da idade mínima para a aposentadoria (BRAVO; MENEZES, 2011, p.47). O terceiro refere-se ao trato dado pela equipe econômica aos recursos da Seguridade Social.

Sendo assim, no primeiro e segundo governo Lula (2003-2010) se consolida de forma subordinada à lógica do capital financeiro associando políticas focalizadas e flexíveis de combate à pobreza e a flexibilização e precarização do trabalho. De outro modo buscou credibilidade¹⁰ ao mercado, mantendo a articulação com este. Nesse contexto, conforme análise de Filgueiras (apud LOPES, 2019, p. 171) foi estruturada a base do novo “consenso”, do “crescimento com distribuição” na era do capital financeiro, levando à incorporação marginal de parcelas da população de menor renda ao consumo, tendo como contrapartida a desmobilização política dos movimentos sociais e dos sindicatos, a tutela direta do Estado sobre a população mais pobre, a despolíticação da política, e a desqualificação dos partidos. O período FHC não teria a capacidade de assumir essa etapa de construção da hegemonia burguesa no Brasil, já que, a origem de Lula, junto com o processo de transformação política do PT e outros segmentos da esquerda¹¹, foram essenciais. Considera-se, que o governo Lula foi capturado por setores conservadores da sociedade brasileira e que construiu seu governo

⁸ Apesar dos avanços nas condições de milhões de brasileiros, é importante destacar que o PBF não se constitui em um direito, já que se trata de uma política de governo, não de Estado. Ressalta-se que o combate à pobreza não se dá apenas por políticas de transferência de renda, mas é necessário que estas estejam associadas a outras políticas sociais.

⁹ A contrarreforma previdenciária promoveu uma redistribuição de renda às avessas, entre os servidores e o capital financeiro, destacando que a “financeirização” fomentada pelos fundos de pensão atinge o Estado através do investimento em renda fixa que têm como importantes fontes de suas aplicações os títulos públicos. Com o endividamento estatal, utilizam-se como alternativa a emissão de títulos públicos sendo os principais compradores os fundos de pensão. Assim as contrarreformas do Estado que tinham como objetivo solucionar as crises fiscais tornam-se seus principais elementos geradores GRANEMANN (apud BRAVO; MENEZES, 2011).

¹⁰ As bases da credibilidade para a teoria econômica ortodoxa e liberal segundo Sicsú (apud TRISTÃO, 2011, p. 114) O tripé ortodoxo-liberal tem um claro objetivo, que é o de fazer com que um governo ganhe credibilidade a cada dia, a cada semana, a cada mês, a cada ano, para acumular uma grande reputação perante os mercados financeiros doméstico e internacional. Conforme a teoria convencional, credibilidade é sinônimo de inflexibilidade para ações do governo, isto é, um governo ganha credibilidade se não pode decidir e reagir no dia-a-dia, se não pode intervir na economia, se segue regras cegas, independentemente das mudanças conjunturais.

¹¹ Sicsú e Maringoni (apud TRISTÃO, 2011, p. 126) sintetizam o significado da opção neoliberal do governo Lula, ao colocarem seu governo como a terceira grande derrota para a esquerda brasileira, as derrotas anteriores foram militares: derrota da insurreição promovida pelo PCB em 1935, e o golpe militar em 1964, que resultaram em prisões, assassinatos, torturas e exílio. A derrota que a esquerda teve agora foi ideológica, foi a cooptação.

sobre feitos que o conferiu a imagem de um partido populista e transformista. Ademais por ter baseado sua plataforma na erradicação da miséria e da fome, assinalou os passos em direção às políticas assistencialistas e populistas, mantidas ao longo do seu mandato.

Referente a política de saúde esta é apresentada pelo governo como direito fundamental, explicitando o compromisso em garantir acesso universal, equânime e integral as ações e serviços de saúde. No entanto, confere a política de saúde um perfil cada vez mais flexibilizador diante dos princípios defendidos pela Reforma Sanitária, apesar de explicitar como desafio a incorporação de sua agenda ético-política, mantendo a disputa entre o projeto privatista e aquele. Em algumas proposições procura fortalecer o primeiro projeto e, em outras, mantém o segundo, quando as ações enfatizam o desfinanciamento, por exemplo. Percebe-se também de acordo com Bravo (2009) que no primeiro e segundo mandato de Lula as políticas públicas de saúde, tiveram como ênfase a focalização, a precarização e a terceirização dos trabalhadores da saúde.

Neste mandato fica institucionalmente inserida no serviço público a lógica gerencial das empresas privadas, visto que, no governo anterior o projeto da instituição das OSs e das OSCIPs não foram aprovadas em sua totalidade.

No âmbito federal, o Projeto de Lei Complementar nº 92, de 13 de julho de 2007, permite a instituição de FEDPs em diversas unidades hospitalares no Brasil, propondo que nos hospitais públicos seja permitida a presença de empresas privadas com fins lucrativos e concedendo a elas a liberdade para administrar o SUS. A mesma tem autonomia gerencial, orçamentária e financeira e tem a contratação entre a fundação e o poder público. As FEDPs integram a estratégia de contrarreforma do Estado do Governo Lula, tomando como argumento para sua criação, mais uma vez que a administração pública brasileira é engessada, rígida e burocrática.

Outra ação jurídico-institucional no final do governo Lula foi a criação da EBSEH a partir da Medida Provisória (MP) nº 520, de dezembro de 2010, e sancionada pela Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. A empresa é vinculada ao Ministério da Educação (MEC) e tem como finalidade a gestão de Hospitais Universitários (HUs).

A gestão da EBSEH, administrada por identidades privadas, será implementada pelo governo da Presidenta Dilma Rousseff.

Desde sua criação as Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) - incentivados por setores acadêmicos de posicionamento político de esquerda - vem travando um intenso

debate acerca da contribuição deste ente à privatização dos Hospitais Universitários Federais do país.

A identidade tem uma proposta que ameaça o SUS e fortalece o projeto privatista, através do apoio a precarização do trabalho. Isso dar-se através do descumprimento da contratação por administração direta e de mecanismos que burlam os direitos da contratação por concurso público, posto que a empresa repassa os funcionários concursados à entidades que, juridicamente, são de direito privado. Isto feito com a justificativa que afirma que com esta forma de contratação estará regularizando a situação dos trabalhadores terceirizados dos Hospitais Universitários. A gestão da EBSEH ataca os direitos dos trabalhadores e a garantia da qualidade da saúde e educação pública, além de usar de recursos públicos para cobrir os custos gerados pela empresa¹².

A EBSEH ainda pode fazer convênios com identidades privadas e mesmo com identidades internacionais. E como a empresa tem atribuição de natureza de Direito Privado acaba por permitir a exploração de atividades econômicas que poderá resultar em priorização do atendimento aos usuários do SUS que tenham planos privados, pois este resultará na dupla obtenção de recursos, por meio do repasse do SUS, referentes aos atendimentos e aos repasses dos planos privados, podendo haver uma diferenciação em benefício dos usuários do SUS que tenham planos de saúde em detrimento dos usuários exclusivos do SUS.

Assim, acerca da privatização dos serviços públicos sociais, representa um ataque à cidadania, resultado de um Estado mínimo para as questões do social e da liberdade do setor privado na interferência das políticas públicas, como a precarização do trabalho e o sucateamento e redução dos serviços e espaços públicos.

Nas eleições de 2010, o PT elege Dilma Rousseff como presidenta do Brasil, em uma nova disputa com o candidato do PSDB, José Serra. Este governo deu continuidade às políticas sociais dos governos Lula, no entanto, com o agravante de indicar o aprofundamento da gestão privatista, seguindo o caráter transformista como no governo anterior.

O quarto governo petista, foi determinado pela sua rendição à pauta conservadora e neoliberal defendida por seus adversários, significando um aprofundamento dos benefícios ao capital e da retirada de direitos dos trabalhadores, onde contraditoriamente foram marcos dos governos do PT.

¹²O financiamento de custos gerados pela empresa advém dos recursos do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF). Estes recursos provém do próprio SUS, e que são previamente repassados às universidades que possuem Hospitais Universitários.

No discurso de posse da presidenta apesar de a consolidação do SUS ser apontada como prioridade em seu mandato, o favorecimento a mercantilização da saúde e a ampliação do setor privado na oferta de serviços de saúde prossegue, tanto no livre mercado quanto por dentro do SUS.

Para os movimentos que lutam contra a expansão do projeto privatista, como a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde¹³, o que mais definiu a continuidade dada pelo governo Dilma Rousseff no processo de desmonte do SUS foi a política de Flexibilização da gestão pública e de implementação de modelos organizacionais que seguem à lógica de mercado (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2013). Tal empreitada têm sido concretizada nas três esferas governamentais, como vem sendo descrito, através da proposição ou edição de Leis e Emendas constitucionais que alteram o arcabouço jurídico e até mesmo os princípios que orientam a gestão da coisa pública.

As políticas públicas de saúde no país face ao processo de privatização à cuja continuidade foi facultada pelo governo Dilma Rousseff foi marcada pelo

[...] *apoio do Estado à ampliação do livre mercado da saúde* [que]tem se dado por meio da renúncia fiscal relacionada a planos e seguros privados de saúde, tornando o Brasil o 2º mercado mundial de seguros privados perdendo apenas para os Estados Unidos; pela isenção de impostos aos grandes hospitais privados como o Sírio Libanês, Albert Einstein, entre outros; isenções fiscais para importação de equipamentos biomédicos e, recentemente, para produção interna, subsidiando a expansão desordenada de oferta para planos privados de saúde, enquanto a população usuária do SUS compõe uma grande fila de espera para procedimentos complexos, por insuficiência de oferta pública. Tal questão tende a ser aprofundada se confirmada a edição de um *pacote* do governo federal de redução de impostos e subsídios públicos a planos privados de saúde, conforme amplamente anunciado pela mídia. Esta proposta pode ser a formalização final para a instituição de um seguro saúde e criação de um Sistema Nacional de Saúde integrado com o setor privado, tendo como consequência acabar com o SUS ou torná-lo um sistema focalizado, consagrando o processo de universalização excludente que vem ocorrendo desde os anos 1990 com a saída dos trabalhadores melhores remunerados que foram impulsionados à compra de serviços no mercado privado devido ao sucateamento do SUS. (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2013) (grifos originais).

Devido ao avanço do capital com a reprodução da lógica de desmonte do serviço público pelo próprio Estado, às frente de oposição a privatização da vida coube o desafio de direcionar a defesa dos princípios do SUS, de forma irrevogável, com vistas a melhor organizar suas estratégias de enfrentamento ao projeto reformistas, agindo em consonância com o movimento sanitário.

¹³A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde é um movimento anticapitalista e suprapartidário, composto por entidades e movimentos sociais de esquerda que, junto aos Fóruns de Saúde de todo o país, formam uma frente de resistência ao projeto privatista. A luta social da Frente será abordada na Seção 3.2 deste trabalho.

No ano de 2013, a referida Frente também somou-se as manifestações de massa e mobilizações do povo por mudanças estruturais, que evidenciaram um profundo descontentamento da população brasileira com as suas condições de vida.

As chamadas jornadas de junho que levaram alguns milhões de brasileiros às ruas em diversas cidades do país em resposta às contrarreformas supressoras de direitos colocaram o Brasil no quadro mundial de ascenso da luta dos trabalhadores da época. De acordo com Iasi (2013 apud MENEZES, 2014, p. 15)

As manifestações se iniciaram por protestos contra o aumento das passagens e se desdobraram para uma multifacetada pauta que tem por centro a demanda por educação, saúde, contra os gastos com a Copa e seus efeitos perversos, como as remoções, e contra uma forma de política que mostra seus limites com representantes que não representam, eleitos por muitos e defendendo os interesses de poucos.

A resposta da presidenta Dilma as mobilizações se materializou em cinco pactos. Foram eles: o pacto pela responsabilidade fiscal para controlar a inflação; o pacto pela reforma política, que se reduziu a um plebiscito que define a corrupção como crime hediondo; o pacto pela saúde, que se reduziu a programas compensatórios que se assinalaram pela contratação de profissionais estrangeiros para prestação de serviços em cidades do interior dos estados - como o Programa Mais Médicos -, a criação de mais vagas para estudantes de medicina e a aceleração dos investimentos na área; o pacto pelo transporte público que se reduz aos investimentos em obras pelas cidades para melhorar a mobilidade urbana e a criação de um Conselho Nacional do Transporte Público, que fiscalizaria os gastos com o transporte público; e o pacto pela educação pública.

Considera-se que as propostas apresentadas pela presidenta não apresentou nenhuma mudança de fundo ou reforma estrutural para o atendimento das demandas colocadas pela massa de trabalhadores. Enquanto isso no interior do legislativo dava-se continuidade aos ataques à saúde pública. A MP nº 656/2014, aprovada pelo Senado Federal na forma de Projeto de Lei do Senado (PLS), e mais tarde sancionada como Lei nº 13.097/15, permite a entrada de capital estrangeiro¹⁴ para explorar, instalar e operar hospitais e clínicas, inclusive filantrópicos, ações de planejamento familiar e atendimentos a funcionários de empresas. Esta Lei Feri o artigo 199 da Constituição Federal, que vedam o investimento direto de capital estrangeiro na assistência à saúde no País e altera a Lei nº 8080/90 que regulamenta o SUS.

¹⁴Já existia investimento estrangeiro na saúde, mas ele se limitava a planos e aos subsetores de medicamentos e equipamentos.

A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde publica uma nota sobre a conjuntura que impacta diretamente o SUS, analisando que

Desse modo, um sistema que, em se propondo universal e integral, deveria ser, se não totalmente, pelo menos prioritariamente público, está absolutamente privatizado em suas ações fundamentais, nos serviços, na força de trabalho, na gerência da sua rede e na sua gestão. Agravando e aprofundando ainda mais as dificuldades, a presidenta Dilma Rousseff sancionou a lei 13.097/2015, que abre o *mercado* da Saúde no Brasil ao capital estrangeiro, ampliando uma concorrência privada que já tem sido totalmente desigual para o SUS; e, a depender dos fatos, ferindo mortalmente qualquer possibilidade de ampliação e consolidação do Sistema. (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2015b) (grifos originais).

Logo que aprovada pela então presidenta Dilma Rousseff, em 19 de janeiro de 2015, a Lei passa a vigorar dando liberdade à ampliação dos campos de atuação do capital estrangeiro na assistência à saúde. Diante de uma profusão de artigos, a lei sanciona medidas desconexas, numa tentativa bem-sucedida de passar às escuras a aprovação de uma mudança na Constituição Federal, realizada sem qualquer tipo de consulta pública.

Deste modo, o governo Dilma Rousseff tratou de dar continuidade a estratégia de conciliar o discurso de apoio à classe trabalhadora, às massas com as ações de caráter liberal, privatistas, retrógradas para as conquistas trabalhistas.

Insta lembrar que no segundo mandato de Dilma, reeleita em 2014, está presente a marca da crise do capitalismo. O momento é atravessado pela pressão do empresariado e das grandes corporações para transportar tanto o seu governo, como o PT para um novo ou mais acirrado modelo à direita. E diante às denúncias de corrupção e ao desaquecimento da economia, viu sua popularidade despencar, parte da população volta às ruas contra o PT e o governo, porém com um viés conservador.

Com base em Mota (2009, p. 61), refletimos a crise instaurada no Brasil, para ponderar a relação entre a burguesia e a crise. A autora salienta

[...] que os impactos das crises apresentam-se diferenciados para os trabalhadores e os capitalistas. Para os capitalistas, trata-se do seu poder ameaçado; para os trabalhadores, da submissão intensificada. Estes últimos são frontalmente penalizados na sua materialidade e subjetividade posto que afetados pelas condições do mercado de trabalho, com o aumento do desemprego, as perdas salariais, o crescimento do exército industrial de reserva e o enfraquecimento das suas lutas e capacidade organizativa.

Posto isto, considera-se que a gestão de Dilma Rousseff foi marcada pelas privatizações, greves, repressões, constantes manifestações e mobilizações, bem como o giro a direita do governo, o aumento do conservadorismo e o retrocesso das políticas públicas e

dos direitos sociais frente à crise do capitalismo, que eclodiu de forma acentuada no momento posterior às eleições de 2014.

Durante o processo de afastamento de Dilma Rousseff e posse de Michel Temer, do MDB, dava-se o procedimento de implementação do desmonte do Estado. Como a proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº 451, de 22 de dezembro de 2014¹⁵, que propõe que empresas de qualquer setor contratem para seus funcionários planos de saúde privados, e o PLS nº 555, de 25 de agosto de 2015, que abre brechas à privatização de empresas públicas e de sociedade mistas, propostas que já visavam mexer com as estruturas da saúde pública mesmo antes de entrar em curso o plano do impeachment.

Estas ações do Estado que reflete sua retração e proteção ao avanço do capital são exemplificadas pela tentativa de entrada de capital estrangeiro no SUS, pelo projeto de Lei (PL) nº 4330, de 26 de outubro de 2004, que permite a terceirização também para as atividades-fim, pela pressão pela adesão dos HU's à EBSEHR e pelo aumento dos contratos por meio do regime de Consolidação das Leis Trabalhistas.

Essas medidas manifestam que

A dinâmica crise-restauração incide nas relações sociais e implica o redirecionamento da intervenção do Estado. Este, por sua vez, redefine seus mecanismos legais e institucionais de regulação da produção material e da gestão da força de trabalho, instituindo renovadas formas de intervenção relativas aos sistemas de proteção social, à legislação trabalhista e sindical, além daquelas diretamente vinculadas à política econômica. Nesse contexto, se redefinem as relações entre Estado, sociedade e mercado, determinando medidas de ajustes econômicos e de reformas e contra-reformas sociais, que continuem garantindo a acumulação capitalista, em conformidade com as particularidades de cada formação profissional. (MOTA, 2009).

Para Mota (2009, p. 74) os resultados políticos da ofensiva das classes dominantes têm sido a fragmentação dos interesses classistas dos trabalhadores. Assim, conforme esta autora o que está em jogo é a capacidade da classe trabalhadora desmontar o projeto e as práticas das classes dominantes ao mesmo tempo em que constroem o seu projeto que negue e supere o projeto atual.

Deste modo, vê-se com a trajetória do PT, do início até sua entrada no governo à frente da Presidência da República, os limites e possibilidades das lutas sociais empreitadas pelos setores à esquerda do país, em disputa com o projeto da elite empresária brasileira. Esta,

¹⁵ De autoria de Eduardo Cunha, deputado pelo PMDB, a PEC 451 foi desarquivada logo no início de seu mandato. A PEC inclui entre os direitos constitucionais de trabalhadores urbanos e rurais um plano privado de assistência à saúde oferecido pelos empregadores. Na justificativa da PEC está o artigo 196 da Constituição, que garante a saúde como direito de todos e dever do Estado, ignorando completamente a existência do SUS.

por sua vez, se mantém no controle político e econômico no país, sendo a grande representante e a maior representada pelo poder do Estado.

Na próxima seção deste TCC, se discutirá o governo de Michel Temer, que implementa de forma explícita as contrarreformas na saúde, aprofundando a mercantilização da saúde. Ademais vislumbra-se o governo Bolsonaro que pressiona as instituições para avançar no desmonte do Estado brasileiro. As medidas de austeridade destes governos sobre os direitos sociais e trabalhistas refletem sobre as condições de vida e trabalho da classe trabalhadora, consagrando tempos de retorno da onda conservadora e reacionária.

2.2 As contrarreformas nos governos Temer e a pressão do governo Bolsonaro para o seu avanço

A conjuntura, descrita acima se agrava no governo ilegítimo de Michel Temer, que a serviço da burguesia brasileira historicamente dependente e associada ao capital internacional chega ao poder frente ao golpe- operacionalizado por integrantes da bancada conservadora do Legislativo, do Judiciário e da mídia- contra a presidenta Dilma Rousseff, em agosto de 2016. Isto revela um novo movimento do campo da política, que procura desfazer as conciliações que flexibilizaram a agenda da direita no passado, para retorná-la em sua postura mais extrema e liberal, sendo uma medida em última instância parte inerente da crise estrutural do capitalismo, iniciada década antes.

Com base em Lombardi (1997) na década de 1970, o excesso de mercadorias, a força produtiva ociosa e a intensificação da competição entre os mercados internacionais, somados a instabilidade do preço do petróleo, desestabiliza a economia global, e como resultado se tem a crescente taxa de desemprego, e por consequência, a queda do padrão de consumo.

O colapso nas economias dos países centrais ocorre em um momento histórico, onde o padrão de acumulação adotado pela indústria pregava a linha de montagem otimizada e cronometrada, com trabalho parcelar e fragmentado, de produção homogênea e padronizada, em série e de massa.

Com a queda da taxa de lucro o método de produção defendido pelos chamados modelos fordista e taylorista chega ao seu esgotamento, tendo corroborado para uma crise de superprodução, agravando ainda mais a conjuntura do cenário econômico (ANDRADE, 2011). Segundo Antunes (2006) são estes elementos que contribuem para a crise do capital

nos anos 1970, culminando num processo de reciclagem do capitalismo que se arrasta até os tempos atuais.

Buscando sua renovação como resposta a crise o capitalismo implementa um amplo processo de reestruturações que é norteado por uma nova abordagem do liberalismo. As medidas político-econômicas propostas pelo projeto neoliberal, portanto, é uma expressão da recuperação do ciclo produtivo do capital. Tendo em vista que a chamada reestruturação produtiva do capital rebate na crise sócio-política no Brasil vale vislumbrar, assim, às suas características.

A reestruturação produtiva tem como uma de suas características a desregulamentação do trabalho ao atingir as formas de contratação, o processo em que se realiza e os direitos dele advindos. Em resposta ao esgotamento do padrão de acumulação sustentado no binômio fordismo/taylorismo, desenvolvem-se modelos mais flexíveis em oposição a linha rígida de produção fordista, mesclando-o a novos modos de produção ou mesmo aposentando-o. Dessa forma, adota-se no mundo um novo regime denominado de toyotismo¹⁶ que, ao ser aplicado, trouxe profundas transformações para o mundo do trabalho, de modo que, se pode afirmar que esta é a mais grave crise já vivida pela classe trabalhadora.

O novo padrão de produtividade e gestão do trabalho tem como base a força de trabalho polivalente, proativa, participativa e cooperativa. Já em relação a produção de mercadorias, o modelo mostra-se enquanto processo ágil e lucrativo e conduzida diretamente pela demanda (ANTUNES, 2006, p. 31-32).

Para alcançar isso visando a efetiva flexibilização do aparato produtivo, é imprescindível a flexibilização dos trabalhadores. Direitos flexíveis, de modo a dispor desta força de trabalho em função direta das necessidades do mercado consumidor. Para tanto busca estruturar-se a partir de um quadro de trabalhadores enxuto, do melhor aproveitamento possível do tempo de produção, da intensificação da exploração do trabalho quer pelo fato de utilizar-se de mecanismos de pressão por produtividade e muito investimento na gerência participativa, quer pelo fato da fragilidade da contratação e do processo de trabalho, utilizando-se de horas extras e contratos temporários (ANTUNES, 2006, p.35-36).

De acordo com Antunes (2006) esse processo trouxe enormes consequências para o mundo do trabalho no que tange o desemprego estrutural; a precarização do trabalho; o

¹⁶ O toyotismo é um regime de produção desenvolvido a partir do modelo de organização do trabalho utilizado pela fábrica japonesa Toyota.

distanciamento crescente dos sindicatos¹⁷ da dimensão crítica dos movimentos sociais classistas, uma vez que passam a atuar por meio de um sindicalismo cooptado e manipulado; e o aprofundamento do estranhamento do homem para com o trabalho, ao ser envolvido ao universo empresarial, o que acaba por resultar na sujeição do ser que trabalha aos princípios da empresa.

O Estado impulsionou a expansão da reestruturação produtiva, ao mesmo tempo em que esta impulsionou as políticas neoliberais. Assim, conforme Antunes (2006) a ascensão da agenda neoliberal tem correlação com as propostas de reorganização das relações de trabalho trazidas para o ocidente pelo modelo de gestão e acumulação toyotista que reestrutura a produção capitalista. O autor também inferi que o risco diante da sintonia entre a lógica neoliberal e o modelo é que tende a um encolhimento ainda maior dos fundos públicos, acarretando maior redução das conquistas sociais (ANTUNES, 2006, p. 39-40). Compreende-se, assim, que ambos encontram um no outro meios para priorizar o mercado em detrimento da classe trabalhadora.

A ofensiva neoliberal e a gradativa reestruturação produtiva do capital somadas a financeirização¹⁸ colaboram para avançar no Brasil práticas e ideologias conservadoras que permeiam todo tecido das relações sociais sob o comando do sistema capitalista, para garantir os seus interesses de classe e reafirmar a condição de dependência dos países periféricos. Para tanto, a constituição do Estado neoliberal é essencial visando, pois destravar a acumulação capitalista, e a favor deste remodelar a forma jurídica, o que rebata na democracia tornando-se o seu principal alvo (MENDES; CARNUT, 2020).

Conclui-se que tendo em vista a manutenção da ordem capitalista as transformações aprofundadas pelo neoliberalismo sobre as condições de vida da classe trabalhadora brasileira seguem o modo de precarização do trabalho postulados pela reestruturação produtiva. E sob tais moldes, o Brasil adentra as décadas seguintes permeado pelo alargamento do projeto privatista, da forte organização da direita liberal e dos ataques aos direitos sociais, criando-se um ambiente político hostil que levará ao golpe da presidenta Dilma Rousseff, dando, assim maior credibilidade a agenda neoliberal.

¹⁷Para Antunes (2006) os sindicatos abandonaram as perspectivas que se inseriam em ações mais globais como as que visavam a emancipação do trabalho, a luta pelo socialismo e pela emancipação do gênero humano, e operaram-se um debate no próprio universo da agenda e do ideário neoliberal.

¹⁸ Para Santos e Silva (2020) a classe dominante tem intensificado seus aparelhos privados de hegemonia para que se canalize recursos públicos para o grande capital financeiro por meio da captura do fundo público, privatização, austeridade fiscal e mudanças na gestão orçamentária das políticas sociais, desse modo, atuar sobre os efeitos de uma propagada crise fiscal.

Uma vez com Temer a frente do governo se agrava a destruição dos direitos sociais e trabalhistas, assumindo à risca o ideário neoliberal, com o processo de privatização estatal, contrarreformas trabalhista¹⁹ e previdenciária²⁰, desfinanciamento das políticas, promulgação da EC 95/2016. Estas ações já vinham sendo executadas por Dilma, porém, são intensificadas por Temer.²¹

Na saúde o discurso da necessidade de redução do SUS inaugura a gestão do ministro da Saúde Ricardo Barros, afirmando que o país não conseguirá sustentar os direitos da Constituição Federal de 1988 como acesso universal à saúde, e será preciso repensá-los, já que não haverá capacidade financeira para isso. O ministro tem como único vínculo com a área da saúde sua conexão com o presidente de uma empresa de planos de assistência médica, o maior doador de sua campanha a deputado federal (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2016).

Deste modo, uma das características do governo Temer é sua articulação efetiva com o setor empresarial de saúde. Evidenciando uma profunda instrumentalização do Estado brasileiro em favor dos interesses do capital da saúde, sem qualquer preocupação em atender os interesses da classe trabalhadora. O compromisso explícito nessa fase da contrarreforma da saúde é com as grandes corporações econômicas privadas da saúde (SOARES, 2018).

No que tange a EC 95, de acordo com Mendes e Carnut (2020) tem como objetivo limitar a expansão dos gastos públicos pelos próximos 20 anos, que na prática destrói a saúde e a educação pública, porém não o fez para as despesas financeiras, mantendo o alto patamar de pagamento dos juros da dívida por parte do governo. Um estudo realizado pelo Ipea informa que a perda de recursos federais destinados ao SUS é estimado em R\$ 654 bilhões de reais, em 20 anos, em um cenário conservador (crescimento do PIB de 2% ao ano). Com estimativa de crescimento maior (3% ao ano), a estimativa chega a R\$ 1 trilhão. Ou seja,

¹⁹ Um dos argumentos em defesa da reforma trabalhista dizia respeito à rigidez das leis trabalhistas como impedimento para o entendimento entre patrões e trabalhadores. Em julho de 2017, a nova legislação é aprovada pelo Senado, ficando estabelecidas novas definições como: convenções e acordos coletivos poderão prevalecer sobre a legislação; ampliação do espectro de trabalhadores que serão expostos à terceirização, e consequentemente à precarização e ao achatamento salarial, aprofundando ainda mais o fosso das desigualdades de classe, de raça/etnia e de gênero na realidade brasileira.

²⁰ A reforma da previdência, em nome da busca em restabelecer “saúde financeira” e para reverter o imenso déficit, realizou mais uma reforma em novembro de 2019. Dentre as diversas regressões firmadas está o aumento da idade mínima para aposentadoria e a redução da pensão por morte, por exemplo, obrigando que os trabalhadores fiquem mais tempo no mercado sendo explorados e que viúvas e viúvos a buscarem complementação de renda. No que tange o discurso do déficit da previdência social, diversos estudiosos, dentre eles Gentil (2006) provavam que a Seguridade Social, sistema do qual a Previdência faz parte, era superavitária.

²¹As propostas de contrarreformas implementadas pelo governo Temer estão embasadas em alguns documentos, divulgados em 2015 e 2016, formulados pelo PMDB para o governo. São eles: Agenda Brasil; Uma ponte para o futuro e Travessia social.

quanto mais a economia brasileira cresce, maior a perda de recursos para a saúde²² (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020, p. 196). Entre 2018 e 2020 foram retirados R\$ 22, 48 bilhões do SUS²³.

Outra medida do governo Temer foi a prorrogação da retirada de recursos das contribuições sociais, prática permitida pela DRU. Originalmente, instituiu-se que 20% das receitas do Orçamento da Seguridade Social fossem retiradas e destinadas ao pagamento de juros da dívida, em respeito à já histórica política do governo federal de manutenção do superávit primário, sob a exigência do capital fictício (MENDES; CARNUT, 2020). A partir da EC 93/2016 houve alteração na alíquota desse mecanismo, passando para 30% o percentual dos recursos que podem ser remanejados, até 2023. Com a elevação do percentual de desvinculação, a subtração de recursos da Seguridade passou de uma média de R\$ 63,4 bilhões, entre 2013 e 2015, para R\$ 99,4 bilhões, em 2016, e R\$ 113 bilhões, em 2017 (ANFIP, 2018, apud MENDES; CARNUT, 2020, p. 25). Em síntese, o significado da DRU ao longo de sua existência, correspondeu a uma perda de recursos para a Seguridade Social, entre 1995 e 2017, de R\$ 980,0 bilhões²⁴ (MENDES; CARNUT, 2020).

Segundo Soares (2020) apesar da resistência do movimento sanitário, a população usuária do SUS tem se mobilizado pouco em defesa do direito a saúde, evidenciando que o conteúdo de negação do direito e reprodução da ideia de inviabilidade do SUS, vem se colocando na ordem do dia pelos setores privados.

Entende-se que no governo Temer todas as áreas foram atingidas por alguma das contrarreformas propostas. Medidas estas que vão de desencontro aos direitos mais básicos, pilares da cidadania, que diz respeito a saúde, a educação, a assistência social e a previdência social.

Atualmente, a intensa precarização das condições de vida e de trabalho e a insatisfação popular saldos de décadas de implementação do projeto neoliberal foram bem capitaneada

²²Nessa perspectiva, o subfinanciamento do SUS passou a ser transformado num processo de desfinanciamento.

²³Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/a-importancia-de-um-sistema-de-saude-publico-e-universal-no-enfrentamento-a>. Acesso realizado em 27/10/2020.

²⁴As renúncias fiscais, na área da saúde também vêm aumentando significativamente no período recente prejudicando que o SUS possa contar com recursos públicos mais elevados. Tais renúncias são referentes ao Imposto de Renda (pessoa física-IRPF e jurídica-IRPJ) que apresenta despesas com serviços de saúde privados e também às concessões fiscais às entidades privadas sem fins lucrativos (hospitais filantrópicos), além das relativas à indústria farmacêutica. O total das renúncias fiscais concedidas à saúde privada vem crescendo de forma considerável, passando de R\$ 8,6 bilhões, em 2003; para R\$ 32,3 bilhões, em 2015 (MENDES; CARNUT, 2020, p.25). Particularmente, no tocante ao montante da renúncia do IRPF e do IRPJ, no mesmo período, passaram de R\$ 3,7 bilhões para R\$ 11,7, bilhões e de R\$ 1,2 bilhões para R\$ 4,5 bilhões, respectivamente. (OCKÉ-REIS, 2018 apud MENDES, 2020, p. 25;). Vale registrar que o histórico esmagamento do financiamento do SUS tem relação com as medidas implementadas no país, por meio do tripé macroeconômico- metas de inflação, superávit primário e câmbio flutuante (MENDES; CARNUT, 2020).

pela extrema direita, sagaz em identificar inimigos entre a própria classe trabalhadora (comunistas, imigrantes, feministas, negros, índios e etc.). O discurso e estímulo de ódio de classe e dos grupos historicamente excluídos mobiliza e legitima o uso da violência para construir as bases de sustentação do avanço de pautas reacionárias e o aprofundamento das relações capitalistas.

A chegada de Bolsonaro a Presidência da República é uma expressão desse cenário, apesar de não ser um representante legítimo da grande burguesia, surgiu como alternativa viável para implementar seu projeto de dominação de classe- que previa o aprofundamento de medidas ultraneoliberais, na linha do governo que o antecedeu. O atual presidente incorporou este projeto para viabilizar sua vitória nas urnas e acrescentou ao receituário, a aversão à ciência, à vida e o fundamentalismo²⁵, munindo o projeto econômico ultraliberal com feições fascistas e irracionalistas.

O presidente da república tem como discurso o aprofundamento das contrarreformas iniciadas no governo Temer e a necessidade de fazer mais com menos recursos, que retira do horizonte um maior aporte de recursos orçamentários para as políticas sociais. Pode-se considerar como três características básicas deste governo: extremo liberalismo econômico; temor das mobilizações; e desprezo pela participação da maioria, ou seja, pela democracia, com ataques às instâncias de participação e controle social.

A gravidade desta conjuntura é acirrada pela pandemia da COVID-19, que torna mais visível as desigualdades sociais²⁶, atingindo diferentemente burgueses e trabalhadores, ricos e pobres, centrais e periféricos. Lembrando que a desigualdade e a concentração de renda, que se intensificam nas atuais formas de acumulação capitalista, resultam de mudanças na esfera da produção, associada à nova hegemonia liberal-financeira, e trazem como consequência o agravamento da “questão social” e suas expressões na vida da classe trabalhadora, que no tempo presente se radicaliza. Pode-se dizer, portanto, que a crise em curso é uma crise capitalista, embora com determinações sanitárias.

Para enfrentar a pandemia a resposta de Bolsonaro se concentrou em dois pontos: na propaganda de medicamentos cuja eficácia ainda não está comprovada, espalhando uma sensação de segurança nas pessoas, que passam a acreditar no possível combate ao vírus; na

²⁵ Além dessas perspectivas o governo Bolsonaro ainda se baseia em mentiras (fake news).

²⁶ O Brasil encontra-se diante de uma sociedade “desigualitária sem remissão” Oliveira (2003, apud YAZBEK; RAICHELIS; SANT’ANA, 2020, p. 208), que no tempo presente radicaliza a “questão social” e amplia estratégias de subalternização.

defesa pelo fim do isolamento social para a continuidade da atividade econômica. No mais, cada família é responsável pelos seus doentes.

Desta forma, o presidente dá uma amostra de desinformação, orientações desencontradas, desrespeito às recomendações de autoridades sanitárias internacionais e nacionais, discussões com os governos estaduais e municipais e por fim tem como estratégia política a altíssima subnotificação dos casos de COVID para sustentar os argumentos que minimizam a gravidade da situação.

Ademais as propostas para responder à crise se centrou nas demandas dos empresários, como o socorro às empresas e a autorização para a demissão e suspensão de contratos com redução salarial. Os bancos também receberam enormes aportes do governo que tem como prioridade retirar direitos trabalhistas. A última tentativa, denominada Carteira Verde Amarela (MP 905/2019), visa reduzir os direitos trabalhistas ao mínimo, foi paralizada pelo Senado Federal, no entanto, o cenário atual indica que deve voltar em breve com outra roupagem.

Por outro lado, pouco oferece de políticas voltadas para a sobrevivência dos que não estão conseguindo garantir o seu sustento. Mas o discurso do presidente, de que as pessoas precisam voltar ao trabalho, ou irão morrer de fome, tem tido um forte apelo popular e a adesão de parcelas da classe trabalhadora, que não veem a possibilidade de sobreviver permanecendo em casa. Ressalta-se que cabe ao Estado prover as condições de vida até o momento em que a saúde das pessoas não estiver mais sob a ameaça da pandemia.

Somando-se a isto a implementação da renda mínima emergencial, significou uma derrota do governo federal pelos partidos de esquerda, que conseguiram aproveitar as tensões entre o Palácio do Planalto e o Congresso e, a duras penas, conseguiram aprová-lo. Contrariado coube ao Executivo retardar seu início ao máximo e criar inúmeras dificuldades para o acesso de beneficiários.

No que concerne os funcionários públicos seguem usados para justificar a falta de recursos e os ataques aos seus direitos estão na pauta do Congresso, embora grande parte destes servidores esteja na linha de frente nas mais diversas áreas de combate à pandemia. Para os que atuam no setor privado, também são apontadas saídas por meio da retirada de direitos trabalhistas sob a justificativa de “defesa do emprego”.

Com o apoio da grande mídia, foi pouco a pouco sendo construído no imaginário social a ideia de que as políticas públicas não funcionam e que isso acontece porque os/as servidores/as públicos/as são “preguiçosos/as”, “privilegiados” e têm estabilidade. Assim

aliado a crise econômica, gerada pela própria lógica do capital de apropriação privada da riqueza socialmente produzida que gera desigualdades e impacta no mundo do trabalho, cria-se o caldo cultural para convencer, em especial quem mais precisa, que os serviços públicos devem ser reformulados²⁷ (CFESS, 2020).

Em resumo, a pauta da austeridade fiscal continua presente nos projetos de extrema direita a qual tende a manter o ritmo, ignorando a conjuntura e o agravamento da crise. Para este grupo, a defesa da vida pode ser relegada para salvar a economia (reprodução do capital) e manter o compromisso com as medidas de ajuste fiscal, protegendo os interesses rentistas.

Na saúde, em meio à pandemia, tem-se um caos na gestão do Ministério da Saúde. Em menos de um mês o ex-ministro Luiz Henrique Mandetta é demitido, embora ligado aos interesses da rede privada e dos planos de saúde, se apropriou de bandeiras da esquerda, sendo alçado à posição de grande defensor do SUS. Em seu lugar assumiu Nelson Teich que numa breve gestão, pediu demissão do cargo, depois de apresentar também divergências com o presidente quanto a importância vital do distanciamento social implementadas em todo o país, a reabertura sem fundamentos de serviços não essenciais, além de divergência quanto ao uso da Cloroquina. Ainda durante a estadia de Teich, cargos estratégicos da pasta são ocupados por integrantes das Forças Armadas. Logo depois do processo de militarização do Ministério o general Eduardo Pazuello é indicado por Bolsonaro para assumir o cargo, se tornando titular definitivo da Saúde. Técnicos e servidores mais antigos da pasta expressaram assombro diante do avanço militar dentro da pasta, uma vez que muitos dos nomeados não têm absolutamente nenhuma experiência histórica na Saúde²⁸.

Em relação, a pandemia de acordo com Gouvêia (2020), o vírus, em si, mesmo que entrasse em contato com seres humanos, provavelmente não teria a mesma letalidade se houvesse sistemas públicos de saúde em condições de contingenciá-lo, sistemas públicos de

²⁷ De acordo, com o CFESS (2020) a resistência à Reforma Administrativa (PEC 32/ 2020) é certamente um dos principais desafios que a categoria tem nesse momento. Primeiro porque a mediação de direitos, elemento central do fazer profissional de assistentes sociais, será absolutamente prejudicada; segundo, porque, como parte da classe trabalhadora, os sujeitos são convocados à mobilização e à organização coletiva.

²⁸ Além da militarização do Ministério da saúde. O Presidente assina o decreto 10.530/ 2020, publicado no dia 27 de setembro, no Diário Oficial que autoriza a equipe econômica a preparar o modelo de privatização para unidades básicas de saúde (UBS). Conforme a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (2020) com a emissão deste mais novo decreto amplia-se o benefício do destrave da acumulação capitalista, reduzindo o direito à saúde e, em especial a atenção básica primária pelo SUS. Sendo significativo que tal decreto tenha sido elaborado de forma enxuta, com a clara intenção de permitir maior flexibilidade para a atuação do setor privado e em total articulação como o Ministério da Economia de Paulo Guedes, que lidera o projeto ultraconservador e ultraliberal do governo. Desta forma, não há dúvidas que o projeto do governo Bolsonaro é intensificar a privatização do SUS, que provoca uma violência exponencial na expropriação da saúde da classe trabalhadora. No entanto, depois da pressão popular o decreto foi logo em seguida revogado.

pesquisa em condições de estudá-lo, sistemas públicos de produção em condições de organizar o acesso aos insumos necessários. As relações de produção atual inviabilizam a priorização da vida no contingenciamento da COVID e explicitam a dimensão ética-estética da crise, ao colocar em xeque os valores desta época histórica, sempre condicionados ao valor de troca como finalidade teleológica sobredeterminante. A reprodução da vida no capitalismo está sobredeterminada pela mercantilização (GOUVÊA, 2020).

Desta maneira, são as próprias relações capitalistas que impedem o rápido desenvolvimento de vacinas e medicamentos e determinam a mercantilização de acesso à saúde. A doença adquire proporções terríveis frente à inexistência de testes, à impossibilidade de isolamento social com condições mínimas de vida, à comorbidade acentuada pela quase inexistência de medicina preventiva, à destruição dos sistemas de saúde públicos e a escassez de leitos, de equipamentos hospitalares, de equipamentos de vigilância sanitária e de equipamento de proteção individual (GOUVÊA, 2020).

Segundo Gouvêa (2020) o próprio contato do SARS-COV-2 com seres humanos está imbricado na contradição entre desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção. Sendo bastante provável que a expansão territorial do capitalismo tenha levado ao contato com vírus presentes em outras espécies e com os quais não teria havido contato em outras circunstâncias.

A relação destrutiva, patriarcal, desenvolvimentista e eurocêntrica com a natureza é especificamente capitalista. Está historicamente determinada, não é 'essencialmente humana'. E pode levar à destruição da maior parte da natureza e inclusive da própria espécie humana (GOUVÊA, 2020, p. 22).

Conclui-se que a situação de calamidade pública torna visível e aguda a crise e expõe a falácia das contrarreformas neoliberais no país. Desta forma, tem-se a importância de acordo com Brettas (2020) de reforçar as pautas históricas da esquerda para denunciar que a austeridade e o corte de gastos nunca foram saída capaz de beneficiar a classe trabalhadora. A conjuntura aponta para a intensificação da disputa sobre o fundo público, cabendo a esquerda desmentir o discurso de que não há recursos financeiros.

Por fim, é ciente que um dos enfrentamentos ao aprofundamento da crise em tempos de COVID-19 passa pelo fim da EC 95, da Desvinculação das Receitas da União, pela taxaço das grandes fortunas, pela suspensão do pagamento da dívida pública, e também, pela recomposição dos quadros de servidores por meio do RJU.

3. A PARTICIPAÇÃO SOCIAL E A SAÚDE

O capítulo tem como objetivo abrir a discussão no que tange o potencial de mobilização que faz-se dos espaços de controle social democrático na saúde e sua contribuição para o fortalecimento político das lutas sociais travadas pelos movimentos sociais que se colocam na luta pela saúde pública. Deste modo, estar organizado em duas seções.

A primeira seção problematiza a concepção de participação social que é empregada neste estudo, a mesma que é defendido pelos movimentos sociais, coletivos, partidos e espaços de controle social que vêm construindo um trabalho de resistência e mobilização social via participação social. Delimita-se aqui também a democracia que estas forças políticas estão buscando alcançar por meio da participação social.

Já a segunda seção trata-se da apresentação de dois destes espaços de controle democrático, não deliberativos, que vem contribuindo na defesa do projeto da Reforma Sanitária e na luta contra os mecanismos e medidas políticas do projeto privatista nos últimos anos no Brasil.

3.1 Uma análise sobre participação social e controle social na saúde

Antes de iniciar a análise proposta faz-se uma reflexão sobre o conceito de democracia que tem relação com a participação social e controle social. Com base em Menezes (2010) a democracia é resultado de um processo histórico e está relacionada à soberania popular, à participação e à igualdade.

Entretanto, existem diversos sentidos e concepções de democracia, dentre as quais se encontra o pensamento concebido pelas tradições liberal e marxista, cabendo compreender que a similaridade do termo não deve ocultar a profunda diversidade de conteúdo nas duas diferentes e antagônicas tradições.

A democracia burguesa é considerada uma vitória dos movimentos organizados da sociedade civil, no entanto, é percebida como uma vitória parcial, uma vez que na sociedade capitalista existe predomínio da classe dominante, havendo um limite interno, pois as principais decisões econômicas são tomadas pelo poder privado. Para Ingraio (1980 apud BRAVO, 2009), a democracia precisa ser ampliada, havendo necessidade de democracia

direta, de base, articulada à democracia representativa para se concretizar a democracia progressiva, ou seja, a democracia de massas.

Coutinho (2000 apud MENEZES, 2010, p. 33) considera, pautado em Gramsci, que a plena democracia - social, econômica e política - só se efetiva no socialismo. Ressalta também, como equívoco a dicotomia entre democracia burguesa (representativa) e democracia proletária (de base).

A verdadeira alternativa é entre uma democracia limitada, uma democracia puramente liberal, elitista e oligárquica, ou uma democracia de massas, consequente, profunda e radical, que incorpore elementos da democracia liberal, mas que vá além deles (COUTINHO, 2000, p. 130 apud MENEZES, 2010, p. 33).

Para Chauí (2000) a democracia liberal declara os direitos universais, mas a sociedade capitalista está estruturada de tal forma que tais direitos não podem ser garantidos para a maioria da população. A democracia não é concreta, é formal. “No capitalismo são imensos os obstáculos à democracia, pois os conflitos de interesses é posto pela exploração de uma classe por outra, mesmo que a ideologia afirme que todos são livres e iguais” (Chauí, 2000). A autora sinaliza que os obstáculos à democracia não inviabilizam a sociedade democrática, pelo contrário, somente nela é capaz de se perceber tais obstáculos e lutar contra eles, nesta direção, são as lutas sociais que transformam a simples declaração de um direito em direito real. Nesta direção, os conselhos de saúde podem ser um dos espaços dessa luta.

É diante dessa realidade que os mecanismos de democracia burguesa precisam ser ampliados e radicalizados, no sentido da construção da hegemonia das classes subalternas. Concorde-se com Dias (1999, p. 75-76) quando afirma que a legalidade, apesar do ocultamento do seu caráter classista, pode e deve, na sua contraditoriedade, ser um espaço de luta, no qual se constroem, ou podem ser construídas as identidades de classe, os projetos de hegemonia. A democracia, mesmo a mais limitada, interessa mais aos trabalhadores do que a ditadura esclarecida do capital. (BRAVO; CORREIA, 2012, p. 132-133).

Posto isto, a expressão controle social, segundo Correia (2004), tem sido utilizada com sentidos diferentes a partir da concepção de Estado e sociedade civil adotada e da interpretação diferenciada da relação entre essas esferas. O controle social tanto é empregado para designar o controle do Estado sobre a sociedade, quanto para designar o controle da sociedade sobre as ações do Estado.

Correia (2004) estuda vários pensadores que discutem a relação Estado-sociedade. Apresenta dois pensadores que se encontram, de forma diferente, com relação à primeira concepção de controle social- Estado controlando a sociedade.

Para a autora, Hobbes defende a submissão dos membros da sociedade, no intuito de garantir a vida, a propriedade e manter a ordem. E Marx, na sua época, observou o domínio político da burguesia sob o Estado, isto é, o Estado tinha o papel de atender aos interesses da classe dominante, estendendo o domínio sobre toda a sociedade. Neste sentido, “o controle social é da classe dominante sobre as instituições estatais e sobre o conjunto da sociedade” (CORREIA, 2004, p. 171).

Quanto à segunda concepção de controle social - controle da sociedade sobre as ações do Estado -, Correia (2004) apresenta outros pensadores que se posicionam de forma diferente.

Locke defende a liberdade do indivíduo, a liberdade de mercado e a não intervenção do Estado. Para a autora, o pensador dentro do primado do liberalismo

defende a subordinação do Estado aos interesses do indivíduo. O controle social é do ‘povo’ sobre o Estado, impondo limites ao poder político no sentido deste não interferir na liberdade da posse individual, ou seja, na liberdade de expansão do poder econômico (CORREIA, 2004, p. 171).

Em Rousseau, conforme Correia (2004) encontra-se as origens do conceito de controle social na perspectiva democrática contemporânea, isto é, a sociedade controlando as ações do Estado, defendendo o interesse público sobre o privado. Nesta perspectiva, Moraes indica que para Rousseau a “vontade geral tem de ser construída com a participação efetiva dos cidadãos, de modo autônomo e solidário, sem delegações que retirem transparência à relação entre ‘soberania’ e ‘governo’ ”(MORAES, 2002, p. 75 apud MENEZES, 2010, p. 42).

Segundo o referencial teórico de Gramsci (apud MENEZES, 2010, p. 42), o Estado é um espaço de disputa entre classes pelo poder. Para Menezes (2010) na concepção de Gramsci, o controle social acontece na disputa entre as classes pela hegemonia na sociedade civil e no Estado. Somente a devida análise da correlação de forças entre aquelas é que vai avaliar para que classe o controle social pende.

Correia (2004) ressalta como desafio atual o controle social das classes subalternas sobre as ações do Estado e sobre o destino dos recursos públicos, para que se criem resistências à redução das políticas sociais, à sua privatização e mercantilização.

O tema controle social tornou-se relevante no país a partir do processo de democratização na década de 80 e, principalmente, com a institucionalização dos mecanismos de participação nas políticas públicas na Constituição de 1988 e nas leis orgânicas posteriores.

Ressalta-se que foi na esteira da luta do movimento da Reforma Sanitária no início da década de 1990, que o controle social foi regulamentado pela Lei 8.080/1990 e, sobretudo pela Lei nº8.142/90, por intermédio das conferências, que têm como objetivo avaliar e propor diretrizes para a política de saúde nas três esferas de governo e por meio dos conselhos.

Um dos mecanismos importantes de controle social são os conselhos de saúde compostos por usuários, gestores, prestadores públicos e privados e trabalhadores de saúde, de caráter permanente, deliberativo e paritário. O objetivo principal do Conselho é discutir, elaborar e fiscalizar a política de saúde em cada esfera de governo (BRAVO, 2006,p. 83)

Segundo Correia (2009) esta participação foi concebida na perspectiva de controle social exercido pelos setores progressistas da sociedade civil sobre as ações do Estado, com o intuito de atender aos interesses da maioria da população, em reverso ao período ditatorial de controle exclusivo do Estado sobre a sociedade cerceando a expressão dessa. Nesta direção, caracteriza-se pela democracia participativa, que tem o objetivo de assegurar os mecanismos de participação da sociedade na formulação, deliberação e fiscalização das políticas públicas, principalmente, diante à luta de classes e o avanço do modelo privatista neoliberal. A autora sinaliza que

a área da saúde foi pioneira neste processo devido à efervescência política no final da década de 70 e à organização do Movimento da Reforma Sanitária, que junto com os movimentos sociais, intelectuais e partidos de esquerda se mobilizaram na luta contra a ditadura com vistas à mudança do modelo médico-assistencial privatista para um Sistema Nacional de Saúde universal, público, participativo, descentralizado e de qualidade (CORREIA, 2009, p. 111).

Conforme Bravo (2006) os conselhos são um dos mecanismos de democratização do poder na perspectiva de estabelecer novas bases de relação Estado-sociedade por meio da inserção de novos sujeitos políticos. Neste contexto, podem ser visualizados como uma inovação na gestão das políticas sociais procurando assegurar que o Estado atue em função da sociedade, no fortalecimento da esfera pública.

Entretanto, na atual conjuntura, estes, sofrem influência do projeto privatista que privilegiam as OSs, as FEDPs e as Organizações Não Governamentais. E por serem espaços de controle institucionalizado são manipulados desde a sua composição, com ingerência política dos gestores, até sua atuação, que se reduz à aprovação de documentos necessários para repasse de recursos. As frentes governamentais inseridas nesses conselhos acabam por ter uma pressão maior no processo deliberativo e inclusive desacatam na prática a lei, pelo não cumprimento, da participação social, na fiscalização, que passou de um status de proibição, no período da ditadura, a um status de obrigatoriedade, assegurado por um arcabouço legal na Constituição de 1988.

É de suma importância que os espaços dos conselhos seja transparente e democrático, para que se possa compreender os efeitos da privatização da saúde e, assim, dos novos modelos de gestão. Evitando que estes espaços sejam excludentes e menos paritários, controlados por conselheiros que passam a atender os interesses privados dos quais se tornam representantes.

As demandas pela ampliação da participação na sociedade civil nas instâncias de discussão das políticas públicas podem estar orientadas, por pontos de vista distintos, dentro de uma perspectiva que envolve tanto aqueles que defendem a privatização dos serviços públicos quanto os que lutam pela expansão da esfera pública, das políticas sociais e da maior responsabilização do Estado na sua implementação.

Nos conselhos se expressa a correlação de forças existente no conjunto da sociedade. Compreende-se que eles não são mecanismos acima da sociedade, nem são instâncias isoladas dos conflitos de interesses, cooptação e disputas da direção da política social articuladas a projetos societários.

Assim há a necessidade de qualificar a expressão controle social, a partir da compreensão da relação entre Estado e sociedade civil pautada em Gramsci, com vistas, a potencializar as lutas sociais no campo da saúde e diante da concepção liberal da sociedade civil. Esta considerada homogênea e portadora de interesses universais, implicando práticas sociais que visam superar os antagonismos de classes, estabelecendo-se negociações e parcerias entre Estado e sociedade para resolver problemas que se apresentam como universais, formando-se relações colaboracionistas baseadas em consensos interclasses (CORREIA, 2009).

Correia (2009, p. 112), para explicar o controle social, pressupõe a concepção de Estado e de Sociedade pautada em Gramsci, dizendo que

É com base na complexificação das relações entre Estado e sociedade, observada na conjuntura de sua época, que Gramsci formula o conceito de Estado, não rompendo com o marxismo, mas considerando as novas configurações do capitalismo neste novo contexto histórico.

De acordo com a autora, em Gramsci não existe uma distinção entre Estado e sociedade civil, mas uma unidade orgânica, e explica como a sociedade é na verdade, parte do Estado. O conceito de sociedade civil em Gramsci tem dimensão política, enquanto espaço de luta de classes.

O autor usa como eixo de análise da realidade o princípio da totalidade, que se desvincula dos princípios do determinismo econômico, do politicismo, do individualismo e do ideologismo, estabelecendo uma articulação dialética entre estrutura e superestrutura, concebendo a realidade como síntese de múltiplas determinações.

Partindo desta articulação, pode-se afirmar que, não existe neutralidade no Estado, “pois a unidade histórica das classes dirigentes acontece no Estado e a história delas é, essencialmente, a história dos grupos de Estados” (GRAMSCI, 2002, p. 139 apud CORREIA, 2009, p. 115).

Assim, a sociedade civil não é homogênea, mas espaço de luta de classes e seus projetos classistas na busca pela hegemonia e pela conquista de poder, isto é, a sociedade civil é um espaço de lutas de interesses contraditórios de disputa de projetos. Correia (2009, p. 116) explica como se dá esta relação quando discorre que

As lutas não são da sociedade civil contra o Estado, mas de setores que representam os interesses do capital e do trabalho (ou de desdobramentos desta contradição, como a exclusão de gênero, etnia, religião, a defesa de direitos, da preservação do meio ambiente, entre outras lutas específicas) na sociedade civil²⁹ e no Estado em busca da hegemonia.

A partir da análise da relação entre Estado e sociedade civil, compreende-se que o controle social não é do Estado ou da Sociedade civil, porém daqueles elementos que compõem a relação entre os dois: as classes sociais. Assim, o controle social acontece na disputa entre essas classes pela hegemonia na sociedade civil e no Estado. Logo o Estado, depende da disputa das classes sociais para se fazer atuante, ou mesmo inexistir. Desta maneira o controle social acontece por mediações diferentes dependendo da classe social que o conduz.

²⁹ De acordo com Correia (2009) a sociedade civil enquanto integrante da totalidade social tem um potencial transformador, pois nela também se processa a organização dos movimentos sociais que representam os interesses das classes subalternadas na busca da direção político-ideológica.

Nesta concepção, conclui-se que o controle social, poderá acontecer via políticas públicas. Desta forma, o controle social, na perspectiva das classes subalternas, envolve a capacidade destas, em luta na sociedade civil, de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos seus interesses, tendo em vista a construção de sua hegemonia. (CORREIA, 2009, p. 116).

Em conformidade com Correia (2005 apud BRAVO, 2012, p. 135) um fator importante no âmbito dos conselhos, para que haja algum controle social na perspectiva dos interesses da classe trabalhadora é a articulação dos segmentos que a compõem em torno de um projeto comum para a sociedade a partir da construção de uma “vontade coletiva”, obtendo desta forma um posicionamento em bloco mais efetivo dentro destes, ampliando seu poder de intervenção.

Nogueira (1997 apud BRAVO, 2006) explicita que a gestão participativa é mais complexa na medida em que implica “perda”, abdicação do poder do centro para as entidades periféricas, do Estado federal para instâncias subnacionais, do espaço da democracia representativa para a democracia direta. No país, cuja estrutura administrativa e cujo processo decisório estão tomados por um jogo federativo em que persiste forte manipulação política dos fundos públicos, esse modelo de gestão representa uma autêntica reviravolta.

Reitera que o controle social é uma possibilidade dentro dos conselhos, a depender da correlação de forças dentro destes, sendo expressão da correlação de forças existente no conjunto da sociedade civil. Desta forma, aponta-se para a necessidade de politização desses espaços e do papel político da participação social, frente à efetivação dos direitos sociais, e a ampliação do setor privado nas áreas denominadas não exclusivas do Estado, como saúde e educação.

Vale determinar que nas últimas décadas identifica-se formas diferenciadas de gestão das políticas sociais, orientadas por projetos societários em confronto- democracia restrita e democracia de massas (BRAVO; MATOS, 2010).

A política de saúde e as políticas sociais, conforme o projeto democracia restrita, hegemônica na atualidade, expressa o projeto ideo-político neoliberal das classes dominantes, buscando atribuir ao mercado a tarefa de regular conflitos de interesses e de satisfazer as demandas sociais. Este projeto tem como principais estratégias: a parceria entre setor público e setor privado; a transformação de instituições públicas em Organizações Sociais; ênfase nos modelos gerenciais; terceirização dos recursos humanos e substituição dos Conselhos Paritários por Conselhos Curadores (BRAVO; MATOS, 2010).

O projeto democracia restrita adota a concepção do Estado mínimo para as questões do social, a restrição dos direitos sociais e políticos e a democracia pautada nos conceitos liberais, na representatividade, no corporativismo e nos grupo de interesse (BRAVO; MATOS, 2010, p. 152).

O projeto democracia de massas defendido pelo movimento da Reforma Sanitária busca a construção de amplos consensos majoritários através da construção de um espaço público em que se combinem hegemonia e pluralismo. Deste modo, é a partir do consenso majoritário que podem ser implementadas profundas reformas estruturais cujo resultado pode abrir caminho para a progressiva construção do socialismo. Este projeto democracia de massas tem como pressupostos: a defesa da cultura do público; a proliferação da participação política organizada das classes subalternas na sociedade civil via movimentos sociais; o sindicalismo combativo; a democratização da gestão; o controle social das políticas públicas, cuja experiência significativa são os Conselhos de Saúde (BRAVO; MATOS, 2010).

O projeto democracia de massas que defende o Estado democrático de direito, a ampliação dos direitos sociais e o alargamento da democracia com ampla participação social, conjugando as instituições parlamentares e os sistemas partidários com uma rede de organizações de base, com destaque para os sindicatos, comissões de fábrica, organizações profissionais e de bairros, movimentos sociais urbanos e rurais, democráticos. Tem como requisitos fundamentais, segundo Netto (1990) a redefinição da democracia política, com ênfase na democratização da relação Estado-sociedade, na introdução do proletariado e seus aliados estratégicos nas atividades de gestão, e a instauração de uma dinâmica societária que permite vincular o “mundo do trabalho” ao “mundo da cultura” (BRAVO; MATOS, 2010, p. 151-152).

Segundo Coutinho (1992 apud BRAVO; MATOS, 2010), esses projetos, explicita como principais características do projeto democracia de massas: elevar a política do nível econômico- corporativo para o ético-político; a existência de partidos fortes/ ideológicos; movimento sindical organizado extrapolando o corporativismo. Com relação ao segundo projeto, o autor denomina-o liberal corporativo e apresenta como características: defesa de interesses corporativos; despolitização da sociedade civil e transferência para o “terceiro setor” as responsabilidades do Estado; sindicalismo apolítico; partidos não ideológicos.

De acordo com Iamamoto (2002) tem-se, de uma lado, um projeto universalista e democrático- do qual a Seguridade Social da Constituição Federal de 1988 é uma expressão- que não é uma ilusão, mas uma possibilidade real, haja visto que tem bases históricas, pois é

sustentado por forças vivas da sociedade. No outro extremo, há um projeto de inspiração neoliberal que subordina os direitos sociais à lógica orçamentária, subvertendo, assim o preceito constitucional.

Desta maneira, esses dois grandes projetos societários têm influenciado as diversas áreas das políticas sociais. Na saúde, tem-se o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Privatista (BRAVO; MATOS, 2010).

O projeto de reforma sanitária, construído na década de 1980, tem como preocupação central assegurar que o Estado atue em função da sociedade, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde. Conforme Bravo e Matos (2010) seus pressupostos básicos são: democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, hierarquização, intersectorialidade, integralidade, participação popular e controle social.

Já o projeto privatista está pautado na política de ajuste neoliberal e tem como principais tendências conforme Bravo e Matos (2010): contenção dos gastos com racionalização da oferta, descentralização com isenção de responsabilidade do poder central, focalização. Entende-se, segundo os autores, que essas medidas visam o estímulo ao seguro privado de saúde, ficando o SUS restrito aos pobres através do pacote mínimo para a saúde. A universalidade é excludente, às avessas, havendo um outro sistema para os consumidores.

As forças progressistas da sociedade que se posicionam na defesa da Reforma Sanitária, logo buscam alcançar a construção dos projetos de democracia de massas. Tendo como concepção de Controle Social defendida aquela em que diferentes sujeitos sociais interferem para a democratização do Estado, na constituição de uma nova relação Estado-sociedade. Esta perspectiva rompe com a concepção clássica de Controle Social, em que o Estado intervém e domina a sociedade. Como sinalizado os conselhos e conferências são alguns dos mecanismos importantes nesta relação.

Em face a contrarreformas e intensa privatização da política de saúde no país têm surgido novos mecanismos de controle democrático no sentido de exercerem pressão social para além do espaço institucional do Estado. Articulando-se a luta por saúde, que tem relação direta com as condições de vida e de trabalho, esses novos mecanismos de participação social, embora não se configurem como espaços de formulação e deliberação das políticas sociais, como os conselhos, ainda assim, são espaços essenciais para o debate e fiscalização das políticas sociais. Deste modo, serão abordados na próxima seção deste trabalho.

3.2 Lutas sociais em defesa da saúde pública e estatal

Como discutido a questão da saúde no país é atravessada por uma tensão histórica entre dois projetos, a saúde como bem público e a saúde como mercadoria, fonte de lucro, tendência hegemônica, dado que existe uma crescente alocação do fundo público da saúde no setor privado.

Desta maneira, o projeto do capital, setor privado, que concebe a saúde como mercadoria, tem atacado seu caráter universal, defendendo a focalização da assistência, a precarização do trabalho e dos serviços e sua privatização, impedindo que o sistema público se concretize em sua plenitude e desmontando o SUS por dentro dele mesmo.

Ressaltando-se que as contrarreformas implementadas a partir da segunda metade de 1990 estão ancoradas na necessidade de limitação das funções do Estado. Este deve desresponsabilizar-se da execução direta das políticas sociais, pois suas funções devem ser de financiar e coordenar as políticas públicas, e não mais executá-las (BRAVO, 2012). Assim, as recomendações das organizações financeiras internacionais para a saúde é para que se fortaleça o setor privado na oferta de serviços de saúde.

Neste contexto, vem se dando um crescente processo de privatização por dentro do SUS, através da participação complementar do setor privado, que na prática é uma complementaridade distorcida. Os recursos públicos da saúde são alocados na rede privada, através de convênios ou compras de serviços privados e pelo repasse da gestão do SUS para entidades privadas, por meio dos “novos modelos de gestão”, e ainda pelo incremento das parcerias público privadas, conforme já explicitado neste trabalho.

Tendo como horizonte defender o SUS universal, público, estatal, sob a administração direta do Estado, e lutar contra a privatização da saúde e pela defesa intransigente da Reforma Sanitária formulada nos anos de 1980, surge, em 2010, a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde composta por diversas identidades, movimentos sociais, fóruns de saúde, centrais sindicais, sindicatos, partidos políticos, entidades do movimento estudantil, projetos universitários e conselhos das profissões³⁰. Este espaço representa, portanto, uma ampla mobilização nacional entre as diversas forças sociais que defendem a saúde pública.

³⁰ Compõem a Frente os seguintes movimentos e entidades: ABEPSS (Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social); AMPASA (Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde); ANDES-SN (Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior); ASFOC-SN (Sindicato dos Trabalhadores da FIOCRUZ); CMP (Central de Movimentos Populares); CFESS (Conselho Federal de Serviço Social); CSP-CONLUTAS (Central Sindical e Popular); Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina, Enfermagem, Farmácia, Serviço Social e Nutrição; FASUBRA (Federação dos Sindicatos dos Trabalhadores das

A referida Frente nasceu da articulação dos fóruns de saúde dos estados de Alagoas, Paraná, Rio de Janeiro, São Paulo e do município de Londrina. De acordo com Bravo (2012), esses fóruns e a Frente Nacional contra a Privatização têm como caminho estratégico conduzir uma ruptura com as bases privadas do setor saúde vigente, que é o mesmo do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira nos anos 1980, pressupostos que se opõem à regulação da saúde pelo mercado e a defesa da saúde pública e estatal.

A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde e os fóruns da saúde existentes em diversos estados e municípios³¹ têm se constituído como espaços de controle democrático de caráter suprapartidário e anticapitalista, em forças políticas que atuam na busca pela união da esquerda e pela consolidação das lutas sociais no contexto da luta de classes.

Isto não significa que os espaços dos conselhos e conferências devam ser excluídos como espaços de disputas de propostas para dar a direção da política de saúde como indica Bravo (2012). Mas podem ser tensionados e ocupados pelos próprios fóruns de saúde e movimentos sociais, como estratégia, na luta por um projeto de classe.

A perspectiva da Frente é fortalecer as lutas contra a privatização nos estados e municípios, articulando e aprofundando-as em nível nacional. Os fóruns também têm se posicionado em defesa da qualidade dos serviços prestados pelo SUS, e reafirmando o caráter público e estatal da saúde. Para Bravo (2012, p. 138) estes

têm um grande desafio na construção de uma nova hegemonia no campo da saúde que reafirme o caráter público e estatal da saúde e o seu valor de uso, resistindo ao seu uso como mercadoria e fonte de lucro, perante a força dos aparelhos privados de hegemonia a serviço da reprodução dos valores e concepções de mundo da classe dominante que naturaliza as desigualdades sociais, despolitiza as expressões da questão social e criminaliza as reações dos movimentos sociais à devastadora destruição dos direitos sociais.

Segundo esta autora o conhecimento dessa realidade poderá servir como base para compreender “os elementos da sociedade civil que correspondem aos sistemas de defesa na

Universidades Públicas Brasileiras); FENASPS (Federação Nacional dos Sindicatos de Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social); FENTAS (Fórum das Entidades Nacionais de Trabalhadores da Área da Saúde); Fórum Nacional de Residentes; Frente Nacional de Drogas e Direitos Humanos; Frente Independente Popular (FIP); Intersindical (Instrumento de Luta e Organização da Classe Trabalhadora); MST (Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra); MTST (Movimentos dos Trabalhadores Sem Teto); os Fóruns Estaduais de Saúde (Rio de Janeiro, Alagoas, São Paulo, Paraná, Minas Gerais, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Espírito Santo, Bahia, Pernambuco, Sergipe, Paraíba, Ceará, Rio Grande do Norte, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Goiás, Pará, Tocantins e Distrito Federal) e os Fóruns Municipais (Londrina-PR, Duque de Caxias-RJ, Niterói-RJ, São Paulo/SP, Campinas-SP, Sorocaba-SP, Mossoró-RN, Campina Grande-PB, Palmeira dos Índios-AL, Joinville-SC e Uberaba-MG); os setoriais e/ou núcleos dos partidos políticos (PSOL, PCB, PSTU), alguns militantes da Consulta Popular, PT, PDT e PC do B e projetos universitários.

³¹ A partir de 2011, foram ampliando Fóruns em diversos Estados Brasileiros. Atualmente, conta-se com vinte Fóruns Estaduais e no Distrito Federal e onze municipais.

guerra de posição” Gramsci (2000, p.89 apud GUERRA, 2012 p. 141) considerando o seu potencial transformador, pela presença das classes subalternas, e os limites a ele impostos pela voracidade do capital na atual conjuntura.

No que tange o Fórum de Saúde do Rio de Janeiro têm se apresentado como um espaço de discussão, e de formulação de propostas, que visa construir uma unidade de ação coletiva, uma frente pela superação do modo de vida capitalista na defesa dos princípios da Reforma Sanitária e do SUS público, estatal e de qualidade.

Nesta direção tem se tornado um espaço de militância, debate e denúncia que permite a articulação entre partidos políticos, sindicatos, representantes de Conselhos Municipais de Saúde e do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, movimentos de trabalhadores da saúde, movimentos populares, além de projetos universitários, movimentos estudantis, associações de moradores, dentre outros³². Tem como proposta organizar e planejar estratégias para a resistência contra as políticas de cunho neoliberal contrárias à perspectiva do direito, constituindo assim, um movimento contra hegemônico, do mesmo modo que a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde³³.

Suas principais pautas e frente de ação giram em torno da questão da precarização da saúde, da precarização do trabalho, das terceirizações, da restrição dos direitos sociais, do desmonte dos serviços públicos, da privatização das políticas públicas, em especial da privatização da saúde no Rio de Janeiro, da repressão política, sobretudo, do Estado, da criminalização das lutas dos movimentos sociais e perseguição política, dos gastos excessivos

³²Entre essas entidades que compõem o Fórum de Saúde, cabe destacar: os partidos políticos de esquerda, como o PSOL (Partido Socialismo e Liberdade), PCB (Partido Comunista Brasileiro), PSTU (Partido Socialista dos Trabalhadores Unificado); alguns sindicatos, como o dos médicos, o SINDSPREV/RJ (Sindicato dos Trabalhadores da Saúde, Trabalho e Previdência Social do Estado do Rio de Janeiro), a ASFOC-SN (Sindicato dos Trabalhadores da FIOCRUZ), a oposição sindical a ASFOC (ASFOC de Luta), o ANDES-SN (Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior); as Associações Docentes (ADUFRJ e ASDUERJ); centrais sindicais, como a CSP-CONLUTAS; representações estudantis, como a DENEM (Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina), o Centro Acadêmico de Medicina da UERJ, o Centro Acadêmico de Serviço Social da UERJ, o DCE (Diretório Central de Estudantes) da UFRJ, entre outros; conselhos profissionais, como o CRESS/RJ (Conselho Regional de Serviço Social do Rio de Janeiro); alguns movimentos sociais, como o MST (Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra), o MUDI (Movimento dos Moradores e Usuários em Defesa do IASERJ), o Movimento da Luta Antimanicomial, a Frente de Drogas e Direitos Humanos e a Frente Independente Popular (FIP), entre outros; bem como alguns mandatos parlamentares. É importante ressaltar também a participação do Projeto Políticas Públicas da UERJ.

³³ Na perspectiva gramsciana movimento contra-hegemônico se refere a uma direção ético-política que envolve argumentações e interpretações convincentes acerca da realidade social. Toda revolução foi precedida por um intenso e continuado trabalho de crítica, de penetração cultural, de impregnação de ideias em agregados de homens que eram inicialmente refratários e que só pensavam em resolver por si mesmos, dia a dia, hora a hora, seus próprios problemas econômicos e políticos, sem vínculos de solidariedade com os que se encontravam na mesma situação (MORAES, 2010, p. 56). Para o autor esta citação se refere a um trabalho de disputa de consciência que reflete na capacidade de criticar, nos valores e nas formas de agir. Ou seja, a construção gradual de uma nova cultura que proporcione os trabalhadores a se reconhecerem como classe.

do orçamento público e subfinanciamento da rede de serviços e da unificação das lutas da esquerda.

O Fórum de Saúde do Rio de Janeiro foi criado para intervir no processo de tramitação do PLC nº 92, de 13 de julho de 2007, que autorizava a criação de Fundações Estatais de Direito Privado na saúde, para gerir vinte e quatro hospitais. Esse PLC foi aprovado na forma da Lei nº 5.164, de 17 de dezembro de 2007. Mesmo após a sanção da lei o espaço se manteve buscando a participação de outros movimentos sociais, principalmente nas áreas futuramente afetadas por aquela, provando o seu compromisso com a luta contra a privatização da saúde e o seu constante crescimento.

Assim, este Fórum diante da redução do espaço público e expropriação dos direitos sociais vem se inserindo em diversos espaços de resistência, articulando-se com outros sujeitos políticos individuais e coletivos, comprometidos com o Projeto da Reforma Sanitária e críticos à sua flexibilização, afim de enfrentar o desmonte da saúde, objetivando garantir políticas públicas que viabilizem a cidadania efetiva da população. Para tanto, busca incitar a mobilização popular e a necessária unificação da esquerda para a construção de um projeto antiprivatista que enfrente o projeto de mercantilização da saúde, dando a direção para a luta pela cidadania plena e a superação do modo de vida capitalista.

O Fórum de Saúde do Rio de Janeiro e a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde para o enfrentamento de medidas contrarreformistas do projeto privatistas neoliberal e defesa da estatização da saúde, sobretudo em uma conjuntura de forças conservadoras e repressivas na liderança do governo, historicamente conhecidas como cerceadoras de direitos e antidemocráticas. Têm se colocado de forma articulada dentro do campo jurídico, parlamentar, no conjunto da sociedade, nas ruas, no controle democrático do controle social, no âmbito da formação, nos meios de comunicação/opinião pública, no trabalho de base (MENEZES, 2016, p. 182).

A atuação dos Fóruns de Saúde e da Frente Nacional sobre o avanço privatista é feita por meio de propostas de ações civis públicas, elaborações de moções, organização e participação ativa em atos públicos, audiências públicas, inserção em Conselhos de saúde e Conferências Nacionais de Saúde, e mesmo pela pressão política durante sessões de votação de projetos de lei decisivos.

No que tange a formação política faz parte da estratégia de ação em torno da saúde pública a realização de cursos de atualização, mesa de debates, assessoria, suporte a pesquisas, trabalho de extensão, organização e participação de seminários. A articulação de

intelectuais para a produção de artigos referente a temas da privatização é outra iniciativa importante neste campo de atuação.

As lutas também têm se dado através da publicização e democratização da informação, produzindo matérias, como notas, dossiês, panfletos e cartas, tendo em vista a formação da opinião pública acerca das questões que envolvem o sucateamento da saúde pública, suas causas e sujeitos responsáveis. Ao publicizarem as informações para os meios de comunicação procuram instrumentalizar os diversos movimentos sociais e espaços de controle social, teoricamente, politicamente e juridicamente. Além de legitimar a sua posição para a sociedade.

As notas são frequentemente utilizadas como ferramenta para servir de respostas e denúncias às ameaças a saúde pública, estatal, universal e de qualidade, a exemplo da manifestação da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde (2015) em resposta ao PLS nº 259, de 16 de junho de 2009, de autoria do Flexa Ribeiro, senador pelo PSDB do Pará, que “altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, com o intuito de permitir a entrada de capital estrangeiro e a participação de empresa na assistência à saúde”.

[...] antes mesmo de o projeto tramitar nas comissões restantes, o assunto foi acrescentado à MP 656/2014, que inicialmente só tratava de registro de imóveis públicos, crédito imobiliário e prorrogação de alguns incentivos tributários. O texto foi alterado na comissão mista e acrescido de outros 32 temas, como por exemplo, a cessão de servidores federais ao serviço social autônomo, a permissão ao Legislativo e ao Judiciário para realizar Parcerias Público-Privadas (PPP), refinanciamento de dívidas de clubes de futebol, autorização para a construção de um aeroporto privado e a redução de impostos para armas, além da abertura da saúde para o capital estrangeiro. A MP foi aprovada no dia 17 de dezembro de 2014, e segue para sanção presidencial.

Outra resposta em nota da Frente, diz respeito a PEC nº 358, de 28 de novembro de 2013, transformada na EC nº 86, de 17 de março de 2015. Esta PEC altera o art. 198 da Constituição Federal, o qual dispõe das normas de cálculo do orçamento mínimo anual da União para as ações e serviços públicos de saúde, propondo uma nova forma de calcular o orçamento da saúde, de forma a reduzir na prática o financiamento da saúde em contrapartida à retirada do financiamento da saúde.

A Emenda Constitucional 86/15, recentemente aprovada, conhecida como a do *orçamento impositivo*, limita drasticamente o orçamento destinado ao SUS, bem como transfere parte considerável desses recursos para emendas parlamentares historicamente fisiologistas e dessintonizadas com as reais necessidades dos locais para onde são destinadas e à revelia da participação dos conselhos de saúde. (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2015b, grifos originais).

A pressão que os movimentos de esquerda e demais sujeitos políticos têm enfrentado, no entanto, os obriga a repensar e reforçar suas abordagens, para o enfrentamento contra o projeto privatista postos pelas instâncias governamentais e da política brasileira. Para tanto, faz-se necessária a ocupação destes lugares de luta por todas as categorias profissionais e áreas de conhecimento, com o objetivo de se desvelar, cada vez mais, os mecanismos e artifícios do capital no aparelho do Estado. Ressalta-se que este desvelamento precisa ser realizado em conjunto com a construção de estratégias e direcionamento de ações que intervenham diretamente sobre seus efeitos.

É o envolvimento e a responsabilidade com a construção cotidiana do SUS que confere autoridade à sua militância para fazer este movimento, expondo corajosamente os problemas encontrados como estratégia para seu enfrentamento e superação, entendendo o silêncio diante destas situações como grave ato de omissão e de irresponsabilidade que apenas contribuiria para o aprofundamento e perpetuação das mesmas. (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE 2015).

Em suma, compreende-se acerca destes dois espaços contra hegemônicos no exercício do controle social, a convergência de princípios desses com as bandeiras de luta do Serviço Social brasileiro. A inserção nestes e em outros mecanismos democráticos de participação social capazes de provocar a exposição das manobras políticas gestadas no seio do bloco neoliberal é de suma importância.

Nesta direção, torna-se imperativo que trabalhadores e entidades do Serviço Social ocupe e fortaleça estes espaços para que possa contribuir na construção da democratização de massas. Projeto político este que conduz a categoria em direção a materialização do projeto profissional do Serviço Social.

4. SERVIÇO SOCIAL E PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA SAÚDE

Este capítulo tem como objetivo fazer um apanhado da passagem do Serviço Social pela história no âmbito da saúde, assim como a contribuição da categoria ao debate do controle social democrático neste setor. Desta forma, está dividido em três seções, a primeira revisita a trajetória do Serviço Social na saúde, resgatando importantes transformações, questionamentos e avanços da categoria que rumaram para a forma como a mesma trabalha o exercício profissional e sua concepção de saúde na atualidade.

Já a segunda transcorre sobre o aspecto teórico-metodológico do Serviço Social que norteia a sua formação e o seu exercício profissional, visando buscar compreender a

totalidade da realidade social- essenciais para decifrar a questão social- frente as relações sociais que estão progressivamente, se coisificando. Esta seção, ainda, discorre sobre alguns questionamentos da inserção do Serviço Social na área da saúde. No que concerne a última seção, procura-se debater sobre a contribuição do Serviço Social nas instâncias públicas de controle democrático, com ênfase para os conselhos de políticas e de direitos, para tanto é necessário refletir sobre a atuação profissional na perspectiva de assessoria aos conselhos ou a alguns de seus segmentos (usuários, trabalhadores e poder público), caracterizando a inserção dos assistentes sociais nesses espaços enquanto um novo espaço sócio-ocupacional.

4.1 Aspectos históricos do Serviço Social na Saúde

O Serviço Social na saúde se amplia em meados da década de 1940, uma vez que o próprio setor passa por um período de expansão, absorvendo de igual forma demais profissionais. E ainda hoje é o campo de maior atuação do Serviço Social.

Naquela época o conceito de saúde era determinado por aspectos biopsicossociais e os assistentes sociais eram requisitados a intervir de forma normativa no modo de vida das pessoas, com relação aos hábitos de higiene e saúde por meio de abordagens educativas (BRAVO E MATOS, 2006). Ressalta-se aqui, que a profissão era marcada por sua roupagem mais conservadora e assistencialista.

Na década de 1950, os profissionais priorizaram sua ação nos atendimentos de natureza hospitalar e ambulatorial, de caráter individualista, centrados na doença. Apesar da existência de Centros de Saúde desde a década de 1920, focados na educação sanitária por meio de educadores de higiene, os assistentes sociais não fizeram parte destes espaços até a década de 1970. De acordo com Bravo e Matos (2006), provavelmente pela exigência do momento de que sua concentração na área da assistência médica hospitalar fazia parte das demandas profissionais da saúde desta época, acompanhada pela orientação teórico-metodológica da profissão neste período, pautada no Serviço Social de Caso³⁴, e tais demandas eram referentes a concessões de benefícios, bem como a concentração de profissionais na assistência médica previdenciária.

Na segunda metade da década, por consequência do quadro econômico e social do período, o modelo de intervenção teórico-ideológico proposto pelo Desenvolvimento de

³⁴ O Serviço Social de Caso é um método de intervenção admitido pelo Serviço Social brasileiro como influência da escola americana, por volta da década de 1940. A metodologia em questão busca desenvolver a personalidade do indivíduo através do conceito de ajustamento, adequação, ao meio social (ANDRADE, 2008, p. 280).

Comunidade (DC), passa a ter maior repercussão na prática profissional da categoria, em função de sua inserção em equipes multiprofissionais e das demandas decorrentes das diferentes expressões da questão social que, extrapolavam as práticas individuais e grupais assumidas pelo Serviço Social de Caso e de Grupo³⁵.

O Serviço Social brasileiro nasce e se desenvolve nos marcos do pensamento conservador, primeiramente desvinculado de métodos e concepções teóricas, com a influência europeia (franco-belga), e depois engajado com métodos que não negavam a manutenção de suas raízes missionárias, com a influência da sociologia conservadora (norte-americana) (IAMAMOTO, 2004).

Conforme Iamamoto (2004) o projeto norteador da ação profissional e a matriz analítica da sociedade capitalista na época se assentou na noção de comunidade- relações de alta intimidade pessoal, compromisso moral e coesão social (NIESBET, 1969 apud Iamamoto, 2004), o qual é vastamente trabalhada pela teoria sociológica, perpassando as influências do Serviço Social e, então, o seu próprio desenvolvimento. Deste modo, o trabalho profissional orientava-se sobre bases conservadoras, missionárias, determinada pela moral, e pela ideia de comunidade. A intervenção se dava por meio da individualização das expressões da questão social em casos e buscando “[...] na história familiar os elementos explicativos de comportamentos individuais *anômalos* ou *desviantes* de um padrão tido como *normal*. (IAMAMOTO, 2004, p. 29, grifos originais).

Estas orientações se estenderam ao longo das primeiras décadas do Serviço Social no Brasil, perpassando pelos supramencionados Serviço Social de Caso e Serviço Social de Grupo, os quais amplamente aceitos e aplicados na década de 40, até o DC. Este majotariamente adotado mais posteriormente.

O Serviço Social diante da necessidade de profissionalização e então assalariamento, passa a se transformar em uma das engrenagens de execução da política social do Estado e de setores empresarias - como instituições assistenciais e previdenciárias- em resposta a um momento de grande expansão do proletariado urbano, e do modelo de Estado corporativista. Neste processo de institucionalização, a profissão passa a ser crescentemente incorporada aos programas que concretizam as políticas sociais do desenvolvimentismo, ideologia dominante após a Segunda Guerra mundial, e em curso desde a década de 1940 no país.

³⁵Compreendida também como uma abordagem norteadora pelo positivismo, alienando e individualizando o sujeito das condições de vida e trabalho em relação a estrutura social a qual está submetido, o Serviço Social de Grupo trabalha sobre a personalidade – e os desajustes – por meio da abordagem em grupo, na intenção de se aumentar seu funcionamento social (KONOPKA, 1979, p. 33).

A ideologia desenvolvimentista é denominada como um processo político-econômico e cultural, fundado na teoria da modernização, no período que foram intensificadas as estratégias expansionistas do capitalismo monopolista, liderada pelo imperialismo econômico dos Estados Unidos, contando com a participação e submissão dos governos nacionais de muitos países da América Latina, os quais foram instigados pelos defensores e aliados do imperialismo americano na corrente de disputa ideológica da Guerra Fria.

A ideologia em questão pode ser definida como a busca pela expansão econômica, no qual se deve superar o atraso e o subdesenvolvimento, para tanto, seria necessário que o Brasil se integrasse a expansão do próprio capitalismo, propagando que os resultados do progresso econômico seriam para o conjunto da sociedade. Desta maneira, a ideologia desenvolvimentista se constituiria em objeto de toda a população e esta teria que mobilizar-se para o desenvolvimento, sendo este, portanto, um ponto que uniria o Estado e a população, a fim de estabelecer seu desenvolvimento econômico e social.

Neste cenário, é importante destacar que a recém-criada Organização das Nações Unidas (ONU) teve um papel importante na divulgação e sistematização dos programas de assistência técnica aos países periféricos, tendo como estratégia de “ajuda” a estes países a retomada e atualizada proposta metodológica do DC como modalidade de intervenção. Logo é neste cenário e conforme os parâmetros deste programa que o Serviço Social é chamado a agir.

O modelo de DC permitiu a abertura a um panorama macrossocial das problemáticas- apesar de sua abordagem acrítica e mistificadora dos processos sociais- o que direcionou a categoria a novas avaliações sobre a prática profissional tradicional. À época a forma de intervenção considerada mais adequada com as demandas da questão social, o modelo trouxe para os assistentes sociais novas expectativas profissionais, que passou a investir-se na condição enquanto *agente de mudança*, com o objetivo de sua legitimização profissional, e não mais como um mero *apóstolo* (CASTRO, 1984 apud NETTO, 2005). Pode-se afirmar que os projetos profissionais conformados pelo Serviço Social eram na essência conservadores e tradicionais, no entanto, a partir do início da década de 1960, o afastamento da categoria dos moldes tradicionais é de forma clara, ainda que em sua fase gradual, trazendo como questionamentos a sua competência para atender às necessidades da época, a fragilidade da formação profissional e a posição de subalternidade atribuída aos assistentes sociais.

De acordo, com Ortiz (2007) a insatisfação dos assistentes sociais diante do contexto social, político e econômico na década de 60 se inicia a partir das intervenções com a

comunidade, nas quais trouxeram componentes que auxiliaram a pensar a intervenção profissional e o significado dela. Acerca desta questão os questionamentos renderam abordagens diferenciadas dentro do modelo DC, algumas marcadas por representações tradicionais, enquanto outras trouxeram elementos críticos, que auxiliaram a repensar a profissão. Conforme Netto (2005), as correntes profissionais que se derivam do DC são três: uma se voltou para a intervenção do DC, mantendo a base tradicional de suas representações e procedimentos; outra utiliza o modelo a partir de uma perspectiva macrosocietária, na expectativa de chegar a mudanças socioeconômicas estruturais, mas estas ficavam restritas a ordem capitalista; e a terceira entendeu o DC como meio de mudanças sociais substantivas, conectadas a libertação social da classe dominada.

Na história da profissão esta passagem indica os primeiros indícios da erosão do Serviço Social tradicional. Inferi-se por Serviço Social Tradicional aquele que apresentando em suas formas mais conservadoras que se engendrava pelos aspectos sociais, morais e intelectuais das famílias para fazer a hierarquização dos riscos que obedece a uma classificação baseada numa escala de tipos de desajustamentos biopsicossociais dos ditos normais, que estigmatiza e rotula a população, para assim desenvolver estratégias de intervenção, com a intenção de adequá-los às normas da sociedade (IAMAMOTO, 2004). Não obstante das novas formas de abordagem neste momento histórico estejam negando tais estratégias de intervenção, considera-se fundamental que ainda havia uma grande distância entre sua negação das formas tradicionais e qualquer negação concreta da estrutura capitalista e seus efeitos.

De qualquer forma o desenrolar destas abordagens é abafada pelo golpe militar de 1964, acabando por interromper o movimento de debates gerados pelas vertentes plurais derivadas do Desenvolvimento de comunidade. Ressalta-se, entretanto, que as correntes do DC não foram interrompidas neste processo, visto que, o seu enquadramento político-ideológico, bem como operativo mostrava-se compatíveis com o regime militar. O governo e o grande capital conforme a ditadura Civil-Militar se instaurava no país promovia uma perspectiva modernizadora que ganhou espaço hegemônico na categoria. Esta perspectiva tinha como estratégia conformar a prática profissional às exigências das políticas de desenvolvimento, como o controle e a repressão da classe trabalhadora, para este objetivo foi necessário aperfeiçoar o instrumental operativo, com metodologias de ação, na busca de padrões de eficiência, na sofisticação dos modelos de análise, diagnósticos e planejamento (IAMAMOTO, 2004, p. 32).

A categoria promovida e tutelada pelo regime militar se afasta dos moldes tradicionais da profissão, tão somente por meio de uma perspectiva de influência estrutural-funcionalista³⁶, voltada para maior tecnicidade, usando desta como agente integrador do desenvolvimento coletivo. O Serviço Social na saúde vai receber essa influência que foi incorporada ao exercício profissional junto às políticas sociais do período, sedimentando, deste modo, sua ação na burocratização das atividades e na prática curativa, principalmente na assistência médica previdenciária.

No que tange a dimensão política, os profissionais também estavam orientados pela perspectiva modernizadora, não havendo até aquele momento significativa intenção de ruptura com esta direção. De acordo, com Netto (2005) com este contexto, a renovação do Serviço Social instaurada pelo regime civil-militar mantém uma complexa relação com o quadro anterior da profissão, não apresentando polêmicas de relevo.

A partir de 1965 surge na América Latina ao que se denominou movimento de reconceituação do Serviço Social. Assumindo varias formas, reflete a resposta dos profissionais comprometidos com a renovação da profissão em face a manifestação da questão social, ao fracasso do DC, ao padrão de desenvolvimento capitalista excludente, e os projetos ditatoriais instaurados em grande parte da America latina. Tendo em vista que o desenvolvimentismo se mostrava ineficaz diante de seu desenvolvimento econômico com justiça social, em verdade, o que se observa é a forte presença de capital estrangeiro no país, absorvidos pela industria brasileira. O objetivo primeiro, de providenciar a construção de uma indústria nacional forte e autônoma não se concretizou (BARBOSA DA SILVA; TABOSA DA SILVA; SOUZA JUNIOR, 2016).

Deste modo, levando-se em conta que a ideologia desenvolvimentista e o modelo do método DC se mostravam insuficientes, uma parcela da categoria, já apresentando um crescente descontentamento, assim como críticas e pretensões revisionais em relação a profissão acompanha as proposições do movimento, objetivando pensar sua renovação.

Pode-se afirmar que o movimento de reconceituação é parte integrante do processo internacional de erosão do Serviço Social tradicional, e indicado como um dos marcos decisivo para o desencadeamento do processo de revisão crítica do Serviço Social na America Latina, sendo que o movimento foi considerado heterogêneo por mostrar em seu interior diversas correntes de pensamento nos países onde se fez presente. Este movimento tinha como um de seus questionamentos a condição e a posição dos países latino-americanos no

³⁶No que tange a concepção estrutural-funcionalista, as ações sociais determinam a funcionalidade da sociedade e o conjunto de funções / papéis exercidas pelos sujeitos nesta sociedade determina sua estrutura.

contexto da dominação burguesa, que se vinham diante de ditaduras, que visavam projetos de modernização conservadora em suas economias locais. O momento histórico brasileiro, com a instauração da contrarreforma do Estado imposta pela Ditadura Civil- Militar, conferiu na experiência da reconceituação no Brasil características distintas dos demais países, pois foram atravessadas pelas limitações repressoras que minou a participação da população no processo.

Desta efervescência originam-se contestações no que diz respeito a estrutura social como um todo; as instituições governamentais, uma vez que são vistas como antidemocráticas e antinacionais; aos processos de intervenção e seus resultados, e estas acabam por se instaurar dentro do âmbito profissional. Conforme o Serviço Social vai rompendo com suas práticas antigas, passa a propor formas de intervenção e um aprofundamento teórico ao estudo sobre a sociedade e sobre o capitalismo. É a partir dessa condição que o Serviço Social brasileiro é marcado por um amplo debate submetido a tratamentos teórico- metodológico e prático-político distinto, que irão estabelecer como se daria o exercício profissional em seus valores, modo de pensar, fazer etc. Assim, entra em curso o processo de Renovação do Serviço Social, desenvolvido desde então até a década de 1980 em que se conformaram novos projetos profissionais. Netto (2005) aponta três tendências sobressalentes no processo de Renovação do Serviço Social: a *modernização conservadora*, de corrente funcionalista; a *reatualização do conservadorismo*, de corrente fenomenológica, e a *intenção de ruptura*.

A primeira perspectiva que Netto (2005) aborda é a *modernização conservadora*, esta se esforça para direcionar as práticas profissionais a um caráter mais técnico e científico, inclusive excedendo em seu aspecto burocrático, no entanto, não rompe com os antigos valores e concepções tradicionais, aqui legitimados e justificados pelo caráter científico de suas elaborações teórico-metodológicas. Ademais se caracteriza pelo discurso predominantemente articulado ao processo de desenvolvimento, assim como procura adequar a profissão à ordem sociopolítica vigente, a autocracia burguesa, de modo a se instrumentalizar para melhor responder suas demandas, adquirindo então um perfil tecnocrático.

A tendência denominada de reatualização do conservadorismo ganha seu espaço, em meados da década de 1970, diante da crise da ditadura civil-militar e o conseqüente enfraquecimento da perspectiva modernizadora. Esta perspectiva retoma a vinculação com a doutrina social da Igreja católica, avessa ao movimento de laicização e relutante às reformas anteriores de aspecto técnico e modernizador. Conforme Netto (2005) a perspectiva se faz legatária das características que conferiram à profissão o traço microscópico da intervenção

profissional e a subordinação a uma visão de mundo católicas, embora os revista por um caráter moderno e sofisticado. Nela recusa-se tanto as produções de tradição positivista, quanto as vinculadas ao pensamento crítico-dialético³⁷, instituindo a reatualização do conservadorismo através da teoria fenomenológica. Assim a leitura da realidade e das questões próprias da sociedade capitalista é firmada pela via da subjetividade, dando ênfase à personalidade e à realidade psíquica do sujeito, em oposição a análise rigorosa e crítica das realidades macrosocietárias.

A tendência chamada por Netto (2005) *de intenção de ruptura*, desenvolvida também na década de 1970. Diferentemente das anteriores, é a perspectiva que se propõe a uma crítica sistemática do Serviço Social tradicional em seus suportes teóricos, metodológicos e principalmente ideológicos- o que a faz se distanciar das demais que a precederam. Deste modo, a perspectiva de acordo com Netto (2005, p. 248, grifos originais) colidia com a ordem autocrática no

plano teórico-cultural (os referenciais de que se socorria negavam as legitimações da autocracia), no plano profissional (os objetivos que se propunha chocavam-se com o perfil do assistente social requisitado pela “modernização conservadora”) e no plano político (suas concepções de participação social e cidadania, bem como suas projeções societárias, batiam contra a institucionalidade da ditadura). O fato central é que a perspectiva da intenção de ruptura, em qualquer das suas formulações, possuiu sempre um ineliminável *caráter de oposição* em face da autocracia burguesa [...].

O distanciamento do tradicionalismo profissional desta vertente, rompe-se com a tradição positivista que dava respaldo à metodologia do pensamento conservador e com as formas de intervenção social, defendidas pelas perspectivas reformistas anteriores. Para isso ela recorre progressivamente à tradição marxista. Este processo irá se desdobrar em três momentos assinalados mais à frente.

A autocracia burguesa marcado por um rigoroso controle sobre a sociedade, que incluía fortes medidas de repressão caracterizada pelo término dos canais de participação política e liberdade de expressão, restringiu as inovações prático-profissionais produzidas pelos profissionais pesquisadores. De acordo com Netto (2005), concomitantemente, acontece a reformulação da universidade, ao qual, concede a categoria de assistentes sociais o espaço na carreira docente. Este foi um território de menor resistência e de pequena probabilidade de

³⁷ O método crítico dialético tem em sua forma de apreensão do real o confronto da aparência com a essência, imediato com mediato, para que a síntese destes contrapontos seja o todo. A partir disto a realidade “se coloca tanto como possibilidades quanto como restrição de possibilidades”. (GUERRA, 2009, p. 711 apud FERREIRA, 2015, p. 186).

ruptura. Assim o meio acadêmico mostrou-se como um dos poucos espaços onde se podia elaborar um projeto de ruptura com maior liberdade.

Em princípio, a perspectiva de *intenção de ruptura* emerge a partir do quadro da estrutura universitária, em 1972, portanto, sai deste o primeiro projeto com características de uma efetiva intenção de ruptura do Serviço Social tradicional, desenvolvido por jovens e professores da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, conhecido como Método Belo Horizonte (BH). Apesar de sua produção ficar isolada, se estende até o ano de 1975, quando suas pesquisas são interrompidas devido a demissão de seus principais formuladores e gestores.

Insta ressaltar que sua crítica ao tradicionalismo se direcionou para a ausência de teoria e referencial da profissão na dimensão teórico-metodológica, a postura neutra ou transclassistas da profissão na dimensão ideo-política e o pragmatismo constatado na dimensão técnico-operativa. O método BH procurou seu aporte teórico na aproximação com as obras de Marx, entretanto, esta aproximação não se dá sem problemas que se caracterizam, por exemplo, pelas abordagens reducionistas da leitura de interpretações particulares das obras marxistas. A relação estabelecida entre a leitura propriamente marxiana e os profissionais, por conta das repressões da ditadura civil-militar foi comprometida pelo pouco acesso à produção original, gerando um entendimento equivocado do pensamento de Marx.

Uma das críticas feita ao Método BH é a carência de explicitação acerca do padrão societário que se desejava substituir a ordem estabelecida (BARBOSA DA SILVA; TABOSA DA SILVA; SOUZA JUNIOR, 2016, p.11).

O segundo momento da perspectiva em questão desdobra-se com o adensamento da influência marxista no meio acadêmico. Conjuntamente acentuava a crise do regime militar, o que contribuiu para o alargamento da adesão a perspectiva entre a vanguarda profissional. Retoma-se as produções no início de 1980, por meio da publicação de Yamamoto e Carvalho (1982), quando a mesma, resgata a inspiração marxiana ao projeto.

A obra de Yamamoto e Carvalho (1982) busca compreender o Serviço Social a partir de sua inserção na sociedade e as contradições da profissão geradas pelo capitalismo, fundada pela relação entre produção e reprodução social, o que inaugura uma nova forma de pensar o Serviço Social. Na época, sua obra ganhou reconhecimento acadêmico e permitiu a consolidação teórica-crítica do projeto de ruptura, aprofundando a proposição de outro projeto profissional para o Serviço Social que visava romper com o projeto conservador dentro do estudo do pensamento Marxista. A perspectiva, então, segundo Netto (2005, p. 159) também

da o tom da polêmica dentro da categoria, já que se destaca como impulsionadora de retóricas políticas com tendências à partidarização assumidas por grande parte dos profissionais. Suas produções logo saem do quadro interno da profissão e conferem à perspectiva uma nova análise.

Ressalta-se que foi por meio das contribuições de Iamamoto e Carvalho que os equívocos vistos em BH foram superados, o que legou ao projeto de intenção de ruptura ultrapassar o meio acadêmico e ganhar espaço no conjunto da categoria. Assim, por meio do processo de desenvolvimento da intenção de ruptura, prossegue-se o amadurecimento intelectual e político do Serviço Social. Passa a se demarcar com posicionamento claro e crítico alguns pontos, como a contradição da profissão dentro da sociedade capitalista, o projeto de sociedade o qual defende a profissão, a organização política da categoria e a função social do Estado e da profissão em face a luta de classes. Consequente, para garantir este avanço crítico que a categoria de assistentes sociais buscou revisar e aprovar, em 1993, seu Código de Ética Profissional (CFESS, 1993) e a regulamentação da profissão (BRASIL, 1993).

Estas transformações, inerentes ao avanço da construção do Serviço Social atual, estão vinculadas com o próprio desenvolvimento do movimento de Reforma Sanitária, que se articula na história como agente determinante nesta construção.

A partir da compreensão do que está postulado pelo Código de Ética Profissional se lança luz também sobre o projeto de formação profissional, gestado neste mesmo período, comprovando o amadurecimento da dimensão teórico e político da categoria, visando uma nova perspectiva de profissão e de profissional, no que diz respeito ao norte, a pretensão, do exercício profissional.

Como sinalizado as transformações vividas pela categoria- no que diz respeito aos aspectos políticos e de formação- perpassa a área da saúde, uma vez que as proposições do movimento da reforma sanitária, também mantém relação com a renovação do Serviço Social e com a redemocratização brasileira, corroborando pela revisão e construção dos parâmetros ético-político da profissão.

Considerando os aspectos acerca do processo de renovação na profissão, os profissionais atuantes na área da saúde receberam as influências da perspectiva Modernizadora, como visto, esta perspectiva demandou que o Serviço Social se adequasse a estratégia de repressão da classe trabalhadora e a racionalidade burocrática, orientada pela lógica do desenvolvimento, preocupada em inserir a profissão numa direção teórica e

metodológica. Logo esta direção também moldou a prática profissional na saúde em atividades burocratizadas e à mera concessão de benefícios, o que levou a concentração de profissionais na assistência médica previdenciária, sedimentando sua ação na prática curativa, bem como norteadas pelo projeto profissional conservador.

No período denominado de distensão política (1974-1979), apesar do processo organizativo da categoria, do aparecimento de outras direções para a profissão, de novas concepções teóricas e da crescente resistência democrática e pressões populares, o Serviço social no setor não se alterou. O trabalho profissional se manteve vinculado a vertente modernizadora, identificando assim a dissonância da prática profissional e institucional do Serviço Social no campo da saúde.

Insta salientar que desde os meados da década de 1970, o movimento sanitário vem sendo construído, onde um grupo de profissionais passou a debater as questões da saúde e recorreram a outras perspectivas acerca da saúde, mesmo com embates constantes dos setores empresariais e industriais, que vinham definindo de forma hegemônica a política de saúde no país. A partir da instituição do CEBES, em 1976, sua revista intitulada *Saúde em Debate* se tornaria um difusor para a larga vinculação do ideário sanitarista (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

A evolução do movimento chega ao marco da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, onde um dos temas centrais versava sobre a saúde como direito de todo a reformulação do sistema de saúde e o seu financiamento, que mais adiante materializou o Sistema Único de Saúde. Nesta mesma década, com a redemocratização do país, se instituiu a nova Constituição Federal de 1988, considerada como uma das mais progressistas, no que diz respeito a proteção social, ao integrar saúde, assistência social e previdência social, consolidando a seguridade social. Esta conquista foi árdua, que no caso da saúde ficou visível diante da polarização da luta pela saúde entre dois blocos antagônicos, os que defendem a saúde pública e estatal, e os que defendem a privatização da saúde.

O Serviço Social recebeu as influências da década de 1980, referente a conjuntura de crise do Estado brasileiro, da falência da atenção à saúde e do movimento de ruptura com a política de saúde vigente a partir da reforma sanitária, a própria categoria estava passando por um processo interno de revisão³⁸. Todo o cenário geral inspirava mobilização e

³⁸ Conforme Bravo e Matos (2006), o processo de renovação do Serviço Social no Brasil está articulado às questões colocadas pela realidade da época, mas por ter sido um movimento de revisão interna, de negação do Serviço Social Tradicional, havendo uma disputa pela nova direção a ser dada à profissão, não foi realizado umnexo direto com outros debates, também relevantes, que buscavam a construção de práticas democráticas, como o movimento pela reforma sanitária. Na análise dos autores, esses são os sinalizadores para o descompasso da profissão com a luta pela assistência pública na saúde.

posicionamentos políticos, como se passava dentro da categoria do Serviço Social. No entanto, as alterações nas diretrizes teóricas e acadêmicas presenciadas pelo Serviço Social, nesta década, não foram da mesma forma gestadas no interior dos serviços, apesar de se observar uma posição crítica dos trabalhos em saúde apresentados nos Congressos Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS's). Somando-se a isso, os profissionais vinculados a vertente de intenção de ruptura, na sua maioria, se inseriam, nas Academias.

De acordo com Bravo e Matos (2006), se o Serviço Social cresceu na busca de uma fundamentação e consolidação teórica, poucas mudanças consegue apresentar na intervenção. E a intervenção é uma prioridade, pois poucas alterações trouxeram os ventos da vertente intenção de ruptura para o cotidiano dos serviços. Este fato rebate na atuação do Serviço Social na área da saúde, até os dias atuais. Desta maneira, pode-se evidenciar um distanciamento entre o movimento de intenção de ruptura e os assistentes sociais atuantes na área da saúde.

O Serviço Social na área da saúde permanece desvinculado do movimento de Reforma Sanitária e com uma incipiente alteração da prática institucional até a década de 1990. Ocorre que os setores mais progressistas e organizados da profissão não ocupavam a máquina do Estado, como estava sendo o encaminhamento da Reforma Sanitária e também não houve uma produção suficiente que incorporasse à consolidação teórica à qual se direcionava a profissão para o cotidiano da prática.

No decorrer dos anos da década de 80, entretanto, a virada para a década seguinte é marcada pela implementação de um projeto societário, sustentado por uma ideologia, que confronta-se com as conquistas sociais da década anterior, e com o projeto profissional atual do Serviço Social, que se refletirá no exercício profissional dos assistentes sociais. Guerra (2005) explicita que

as mudanças macrosocietárias produzem alterações nas demandas profissionais, nos espaços de intervenção, modificam as expressões das questões sociais, provocam uma redefinição/reconfiguração dos objetos de intervenção, atribuem novas funções à profissão e novos critérios para a aquisição de novas legitimidades. O que se está afirmando é que as alterações no “mundo do trabalho”, na esfera do Estado, nas políticas sociais estabelecem novas mediações que se expressam nas condições objetivas (materiais e espirituais) sobre as quais a intervenção se realiza e condicionam as respostas profissionais. Frente a essas transformações, a dimensão instrumental da profissão passa a necessitar de vínculos cada vez mais estreitos com um projeto ético-político em defesa dos direitos sociais e da democracia.

Desde então, a disputa que se instaura entre o projeto neoliberal que tem como estratégia a privatização da coisa pública e o projeto da reforma sanitária, vão demandar

diferentes requisitos do Serviço Social. O projeto neoliberal implementado efetivamente no governo FHC defende que a saúde deve girar em torno da lógica de mercado, e o projeto da Reforma Sanitária propõe que a saúde seja de responsabilidade do Estado e pública, posição esta defendida também pelo Serviço Social.

Insta ressaltar que o projeto da Reforma Sanitária demanda da prática em saúde primeiramente o que ela defende em face a concepção de saúde, a qual lança luz sobre os fatores determinantes da saúde, como as condições de vida, trabalho, alimentação, moradia, educação e cultura para então se viabilizar a garantia do acesso igualitário aos serviços de saúde e aos tratamentos. Conforme apontado por Paim (1986, p.46-47) na VIII Conferência Nacional de saúde

É possível resgatar a ideia do direito à saúde como noção básica para a formulação de políticas. Esta se justifica na medida em que não confunda o direito à saúde com o direito aos serviços de saúde ou mesmo com o direito à assistência médica [...]. Promover saúde implica em conhecer como se apresentam as condições de vida e de trabalho na sociedade, para que seja possível intervir socialmente na sua modificação, enquanto que respeitar o direito à saúde significa mudanças na organização econômica determinante das condições de vida e trabalho insalubres e na estrutura jurídico-política perpetuadora de desigualdades na distribuição de bens e serviços. A análise acima não visa subestimar a importância do setor saúde como componente das políticas sociais do Estado nem questionar o objetivo socialmente relevante de garantir o acesso igualitário aos serviços de saúde. Os serviços de saúde têm uma responsabilidade intransferível para com a saúde da população, e a equidade constitui-se num princípio fundamental para a formulação de políticas de saúde numa sociedade democrática. O que ela procura destacar é que o perfil de saúde de uma coletividade depende de condições vinculadas à própria estrutura da sociedade, e que a manutenção do estado de saúde requer a ação articulada de um conjunto de políticas sociais mais amplas, relativas ao emprego, salário, previdência, educação, alimentação, ambiente, lazer etc.

Segundo Bravo e Matos (2006) o projeto da reforma sanitária requer do Serviço Social a estratégia de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade³⁹, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações, a democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde e estímulo à participação cidadã.

Já o projeto privatista requer do Serviço Social, que faça a seleção socioeconômica dos usuários, retornando ao antigo método de seletividade das perspectivas profissionais anteriores; atuação psicossocial por meio de aconselhamento; predomínio de práticas individuais; ação fiscalizadora aos usuários dos planos de saúde, e ainda com a concepção

³⁹ A interdisciplinaridade é compreendida como um processo de desenvolvimento de uma postura profissional que viabilize um olhar ampliado das especificidades que se conjugam no âmbito das profissões, através de equipes multiprofissionais, visando integrar saberes e práticas voltados à construção de novas possibilidades de pensar e agir em saúde (MIOTO; NOGUEIRA, 2006).

mercadológica de saúde, requer uma atuação profissional delimitada pelo assistencialismo através da ideologia do favor (BRAVO; MATOS, 2006).

A partir da década de 1990 à diante os desafios impostos para a profissão frente a um Estado mínimo para as questões do social. Se encontra na defesa do que já foi conquistado, que se veem ameaçados pelas políticas neoliberalizantes; na busca de estratégias para a intervenção da profissão na saúde, que implica a construção de conhecimentos; e no desafio de decifrar a realidade, desvelando as lógicas do capitalismo contemporâneo, principalmente no que concerne às mudanças no mundo do trabalho e sobre os processos desestruturadores dos sistemas de proteção social e da política social em geral. Lógicas que segundo Yazbek (2009), reiteram a desigualdade e constroem formas despolitizadas de abordagem da questão social.

Destaca-se que a importância de se fazer uma leitura da realidade que seja crítica é pelo fato de que a própria profissão vem sendo tencionada por uma nova reação conservadora no seu interior, que vai de desencontro com o Projeto Profissional Crítico do Serviço Social, refletindo numa atuação profissional que passa a retornar as tendências de abordagem da questão social de forma microscópica, transformando-as em problemas ético-morais, fragmentado seus aspectos econômicos, sociais, políticos e culturais.

No que perpassa a produção de conhecimento do Serviço Social sobre a área da saúde, através da dimensão acadêmica, política e trabalho profissional, compreende-se que a dimensão acadêmica de acordo com a dissertação de Mestrado de Matos (2002 apud BRAVO e MATOS, 2006), a partir de suas análises de artigos publicados na revista Serviço Social e Sociedade e comunicações apresentadas nos CBAS's, que o projeto da Reforma Sanitária e o projeto ético-político profissional encontram suas referências presentes no debate da área, entretanto, as sistematizações identificaram a dificuldade em realizar um trabalho que no cotidiano da prática esteja norteado pelas proposições dos dois projetos.

Em relação a dimensão política, o trabalho de Mestrado de Souza (2001, apud BRAVO e MATOS, 2006), realizou um estudo sobre o controle social na saúde, tendo como recorte as publicações no âmbito do Serviço Social, comunicações apresentadas nos congressos da categoria , na década de 90 e questionários aplicados aos assistentes sócias presentes no Encontro Estadual de Seguridade Social, realizado em 2000, no Rio de Janeiro, constatou em seu estudo uma tendência otimista do Serviço Social, já que há uma preocupação com o controle social da política de saúde e o potencial da profissão na contribuição para esta área. Em relação aos espaços dos conselhos municipal, estadual e

federal de saúde, identificou-se entre os assistentes sociais uma divisão, em que alguns apresentavam uma concepção utopicamente otimista do espaço, enquanto outros alimentavam um pessimismo realista, com duas sub-tendências: a que entende os conselhos como espaço falido para a participação social, pois a cooptação leva a impossibilidade de transformação, e a que entende como espaço tenso e contraditório, porém com potencial democratizante.

Conforme Bravo e Matos (2006), as conclusões de Souza traçam um paralelo com a participação da maior entidade nacional de representação do Serviço Social, o CFESS, já que seu trabalho também identifica, que a predisposição de luta nos espaços de controle social, no qual os conselhos são estratégicos ainda não foram apropriados pelos assistentes sociais e nem incorporadas como atividade integrante do seu trabalho na saúde. Nesta questão, o CFESS vem desenvolvendo estratégias para o fortalecimento da política pública, na perspectiva da democratização do Estado e da sociedade brasileira, incluindo-se a ampla inserção no debate das políticas de saúde no âmbito da atuação profissional do Serviço Social. Deste modo, entende-se que no campo da política a categoria pode contar com legítimo respaldo da identidade no que se refere a sua atuação na defesa das políticas públicas de saúde, onde os espaços de controle social são fundamentais (BRAVO E MATOS, 2006).

A dimensão do trabalho profissional tem como base a Tese de Doutorado de Vasconcelos (1999 apud BRAVO; MATOS, 2006), que utilizou-se de entrevistas a assistentes sociais da rede de saúde do município do rio de janeiro para seu estudo e a Dissertação de Mestrado de Costa (1998 apud BRAVO MATOS, 2006), no qual fez uma investigação dos serviços públicos de saúde de Natal (RN), tendo como objetivo identificar o porquê de apesar do Serviço Social ser a quarta maior categoria no âmbito do SUS, os seus profissionais reiteram um discurso de imprecisão da profissão e de desqualificação técnica na área da saúde.

Vasconcelos (1999 apud BRAVO e MATOS, 2006), concluiu em seus estudos que há uma grande distância entre o discurso e a intenção com o trabalho, pois os assistentes sociais verbalizam compromisso com a população usuária, mas não o conseguem transformá-lo para a realidade da prática concreta no seu cotidiano. Assim compreende-se que os profissionais ainda reforçam os objetivos da instituição e não os do projeto ético-político da profissão. Já em relação a pesquisa de Costa (1998 apud BRAVO e MATOS, 2006) a autora conclui que o Serviço Social tem sua função na área da saúde legitimada a partir da sua atuação sobre as contradições fundamentais da política de saúde, inerente da própria estrutura da sociedade capitalista, mas estas contradições não vem sendo encaradas pelos profissionais como

trabalho, daí a imprecisão da profissão discursadas pelos mesmos. Inferi-se, assim, que incorporar o projeto ético-político da profissão ao trabalho profissional de forma concreta, mostra-se como uma possibilidade destes profissionais de construírem um caminho para a superação do modelo médico hegemônico, podendo fazer da sua atuação na área da saúde, um alicerce para a continuidade da construção -em articulação com outros trabalhadores- do projeto da reforma sanitária e, logo para a defesa do SUS.

Nos tempos mais atuais, pensando a partir da posse de Lula, em 2002, entende-se que foi resultado da reação às medidas de cunho neoliberal implantadas no período anterior. No seu programa de governo a saúde é entendida como um direito fundamental, havendo o compromisso em garantir o acesso universal, equânime e integral às ações e serviços de saúde, inclusive selando o compromisso com a incorporação do projeto da reforma sanitária. Apesar de muito ter sido feito neste sentido, os projetos de reforma sanitária e privatista continuaram em tensão com hegemonia deste último. Pois o governo Lula ao mesmo tempo que assumia um compromisso com o fortalecimento das pautas da reforma sanitária, passava a dar continuidade a política macroeconômica do governo anterior, mantendo as políticas sociais subordinadas a lógica econômica, focalizadas e a saúde desfinanciada. Este cenário é estendido pelo governo Dilma, onde fica mais claro o vínculo dos governos petistas com o projeto privatista, com medidas, por exemplo como a criação da EBSEH. Nos governos seguintes a ofensiva neoliberal se agrava com o governo Temer.

No que perpassa ao exercício profissional dos assistentes sociais na área da saúde, em relação com suas bases ético-políticas, na conjuntura dos anos 90 até os dias atuais, existe a mesma tensão que se vê entre os projetos citados acima. Constata-se que apesar de a tendência de intenção de ruptura ser hegemônica, é também onde se tem a ofensiva conservadora, contrárias às suas elaborações e bases teóricas. Critica-se a capacidade de se transformar a teoria adotada pelo projeto hegemônico em intervenção concreta, reatualizando o discurso da cisão entre o estudo teórico e a intervenção, pela descrença da possibilidade da existência de políticas públicas e, acima de tudo, na suposição da necessidade de dar novos caminhos para o exercício e função da profissão, negando, a formação original em Serviço Social. Deste modo, certos segmentos de profissionais passam a não se identificar mais como Assistentes Sociais ao realizarem a formação em saúde pública, já outros buscam o Serviço Social Clínico resgatando no exercício profissional o privilegiamento da intervenção no âmbito das tensões produzidas subjetivamente pelos sujeitos. E os que requisitam também a capacitação em áreas específicas da saúde, pleiteando uma especialização em áreas da prática

médica, no entanto, sem fazer objeção a esta forma de especialização pode-se ocorrer um afastamento do profissional de suas atividades enquanto assistente social, para exercer outras que se comparam à nova competência conferida pela especialização.

Sobre esses pontos o profissional acaba por recuperar, uma concepção de que fazer Serviço Social é exercer apenas um conjunto de ações que lhe é historicamente dirigido na divisão do trabalho coletivo em saúde, consistindo somente na ação direta com os usuários. As, novas demandas colocadas como gestão, assessoria e a pesquisa como transversal ao trabalho profissional que estão explicitadas na Lei de Regulamentação da Profissão (1993) e nas Diretrizes Curriculares, aprovadas pela ABEPSS (1996), na maioria das vezes, não são consideradas como competências ou atribuições profissionais (CFESS, 2010, p. 28). Ademais o trabalho do assistente social na saúde que tem como horizonte dar respostas qualificadas às necessidades apresentadas pelos usuários deve ter como eixo central a busca na incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social.

Desta maneira, compreende-se que cabe ao Serviço Social, numa relação necessariamente articulada com movimentos de outros profissionais, usuários e demais trabalhadores que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde, propor estratégias que visem reforçar ou criar ações, que efetivem o direito social à saúde. Atentando que o trabalho do assistente social na saúde que queira ter como norte o projeto ético-político profissional, tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária. De acordo, com o CFESS (2010) considera-se que o código de ética da profissão, apresenta ferramentas imprescindíveis para o trabalho dos assistentes sociais na saúde, os quais são a prestação de serviços diretos à população, o planejamento, a assessoria, a gestão e a mobilização e participação social.

Assim, os assistentes sociais se encontram desafiados a encarar a defesa da democracia e das políticas públicas e consubstanciar um trabalho, no cotidiano e na articulação com outros sujeitos que partilhem destes princípios, que faça frente ao reordenamento da função do Estado, do que decorre a política social neoliberal. Este nega os direitos sociais, naturaliza a questão social e transforma aqueles direitos em mercadoria, contribuindo para que as demandas da classe trabalhadora sejam tornadas objetos de responsabilidade individual, submetidas à benevolência e solidariedade ou remetidas ao mercado, conduzindo o exercício profissional a adequação das exigências institucionais, sujeitando os assistentes sociais a uma prática alienada.

Para que o assistente social tenha um referencial para atuar na política de saúde, orientados pelo Projeto da Reforma Sanitária, assim como pelo Código de Ética da profissão o conjunto CFESS-CRESS elaborou os “Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Saúde”. As atribuições e competências voltam-se para o âmbito das “ações de atendimento direto aos usuários; ações de mobilização, participação e controle social; ações de investigação, planejamento e gestão; ações de assessoria, qualificação e formação profissional (CFESS, 2010, p. 14).

Não ignorado as dificuldades que os profissionais encontram dentro das instituições, que são atravessadas pelo enfrentamento dos desdobramentos da lógica neoliberal dentro do campo de trabalho, estas ações indicam um caminho para a defesa e avanço da democracia, em confronto com o projeto neoliberal, que vai contra os direitos e a qualidade de vida e trabalho dos trabalhadores, incluindo o assistente social.

4.2 Algumas considerações acerca do aspecto teórico- metodológico e da atuação do Serviço Social na área da saúde

Tem-se sempre a necessidade de qualificar e buscar possibilidades de ações no processo social que mobilizem novas maneiras de realizar a prática, tendo como referência a saúde como direito universal e com controle social e o projeto ético-político do Serviço Social brasileiro.

Trata-se de buscar alternativas, frente ao contexto de aprofundamento do projeto neoliberal no país. Este pautado num amplo programa de abertura, liberação e internacionalização da economia, no qual se encontra dentre outros fatores a privatização da coisa pública e a redução da presença do Estado na economia, com diminuição de investimento público e combate ao déficit público com a diminuição e a não realização dos investimentos previstos. Desde o início dos anos noventa, governos neoliberais, prometem ao povo brasileiro que os programas propostos por este projeto traria justiça social. No entanto, o que se percebe é o acirramento da exploração do trabalho pelo capital, o agravamento das expressões da questão social e a diminuição de recursos para o social.

Com base em Vasconcelos (2006) para evitar que a profissão não permaneça a reboque de acontecimentos resultantes de uma promessa impossível de ser concretizada, dado o caráter de concentração da propriedade e da riqueza socialmente produzida e de socialização da pobreza e da miséria, que esta proposta trás embutido. A necessidade dos assistentes

sociais de projetar e empreender uma prática, tendo em vista uma participação consciente e de qualidade no enfrentamento dessa orientação econômica e social na direção dos interesses históricos da classe trabalhadora. Nesse sentido Vasconcelos (2006), infere que

aos assistentes sociais que objetivam romper com práticas conservadoras, não cabe reproduzir o processo de trabalho capitalista, alienante. Há que, historicamente, buscarmos romper- através do trabalho e das relações sociais-, com as formas capitalistas de pensar e agir para empreender ações que, além de possibilitar acesso a bens e serviços, resulte num processo educativo; resulte num bem e não num produto a ser consumido. Uma ação consciente, que exige a capacidade de antecipar, de projetar; capacidade que não está dada, mas é algo a construir, a alcançar.

Como a categoria tem o comprometimento com a garantia dos direitos civis, sociais e políticos dos segmentos populares, com a preocupação de análise dos serviços tendo em vista os direitos sociais, especialmente o direito à saúde, com vista a contribuir para a qualidade do espaço público, para o controle social e, em última instância, para a construção de uma nova ordem social. Exige-se a sustentação de uma ação profissional vinculada a um projeto social radicalmente democrático e compromissado com a classe trabalhadora que estão determinados pela posição e encaminhamentos ético-políticos. E também pela postura teórico-metodológica, na medida, aqui, da capacidade dos sujeitos profissionais para captar a especificidade própria da realidade social objetivando uma prática crítica.

Assim, recorre-se à teoria social de Marx, para a qual o método é uma relação necessária entre sujeito que pesquisa e objeto (realidade social)⁴⁰, que permite ao sujeito reproduzir, idealmente, o movimento do objeto; relação necessária na medida em que é a única que permite ao sujeito conhecer realmente o que se passa com o objeto (VASCONCELOS, 2006).

Os fundamentos históricos, teóricos e metodológicos são necessários para apreender a formação cultural do trabalho profissional e, em particular, as formas de pensar dos assistentes sociais. Estas formas de pensar implicam formas de agir, ou seja, a instrumentalidade da profissão (GUERRA, 1995), reconhecendo seus aspectos tradicionalmente consolidados, mas também buscando novas formas de ação profissional⁴¹.

⁴⁰A realidade social no que perpassa o contexto social, econômico e político; as políticas sociais existentes; os contextos institucionais.

⁴¹A ação profissional define-se como um conjunto de procedimentos, atos, atividades pertinentes a uma determinada profissão e realizadas por sujeitos/ profissionais de forma responsável, consciente. Portanto, contém tanto uma dimensão operativa quanto uma dimensão ética, e expressa no momento em que se realiza o processo de apropriação que os profissionais fazem dos fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos da profissão em determinado momento histórico. São as ações profissionais que colocam em movimento, no âmbito da realidade social, determinados projetos de profissão. Estes, por sua vez, implicam em diferentes concepções de homem, de sociedade e de relações sociais (MIOTO, 2001, apud MIOTO; NOGUEIRA, 2009 p.234).

Tal fundamentação e instrumentalidade são os componentes que permitem a compreensão do cotidiano de vida dos usuários (ABEPSS, 1996).

Insta ressaltar que, se muitas das requisições da profissão são de ordem instrumental em nível de responder às demandas, contraditórias, do capital e do trabalho e em nível de operar modificações imediatas no contexto empírico, exigindo respostas instrumentais, o exercício profissional não se restringe à elas. Isto é, reconhecer e atender às requisições técnico-instrumental da profissão não significa ser funcional à manutenção da ordem ou ao projeto burguês. Isto pode vir ocorrer quando se reduz a intervenção profissional à sua dimensão instrumental, que implica limitar as demandas profissionais às exigências do mercado de trabalho. Desta forma, para realizá-las o profissional necessita de referências teóricas e ético-políticas.

Se as demandas com as quais os assistentes sociais trabalham são totalidades saturadas de determinações econômicas, políticas, culturais, ideológicas, então elas exigem mais do que ações imediatas, instrumentais. Elas implicam intervenções que emanem de escolhas que passem pelos condutos de uma razão crítica e da vontade dos sujeitos, que se inscrevam no campo dos valores universais tais como valores éticos, morais e políticos. Assim como, ações que estejam conectadas a projetos profissionais aos quais subjazem referenciais teórico-metodológicos e princípios éticos políticos.

À visto disso, na realização das requisições que lhe são postas, a profissão necessita da interlocução com conhecimentos oriundos de disciplinas especializadas. O acervo teórico e metodológico que lhe serve de referencial é extraído das ciências humanas e sociais, conhecimentos extraídos das áreas, como Administração, Ciência Política, Sociologia, Psicologia e Economia. Tais conhecimentos têm sido incorporados pela profissão e particularizados na análise dos seus objetos de intervenção. Mas a profissão também tem produzido, através da pesquisa e da sua intervenção, conhecimentos sobre as dimensões constitutivas da questão social, sobre as estratégias capazes de orientar e instrumentalizar a ação profissional, dentre outros temas, e os tem partilhado com profissionais de diversas áreas.

Ademais a articulação entre competência teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política que se dará por meio de uma formação profissional permanente e necessária são requisitos fundamentais que permite ao profissional colocar-se diante das situações com as quais se defronta, vislumbrando com clareza os projetos societários em disputa, seus vínculos de classe, e seu próprio processo de trabalho (ABEPSS, 1996).

Ressaltando que a postura investigativa é um suposto para a sistematização teórica e prática do exercício profissional, bem como para a definição de estratégias e o instrumental técnico que potencializam as formas de enfrentamento da desigualdade social. Este conteúdo da formação profissional está vinculado à realidade social e às mediações que perpassam o exercício profissional, mediações estas que exigem a ação investigativa. (ABEPSS, 1996).

O reconhecimento da questão social como objeto de intervenção profissional, que demanda uma atuação profissional em uma perspectiva totalizante, baseada na identificação das determinações sociais, econômicas e culturais das desigualdades sociais. Impõe a capacitação e articulação teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa e que possibilite ao assistente social⁴²:

- Apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade;
- Análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país e as particularidades regionais;
- Compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio-histórico, nos cenários internacional e nacional, desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade;
- Identificação das demandas presentes na sociedade, visando formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado (CFESS, 2010, p. 35).

É neste sentido que do assistente social que toma como referência o projeto ético-político necessita-se do conhecimento sobre a realidade que compreenda a lógica e as leis fundamentais da organização social capitalista, suas contradições na geração da questão social e como essa lógica impacta as relações sociais e os indivíduos apreendendo os mecanismos de exploração e de dominação. Nas palavras de Vasconcelos (2006).

Um perfil profissional crítico pode assegurar aos assistentes sociais a possibilidade de planejar, analisar e avaliar sua prática rompendo com uma inserção passiva nos espaços profissionais, onde frequentemente, o profissional toma como objeto de atenção mais as demandas da instituição e dos outros profissionais do que as demandas dos trabalhadores.

Isto posto, com o objetivo de empreender uma análise da prática dos assistentes sociais⁴³ mediada pelo debate teórico da saúde - o qual tem sua gênese no movimento de

⁴²O assistente social é um profissional que atua nas expressões da questão social, formulando e implementando propostas para seu enfrentamento, por meio de políticas sociais públicas, empresariais, de organizações da sociedade civil e movimentos sociais, dotado de formação intelectual e cultural generalista e crítica, com capacidade de inserção criativa e propositiva, no conjunto das relações sociais e no mercado de trabalho (ABEPSS, 2003 apud VASCONCELLOS, 2006).

⁴³ O trabalho profissional se organiza através de três grandes processos, a saber: processos político-organizativos, processos de gestão e planejamento e processos sócio-assistenciais. Estes se particularizam no contexto das

Reforma Sanitária - e o debate teórico do Serviço Social⁴⁴. Um estudo foi realizado por Vasconcelos (2006) junto aos assistentes sociais da Secretaria Municipal de Saúde do Rio, como já sinalizado, no decorrer deste trabalho. A pesquisa demonstrou que a prática da maioria dos assistentes sociais não se remete ao projeto hegemônico, mas está hipotecada aos condicionantes político-institucionais que limitam suas escolhas.

Assim, a autora enfatiza que uma prática profissional burocrática, que segue mecanicamente normas impostas pelo regulamento da instituição e que ao priorizar um atendimento de escuta, acolhimento, encaminhamento e preenchimento moroso e mecânico de formulários, questionários, cadastros - que viabilizam acesso a benefícios ou inscrição em programas da instituição - referenda a complicação e morosidade da coisa pública burocratizada, que objetiva dificultar ou inviabilizar o acesso dos usuários a serviços e recursos enquanto direito social.

Segundo Vasconcelos (2006) uma prática que, se atende a alguns dos interesses e necessidades imediatas dos usuários, relacionados à busca por apoio e respeito, aliviando suas tensões, como um fim em si mesmo, acaba em longo prazo por contribuir para impedir e/ou dificultar a capacitação para uma participação consciente de usuários e profissionais envolvidos nesse processo, bem como impedir e/ou dificultar o controle social, a organização para a luta política e o acesso a informações necessárias para preservar e ampliar seus direitos.

Nesse sentido, indica que as demandas dos usuários que extrapolam o controle burocrático dos serviços institucionais, como as demandas por educação em saúde, prevenção, participação no controle social dos serviços prestados e por organização para efetivar o controle social, etc. ficam negligenciadas. Demandas que contidas nas solicitações dos usuários, precisam de teoria para serem identificadas. Conforme Vasconcelos (2006) as demandas implícitas que não reconhecidas, conseqüentemente, não serão consideradas, pelos assistentes sociais, como demandas para o Serviço Social. Posto que, sem condição de se abstrair do que está aparente, os assistentes sociais não tem condições de captar o que está oculto na “queixa”, expresso e/ou manifestado pelos usuários.

diferentes políticas sociais e orientam o trabalho do assistente social em relação à definição de ações em diferentes níveis. Visam contemplar o jogo dialético da singularidade, particularidade e universalidade no âmbito da ação profissional, buscando evitar, em todos os sentidos, o risco das fragmentações (MIOTO; LIMA, 2009, apud MIOTO; NOGUEIRA, 2009)

⁴⁴ Conforme Vasconcelos (2006) o debate do Serviço Social está contido, principalmente, no Código de Ética Profissional de 1993, na Lei 86662/93 que regulamenta a profissão, nas pesquisas que suportam o Projeto de Formação Profissional da ABEPSS (Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa no Serviço Social) e suas diretrizes curriculares e no processo de discussão e formulação profissional da Lei Orgânica da Assistência Social, respaldado pela Constituição Federal de 1988.

A autora discorre que as demandas atendidas pelos assistentes sociais, em sua maioria, recebidas através de encaminhamentos, estão relacionadas ao funcionamento dos serviços prestados pelas unidades de saúde e/ou à dinâmica da própria unidade e/ou à doença em si. Isso, independente da unidade de saúde, subjugua o trabalho dos assistentes sociais ao movimento interno da unidade de saúde, tornando suas ações complementares às ações dos demais profissionais de saúde e/ou funcionais à dinâmica interna da unidade, em última instância, funcionais à ordem social vigente.

Por outro lado, as demandas manifestadas por acesso aos serviços e por recursos são consideradas demandas individuais ou particulares de usuário que, por diferentes motivos, não conseguem inserção na rotina institucional. Conforme Vasconcelos (2006) não são consideradas demandas coletivas porque são apresentadas individualmente. E que na realidade, são demandas de segmentos majoritários da classe trabalhadora os quais não conseguem inserção nas rotinas institucionais, a partir dos seus interesses e necessidades de saúde, constituindo uma demanda reprimida, ou quando conseguem um atendimento, este não oferece resolubilidade.

Concluindo que os assistentes sociais negam o caráter coletivo dessas demandas, que são coletivas, não só porque vivenciadas pela maioria, mas, também porque, só coletivamente poderão ser enfrentadas. Da mesma forma, é negado o caráter institucional dessa demanda, ou seja, não reconhecidas como demandas dirigidas à unidade de saúde, ainda que indiretas ou implícitas. Assim, essas demandas ao serem negadas institucionalmente pelo Serviço Social, resultam em uma prestação de serviços institucionais aparentemente sem conflitos que são causados pelas próprias rotinas institucionais, que não consideram, desde sua criação, planejamento e execução, quantitativa e qualitativamente, os interesses e necessidades individuais, sociais e de saúde dos cidadãos (VASCONCELOS, 2006).

No que tange a demanda por participação democrática, conforme a autora, a pesquisa demonstrou que as demandas pela participação nos Conselhos e pelo controle social como não são requeridas de forma explícita pelos usuários nem pelos profissionais de saúde, os assistentes sociais não tem considerado a ocupação dos espaços dos Conselhos, pelos usuários, pelos profissionais de saúde, como demanda. À vista disso, a ocupação destes espaços pelos assistentes sociais, como profissional de saúde, e a democratização da

informação a respeito da existência de um espaço legal⁴⁵ a ser ocupado pelos usuários e pelos profissionais de saúde, não tem sido considerado como demanda para o Serviço Social.

Para Costa (2006) em pesquisa realizada junto aos serviços públicos de saúde, em Natal (RN) com o objetivo de tratar sobre a inserção dos assistentes sociais nos processos de trabalho desenvolvidos no SUS, a autora conclui, que não há dúvidas quanto a relevância e importância do trabalho realizado pelo assistente social para a consolidação do SUS, que para realizar um atendimento, por mais simples que possa parecer a atividade e os meios utilizados, o assistente social necessita conhecer não apenas o funcionamento da instituição e/ou a unidade em que trabalha, mas a lógica de funcionamento do sistema de saúde (rede), a dinâmica e a capacidade de atendimento de outras instituições públicas e privadas que envolvam e/ou se apresentem como um meio de viabilizar o atendimento das necessidades da população e que extrapolam a capacidade de atendimento exclusivo das instituições de saúde. Frente a isto, Costa (2006) aponta que o assistente social se insere, no interior do processo de trabalho em saúde, como agente de interação ou como um elo orgânico entre os diversos níveis do SUS, e entre estes e as demais políticas sociais setoriais, o que leva a concluir que o seu principal produto parece ser assegurar, pelos caminhos os mais tortuosos, a integralidade das ações. Tem a singularidade de “repor” ante a impossibilidade de recompor, com sua ação, as lacunas da parcialização, fragmentação, superespecialização e terceirização do trabalho (COSTA, 2006).

A autora finaliza que a subordinação da profissão na área da saúde se dá em função dos objetivos prioritários da saúde pública ainda centrada em um modelo assistencial curativista individual, em detrimento das ações preventivas, da saúde coletiva, no qual as próprias contradições e precariedades do sistema são vistas de forma marginal e secundária nas práticas em saúde, bem como revela a sua indiferença em relação à realidade de desigualdades sociais a que está submetida a maioria da população usuária do SUS e a incapacidade do sistema de saúde, em atuar considerando as reais necessidades dessa população. Desta forma, a luta pela superação do modelo médico hegemônico é condição essencial para reconstrução dos processos de trabalho em saúde, na perspectiva da defesa da vida, em meio dos quais também se incluem os assistentes sociais.

⁴⁵Ainda existe um desconhecimento por parte da população acerca deste espaço de participação, onde a desinformação sobre o SUS interfere na forma como a participação tem sido efetiva no sistema de saúde. Assim, a concentração de informações a grupos específicos e a restrita circulação delas configuram um mecanismo de exclusão. A população não vem se percebendo enquanto agente de constituição e produção da política de saúde. Desta forma, o desafio postos aos conselhos é tornar pública a política de saúde, como disputa e construção democrática.

A inserção do Serviço Social na saúde é imprescindível, isto porque possui a capacidade técnica de realizar uma leitura da essência da realidade, não se limitando aparências, mas sim a capacidade de “compreender os aspectos da totalidade social que atravessam os usuários, buscando uma estratégia no enfrentamento a expressão da questão social, que perpassa no adoecimento da população” (Marques, 2016, p. 30).

Aliado a isso quando se pensa em prática do Serviço Social no âmbito da saúde tem-se a necessidade de partir dos conceitos alicerces de concepção de saúde como intersetorialidade, integralidade, participação social e interdisciplinaridade, entende assim que essa atuação, é no atendimento aos trabalhadores, de forma individual e coletiva.

Para Vasconcelos (2006, grifos da autora) o que está em jogo para os assistentes sociais que objetivam uma ação profissional que rompa com o conservadorismo preponderante no domínio da prática é

[...] partindo da definição clara e consciente de suas referências ético-políticas, *a apropriação de uma perspectiva teórico-metodológica* que, colocando referências concretas para a ação profissional, possibilite a reconstrução permanente do movimento da realidade objeto da ação profissional, enquanto expressão da totalidade social, gerando condições para um exercício profissional consciente, crítico, criativo e politizante, que só pode ser empreendido na relação de unidade *entre teoria e prática*. Como explicitado no Código de Ética, é uma direção que, colocando como valor central a liberdade, fundada numa ontologia do ser social assentada no trabalho, tomando como princípios fundamentais a *democracia* e o pluralismo e, posicionando-se em favor da *equidade* e da *justiça social*, elege um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação-exploração de classe, etnia e gênero.

Se, a partir de qualquer questão, pode-se iniciar a discussão ou enfrentamento da questão social com os usuários, não é de qualquer demanda dirigida para os assistentes sociais que é possível empreender ações que realmente articulem-se aos interesses dos trabalhadores. Desse modo põe-se a necessidade de identificar e priorizar as demandas de fundo, na maioria das vezes implícitas nas queixas dirigidas aos assistentes sociais (VASCONCELOS, 2006).

Dentre as estratégias para enfrentamento deste quadro encontram-se o processo de Assessoria, com o objetivo de projetar e analisar, permanentemente, a prática, o que significa contrapor a realidade dos espaços profissionais ocupados pelo Serviço Social com as análises, estratégias e ações realizadas no seu enfrentamento, no sentido de uma ação profissional pensada, consciente, articulada à realidade social. Matos (2010, p. 31) define assessoria como

[...] aquela ação que é desenvolvida por um profissional com conhecimentos na área, que toma a realidade como objeto de estudo e detém uma intenção de alteração da realidade. O assessor não é aquele que intervém, deve, sim, propor caminhos e estratégias ao profissional ou à equipe que assessora e estes têm autonomia em

acatar ou não as suas proposições. Portanto, o assessor deve ser alguém estudioso, permanentemente atualizado e com capacidade de apresentar claramente as suas proposições.

Portanto, Matos (2010, p. 31) afirma que “naturalmente o trabalho de assessoria não passa por uma neutralidade. Ao contrário, a assessoria inexoravelmente desenvolvida pelos assistentes sociais vai expressar uma concepção de profissão e de mundo”. Se a categoria compreende a profissão a partir de princípios como a ampliação e consolidação da cidadania, a defesa e aprofundamento da democracia e o posicionamento em favor da equidade e justiça social, a atuação em defesa de direitos e garantias sociais fundamentais, como o acesso público e universal à saúde, torna-se uma atividade legítima não apenas para a formação social, mas necessária à universidade pública e o conjunto da sociedade (MARQUES; SOUZA; SOUZA, 2015).

Com base em Vasconcelos (1998 apud Matos, 2010, p 44) o processo de assessoria é essencial para que, se possa evitar a dicotomia entre teoria e prática na profissão e viabilizar um projeto profissional competente, e que se posicione contra o avanço do projeto neoliberal.

Assim, propõe-se como caminho uma articulação concreta entre a Academia e o meio profissional. Para tanto, de acordo com a autora, se faz necessário romper com o raciocínio, na profissão, de que em um espaço se elabora teoricamente e, em outro, se aplica ou intervém. Sendo nessa perspectiva que se propõe como caminho a assessoria como uma estratégia possível. Outrossim Vasconcelos (2006) indica que

A distância entre a prática profissional e os conteúdos teóricos da realidade da ação profissional, resultante da falta de leitura crítica do movimento da realidade revela um desperdício de oportunidades por parte dos assistentes sociais e demais profissionais de saúde diante das possibilidades de prática a serem captadas na realidade em que realizam suas ações, quando se objetiva redirecionar as políticas públicas na direção dos interesses dos usuários.

Os assistentes sociais atuam junto a sujeitos que guardam, na sua história de vida, as dimensões universais e particulares da questão social. Questão social cujas expressões históricas e atuais personificam o acirramento das desigualdades sociais e da pobreza na sociedade capitalista no país.

O Estado brasileiro tem função central na reprodução da questão social, por meio de uma política econômica que privilegia uma minoria e de políticas sociais regressiva no que se refere ao financiamento, aos benefícios e serviços, o que historicamente não vem contribuindo para a redução das desigualdades sociais.

É diante das políticas públicas entendidas como a possibilidade de redistribuir riqueza e de garantir a igualdade na oferta de bens e serviços públicos, em termos de acesso a um padrão mínimo de qualidade de vida para os cidadãos, que frente ao papel que vêm desempenhando na reprodução e das desigualdades sociais, que os assistente sociais necessitam realizar uma prática na saúde articulada aos interesses dos trabalhadores.

Desta forma, entende-se que o Serviço Social tem na participação social na saúde um instrumento de atuação que busca resistir aos ataques do projeto neoliberal, uma vez que a categoria assumiu um compromisso com a classe trabalhadora diante da defesa da qualidade e ampliação dos direitos sociais. Nesta direção, compreende-se que o Serviço Social precisa recuperar a importância e potencial de sua contribuição para o fortalecimento da mobilização e organização popular.

O debate sobre a atuação dos assistentes sociais nos conselhos de políticas e de direitos⁴⁶, os quais são espaços que viabilizam a participação social, e que implica a relação, acima citada- do Serviço Social com os movimentos sociais. Impõe ao assistente social a compreensão da natureza contraditória da profissão e sua dimensão ideopolítica.

Nesta direção, tem-se por entendimento que o Serviço Social é uma profissão essencialmente vinculada aos interesses classistas contraditórios que fundamentam a sociedade capitalista. E tem se afirmado como um tipo de especialização do trabalho coletivo, ao ser expressão de necessidades sociais derivadas da prática histórica das classes sociais no enfrentamento da “questão social” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2006).

A “questão social” envolve os confrontos estabelecidos entre as classes fundamentais do capitalismo, proletariado e burguesia, e que se transmitem, na vida cotidiana, em diversas refrações que atingem os trabalhadores. Estes, que realizam trabalho e produzem a riqueza social, pelo mesmo processo são crescentemente explorados e apartados da riqueza por eles mesmos produzida.

A partir do momento que identificam seus interesses comuns, estes sujeitos ingressam no cenário sociopolítico, exercendo pressão junto ao empresariado e ao Estado por reconhecimento e atendimento de suas necessidades. Desta maneira

a questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado (IAMAMOTO; CARVALHO, 2006, p. 77).

⁴⁶ Esse debate será aprofundado na próxima seção deste trabalho, que se refere a seção 4.3.

Decorre que quando a questão social assume um caráter necessariamente político que se imputa aos setores ocupantes do Estado a necessidade de enfrentá-la do mesmo modo. Assim, o Estado passará a intervir nas relações entre o empresariado e os trabalhadores, regulando o mercado de trabalho, através de leis trabalhistas, e ofertando serviços sociais, em cuja organização e implementação o assistente social será chamado a intervir, como forma de conter o processo de pauperismo e garantir os níveis mínimos de produtividade do trabalho.

Conforme Duriguetto e Baldi (2012) a proposta destes serviços passa pelo ponto de vista das frações da classe dominante que ocupam o Estado ou as demais instituições privadas demandantes do assistente social, chegando a ele sempre de maneira determinada pela tradução que estes setores fazem da própria “questão social”. Em função disso, o enfrentamento será feito sempre no sentido de ocultar os conflitos de classe e conter as lutas dos trabalhadores.

Deste modo, a demanda imediata que se coloca ao assistente social é demarcada pela classe oposta àquela que será alvo de sua intervenção. Logo, o assistente social contratado por instituições ocupadas por setores da classe dominante intervém nas condições de vida dos trabalhadores, integrando-se ao processo de criação de condições indispensáveis ao funcionamento da força de trabalho, fonte de toda a riqueza social.

Duriguetto e Baldi (2012) ressaltam que é no movimento desta análise que se pode entender o Serviço Social como uma profissão de natureza contraditória, por ser necessariamente vinculada aos interesses colidentes de ambas as classes sociais que fundamentam a realidade social. Assim, a intervenção profissional do assistente social nas palavras de Iamamoto e Carvalho (2006, p. 75)

Responde tanto a demandas do capital como do trabalho e só pode fortalecer um ou outro polo pela mediação de seu oposto. Participa tanto dos mecanismos de dominação e exploração como, ao mesmo tempo e pela mesma atividade, dá resposta às necessidades de sobrevivência da classe trabalhadora e da reprodução do antagonismo nesses interesses sociais, reforçando as contradições que constituem o móvel básico da história.

Segundo Iamamoto (2004), desconsiderar este movimento contraditório significa uma análise equivocada acerca da prática profissional, análise esta que pode resultar em dois comportamentos também equivocados: o fatalismo e o messianismo. O primeiro consiste na compreensão da ordem do capital como natural, sendo o Serviço Social uma profissão atrelada unicamente ao poder dominante, não restando, assim, nada a fazer para além das tarefas formais e burocráticas atribuídas aos profissionais por seus demandantes. O segundo comportamento, messiânico, hipertrofia a potencialidade das intenções do sujeito profissional

não considerando os processos sociais mais amplos e as determinações que a prática profissional incorpora.

Iamamoto (2008) destaca também a condição de trabalhador assalariado do assistente social, que o submete às condições de um contrato elaborado pelo empregador. Sendo o empregador que delimita o rol de necessidades às quais o profissional deverá responder e os recursos que lhe serão disponibilizados, interferindo, portanto, nas condições em que se operam os atendimentos e nos efeitos da própria intervenção.

Não se trata de considerar unilateralmente as imposições do mercado de trabalho, o que conduziria o profissional somente à sujeição às ações a ele imputadas. Conforme Iamamoto (2008, p. 220), o assistente social possui uma relativa autonomia, que lhe permite imprimir à sua intervenção uma direção social. Tal autonomia é, igualmente, transpassada e dependente da correlação de forças presente na dinâmica da luta de classes e se expressa nos distintos espaços ocupacionais de forma particular. Portanto, é no bojo das contradições de classe que atravessam e determinam a profissão, e a partir desta relativa autonomia, que se pode construir intervenções a serviço de um projeto de classe substanciado pelos interesses dos trabalhadores.

É com o entendimento destes elementos, que determinam a profissão, que se pode refletir acerca da inserção do Serviço Social nos processos de mobilização e organização popular, na perspectiva da possibilidade de um vínculo profissional com os movimentos e organizações dos trabalhadores.

Isto significa analisar como o assistente social, enquanto trabalhador assalariado e considerando a própria natureza contraditória de sua intervenção profissional, pode atuar no sentido da promoção e do fortalecimento das organizações e lutas “coletivas” dos trabalhadores que são alvo de suas intervenções (DURIGUETTO; BALDI, 2012).

Duriguetto e Baldi (2012) refletem que, no limite circunscrito pela particular inserção do Serviço Social na divisão sociotécnica do trabalho, tem-se em sua “dimensão ideopolítica” a possibilidade de imprimir à ação profissional aquela intervenção acima destacada. Cabe aqui evidenciar a análise de Iamamoto (2006) de que o assistente social possui, na sua intervenção profissional, uma dimensão material-assistencial - que se configura através da prestação de serviços, dos benefícios, programas, projetos etc. - e também uma dimensão que é imaterial, e que influencia as formas de viver e de pensar dos sujeitos por ele atendidos. Conforme a autora (IAMAMOTO, 2006, p. 68)

[...] o assistente social não trabalha só com coisas materiais. Tem também efeitos na sociedade como um profissional que incide no campo do conhecimento, dos valores, dos comportamentos, da cultura, que, por sua vez, têm efeitos reais interferindo na vida dos sujeitos.

Na dimensão imaterial, e que é “ideopolítica”, o Serviço Social, de acordo com Paula (2009, apud DURIGUETTO; BALDI, 2012) tem a possibilidade de promover nos sujeitos que são alvo da intervenção profissional reflexões que lhes proporcionem mudanças nos valores, comportamentos e atitudes da população, das quais podem resultar processos de reivindicações, enfrentamentos e resistências coletivas das situações de sua vida cotidiana⁴⁷.

As possibilidades de a profissão contribuir para o acúmulo histórico de forças de uma das classes a qual se vincula inscrevem-se nos limites desta sociedade, uma vez que é uma profissão inserida na divisão sociotécnica do trabalho nos marcos desta ordem.

Para Duriguetto e Baldi (2012) isto não significa a inexistência de possibilidades de uma intervenção profissional nos processos de mobilização popular na direção do fortalecimento dos interesses da classe trabalhadora. No entanto, “desconsiderar o tenso e contraditório terreno no qual o Serviço Social adquire existência, conduz a este a fantasias sobre a profissão, ao messianismo, o que, não resulta em nenhuma contribuição profissional à formação de sujeitos coletivos” (DURIGUETTO; BALDI, 2012, p. 196).

É a partir dessa compreensão que se faz algumas reflexões na próxima seção deste trabalho sobre o Serviço Social - na perspectiva da assessoria à organização política para a gestão ou construção de políticas sociais- nos espaços do controle social das políticas sociais, como os conselhos de saúde, tendo uma visão formativa de sujeitos coletivos.

⁴⁷No Serviço Social, como explícito, é na dimensão ideopolítica da intervenção que reside a possibilidade dos assistentes sociais influenciarem criticamente os valores, comportamentos e ações dos sujeitos com os quais trabalham. Contudo, segundo Duriguetto e Baldi (2012, p. 199) a análise do constructo teórico que a categoria tem acumulado sobre esta relação do Serviço Social com os processos de mobilização e organização popular, apesar das significativas contribuições, ainda revela problemáticas e desafios em aberto. Ademais Duriguetto e Baldi (2012) inferem que particularmente, em relação à dimensão técnico-operativa da função educativa ou pedagógica de mobilização e organização popular, continua existindo uma lacuna que necessita ser debatida e aprofundada. Para Duriguetto e Baldi (2012) nos textos analisados encontra-se indicações gerais de práticas mobilizatórias na direção dos interesses das classes subalternas, no entanto, dada a pouca densidade destas indicações, constata-se a necessidade de avanços na formulação de indicativos teórico-operativos do trabalho profissional do Serviço Social nos processos de mobilização e organização popular. Os autores também indicam outros aspectos que necessitam ser problematizados como: a devida análise para não tender a tornar fluidos os limites entre a profissão e a militância política; o conceito de educação popular que dota de uma complexidade que exige esforços intelectuais específicos com a finalidade de desvendá-los, uma vez, que esteja muitas vezes presente nas elaborações do Serviço Social e sendo reclamado para a incorporação na intervenção profissional; a vinculação que estabelecem entre as ações de mobilização e de organização aos diferentes projetos societários das classes sociais, a partir disto, pode-se vislumbrar elementos elucidativos da relação daquelas ações empreendidas pelos assistentes sociais com os processos de emancipação política e de emancipação humana.

O fortalecimento e organização política, esta uma necessidade, dos conselhos e/ou dos seus diversos segmentos com ênfase para os usuários e trabalhadores, acredita-se que se dará pela participação destes nos movimentos sociais que se fundamentem nos princípios de defesa da democracia e dos direitos humanos e sociais. Desta maneira tem-se a importância da articulação dos conselhos e/ou conselheiros com os movimentos sociais, o que requer a importância dessa temática para a intervenção profissional.

4.3 A contribuição do Serviço Social ao debate do controle social na saúde

Posteriormente a promulgação da Constituição Federal de 1988 foram colocados entraves pelas forças conservadoras aos direitos conquistados, simultaneamente, que houve um refluxo dos movimentos populares, contribuindo para o retardo na construção de ações e serviços baseados nos princípios defendidos pelo movimento de reforma sanitária do período anterior.

O resultado desta problemática vem favorecendo uma atuação dos grupos vinculados a concepção privatista da saúde, reforçador do ideário neoliberal, que foram favorecidos pelos mecanismos criados com a Reforma do Estado, como a desvalorização dos serviços prestados em benefício da mercadorização das funções sociais do Estado, assim como ênfase nos aspectos programáticos da regulação e implementação do SUS, principalmente, em relação as suas dimensões técnicas.

Neste contexto, os princípios do SUS não são consolidados da forma como foram concebidos pelo movimento sanitário, a falta de investimento públicos nesta política gera um crescimento desordenado dos serviços de saúde, criando um sistema precarizado e com pouca credibilidade, sendo desacreditado pela população usuária. Em razão disso, os seguros e a rede privada de saúde se disseminam pelo país, já que, o sistema de saúde público passa a ser acessado apenas por parte da população que não tem condições de pagar por seguros privados, pois o sistema aparece ineficiente e sucateado pelo subfinanciamento histórico.

Logo, a contrarreforma põe desafios ao projeto de reforma sanitária e ao projeto crítico do Serviço Social. Dado que as reduções do Estado para o trabalho em nome da eficácia e eficiência do serviço ao público significam, o aumento do Estado para o capital, ou seja, a privatização. Tendo como exemplo o projeto de Fundação Estatal de Direito Privado, significando uma atualização das parcerias público-privado, das Organizações Sociais, das

Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público e das Fundações de Apoio que tentam privatizar o serviço público (CFESS, 2010).

Desta forma, um dos instrumentos ao exercício profissional do Serviço Social que vise defender os interesses da classe trabalhadora, se refere a participação social na saúde, que tem sua importância inscrita na inclusão da diretriz “participação social” na Constituição Federal de 1988 e na Lei 8080/90 que foi posteriormente, regulamentada pela Lei 8.142 em 1990.

Como já mencionado, neste estudo, esta diretriz é uma conquista da luta do movimento sanitário e reconhece a participação popular enquanto direito, possibilitando que a população participe do processo de discussão, formulação e fiscalização das políticas de saúde, em conjunto com os representantes profissionais dos serviços de saúde, com os agentes governamentais e com os prestadores de serviços. Isso se dá, através dos espaços institucionalizados, os conselhos de saúde e pelas conferências de saúde. Estes embora não únicos são instrumentos de controle social, que se materializa pelo caráter deliberativo e na representação paritária dos usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos representativos.

Demarca-se que o controle social enquanto direito pretende ampliar a democracia representativa para a democracia participativa, de base. Sendo que a concepção de participação defendida nos anos 80, está relacionada à ampliação dos sujeitos sociais na democratização do Estado brasileiro, tendo como objetivo uma nova relação Estado-Sociedade com a ampliação dos canais de participação direta.

Assim abre-se um espaço concreto para que a população possa interferir na gestão da saúde, visando defender os interesses da coletividade, diante dos interesses do mercado. Reforçando nestes espaços a disputa pelos recursos públicos, configurando, então, o controle social desta política.

Segundo Souza (2004) sobre a execução das ações e fiscalização e elaboração das políticas, o processo de participação possibilita ao homem se descobrir enquanto sujeito político, pois é legitimamente pela participação que o sujeito se relaciona diretamente com os desafios sociais e, a depender da conjuntura, assume uma posição de enfrentamento ou de elaboração de políticas que dizem respeito às suas próprias condições de existência.

Os conselhos que conformam uma grande conquista do projeto de reforma sanitária, tornando possível a participação direta da população, são atravessados por impasses de ordem que se referem, por exemplo, aos artifícios de poder do discurso técnico-científico, as

dificuldades dos mecanismos de representação⁴⁸. Assim como a tendência de reprodução do jogo político local em suas relações de força e exercício de poder e a apropriação dos conselhos pelo Poder Executivo⁴⁹. Da mesma forma, entende-se que esses espaços são contraditórios, de disputa de projetos. Nesta direção, Bravo (2011, p. 20) retrata que

[...] os espaços institucionais de controle social - Conselhos e Conferências - apesar de serem frutos de conquistas sociais, têm se tornado, muitas vezes, espaços de cooptação de liderança e movimentos sociais passando a ser controlados pelos gestores. Permanece o desafio de torná-los espaços de disputa para a efetivação do direito universal à saúde e para a defesa da saúde pública estatal.

Para Duriguetto (2012), esses canais podem ser apreendidos como uma das instâncias sociopolíticas possibilitadoras do desenvolvimento de processos de lutas, na busca por torná-los espaços propositivos e reivindicatórios, de promoção da fiscalização das ações estatais no campo das políticas.

A autora indica que esses espaços podem possibilitar a articulação entre forças sociais convergentes, que visem a denúncia e publicização de redução de direitos e do financiamento público para as políticas e serviços, frente a conjuntura atual brasileira, onde o debate das políticas sociais públicas tem privilegiado a focalização em oposição à universalização e enfatizado a despolitização e a tecnificação dos interesses sociais⁵⁰.

A importância dessas ações para o enfrentamento da mercantilização e da moralização das refrações da questão social torna os conselhos um espaço fundamental de resistência e coloca o desafio de fazê-los funcionar com esse conteúdo político-estratégico (DURIGUETTO, 2012). Neste sentido, estes espaços devem ser visualizados como lócus do fazer político orientados pela democracia Participativa, conforme Bravo (2009).

Abreu (1999 apud BRAVO; SOUZA, 2002, p. 68) sinaliza que a arena principal de atuação dos conselhos refere-se à esfera das políticas públicas, como o direitos sociais, nos

⁴⁸Existe distorções na representação de usuários e trabalhadores nos conselhos, por exemplo, entidades prestadoras de serviço representando os usuários, trabalhadores de saúde indicados pelos gestores e com cargo comissionado. Estas questões configuram entrave para a efetivação do controle social. A concepção dos conselhos enquanto espaços contraditórios, de disputa de projetos, impõe a luta pela garantia da representação de usuários e trabalhadores de saúde por membros de identidades vinculadas a estes segmentos, visando a real participação e interferência da sociedade nas decisões referentes à política pública de saúde, de forma que suas demandas sejam de fato contempladas.

⁴⁹ Acredita-se que os conselhos criam condições para que haja um sistema de vigilância sobre a gestão pública e levam a uma maior cobrança de prestação de contas sobre o Poder Executivo, principalmente no nível municipal.

⁵⁰ Vianna (2001 apud BRAVO, 2009) relata que três mitos sobre a política social têm sido plantados pela retórica neoliberal: o tecnicista, o naturalista e o maniqueísta. No primeiro, destacam-se a despolitização e a tecnificação dos interesses públicos. No segundo, naturalizam-se os processos sociais em curso na economia com a afirmação de que a seguridade social enfrenta, na atualidade, uma crise que é mundial, havendo o esgotamento das suas possibilidades. No terceiro, as soluções propostas são mutuamente excludentes, colocando a oposição entre o público e o privado e entre o universal e o focal.

marcos da política distributiva da riqueza social. Entretanto, a autora destaca que a luta por direitos sociais no sentido da universalização e da democratização das políticas públicas não pode ser deslocada do movimento por transformações no plano econômico, tendo em vista o avanço desta luta para além do horizonte histórico da democracia burguesa. Inferindo que os conselhos podem constituir-se em instâncias de luta pela democratização das relações sociais e pela transformação da práxis, supondo, portanto, a inscrição desta luta no horizonte societário da classe subalterna.

Raichelis (2011) em seu relato no seminário de controle social realizado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), sinaliza que a lógica neoliberal acarretou a implosão da subjetividade pública, favorecendo a exacerbação do individualismo, cultura privatista e aparente desnecessidade do público.

Bravo (2009) sinaliza que

As forças majoritárias da sociedade brasileira precisam debater a opção política a ser tomada, pois a questão de fundo está relacionada aos valores em que a mesma se estruturará, ou seja, se em valores individualistas, ou em valores universalistas. Essa questão tem que ser politizada com os movimentos organizados e nos espaços públicos de controle democrático para que se fortaleça a concepção de Seguridade Social Pública. Essa não é uma tarefa fácil, pois vários impasses estão colocados, cabendo destacar a comunicação estabelecida com a sociedade brasileira; a fragilidade das lutas empreendidas pela sociedade civil em defesa das políticas públicas, seja nos espaços de controle democrático, como também em outras esferas e movimentos sociais organizados, bem como o papel desmobilizador dos governos na sua relação com a sociedade⁵¹.

Os mecanismos de controle democrático, apesar, de implementados num cenário de agravamento das questões sociais e institucionalização dos movimentos sociais, são necessários para o exercício profissional, visando ampliar uma cultura democrático coletiva, servindo como representante do interesse da maioria da população. Segundo Bravo e Matos (2002, p. 74)

na disputa de projetos⁵², a gestão democrática das políticas sociais, é uma questão fundamental a ser enfatizada para fortalecer o projeto de democracia de massas, sendo uma estratégia de democratização social, econômica e política da sociedade brasileira.

⁵¹Entende-se que as diversas entidades da sociedade civil têm substituído as lutas coletivas por lutas corporativas restritas a grupos de interesses. Essa concepção está de acordo com o ideário das classes dominantes, que têm como perspectiva a americanização da sociedade brasileira, neutralizando os processos de resistência com a utilização de estratégias persuasivas, obrigando os trabalhadores a uma prática política defensiva Viana (1999 apud BRAVO, 2009). O projeto coletivo, cuja construção iniciou-se na década de 1980, tem sido questionado e substituído pelo projeto corporativo, que procura naturalizar a objetividade da ordem burguesa.

⁵² Lembrando que, na atual conjuntura existem dois grandes projetos societários em disputa: democracia restrita versus democracia de massa.

Frente as condições objetivas de fragilização das lutas coletivas considera-se como uma estratégia importante o fortalecimento da organização popular, como os conselhos, conferências e movimentos sociais, tendo como um dos objetivos o questionamento da cultura política da crise⁵³ gestada pelo capital.

Bravo (2009) aponta que é preciso ter conhecimento das principais questões que esses mecanismos de controle social da sociedade sobre o Estado têm⁵⁴, como também, atentar para alguns desafios postos ao Serviço Social, no que perpassa as demandas colocadas pelos conselhos, bem como as respostas dadas a eles pelos assistentes sociais.

Conforme Bravo (2009), vários autores têm abordado esses espaços, tanto no Serviço Social, como nas outras áreas do conhecimento, sublinhando suas possibilidades e limites. Diversas pesquisas também têm sido realizadas em várias áreas das políticas sociais. Sendo a fragilidade da representação da sociedade civil⁵⁵, um aspecto que chama a atenção nesses estudos.

A autora indica que os conselhos têm sido objeto de estudo entre os setores liberais e da esquerda com diferentes matizes. Pelos liberais, eles são analisados como instrumento ou mecanismos de colaboração, e pela esquerda como vias ou possibilidades de mudanças sociais, no sentido de democratização das relações de poder.

Bravo (2006) destaca como dificuldades nessas instituições: desrespeito por parte do poder público das deliberações dos conselhos e conferências; descumprimento das leis que regulamentam o funcionamento dos conselhos; burocratização das ações e dinâmica dos conselhos que não viabiliza a participação dos representantes; ausência de divulgação prévia da pauta das reuniões dos conselhos; infraestrutura precária; ausência de definição orçamentária; falta de conhecimento da sociedade civil organizada sobre os conselhos; falta de articulação mais efetiva dos conselheiros com suas bases; dificuldade dos conselheiros

⁵³Segundo Mota (1995 apud BRAVO; SOUZA, 2002), têm-se a gestão de uma cultura política de crise, um movimento formador de ideologia e representações que procura naturalizar a objetividade da ordem burguesa, visando o consentimento das classes subalternas. O que se idêntica é a posição do capital para disseminar que a crise afeta toda sociedade, procurando desqualificar as posições antagônicas das classes, com a intenção de construir um modo de integração passiva à ordem do capital, desmobilizando e despolitizando as lutas sociais e políticas.

⁵⁴ Raichelis (1990 apud BRAVO; SOUZA, 2002) pontua a necessidade da constituição de espaços públicos para a construção de uma nova relação entre Estado e sociedade. A constituição de espaços públicos, para a autora, não implica a diminuição do, papel do Estado, mas a incorporação da sociedade civil na formulação, implementação e gestão da política.

⁵⁵ Raichelis (1988 apud BRAVO; SOUZA, 2002) constata a ausência de representação dos grupos populares, ressaltando que as classes médias estão substituindo os segmentos que são os reais usuários da política de assistência. A inserção dos sindicatos, tanto nos conselhos de saúde quanto nos de assistência social, também não é significativa. Outro aspecto a ser salientado é a pouca articulação entre os trabalhadores da saúde e da assistência com a representação dos usuários, estes aspectos dentro outros debilita o potencial político dos conselhos (BRAVO; SOUZA, 2002).

interferirem na dinâmica dos conselhos; chantagem institucional do Poder Executivo, alegando que caso as propostas apresentadas sejam questionadas pelos conselheiros, irá trazer prejuízos para a população; ausência de soluções jurídicas mais ágeis quanto à necessidade de se defrontar com o executivo; contribuição ainda incipiente dos conselhos para a democratização da esfera pública.

A autora apresenta algumas propostas para o fortalecimento do controle social na saúde

Articulação entre os diferentes sujeitos que atuam nos Conselhos e Fóruns, visando o fortalecimento dos mesmos, através de Fóruns de Políticas Sociais nos Estados e Municípios; Aperfeiçoamento da cooperação regional e estímulo a gestão participativa em saúde; Retorno constante e permanente dos conselheiros às suas bases; Estabelecimento de canais de interlocução dos Conselhos com a Sociedade, através de boletins informativos, jornais, entre outros; Discussão dos consórcios de saúde existentes, uma vez que o controle social não está presente na maioria das deliberações regionalmente implementadas; [...] Cumprimento das deliberações das conferências [...] com definição de prioridades; Criação de conselhos gestores de unidades em todas as Instituições de Saúde, com vista a democratização das mesmas; Cumprimento da Resolução nº 333, de 2003, do CNS, garantindo a paridade nos conselhos e evitando distorções; Constituição de assessoria aos Conselhos, escolhida pelos conselheiros³⁷; Realização de Cursos de Capacitação Política para Conselheiros da Sociedade Civil na perspectiva crítica e propositiva; Estabelecimento de código de ética para os conselheiros a fim de por em pauta o debate dos valores e compromissos que movem a atuação dos mesmos, reforçando a importância da defesa de interesses coletivos” (BRAVO, 2006, p. 96).

Segundo Bravo (2006) parte-se do pressuposto que, um dos obstáculos enfrentados pelos conselhos, é reflexo da cultura política presente ao longo da história brasileira que não permitiu a criação de espaços de participação no processo de gestão das políticas sociais públicas, havendo predomínio da burocracia, com ênfase nos aspectos administrativos e técnicos, como também nas práticas políticas do favor, patrimonialista, de cooptação da população, populistas e clientelistas.

A autora sinaliza que estas características são expressões do autoritarismo do Estado brasileiro, da distância da sociedade civil organizada dos partidos e da desarticulação da sociedade civil na atual conjuntura provocada pelas alterações na forma de produção e gestão do trabalho frente às novas exigências do mercado oligopolizado.

Para Correia (2006) dentre os entraves para a efetividade do controle social sobre as políticas públicas estão em nível macroeconômico e político, dada a predeterminação das definições em torno dos orçamentos públicos, especialmente no que se refere aos gastos sociais, resultantes das negociações com os organismos financeiros internacionais em torno das bases para o refinanciamento da dívida externa e da contratação de novos empréstimos. A autora ressalta que este limite vem sendo determinado pela dinâmica própria da sociedade do

capital, que no seu estágio de crise atual, necessita que os recursos públicos subsidiem a reprodução ampliada do capital, em detrimento da reprodução do trabalho. A autora indica que é dentro deste limite maior da sociedade do capital que está situado o controle social sobre as políticas públicas em sua contraditoriedade - o controle da classe dominante para manter o seu domínio, e as estratégias de controle das classes subalternas na busca da construção de sua hegemonia.

A classe trabalhadora têm participação ativa na produção de riquezas do país, mas não influíram na sua direção política e cultural nem partilham com equidade dos bens produzidos, não sendo cidadãos de direitos sociais, econômicos e políticos.

Apesar de todas as reflexões que explicitam os limites desses espaços para uma participação efetiva, considera que esses mecanismos são importantes para democratização do espaço público e para mudança da cultura política brasileira. Tem-se clareza, entretanto, que esse processo é lento e precisa de investimento por parte das entidades, movimentos sociais e universidades (BRAVO, 2006, p. 93).

Bravo (2006) ressalta que os conselhos não podem ser nem supervalorizados, nem subvalorizados, uma vez que os conselhos são fundamentais para a socialização da informação e formulação de políticas sociais, no entanto, têm que ser visualizados como uma das múltiplas arenas em que se trava a disputa hegemônica no país.

Um aspecto importante de ser reforçado é a afirmação de Dagnino (2002), que considera um equívoco atribuir aos espaços de participação da sociedade o papel de agentes fundamentais na transformação do Estado e da Sociedade [...] (BRAVO, 2006, p. 93).

Tendo-se clareza de que, como os conselhos foram institucionalizados no âmbito estatal e estão situados no poder executivo. Não se tem a pretensão do controle do capital, já que, este é incontrolável. Trata-se de garantir o direito à saúde interferindo na elaboração da política de saúde. Neste sentido, pode-se disputar o fundo público, denunciar sua locação crescente para a reprodução do capital em detrimento da reprodução do trabalho, exigir a transparência do uso de recursos públicos e a efetivação dos direitos sociais (BRAVO, 2012).

No que concerne o debate atual acerca dos conselhos consideram-se algumas posições como: a que propõe que esses espaços devem ser abandonados pelos movimentos sociais, por estarem capturados pelo Estado; a que defendem os conselhos como únicos espaços de luta, tendo, em vista, a conquista de mais poder dentro do Estado; e a posição que julga que tais espaços devem ser tensionados e ainda ocupados pelos movimentos sociais, apesar de reconhecer seus limites, numa conjuntura de refluxo e cooptação de muitos desses.

Tatagiba (2002, p. 98-99 apud MENEZES, 2010) destaque que

os conselhos estão na contramão de um processo histórico-conjuntural marcado pela ação deliberada de redução da esfera pública, com as grandes decisões nacionais sendo tomadas a partir de acordos, em geral, não publicizáveis. [...] Para além disso, conspiram contra essas experiências os processos de ajuste, que vêm reduzindo drasticamente os investimentos nas áreas sociais, e o fortalecimento de práticas e posturas profundamente antidemocráticas de resolução dos conflitos [...]. Esse é um contexto que conspira contra o sucesso e a efetividade dessas experiências, apontando o risco de, nesse contexto tão adverso, sob o pretexto de fortalecimento da sociedade civil, a atuação dos conselhos reforçar as práticas em curso de desresponsabilização do Estado.

Estas questões colocadas para os canais de participação social em relação à conjuntura mais ampla e às dificuldades de funcionamento desses espaços na prática têm apontado para análises que colocam em contraposição entre a luta institucional versus ação mobilizatória.

Para Tatagiba (2002 apud MENEZES, 2010), apesar da riqueza deste debate, esta polarização traz como consequência a secundarização das estratégias de luta, quando o desafio atual é justamente fortalecê-las e articulá-las na direção de um projeto político mais amplo de democratização da relação Estado e Sociedade. Diante disso, ações de natureza mobilizatória e de natureza institucional não são excludentes mais complementares.

Gohn (2001 apud BRAVO, 2009) afirma que os conselhos podem ser espaços de fortalecimento da gestão democrática, mas podem, também, ser transformados em estruturas burocráticas de aprovação de políticas sociais ou, ainda, em instrumentos que amenizam os conflitos.

Conforme Nogueira (2002 apud BRAVO; SOUZA, 2002, p.74) alguns requisitos para a viabilização da gestão democrática e participativa tem que serem tomados, como cultura ético-política, adesões democráticas consistentes e decisões democráticas claras, com capacidade de direção política. Além disso, exige-se que os recursos humanos sejam qualificados e que se tenha procedimentos de desburocratização. Esses pressupostos são necessários para os participantes do governo que integram os conselhos terem como diretrizes se, realmente, quiserem fortalecer esse mecanismo de gestão da política de saúde.

Coutinho (1992) considera que é somente por meio da articulação entre mecanismos de representação indireta com os organismos populares de democracia de base que os elementos de uma nova concepção de democracia e cidadania podem surgir e tomar corpo. Considera que é a partir dessa articulação que as classes subalternas podem participar ativamente do poder político, influenciando nas decisões, havendo a possibilidade de construção do predomínio da vontade geral e a conservação do pluralismo.

Correia (2005) aponta que os conselhos podem ser espaços de legitimação do poder dominante e de cooptação dos movimentos sociais ou se constituir em mecanismos de participação e controle social na perspectiva de ampliação da democracia direta.

Cortes (1988) indica os seguintes fatores que influenciam o caráter da participação social nos conselhos: as mudanças recentes na estrutura institucional do sistema brasileiro de saúde; a organização dos movimentos sociais e sindical na cidade; a aliança entre profissionais de saúde pública e lideranças populares ou sindicais; as posições dos gestores municipais sobre a participação dos usuários no sistema e a dinâmica de funcionamento dos conselhos.

Guizardi (2013) sinaliza que os conselhos e conferências podem ser uma forma de inclusão política e cultural de setores da sociedade civil até então excluída da vida pública, no sentido da efetiva participação no Estado e afirmação da cidadania. Para tanto, segundo a autora se faz necessário- nas mediações das relações de força- questionar a organização e as relações de poder local, assim como realizar capacitações dos usuários e seus representantes, diante dos conflitos de interesses antagônicos, contribuindo para a constituição de sujeitos políticos coletivos que possam explicitar suas demandas e implementar respostas às suas necessidades.

Gonh (2006) demarca algumas questões relevantes para o fortalecimento dos conselhos, tais como: a representatividade qualitativa dos diferentes segmentos na sua composição; a observância da paridade⁵⁶ entre governo e sociedade civil; o problema de capacitação dos conselheiros, principalmente os advindos da sociedade civil; o acesso às informações e sua decodificação e a publicização das ações dos conselhos; a fiscalização e controle sobre os atos dos conselheiros; o poder e os mecanismos de aplicabilidade das decisões do conselho pelo executivo.

Bravo e Souza (2002) indicam também ações para o fortalecimento dos conselhos, ressaltam-se: a qualificação continuada para os conselheiros que supõe uma intervenção constante, possível por meio de uma assessoria permanente, que congregue as dimensões políticas, técnicas e administrativas de um conselho; a articulação de um fórum integrado de

⁵⁶Em relação à paridade, ela não é uma questão somente numérica, mas das condições de uma certa igualdade no acesso à informação, disponibilidade de tempo, etc. A disparidade de condições de participação entre os membros do governo e os advindos da sociedade civil é grande; os primeiros trabalham nas atividades dos conselhos durante seu período de expediente de trabalho normal/remunerado; têm acesso aos dados e informações, têm infraestrutura de suporte administrativo; estão habituados com a linguagem tecnocrática etc. Ou seja, ele têm o que os representantes da sociedade civil não têm. Desta maneira, é importante que os representantes da população tenham igualdade de condições para participar, tais como: o acesso a informação e algum tipo de remuneração para sua atividade (GONH, 2006).

conselhos, que visa superar a fragmentação das políticas públicas, pelo menos ao nível da discussão entre os conselheiros; a articulação entre representantes dos usuários e representantes dos trabalhadores de saúde, considerando os interesses comuns presentes na luta pela saúde pública; a liberação da carga horária dos conselheiros para a realização das atividades do conselho.

Campos e Maciel (1997 apud BRAVO 2009) enfatizam como essencial a eleição das entidades representativas dos segmentos dos usuários. A escolha dessas entidades nem sempre tem levado em consideração critérios como tradição política, base de sustentação, interesses representados, organização e dinâmica de funcionamento. De acordo com Bravo (2009) a falta de observância a esses critérios tem incentivado a participação elitista, burocrática e os representantes têm atuado de forma pessoal, arbitrária, não debatendo com as bases de sua entidade as temáticas tratadas nos conselhos.

Segundo Bravo e Matos (2010) é necessário ao Serviço Social continuar avançando nas análises sobre os conselhos, as conferências e o controle social. O Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, realizado em 2004, mostrou a riqueza de reflexões com que a categoria municia o pensamento crítico. Mas, sem abandonar esse investimento, faz-se relevante retomar as investigações tendo como objeto os movimentos sociais e encará-lo como parte integrante do exercício profissional. Outra alternativa é articular os estudos referentes a conselhos com movimentos sociais.

Ressalta-se que os autores que analisam os conselhos, enquanto espaços contraditórios, têm uma perspectiva realista do conselho. Veem seus limites, suas possibilidades e potencialidades. Os estudos pautados nessa visão consideram que os conselhos não substituem os movimentos sociais, pois quanto mais forte forem as entidades e os movimentos sociais, maior potencial político terá o conselho (BRAVO; MATOS, 2010).

Os autores supracitados, quando ressaltam os limites, também têm levantado as possibilidades que vão depender do nível de organização da sociedade civil, assim como do investimento, através de assessoria dos profissionais e/ou entidades, no sentido de contribuir para o fortalecimento do controle democrático.

A partir das indicações pontudas, considera-se que a assessoria às instâncias públicas de controle democrático 'articulada aos movimentos sociais é um espaço de trabalho que os assistentes sociais podem contribuir para o fortalecimento dos sujeitos políticos na perspectiva da garantia e/ou ampliação dos direitos sociais, tendo no horizonte a emancipação humana (BRAVO, 2009)

De acordo com Bravo (2009) para a análise da ação profissional, esta se dá em duas dimensões, sendo estas: técnicas administrativo, definidos como suporte profissional nas atividades documentais e de gestão, normalmente em cargos ocupados em prefeitura, qual deve um cuidado para não reduzir apenas a um trabalho técnico sem estabelecer relação ao projeto profissional; e técnico-político, definido como ações que envolve a democratização e socialização da informação, realização de pesquisas, ação socioeducativa configurada em assessoria aos movimentos sociais, assessoria esta que deve ser articulada com diversas ações.

Nesta direção, faz-se alguns apontamentos do Serviço Social ao controle democrático, bem como a práticas e desafios profissionais para a categoria no controle social do SUS.

Os profissionais de Serviço Social, desde os anos 1980, período marcado pela reeleitura da profissão, incorporaram a temática dos movimentos sociais na formação profissional, nas pesquisas e na produção acadêmica. Assim, o Serviço Social a partir dos anos 90 tem adotado como objeto de estudo os conselhos democráticos. Bravo (2009) aponta que este debate surge a partir do esvaziamento dos movimentos sociais e a implementação dos conselhos; contudo, os estudos e intervenções acerca da temática precisam estar articulados ao debate referente aos movimentos sociais.

As publicações que tem preocupação central na análise do trabalho do assistente social nos espaços de controle democrático são produzidas a partir dos anos 2000, sendo resultado da inserção dos profissionais, por exemplo, nos conselhos, conferências, fóruns, plenárias, comitês, orçamento e planejamento participativo, bem como nos projetos de extensão que articule ensino e pesquisa nas universidades a maioria têm sua fundamentação com base em Gramsci, apreendendo a contradição de classe como central na disputa pela hegemonia e interesses antagônicos. Bravo (2009) reforça que em relação a esse trabalho

As proposições apresentadas abrem a possibilidade para que os assistentes sociais passem de meros executores das políticas para atuarem na formulação e assessoria aos diversos sujeitos coletivos e movimentos sociais participantes deste processo. Identifica-se, entretanto, que essa produção é ainda muito restrita.

Conforme Duriguetto (1996, p.145 apud Bravo, 2009) em pesquisa realizada afirma que os profissionais de Serviço Social têm dificuldade de tomar sua inserção frente aos movimentos sociais como trabalho profissional. Essa questão também se expressa pela falta de reflexões sobre a influência das instituições assessoras na organização dos movimentos sociais.

Para Bravo e Matos (2010, p.149) a categoria muito contribuiu para a organização dos movimentos sociais. Mas cabe na atualidade, fazer e registrar essa contribuição como parte

das suas competências profissionais, conforme está previsto na lei de regulamentação da profissão - Lei n.8.662/93).

A ampliação da esfera pública, o fortalecimento de instâncias democráticas e a garantia de direitos são uns dos desafios postos para os profissionais que têm como referência um novo projeto societário. Nas palavras de Bravo (2009), o Serviço Social

nos seus diversos documentos legais que fundamentam o seu projeto ético-político ressalta a construção de uma nova ordem social, com igualdade, justiça social, universalização do acesso às políticas sociais, e com a garantia da cidadania para todos⁵⁷.

Netto (1999) aponta que os projetos profissionais são indissociáveis dos projetos societários que lhes oferecem matrizes e valores e expressam um processo de luta pela hegemonia entre forças sociais presentes na sociedade e na profissão. Nesta direção o Projeto Ético Político do Serviço Social aponta para o posicionamento em favor da classe trabalhadora e enquanto participantes do movimento social.

Ademais o trabalho com os conselhos deve desdobrar-se na articulação com as organizações populares, criando alianças na luta geral dos trabalhadores e dos interesses dos sujeitos sociais. Sendo esta base, afirmado pela categoria profissional no Código de Ética (1993, p. 3), explícito no compromisso com a: “articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos trabalhadores”.

Desta maneira, o apoio e estímulo a mobilização e a participação social são pontos importantes para o assistente social que luta por melhores condições de vida e trabalho da população e que busca reforçar caminhos para um outro tipo de sociedade.

O Serviço Social na saúde vem, ao longo dos últimos anos, buscando a superação de seu trabalho profissional, que historicamente foi centrado nas ações focalizadas, burocráticas e subordinadas à prática hegemônica da medicina. Neste sentido, as ações ao nível do planejamento das políticas de saúde, ou da assessoria, por exemplo, caracterizam-se enquanto demanda potencial e institucional colocada aos assistentes sociais (BRAVO; SOUZA, 2002).

O assistente social pode se inserir nas instâncias públicas de controle democrático, como profissional política, quando participa de representações como conselheiras, e como

⁵⁷Vasconcelos (2006) ressalta que o assistente social que caminha na direção do projeto ético político, tem a possibilidade de contribuir, para enfrentar o grande desafio que coloca a luta contra o projeto capitalista neoliberal que diz respeito a promover uma interlocução entre os setores organizados da sociedade que buscam a radicalização da democracia e a construção de uma nova ordem societária e expressivos segmentos dos trabalhadores que não tem condições, num primeiro momento, de se organizarem.

novo espaço sócio-ocupacional, quando desenvolve ações de assessoria aos conselhos, usuários, trabalhadores e poder público.

Pensar o trabalho profissional dos assistentes sociais nessas instâncias supõe uma dupla dimensão: analisar o controle democrático no contexto macro-societário que vem alterando as políticas sociais com retração dos direitos sociais e as respostas técnico-profissionais e ético-políticas dos agentes profissionais (BRAVO, 2009).

Assim a atuação do Serviço Social neste espaço, como sinaliza Bravo (2009) deve ser adepto ao projeto ético-político da profissão como fundamentador de sua ação. Logo a articulação dos assistentes sociais com os espaços de participação social que os envolve em espaços institucionalizados e não institucionalizados são de extrema importância.

A categoria assumiu um compromisso com a luta pela garantia e ampliação de direitos quanto aos serviços e ações de saúde à população; a gestão democrática de serviços, programas e políticas sociais; e com a qualidade dos serviços prestados⁵⁸. Estas possibilidades se abrem no campo da participação popular e na luta dos movimentos dos sujeitos sociais, diante do cenário regressivo das políticas sociais.

Para Bravo (2009) os assistentes sociais precisam qualificar suas ações⁵⁹ nos espaços de conselhos a fim de contribuir para a ampliação de uma cultura política crítica e democrática necessária ao efetivo controle democrático dos sujeitos coletivos que buscam na arena pública combater a destruição das conquistas históricas dos trabalhadores.

A participação dos sujeitos, entretanto, só poderá ser exercida frente a um amplo trabalho de capacitação para que ocorra uma intervenção qualificada e propositiva, na direção de exigir direitos e exercer formas de pressão sobre o poder público. Conforme Bravo (2009).

Nas frações de classe com baixo poder de organização, as dificuldades são ainda mais complexas. Para que o controle democrático se efetive, é necessário que os representantes da sociedade civil possam organizar-se institucionalmente e nas suas

⁵⁸Se a ideia inscrita através do projeto da Reforma Sanitária na concepção do SUS de que o controle social é o processo pelo qual a sociedade interfere na gestão pública, no direcionamento das ações do Estado para com os interesses da coletividade, estabelecendo assim a capacidade de participação e mudança. Pode-se, então, por esse ângulo também observar a intrínseca relação do controle social com os pressupostos contidos no Código de Ética, Lei da Regulamentação da Profissão e o Projeto Ético Político. O Código de Ética explicita essa vinculação tanto através de seus princípios concernentes à ampliação e consolidação da cidadania e à gestão democrática de serviços, programas e políticas sociais, à defesa do aprofundamento da democracia enquanto socialização da participação política, como em relação ao dever do assistente social com os usuários de contribuir para a viabilização da participação efetiva da população usuária nas decisões institucionais (CFESS, 1993 apud NOGUEIRA; MIOTO, 2006).

⁵⁹Os assistentes sociais devem voltar-se para sua capacitação permanente, uma vez que a qualificação profissional poderá lhe instrumentalizar para entender a realidade e as demandas e necessidades dos usuários, assim como possibilitará uma atuação qualificada no assessoramento aos Conselhos de Saúde e as organizações e movimentos populares na luta por melhores condições de vida e trabalho, tencionando o Estado para a ampliação e garantia de direitos.

bases e que tenham consciência dos seus direitos e a quem reclamá-los. Reconhecem-se a necessidade e a importância da organização para a participação efetiva nas decisões públicas. O Estado aposta em manter o populismo regressivo, ou seja, a simpatia política difusa desse setor popular pauperizado e desorganizado (SIMIONATO, 2006) (BRAVO, 2009).

É nesta tensão que os profissionais de Serviço Social podem atuar. Diante dos estudos, como de Iamamoto (2002) sobre os espaços democráticos, a autora aponta que é necessário ter a clareza do projeto defendido na participação, porque são espaços de disputa, isso pode abrigar

[...]experiências democráticas, que propiciem o aprendizado de um tipo de socialização diferente, que permita viver a dimensão do coletivo, propiciem o partilhamento de poder e a intervenção em processos decisórios. Mas pode também alimentar vícios populistas e clientelistas no trato da coisa pública. (IAMAMOTO, 2002, p. 55).

Iamamoto (2002) ressalta que é relevante a ação dos assistentes sociais nos conselhos e movimentos sociais. Trata-se de reassumir o trabalho de base, de educação, de mobilização e organização popular, que parece ter sido submerso do debate teórico-profissional ante o refluxo dos movimentos sociais. Conforme a autora é importante uma releitura crítica da tradição profissional do Serviço Social, reapropriando-se das conquistas e habilitações perdidas no tempo e, ao mesmo tempo, superando-as de modo a adequar a condução do trabalho profissional aos novos desafios do presente.

Souza (2001 apud BRAVO, 2009) estudou o material publicado nos anos 1990 sobre controle social na saúde, no âmbito do Serviço Social, assim como as comunicações apresentadas nos eventos nacionais da categoria. Seu trabalho apresenta algumas preocupações: são poucos os estudos referentes à assessoria e/ou trabalho profissional nesses espaços. Ressalta que os perfis dos profissionais que estão sistematizando esse debate são vinculados à universidade, ou seja, docentes, alunos de graduação e pós e profissionais engajados em projetos de extensão.

Conforme Bravo (2009), nos anos 2000, a partir da análise da bibliografia publicada no Serviço Social, compreende-se que são poucos os autores que têm enfatizado o trabalho dos assistentes sociais nas instâncias de controle democrático, a saber: Gomes (2000), Bravo et al. (2001), Bravo e Souza (2002), Correia (2005), Bravo e Matos (2006) e Simionato (2006).

Gomes (2000 apud Bravo 2009) afirma que o assistente social deve ser um socializador de informações, desvelando com competência técnico-política as questões, propostas, armadilhas que aparecem nos conselhos. Os usuários só poderão ter participação

qualificada, interferindo nas políticas se tiverem os instrumentos de análise da realidade. Quanto mais qualificada a participação dos sujeitos e politicamente comprometida com a transparência, mais visibilidade terá o exercício do controle social e mais amplo será o espaço público.

Segundo Bravo e Matos (2010) a assessoria é uma relação de autonomia entre os sujeitos envolvidos neste processo, assim, torna-se relevante se atentar que cabe ao assessor, problematizar junto aos sujeitos a necessidade de sua organização política tanto dentro da instituição estimulando- as associações de usuários, a organização de comissões e conselhos paritários, dentre outros- como fora da instituição estimulando a participação em movimentos sociais gerais e específicos, nos conselhos de políticas e de direitos, etc.

Assim, a qualidade das ações ou organizações que o assistente social assessorar vai sempre ser variável, a depender da organização política dos sujeitos, mas é, contraditoriamente, o potencial político ou a sua ausência, conteúdo fundante a ser trabalhado pelo assessor junto a quem assessora. Nesta direção, essa defesa traz embutida a necessidade de contribuir para politizar o debate junto aos movimentos sociais e de incluir o processo de assessoria aos movimentos sociais e aos usuários como parte constitutiva do exercício profissional do Serviço Social (BRAVO; MATOS, 2010).

Bravo e Souza (2002) identificam algumas respostas dadas pelos assistentes sociais relacionados à assessoria técnica aos conselheiros representantes dos usuários e dos trabalhadores de saúde. Essa assessoria tem sido efetivada por diferentes maneiras, ou seja, pode ser uma assessoria cotidiana ou mais pontual, presente nas reuniões ordinárias e extraordinárias dos conselhos, como nos fóruns de discussão.

As autoras apresentam como principais ações que envolvem essa assessoria: a organização da documentação dos conselhos; a organização de plenárias; a elaboração de cartilhas sobre controle social e política de saúde; a pesquisa de temas para as oficinas; a realização de oficinas; a elaboração das atas de reuniões do conselho; a idealização de boletins informativos do conselho; a elaboração de planos com propostas de participação popular, que devem conter o diagnóstico da localidade e o plano propriamente dito; a realização de reuniões periódicas, que discutam previamente a pauta da reunião dos conselhos; a pesquisa sobre a realidade; a realização de cursos de capacitação de

conselheiros⁶⁰; o acompanhamento dos conselhos; a realização do perfil do conselheiro e o estímulo à realização e participação no orçamento participativo.

Correia (2005) destaca que o assistente social está relacionado com o controle social em duas dimensões: primeiro, como profissão auxiliar ao controle social, visto como um meio utilizado pelo Estado para a manutenção do consenso e da ordem, necessário à reprodução social capitalista. Segundo, como profissão que pode contribuir para o exercício do controle dos setores populares sob as ações do Estado, para que este atenda aos interesses da maioria da população. Este tem se tornado um desafio, tendo em vista o panorama das políticas públicas no momento atual. (BRAVO, 2009)

Correia (2005) salienta que à prática profissional, neste campo desenvolve-se a partir de ações que se assemelham ao que foi destacado por Bravo e Souza (2002): estímulo à participação social, qualificação de conselheiros, suporte aos conselhos como na contribuição nas pautas, atas, apoio as comissões internas, organização de conferências; socialização de informações como divulgação de documentos, cartilhas, boletins e; assessoria à elaboração de Planos.

A autora relaciona ainda alguns requisitos importantes que constituem desafios para esta nova demanda profissional, relacionada com o controle social: aporte teórico, compreensão histórica da política social e dos seus aspectos legais e jurídicos, capacidade de realizar constantes análises conjunturais, compreensão de que esses espaços são contraditórios, capacidade de elaborar planos, programas e projetos de forma participativa e de intervir em orçamento, competência para capacitar conselheiros e /ou população usuária para o exercício do controle social; articulação com as demais políticas, consciência dos limites e possibilidades de participação social em espaços institucionais.

Bravo e Matos (2006) fazem uma reflexão sobre assessoria junto a usuários e suas entidades apresentando estratégias para o fortalecimento da participação da sociedade civil⁶¹. Relatam que, a partir de uma demanda de capacitação de conselheiros, iniciam junto com os solicitantes uma problematização sobre o tema. A preocupação central se fundamenta em desmistificar que a capacitação resolveria os problemas que são de ordem política. Por outro lado, os autores sabem, contraditoriamente, do potencial da capacitação não como uma ação episódica, porém no contexto de assessoria. É nesta perspectiva que as oficinas são desenvolvidas tendo por referência outras ações como a elaboração de planos municipais de

⁶⁰Com base em Gohn (2006), os cursos de capacitação devem considerar duas questões: primeira - os sujeitos da ação dos cursos, devem ser oriundos da sociedade civil, bem como do aparelho estatal. Segunda – um curso não pode se visto como uma mera capacitação técnica. Há que se desenvolver saberes ético-políticos para que estes cursos acrescentem alguma coisa de fato significativa na prática cotidiana daqueles cidadãos.

⁶¹ O texto é fruto da experiência do Projeto Políticas Públicas de Saúde: o potencial dos conselhos do Rio de Janeiro, coordenado pela autora que articula ensino, pesquisa e extensão.

saúde e mobilização dos sujeitos para continuarem a articulação com os demais segmentos e entidades. O curso é uma estratégia visando o desenvolvimento de outras atividades, e, por isso, no seu encerramento, criam-se fóruns populares de políticas públicas para fortalecer a organização social. Têm-se utilizado como procedimentos técnico-operativas a pesquisa participante articulada a outros instrumentos de investigação, o planejamento estratégico situacional e ação socioeducativa⁶². O objetivo da assessoria é a democratização e/ou socialização do conhecimento, tendo por intencionalidade a ampliação da participação dos diversos sujeitos sociais na luta pela efetivação dos direitos sociais, considerado como dever do Estado. A pesquisa é essencialmente socializada com os sujeitos tendo por objetivo a análise da realidade⁶³. A ação socioeducativa é a que articula os diversos procedimentos na busca da problematização e desvendamento do real com vistas à mobilização e organização dos sujeitos para enfrentamento das questões concretas.

Correia (2005) também elabora um material de apoio ao fortalecimento do controle social, fruto de experiência da autora em capacitação com conselheiros. O primeiro reúne textos de forma didática e crítica que podem servir de suporte para as oficinas dos cursos com conselhos. O segundo apresenta a proposta de treze oficinas com temas diferentes⁶⁴, assim como sugestões para realizá-las, incluindo roteiro do conteúdo a ser trabalhado, material necessário, metodologia, resumo do conteúdo e bibliografia para que possa servir de referência para os profissionais que atuam ou pretendem atuar em experiências de capacitação, adaptando-os às realidades específicas (BRAVO, 2009).

Mesmo com toda sobrecarga que existe no cotidiano, pensamos que a assessoria pode ser uma ação privilegiada, pois ao trazer à tona a organização política dos usuários, traz também a possibilidade de uma autoidentificação destes enquanto classe, já que esta será uma atividade grupal, de articulação e reivindicação entre os usuários de questões que possuem em comum, sem contar que assessoria pode vir a possibilitar uma melhor otimização do trabalho do Serviço Social (BRAVO; MATOS, 2010, p. 48).

⁶² Abreu (2002, apud BRAVO; MATOS 2006) faz um retrospecto da função educativa no processo histórico brasileiro articulado com as influências internacionais e aponta três perfis pedagógicos da prática do assistente social: da ajuda, da participação e da emancipação.

⁶³De acordo, com Bravo e Matos (2006) diversas pesquisas já foram realizadas, a saber: análise dos conselhos de saúde (formação, composição, dinâmica de funcionamento), perfil dos conselheiros de saúde, inserção das entidades dos trabalhadores nos conselhos, inserção dos assistentes sociais nos conselhos e a investigação relacionada aos movimentos sociais e usuários nos conselhos.

⁶⁴Com base em Bravo (2009) os temas são: Conhecendo os Participantes; Estruturação dos conselhos: composição, organização e funcionamento; A participação e o Controle Social na Saúde; Ao Papel do Conselheiro; O que é Saúde?; A Saúde na esfera da Seguridade Social; A política de Saúde Brasileira; Aspectos Legais do SUS; SUS: os desafios da realidade; Financiamento do Sistema de Saúde Brasileiro; O Planejamento na Saúde; Avaliação do Conselho e Programação da Gestão; Município Saudável e Controle Social.

As reflexões e proposições apresentadas pelos diversos autores oferecem elementos importantes de reflexão sobre o trabalho dos assistentes sociais nas instâncias de controle democrático. Considera-se, assim, que é de suma relevância a assessoria qualificada e politicamente progressista aos movimentos sociais na defesa da saúde pública, assim como a sistematização dessas experiências, tendo no horizonte a democratização do Estado e da sociedade.

É desde a reabertura política, a partir do fim da década de 1970, que as tendências progressistas vêm se empenhando na democratização do Estado brasileiro, Estado este historicamente privatizado por dentro, ou seja, permeado por interesses particulares daqueles que manejam a máquina pública (BRAVO; MATOS, 2010)

Assim, a concepção de Estado participativo é recente e se problematiza quando se tem uma conjuntura que desmobiliza a participação popular, assim como defende o Estado mínimo, ausente nas políticas sociais, reforçando o terceiro setor⁶⁵. Logo, os desafios são enormes para efetivar a participação social e o controle social⁶⁶ democrático nas políticas públicas. Entretanto, entende-se que esse processo é lento e gradual e precisa de investimento por parte das entidades e movimentos sociais como indicado por Bravo (2006).

O Sistema Único de Saúde (SUS), estratégia inconclusa da reforma sanitária brasileira, é um marco nos rumos da saúde neste país, na medida que a compreende como o acesso a um conjunto de bens e serviços necessários ao exercício da cidadania e não como ausência de enfermidades. Escorel (1996 apud BRAVO; MATOS, 2010, p. 148) já afirmou que

a saúde, por lidar com a vida, tem um potencial revolucionário e de consenso. É revolucionário porque o não acesso é a expressão da luta de classes; e é consenso, porque a luta pela saúde é objeto de diferentes forças presentes na sociedade⁶⁷.

Segundo Bravo e Matos (2010) é inconcebível se propor construir o conceito de saúde, acima citado, sem se considerar a participação popular. Daí esta ser uma das diretrizes do SUS.

⁶⁵A emergência e o desenvolvimento do terceiro setor é tido como parte da estratégia neoliberal de redução de gastos sociais pelo Estado, passando à sociedade civil, transmutada em “terceiro setor”, a função de dar respostas às diversas expressões da questão social. Em sintonia com as políticas neoliberais, as chamadas ONGs, configuraram a estratégia de transferir para a sociedade a atribuição de atividades próprias do Estado.

⁶⁶ Compreende-se que não se trata, em absoluto, de integrar e incorporar a participação das pessoas à teia burocrática. Elas têm o direito de conhecer essa teia para poder intervir de forma a exercitar uma cidadania ativa e não uma cidadania regulada e passiva (GONH, 2006).

⁶⁷ Bravo (2012) infere que as lutas em torno da saúde potencialmente podem articular a pequena política à grande política, ao considerar a determinação econômica, social e política do processo saúde e doença, entendido como relações sociais numa sociedade de classes.

Ressalta-se que, desde 1998, o Conselho Federal de Serviço Social/Conselho Regional de Serviço Social (CFESS/CRESS), tem estimulado a inserção dos assistentes sociais nos espaços de controle democrático.

De acordo, com o CFESS (2010) uma das competências do assistente social, em relação a participação e mobilização social são: mobilizar e capacitar usuários, trabalhadores da saúde e movimentos sociais para a construção e participação em fóruns, conselhos e conferências de saúde e de outras políticas públicas; estimular a participação destes sujeitos sociais nos diversos movimentos sociais; construção de espaços de participação popular e dos funcionários dentro da unidade de saúde, em conjunto com trabalhadores da área da saúde, de modo a viabilizar seus protagonismos na tomada de decisões.

Nesse sentido, o assistente pode se utilizar de ações que tensione o Estado na luta pela ampliação e consolidação da cidadania, criando ações e intervenções, juntamente com outros trabalhadores e movimentos sociais, com vistas à luta pela garantia dos direitos civis, sociais e políticos da classe trabalhadora.

Como refletido, os assistentes sociais podem atuar nos conselhos de saúde enquanto conselheiros, contribuindo para a democratização da saúde enquanto política pública e para o acesso universal aos serviços de saúde; ou realizando assessoria a estes e, principalmente na assessoria a movimentos sociais, qualificando a sua intervenção e estimulando os sujeitos sociais na luta pela efetivação de uma política que atenda ao direito à saúde. Acerca disso o CFESS (2010, p.43) indica

as ações a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais devem transpor o caráter emergencial e burocrático, bem como ter uma direção socioeducativa por meio da reflexão com relação às condições sócio-históricas a que são submetidos os usuários e mobilização para a participação nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde.

Deste modo, neste contexto de desresponsabilização do Estado, é relevante ao assistente social e outros profissionais, conforme Duriguetto (2012, p.309, grifos da autora), “dotar os diferentes e diversos espaços institucionais conquistados (...) e os *não-institucionais* de intervenções e manifestações críticas e denunciativas desta realidade perversa e destituidora de direitos”. Acerca disso, o CFESS (2010, p. 57) indica

As atividades realizadas pelos assistentes sociais têm por objetivo contribuir na organização da população e dos usuários enquanto sujeitos políticos, que possam inscrever suas reivindicações na agenda pública de saúde.

Considerando o exposto, entende-se que a participação social através dos conselhos e conferências, colocado como oitavo princípio e diretriz do SUS, são espaços necessários a

serem ocupados e dinamizados pelos assistentes sociais, enquanto um compromisso ético-político destes profissionais. O enfrentamento ao desmonte do direito à saúde se dar na articulação com outros espaços, indo para além do âmbito de inserção institucional. Tendo o assistente social uma importante contribuição nestes espaços devido aos seus conhecimentos teórico-operativos (DURIGUETTO, 2012).

Sendo uma dessas contribuições, como já mencionado neste trabalho, a capacitação política e técnica dos conselhistas, instrumentalizando-os, através da socialização de informações e conhecimentos, com dados, relativos a diferentes expressões da questão social, com análises e avaliações acerca da política e dos serviços de saúde, conforme analisa Duriguetto (2012, p. 324)

Seja qual for a sua forma de atuação nos espaços conselhistas, o assistente social pode neles exercer e realizar a agenda e os princípios postos no projeto ético-político da profissão: pelo desenvolvimento de ações que contribuam para torná-los espaços propositivos e reivindicatórios; pela socialização de informações que subsidiem a formulação/gestão de políticas e o acesso aos direitos; pelo reforço de formas democráticas na gestão das políticas e programas através da ampliação dos canais de participação popular; pela capacitação política e técnica dos conselheiros, instrumentalizando-os com dados, condições de vida da população usuária da política alvo de intervenção, com análises e avaliações acerca da política em que atuam e dos programas e projetos desenvolvidos; conhecimento, socialização e operacionalização da legislação e da dinâmica orçamentária e dos trâmites burocráticos da administração pública etc.

Assim, a intervenção profissional tem a possibilidade de ir além da política que se opera e das determinações institucionais em que os assistentes sociais de inserem. Isto significa que ao mesmo tempo em que fortalece o SUS, o assistente social fortalece o Projeto Profissional Crítico nas suas demais dimensões, fortalecendo os movimentos e as lutas sociais enquanto suas formas de resistência.

Vale ressaltar que a dimensão da participação nas articulações e conexões externas abre um maior campo para que as lutas populares sejam fortalecidas; para a luta pela ampliação e a garantia de direitos; para que as demandas de forma politizada sejam analisadas coletivamente; e, para estimular a participação dos usuários e trabalhadores de saúde no controle social e nas diversas organizações populares e movimentos sociais. As articulações com os conselhos de saúde, bem como as organizações e movimentos sociais podem fortalecer uma perspectiva emancipatória por meio de uma reflexão crítica levantada pelo assistente social que possui capacidade profissional para atuar nesta direção.

Considerando o exposto até aqui, pode-se depreender que existem muitos desafios no campo das articulações entre os assistentes sociais e os espaços de participação social e

mobilização social, principalmente que há uma distância em relação com os movimentos sociais e organizações populares.

A participação social está prevista no projeto de Reforma Sanitária e é uma grande conquista para os usuários do SUS, dado que abre uma espaço para a luta por direitos, pela qualidade dos serviços prestados e coloca os sujeitos no cenário da disputa política institucionalizada. Assim, pode-se afirmar que os assistentes sociais têm o compromisso com o fortalecimento destes espaços, assim como os espaços não institucionalizados formados pelas organizações e pelos movimentos sociais.

Compreende-se que o projeto da Reforma Sanitária teceu significativas mudanças na política de saúde, sendo estes grandes avanços para a população brasileira. No entanto, é um projeto em construção que depende de fatores significantes para a materialização ou não deste projeto, aqui cita-se dois: a necessidade que os determinantes da conjuntura sócio-histórico favoreçam a implementtação deste projeto; e, segundo, é necessário que os profissionais de saúde estejam se orientando por este projeto a fim de materializá-lo, lutando e confronto forças para que ele seja implementado em âmbito individual e coletivo. Desta maneira, é necessário que os sujeitos históricos deem continuidade ao Movimento de Reforma Sanitária no país, uma vez que é um projeto em construção e se coloca diante de muitos desafios. Acerca disso Campos (2007, p.1869) elucida

nestas duas décadas de luta pelo SUS, observa-se uma tensão permanente entre o projeto do SUS e o derrotado (valeria interrogar-se sobre esta afirmação) projeto liberal-privatista. Esta vitória da concepção pública sobre o modelo de mercado ocorreu em um contexto em que o neoliberalismo era econômica, cultural e politicamente dominante. Uma vez aprovada a legislação que sustentava o SUS, a oposição liberal-conservadora não abaixou sua bandeira e retirou-se tímida para seu canto, observando ordeiramente a gloriosa implementação do SUS pelas forças da reforma sanitária. Nada disto; ao contrário. [...] Comento isto porque perdida a luta geral – O SUS passou a lei - trataram de armar mil outros cenários de confrontos. A resistência ao SUS deslocou-se da discussão de princípios, em torno de grandes diretrizes, para elementos pragmáticos da implantação do acesso universal a uma rede "integral" de assistência, procurando, contudo, sempre, buscar meios para atendê-los segundo seus interesses corporativos e valores capitalistas de mercado. Resistência permanente a cada programa, a cada projeto e cada modelo de gestão ou de atenção sugerido segundo a tradição vocalizada pela reforma sanitária. A convivência na democracia é variada e múltipla: a derrota de atores sociais e de seus projetos é situacional e costuma não os eliminar do cenário político e institucional. Assim os interesses e valores derrotados sempre retornam, sempre, ainda que travestidos com a moda conveniente em cada conjuntura.

A construção de um sistema de saúde universal baseado por princípios doutrinários éticos, democráticos e que traz uma nova concepção de saúde se deu e vem se dando em um

campo de lutas e negociações árduas, refletindo posições de grupos de interesses antagônicos ligados a este âmbito.

De acordo com Vasconcelos (2006) é na contramão da história, em plena hegemonia neoliberal na economia e na política, que os assistente sociais necessitam de uma prática mediada pelo SUS e pelo Projeto ético-político do Serviço Social. E, é no planejamento e na execução de determinadas estratégias e ações que o assistente social vai se formando e se transformando num “recurso vivo”, cada vez mais qualificado. Vai formando e consolidando a sistematização, a análise, a crítica e a avaliação das ações; vai fortalecendo suas referências, seus valores, seus compromissos, seus objetivos, etc. Ao mesmo tempo, vai assegurando o acesso e a ampliação dos direitos e favorecendo a mobilização, a organização, para além das lutas corporativas, e o exercício do controle social.

Para que os assistentes sociais possam determinar e priorizar as demandas dos usuários, e conseqüentemente, de organizar e planejar suas ações de forma que possam interferir nos determinantes sociais do processo saúde-doença no resgate da saúde enquanto direito social⁶⁸, a prática na saúde, em contraposição a uma prática espontânea exige toda uma complexa serie de requisitos.

Nesse sentido, como estratégia de enfrentamento do retrocesso das políticas públicas de saúde e ameaça ao trabalho do Serviço Social, no que tange a dimensão operacional e política, assim como as condições de trabalho, diante as limitações estruturais da sociedade capitalista. O conjunto CFESS-CRESS elabora os “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”, com o objetivo de referenciar a intervenção dos assistentes sociais na área da saúde, revelando os vários desafios e possibilidades destes profissionais neste campo.

Logo, os parâmetros orientam que a categoria fortaleça, viabilize e se faça ativa no amplo movimento de massas, objetivando a ampliação da democracia nas esferas da economia, da política e da cultura. Uma vez que tem-se por pressuposto que transformações estruturais nas políticas sociais, só serão efetivadas por meio de um amplo movimento de massas que questione a cultura política desta crise (CFESS, 2010, p.23).

Para tanto, o documento apresenta à categoria as atribuições e competências fundamentadas pelo projeto ético- político, assim como pelo projeto da Reforma Sanitária, que farão frente aos desafios colocados pela tensão entre estes projetos e o projeto privatista

⁶⁸ A consciência sanitária é um conceito fundamental da Reforma Sanitária. Para Berlinguer (1978, p. 5), consciência sanitária é concebida como a tomada de consciência de que a saúde é um direito da pessoa e um direito da comunidade. Como esse direito é sufocado e esse interesse descuidado, consciência sanitária é a ação individual e coletiva para alcançar esse objetivo. As forças sindicais e políticas podem ter, dependendo da orientação e dos instrumentos, um papel relevante na formação da consciência sanitária (CFESS, 2010).

que reflete na atuação profissional. Representando uma ferramenta fortalecedora da democracia de massas, as atribuições e competências voltam-se para o âmbito das “ações de atendimento direto aos usuários; ações de mobilização, participação e controle social; ações de investigação, planejamento e gestão; ações de assessoria, qualificação e formação profissional (CFESS, 2010, p. 14).

No que tange às ações de mobilização, participação e controle social, que envolvem a participação dos assistentes sociais nos espaços não institucionais e institucionais de controle social, orienta-se que o profissional tenha como preocupação

- socializar as informações e mobilizar os usuários e familiares para a luta por melhores condições de vida, de trabalho e de acesso aos serviços de saúde;
- mobilizar usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais para a participação em fóruns, conselhos e conferências de saúde e de outras políticas públicas;
- participar da ouvidoria da unidade com a preocupação de democratizar as questões evidenciadas pelos usuários através de reuniões com o conselho diretor da unidade bem como com os conselhos de saúde (da unidade, se houver, e locais ou distritais), a fim de coletivizar as questões e interferir no planejamento da instituição de forma coletiva;
- participar dos conselhos de saúde, contribuindo para a democratização da saúde enquanto política pública e para o acesso universal aos serviços de saúde;
- instituir e/ou fortalecer os espaços coletivos de participação dos usuários nas instituições de saúde por meio da criação de conselhos gestores de unidades e outras modalidades de aprofundamento do controle democrático;
- favorecer a participação dos usuários e movimentos sociais no processo de elaboração e avaliação do orçamento da saúde;
- participar na organização, coordenação e realização de pré-conferências e ou conferências de saúde (local, distrital, municipal, estadual e nacional);
- estimular a participação dos usuários e trabalhadores de saúde nos diversos movimentos sociais. (SOUZA, 2009, p.22-23).

No que se refere às ações assistenciais que dizem respeito ao atendimento direto aos usuários, seus familiares e acompanhantes, o referido documento aponta as seguintes orientações:

- prestar orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária, no sentido de democratizar as informações;
- identificar a situação socioeconômica e familiar dos usuários com vistas a construção do perfil socioeconômico ;
- realizar abordagem individual e/ou grupal, tendo como objetivo trabalhar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes;
- realizar visitas domiciliares, quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos usuários e esclarecendo os objetivos das mesmas;
- realizar visitas institucionais com objetivo de conhecer e mobilizar a rede de serviços no processo de viabilização dos direitos sociais.

- trabalhar com as famílias no sentido de fortalecer seus vínculos, na perspectiva de torná-las sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde.
- criar protocolos e rotina de ação que possibilitem a organização, normatização e sistematização do cotidiano do trabalho profissional.
- registrar os atendimentos sociais no prontuário único com objetivo de formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas no prontuário social. (SOUZA, 2009, p.13).

Já as ações em equipe, no que concerne o trabalho coletivo junto à equipe de saúde, a orientação é a de que o profissional procure:

- esclarecer as suas atribuições e competências, elaborando junto com a equipe propostas de trabalho que delimitem as ações dos diversos profissionais;
- elaborar, junto com a equipe de saúde, a organização e realização de treinamentos e capacitação do pessoal técnico-administrativo, com vistas a qualificar as ações administrativas que tem interface com o atendimento ao usuário;
- incentivar e participar junto com os demais profissionais de saúde da discussão do modelo assistencial e da elaboração de normas, rotinas e da oferta de atendimento, tendo por base os interesses e demandas da população usuária;
- criar junto com a equipe, uma rotina que assegure a inserção do Serviço Social no processo de admissão, internação e alta hospitalar no sentido de, desde a entrada do usuário/família na unidade;
- identificar e trabalhar os aspectos sociais da situação apresentada e garantir a participação dos mesmos no processo de reabilitação, bem como a plena informação de sua situação de saúde e a discussão sobre as suas reais necessidades e possibilidades de recuperação, face as suas condições de vida;
- realizar em conjunto com o médico, o atendimento à família e/ou responsáveis em caso de óbito, cabendo ao assistente social esclarecer a respeito dos benefícios e direitos referentes à situação, previstos no aparato normativo e legal vigente tais como, os relacionados à previdência social, ao mundo do trabalho (licença) e aos seguros sociais (DPVAT) bem como informações sobre sepultamento gratuito, traslado (com relação a usuários de outras localidades), entre outras;
- participar, em conjunto com a equipe de saúde, de ações socioeducativas nos diversos programas e clínicas;
- planejar, executar e avaliar com a equipe de saúde ações que assegurem a saúde enquanto direito;
- sensibilizar o usuário e / ou sua família para participar do tratamento de saúde proposto pela equipe;
- participar do projeto de humanização da unidade na sua concepção ampliada, sendo transversal a todo o atendimento da unidade e não restrito à porta de entrada, tendo como referência o projeto de Reforma Sanitária.
- realizar a notificação, frente a uma situação constatada e/ou suspeita de violência contra crianças, adolescentes, mulheres, idosos, gays, lésbicas, homossexuais, transexuais e pessoas com deficiências, as autoridades competentes bem como a verificação das providências cabíveis. (SOUZA, 2009, p.17-19).

As ações socioeducativas⁶⁹ são aquelas que se refere as práticas voltadas ao estímulo reflexivo dos usuários sobre a realidade social, a cidadania plena e os direitos que dela advêm. Com esse objetivo o CFESS orienta aos assistentes sociais a:

- criar grupos socioeducativos e de sensibilização junto aos usuários, sobre direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS;
- desenvolver ações de mobilização na comunidade objetivando a democratização das informações da rede de atendimento e direitos sociais;
- participar de campanhas preventivas, realizando atividades socioeducativas;
- realizar ações coletivas de orientação com a finalidade de democratizar as rotinas e o funcionamento da unidade;
- desenvolver atividades nas salas de espera com o objetivo de socializar informações e potencializar as ações socioeducativas;
- elaborar e/ou divulgar materiais socioeducativos que facilitem o conhecimento e o acesso dos usuários aos serviços de saúde e aos direitos sociais;
- mobilizar e incentivar os usuários e suas famílias para participar no controle democrático dos serviços prestados;
- realizar atividades de grupos com os usuários e suas famílias, abordando temas de interesse dos mesmos. (SOUZA, 2009, p.21).

No que tange as ações de investigação, planejamento, e gestão, que concerni ao trabalho dos assistentes sociais no monitoramento, investigação, regulação e avaliação dos serviços e planejamento da política de saúde, indica-se que o investimento seja por

- elaborar planos e projetos de ação profissional com a participação dos profissionais;
- interferir na elaboração do planejamento estratégico das instituições de saúde procurando garantir a participação dos usuários e trabalhadores da saúde;
- realizar pesquisas sobre a relação entre os recursos institucionais necessários e disponíveis, perfil dos usuários e demandas (reais e potenciais), objetivando identificar e estabelecer prioridades entre as demandas e contribuir para a reorganização dos recursos institucionais;
- realizar investigação de determinados segmentos de usuários (população de rua, idosos, pessoas com deficiências, entre outros), objetivando a definição dos recursos necessários, identificação e mobilização dos recursos existentes e planejamento de rotinas e ações necessárias;
- realizar estudos em relação aos espaços de controle social a fim de subsidiá-los, tendo em vista o fortalecimento de seu potencial político;
- participar da gestão das unidades de saúde de forma horizontal, procurando garantir a inserção dos diversos segmentos na gestão;

⁶⁹ As ações socioeducativas e/ou educação em saúde não devem pautar-se pelo fornecimento de informações e/ou esclarecimentos que levem a simples adesão do usuário, reforçando a perspectiva de subalternização e controle dos mesmos. Devem ter como intencionalidade a dimensão da libertação na construção de uma nova cultura e enfatizar a participação dos usuários no conhecimento crítico da sua realidade e potencializar os sujeitos para a construção de estratégias coletivas (CEFSS, 2010, p.55). Nesse sentido, o assistente social deve intervir no sentido de uma reflexão crítica que possibilite aos sujeitos atendidos a análise e o desvelamento das situações vivenciadas por eles de forma que consiga captar, na medida do possível, o movimento da realidade social e, a partir disso, participar conscientemente, do processo de transformação dessa realidade enquanto ser histórico. Este processo pode ser realizado individualmente, mas nas relações desenvolvidas em grupo há a possibilidade da troca de experiência entre usuários, onde se revela a manifestação da força que a organização possui e ainda fica mais explícita a condição de classe dos sujeitos envolvidos (VASCONCELOS, 1993).

- utilizar a documentação técnica a fim de produzir conhecimento no âmbito do SUS;
- realizar estudos e investigações com relação aos determinantes sociais da saúde;
- participar de investigações que estabeleçam relações entre as condições de trabalho e o favorecimento de determinadas patologias, visando oferecer elementos para a análise da relação saúde e trabalho;
- realizar estudos da política de saúde local, regional, estadual e nacional;
- fornecer subsídios a partir das investigações realizadas para a reformulação da política de saúde local, regional, estadual e nacional;
- integrar a equipe de auditoria, controle e avaliação, visando a melhoria da qualidade dos serviços prestados, tendo como referência os projetos da reforma sanitária e o ético político profissional. (SOUZA, 2009, p.25-26).

Por último, as ações de assessoria, qualificação e formação profissional, que a partir da concepção do CFESS, necessitam voltar-se a

- prestar assessoria aos conselhos de saúde na perspectiva de fortalecimento do controle democrático;
- garantir assessoria aos assistentes sociais na busca de qualificação do seu trabalho;
- organizar e coordenar seminários e eventos para debater e formular estratégias coletivas para a política de saúde tanto nas instituições como nas outras esferas;
- supervisionar diretamente estagiários de serviço social e estabelecer articulação com as unidades acadêmicas;
- participar ativamente dos programas de residência, desenvolvendo ações de preceptoria, coordenação, assessoria ou tutoria, contribuindo para qualificação profissional da equipe de saúde e dos assistentes sociais, em particular;
- garantir a educação permanente da equipe de serviço social na instituição e demais trabalhadores, bem como participar dos seus fóruns;
- participar de cursos, congressos, seminários, encontros de pesquisas, objetivando apresentar estudos e pesquisas;
- assessorar entidades e movimentos sociais, na perspectiva do fortalecimento das lutas em defesa da saúde pública e de qualidade. (SOUZA, 2009, p.28-29).

Vê-se, portanto, que as propostas elencadas vislumbram solidificar uma intervenção profissional orientada pela identificação das determinações sociais, admitindo os fatores históricos, políticos, econômicos e culturais que incidem nas condições de vida e trabalho da população, expressam as desigualdades sociais e impactam na saúde (CFESS, 2010, p.34-35). Compreende-se, a partir disso, que fica demarcado o intuito de promover o afastamento dos assistentes sociais de uma atuação nas políticas sociais com abordagens tradicionais funcionalistas e pragmáticas, que reforçam as práticas conservadoras e tratam as situações sociais como problemas pessoais que devem ser resolvidos individualmente.

Tem-se no centro destas ações a materialização da atuação competente e crítica de um profissional que busca sintonizar-se com os usuários, entender suas condições de vida e trabalho, que além de promover o acesso a recursos contribua na mobilização e na organização política dos usuários, na luta pelos seus direitos conquistados e a serem ampliados.

Por meio do seu trabalho o assistente tem a possibilidade de resgatar o exercício de uma consciência da saúde como direito do cidadão e dever do Estado, promovendo a confirmação do SUS constitucional, postulado pelo projeto da reforma sanitária, articulando-se as demais categorias participantes do campo da saúde na busca da saúde em sua concepção ampliada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como apresentado este estudo buscou discutir o histórico das políticas de saúde no Brasil, dando ênfase ao debate sobre a Participação Social, simultaneamente em que resgata na história do Serviço Social a sua inserção no setor da saúde. Para isso, recupera-se os aspectos históricos das políticas de saúde no país em articulação com o processo de desenvolvimento do Serviço Social, vislumbrando por quais formas o Estado alia-se a burguesia, em detrimento da classe trabalhadora.

A discussão dos vários momentos da atuação do Serviço Social na área da saúde teve como base a relação entre a conjuntura política, a perspectiva político-ideológica da categoria à época e a concretização desta no exercício profissional, o que permitiu compreender como o projeto ético político, hegemônico na atualidade, se construiu. O projeto referido possibilita ao assistente social estruturar o seu trabalho à luz das referências teórico-metodológicas e ético-políticas que estão impressas neles, tendo como direção uma atuação crítica e consciente, que vise superar o caráter conservador que permeia a profissão desde a sua origem.

Percorrer os momentos de atuação do Serviço Social na área da saúde e na história serviu para entender que a categoria é uma referência na mobilização, luta e defesa da classe trabalhadora, e que o projeto de Reforma Sanitária lhe serve de orientação político-ideológica e permeia a atuação profissional, ao mesmo tempo que se percebe o avanço do projeto privatista na saúde. O Serviço Social como poucas categorias se posiciona contra o sistema capitalista e antiprivatista.

Compreendendo a concepção de saúde ampliada e cidadania plena, defendida pelo Serviço Social, identifica-se no controle social na saúde como necessário instrumento de enfrentamento das medidas arquitetadas pelo projeto neoliberal. A partir disso, fez-se a caracterização do controle social aqui abordado.

Visando compreender o propósito a que se destina este instrumento de resistência na luta de classes foi necessário entender a importância da organização popular progressista e autônoma e que tipo de sociedade busca construir. Deste modo, o estudo realizado apontou a democracia de massas como aquela defendida pelo projeto de Reforma Sanitária e logo pelo projeto profissional crítico do Serviço Social.

Esta concepção de democracia, ou seja, a democracia proletária pode ser materializada dentre outras estratégias através do controle social na saúde, apreendendo isto, o estudo recorre a atuação do Serviço Social nos espaços de controle democrático, na tentativa de refletir como a entidade pode contribuir para que a participação social seja usada como instrumento no posicionamento da defesa da saúde pública, estatal, universal e de qualidade.

A frente disso, este estudo depara-se com os espaços dos conselhos de saúde que mesmo institucionalizados, tem seu papel importante no trabalho de base, ainda que a população não tenha sido efetivamente representada, é um espaço de disputa de projetos, de reivindicações de direitos. Algumas proposições apresentada pela bibliografia estudada apresenta elementos importantes de reflexão sobre o trabalho dos assistentes nessas instâncias de controle democrático.

Estas proposições apontam para a relevância do processo de assessoria e de trabalho com os movimentos sociais como parte integrante do exercício profissional dos assistentes sociais, investindo na- articulação, organização, fortalecimento e informação- dos espaços de mobilização social, tais como os movimentos sociais, as organizações populares, os Conselhos e as Conferências, visto que o trabalho do Serviço Social tem potencial transformador, uma profissão que incorpora como parâmetro de atuação concreto a participação social contra hegemônica.

Contudo, se faz necessário uma perspectiva crítica à democracia institucional burguesa, reconhecendo os limites e possibilidades do controle democrático enquanto espaço contraditório, já que esta democracia depende e deriva do modelo econômico vigente, assim como as políticas sociais. Tem-se, assim, a necessidade de expandir os espaços de participação social, transformando em espaços construtivos com a base da sociedade.

Aliado a isso o assistente social que toma como referência o projeto ético-político, pode contribuir para fazer a crítica à estrutura da sociedade capitalista. Sendo parte essencial do seu trabalho debruçar-se sobre a realidade, marcada no momento presente, pela reestruturação produtiva que culmina na destruição dos direitos sociais e condições de trabalho e, portanto, da saúde através de seu projeto de contrarreforma. Lembrando que este

projeto vem se amparando sobre uma política econômica de juros altos e favorecimento do capital financeiro em detrimento do capital produtivo (CFESS, s/d.c).

Como sinalizado, neste estudo, o trabalho com os conselhos precisa como principais questões estimular o processo de reflexão crítica dos sujeitos sociais, seja em âmbito individual ou coletivo, tendo como intencionalidade a participação consciente destes no conhecimento da realidade, possibilitando-os construir formas de resistência e luta coletiva.

Nesta direção, é importante que os profissionais intervenham socializando informações, uma vez que os sujeitos só poderão acessar seus direitos à saúde quando tiverem informações suficientes sobre estes, onde haja o entendimento de saúde como direito e não como favor e no impulso a retomar a discussão democrática.

A divulgação de informação aliada a um processo de reflexão crítica viabiliza que a luta do movimento sanitário permaneça viva. Logo, para além de ampliar o acesso da população ao disponibilizar informações acerca dos bens e serviços de saúde, este princípio contido no Projeto Profissional do Serviço Social, também deve ser considerado como um instrumento que viabiliza informações carregadas de concepções ideo-políticas do movimento sanitário que tratam do conceito ampliado de saúde, da saúde como um direito e dever do Estado, da cidadania, da democracia, dos sentidos da integralidade e da participação social, ultrapassando as normas e voltando-se para a dimensão política e social destes preceitos.

A luta pela Reforma Sanitária se insere no quadro mais geral da luta de classes no país e vincula-se a um projeto societário que orienta um novo poder, um novo Estado, visando à construção de uma sociedade sem dominação e exploração de qualquer natureza, Dessa forma, admite-se que a Reforma Sanitária faz parte de um projeto civilizatório articulado à radicalização da democracia na perspectiva do socialismo (PAIM, 2008, p. 173).

O controle social, em seus mecanismos institucionais, não configura a via única de construção das lutas sociais. Entretanto, considera-se que não é relevante para o projeto democracia de massas a ausência da participação social pela via institucional, já que a classe trabalhadora precisa ocupar todos os espaços sociais possíveis, conforme faz o próprio capital por meio do setor privado.

A análise teórica da relação Estado e sociedade civil através do pensamento de Gramsci desvela as interpretações liberais equivocadas do pensamento deste autor, que desembocam na existência de uma oposição entre sociedade civil e Estado e num politicismo

exacerbado. As lutas políticas não se dão apenas na sociedade civil, mas na totalidade da estrutura social e da formação social (BRAVO; CORREIA, 2012, p. 133).

A partir da discussão sobre os governos neoliberais no Brasil, entende-se que o Estado no seu interior é instrumentalizado pelo controle político e macroeconômico do setor privado, que inclusive se utiliza de golpe dentro da ordem, com o objetivo de trocar mandatários atuais por outros mais reacionários, para que possam dar continuidade ao ajuste fiscal, aplicar as contrarreformas e silenciar o movimento social (DEMIER, 2016).

Isto tem sido determinado, como sinaliza Correia (2006) pela dinâmica própria da sociedade do capitalismo, que no seu estágio de crise atual, necessita que os recursos públicos subsidiem, cada vez mais, a reprodução ampliada do capital, em detrimento da reprodução do trabalho.

Assim, a reação dos movimentos sociais e da sociedade civil como um todo frente às inflexões do Estado burguês enquanto diretor das políticas públicas e sociais. Precisa pensar a estratégia a ser tomada, assim, pondera-se

Nesta direção, a saída da crise, no nosso entendimento, na defesa inadiável da liberdade democrática e dos espaços democráticos conquistados, é pela esquerda. Dessa forma, torna-se necessário a construção de um bloco de lutas anticapitalistas, isto é, uma Frente anticapitalista e anti-imperialista que retome as bandeiras das camadas populares e dos trabalhadores. E que construa um Programa mínimo e de fortalecimento da organização e mobilização dos movimentos sociais. Algumas questões são fundamentais e unificam, tais como: a defesa das conquistas democráticas; contra a ditadura do grande capital; defesa dos direitos sociais e políticos; contra a privatização das Políticas Sociais; contra os ajustes fiscais; pela auditoria da dívida; posicionamento contrário às contrarreformas; contra o retrocesso, as punições e repressões às manifestações (lei contra terrorismo); contra a proposta de Escola sem partido; defesa das Reformas Agrária, Sanitária, Urbana, Política, Tributária, do Judiciário e pela democratização da mídia. (MENEZES, 2016, p. 128-129).

Acredita-se que é a própria crise que o atual estágio do capitalismo propugna que também pode ser um vetor para articulação de forças progressistas da sociedade contra os degradantes efeitos do neoliberalismo. Pela dureza da atual conjuntura, podem-se construir estratégias coletivas de enfrentamento do cenário, que aponta, mas pode ser reversível, para a barbárie (BRAVO; MATOS, 2010).

No entendimento de que o Estado Burguês para manter e justificar sua hegemonia faz-se de interesse primar pela sua legitimidade, via políticas sociais, os aparelhos de hegemonia

de que se mune para fazê-lo se expressarão pela via da coerção e do consenso, cabendo às classes subalternas criar uma nova hegemonia, enquanto direção política e cultural.

Os processos de flexibilização do trabalho, somados a contraformas do Estado brasileiro têm trazido efeitos regressivos do ponto de vista dos direitos da classe trabalhadora. Para Dias (1988, p. 52), a resistência dos trabalhadores supões hoje a compreensão dos limites, mas acima de tudo “a necessidade de superar as determinações econômico-corporativas que o trabalho lança sobre eles. Para tanto, é estratégico impedir que a ideologia transforme o trabalhador em um militante da ordem do capital”. (BRAVO; CORREIA, 2012, p. 132).

Em tempo nenhum perdendo de vista que o Serviço Social se inscreve na divisão sociotécnica do trabalho e tendo no horizonte buscar condições de vida, trabalho e saúde, justos e igualitários frente a degradação acirrada da realidade atual. É preciso que o Serviço Social e os profissionais das diversas áreas de conhecimento e ocupação se apropriem da democracia liberal.

Desta maneira, reitera a importância de se priorizar a mobilização social na perspectiva do fortalecimento e avanço da organização das classes pela construção de uma democracia das massas, pois tem-se o entendimento que somente o controle democrático do Estado viabiliza a classe trabalhadora frear o avanço dos projetos do capital. É imprescindível a promoção da fiscalização das ações do Estado e do mercado no campo das políticas.

A defesa do exercício da democracia participativa, como visto é concebida enquanto um processo direcionado para a construção de transformações políticas, econômicas e sociais que apontem para a construção de um novo projeto societário, com um poder popular, que atribua condições de vidas sem desigualdades a toda as gerações de classe, étnico racial, agrária, gênero e sexualidade, e que transforme o trabalho em um processo sem exploração, no qual será capaz de oferecer uma participação política plena.

REFERÊNCIAS

ABEPSS. **Diretrizes Gerais para o curso de Serviço Social**. Rio de Janeiro: nov/1996.

AMMANN, S. B. **Ideologia do desenvolvimento de comunidade**. 10a.ed. São Paulo: Cortez, 2003. Disponível em: <<http://www.unirio.br/cchs/ess/Members/silvana.marinho/disciplina-referencias-socio-historicas-do-servico-social/2-2-desenvolvimento-de-comunidade-como-estrategia-de-insercao-do-servico-social-no-projeto-desenvolvimentista/texto-10-ammann-safira-b-concebe-se-o-desenvolvimento-de-comunidade-com-base-em-supostos-acriticos-e-aclassistas-1950-59-in-ideologia-do-desenvolvimento-de-comunidade-no-brasil/view>> . Acesso em: 16 jun. 2020.

AMMANN, S. B. **Ideologia do desenvolvimento de comunidade**. 10a.ed.Sao Paulo: Cortez, 2002. Disponível em: <<https://www.passeidireto.com/arquivo/22289115/livro-ideologia-do-desenvolvimento-de-comunidade-no-brasil-safira-bezerra-ammann>>. Acesso em: 11 dez. 2020.

ANDERSON, P. **Balço do neoliberalismo**. In: SADER, Emir; GENTILLI, Pablo (org.) Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995, p. 9-23.

ANDRADE, M. A. R. A. **O metodologismo e o desenvolvimentismo no Serviço Social brasileiro – 1947 a 1961**. In: Serviço Social & Realidade. Franca: UNESP, v. 17, n. 1, p. 268-299, 2008.

ANDRADE, D. L. **A reestruturação produtiva do capital e o seu rebatimento na democracia**. 2011. Apresentação de Trabalho/Comunicação. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/TRANSFORMACOES_NO_MUNDO_DO_TRABALHO/A_REESTRUTURACAO_PRODUTIVA_DO_CAPITAL_E_O_SEU_REBATIMENTO_NA_DEMOCRACIA.pdf>. Acesso em: 07 set. 2020.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. 11.ed. São Paulo: Cortez Editora, 2006. Disponível em: <<http://www.unirio.br/cchs/ess/Members/renata.gomes/2020.1/servico-social-e-processos-de-trabalho/Bibliografia/complementar/ANTUNES%20Ricardo.%20Adeus%20ao%20Trabalho%20-%20Ensaio%20Sobre%20as%20Metamorfoses%20e%20a%20Centralidade%20do%20Mundo%20do%20Trabalho.pdf/view>>. Acesso em: 3 set. 2020.

BRASIL, CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Proposta de Emenda Constitucional nº 451, de 22 de dezembro de 2014**. Inclui como garantia fundamental, plano de assistência à saúde, oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, na utilização dos serviços de assistência médica. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=861000>>. Acesso em: 7 set, 2020.

BRASIL. CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Proposta de Emenda à Constituição 358/2013**. Altera os arts. 165 e 166 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que específica. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=602633>>. Acesso em: 20 maio 2020.

BRASIL. CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Projeto de Lei nº 4330, de 26 de outubro de 2004**. Dispõe sobre os contratos de terceirização e as relações de trabalho delas decorrentes. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=267841>>. Acesso em: 7 set 2020.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8662.htm>. Acesso em: 25 de jul 2020.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 25 de jul. de 2020.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em: 18 set. 2020.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei nº 8.662, em 7 de junho de 1993**. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8662.htm>. Acesso em: 27 jul. 2020.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Medida Provisória Nº 520, de 31 de dezembro de 2010**. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. - EBSEH e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/mpv/520.htm>. Acesso em: 20 jul. 2020.

BRASIL. SENADO FEDERAL. **Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 259, de 16 de junho de 2009**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para permitir a participação de empresa e de capital estrangeiro na assistência à saúde. Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/91666>>. Acesso em 5 maio 2020.

BRASIL. SENADO FEDERAL. **Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 555, de 25 de agosto de 2015**. Dispõe sobre a responsabilidade das sociedades de economia mista e empresas

públicas que especifica, no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e sobre seu estatuto jurídico. Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/122838> > Acesso em: 7 jul. 2020.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Capítulo Da Seguridade Social. Brasília, DF: Senado Federal, Out/1988. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/>>. Acesso em: 3 out 2020.

BARBOSA, A.; SILVA, D. T.; SOUZA JUNIOR, L. C.. **O Serviço Social no Brasil: das origens à renovação ou o fim do início**. In: 4º Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais, 2016, Belo Horizonte. 4º Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais, 2016.

BEHRING, E. R.; SANTOS, S. M. M. **Questão Social e Direitos**. In: CFESS; ABEPSS. (Org.) Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS; ABEPSS, 2009. Disponível em: <<http://www.unirio.br/unirio/cchs/ess/Members/morena.marques/disciplina-servico-social-e-processos-de-trabalho/bibliografia/livro-completo-servico-social-direitos-sociais-e-competencias-profissionais-2009/view>> Acesso em: 5 jul. 2019.

BOSCHETTI, I. **A política de Seguridade Social no Brasil**. In: CFESS; ABEPSS. (Org.). Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS; ABEPSS, 2009. Disponível em: <<http://www.unirio.br/unirio/cchs/ess/Members/morena.marques/disciplina-servico-social-e-processos-de-trabalho/bibliografia/livro-completo-servico-social-direitos-sociais-e-competencias-profissionais-2009/view>> .Acesso em: 10 jan. 2020.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate**. In: MOTA, A. E. et. al. (Org). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/inicio.htm>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRAVO, M. I. S.; CORREIA, M. V. C. **Desafios do controle social na atualidade**. Serviço Social & Sociedade, v. 109, p. 126-150, 2012.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; DE MENEZES, J. S. B. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: Lutas e resistências. SER Social. Brasília, v. 22, n.46, p. 191-209, jan.-jun. 2020. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630>. Acesso em: 7 dez. 2020.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Org). **Saúde na atualidade por um Sistema Único de Saúde Estatal, Universal e de qualidade**. 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ/REDE SIRIUS, 2011.

BRAVO. M, I. S.; SOUZA, R. DE O. Conselhos de Saúde e Serviço Social: luta política e trabalho profissional. SER Social, n. 10, p. 57-92, 14 ago. 2002. Disponível em;

<https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12922>. Acesso em 19 nov. 2020.

BRAVO, M. I. S. **O trabalho do assistente social nas instâncias públicas de controle democrático**. In: CFESS; ABEPSS. (Org.). Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS; ABEPSS, 2009. Disponível em: <<http://www.unirio.br/unirio/cchs/ess/Members/morena.marques/disciplina-servico-social-e-processos-de-trabalho/bibliografia/livro-completo-servico-social-direitos-sociais-e-competencias-profissionais-2009/view>>. Acesso em: 4 dez 2020.

BRAVO, M. I. S. **Política de Saúde no Brasil**. In: MOTA, A. E. et. al. (Org). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS. OMS, Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/inicio.htm>. Acesso em: 25 out. 2019.

BRAVO, M. I. S. **Desafios Atuais do Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, nº 88, Cortez, 2006.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária. Lutas Sociais e Práticas Profissionais**. 4ªed. São Paulo: Cortez Editora, 2011.

CAMPOS, G. W. S. **O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde**. In: Ciênc. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: v. 12 (suplemento), nov./2007.

CHAUÍ, M. A questão democrática. In: **Convite à filosofia**. São Paulo: Editora Ática, 2000.
CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. CFESS. **Código de Ética Profissional do/a Assistente Social**. Texto aprovado em 13 de março de 1993, com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS nº290/1994, 293/1994, 333/1996 e 594/2011. 10ed. 1993. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. CFESS. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Saúde**. Série Trabalho e Projeto Profissional nas políticas sociais. Brasília: CFESS, 2010. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf>. Acesso em: 27 jul 2020.

CORREIA, M. V. **Porque ser contra aos novos modos de gestão do SUS?**. Saúde na atualidade: por um Sistema Único de Saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. 1ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius, 2011, p. 43-49> Disponível em: <<https://pt.scribd.com/doc/67170084/Revista-Cadernos-de-Saude-PAGINA>>. Acesso em: 26 out. 2019.

CORREIA, M.V.C. **Que Controle Social?**. Os conselhos de saúde como instrumento [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, 162 p. ISBN: 978-85-7541-5222-1. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/qycmp/pdf/correia-9788575415221.pdf>>. Acesso em: 5 nov. 2019.

CORREIA, M. V. C. **A Relação Estado-Sociedade e o Controle Social: fundamentos para o debate.** In: Serviço Social & Sociedade. São Paulo: Cortez, n.77, 2004.

CORREIA, M. V. C. **Controle Social na Saúde.** In: MOTA, A. E. et. al. (Org.). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/inicio.htm>. Acessado em: 19 nov. 2019.

CORREIA, M. V. C. **Por que ser contra aos novos modelos de gestão do SUS?. Saúde na atualidade: por um Sistema Único de Saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade.** 1ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius, 2011, v., p. 43-49. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/doc/67170084/Revista-Cadernos-de-Saude-PAGINA>>. Acesso em: 26 maio 2019.

CORTES, S. M. V. **Conselhos Municipais de Saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação.** Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, ABRASCO, n. 3, 1998.

COSTA, M. D. H. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais.** In: MOTA, A. E. et. al. (Org.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde 2006. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/sumario.htm>. Acesso em: 18 dez 2020.

COUTINHO, C. N. **Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político.** Rio de Janeiro: Campus, 1992.

DEGENSZAJN, R. R.. **Democratizar a gestão das políticas sociais - um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil.** In: Mota, A. E. et. al. (Org.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 4ªed. São Paulo: Cortez Editora, 2009, p. 73-87.

DURIGUETTO, M. L.; BALDI, L. A. P **Serviço Social, mobilização e organização popular: uma sistematização do debate contemporâneo.** R. Katál, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 193-202, jul/dez, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rk/v15n2/04.pdf> >. Acesso em: 2 novembro 2020.

DURIGUETTO, M. L. **Conselhos de direitos e intervenção profissional do Serviço Social.** In: BRAVO, M. I. S. e MENEZES, J. S. B. (Org.) Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos: desafios atuais. São Paulo: Cortez, 2012.

DURIGUETTO, M. L.; SOUZA, A. R.; SILVA, K. N. **Sociedade civil e movimentos sociais: debate teórico e ação prático-política.** Rev. Katál. Florianópolis v. 12, n.1, p. 13-21, jan./jun. 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rk/v12n1/03.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2019.

DRAIBE, S. M. **O neoliberalismo e as políticas sociais.** Revista da USP, n.17, p. 26-48, 1993.

ESCOREL, S. et. al. **As origens da Reforma Sanitária e do SUS**. In: LIMA, N. T. (Org.). Saúde e Democracia: histórias e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

ESCOREL, S.. **História das políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária**. In: CARVALHO, A. I. et. al. (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, v.1, p.323-364.

FAGNANI, E. **A política social do governo Lula (2003- 2010): perspectiva histórica**. SER social, Brasília, v. 13, n. 28, p.41-80, jan./jun. 2011. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/download/12682/11084/22910>. Acesso em: 18 jun 2019.

FALEIROS, V. de P. et al. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FERREIRA, R. O. **A participação e o controle social no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG): a compreensão dos usuários e profissionais de saúde na atualidade / Roberta Oliveira Ferreira – 2015. 294f.**

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. Nota da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde à 15ª Conferência Nacional de Saúde. 2015b. Disponível em: < <https://www.contraprivatizacao.com.br/2015/06/0998.html#more>>. Acesso em: 5 maio 2020.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. Nota da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde à 15ª Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: < <https://www.contraprivatizacao.com.br/2013/07/0630.html>> . 22 maio 2020.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. Manifesto: Não à entrada do capital estrangeiro na Saúde! 2015a. Disponível em: <http://www.contraprivatizacao.com.br/2015/01/0968.html> >. Acesso em: 12 jun. 2020.

GENTIL, D. Revista Radis, **O mito do rombo**. Edição 167, ago. 2016. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/phocadownload/revista/Radis167_web.pdf> Acesso em: 21 dez 2020.

GONH, M. G. **Conselhos gestores e gestão pública**. Ciências Sociais Unisinos. Unisinos, v. 42, n. 1, p. 5-11 jan/abr, 2006. Disponível em: <http://revistas.unisinos.br/index.php/ciencias_sociais/article/view/6008>. Acesso em: 16 nov. 2020.

GOMES, G. F. **A Inconstitucionalidade da Contrarreforma o SUS e de seus Modelos Privativos de Gestação**. In: Bravo, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. DE. (Org.). A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização. – 1 ed. - Rio de Janeiro: Rede Sirius, 2014, p. 25- 31.

GRANEMANN, S. **Fundações estatais: projeto de Estado do capital**. In: BRAVO, M. I. S. et. al. (Org.). Política de saúde na atual conjuntura modelos de gestão e agenda para a saúde. Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

GURGEL, C.; JUSTEN, A.. **Marxismo, Estado e Políticas Públicas**. Comunicação & Política, v.29, n.3, set/dez 2011. Disponível em: < <http://www.otal.ifcs.ufrj.br/wp-content/uploads/23/Marxismo.pdf>> . Acesso em: 2 jun. 2019.

GUERRA, Y. **O Serviço Social frente à crise contemporânea: demandas e perspectivas**. In: Revista Ágora: Políticas Sociais e Serviço Social. [online]. Ano 2, n. 3, dez/2005. Disponível em: < <https://www.passeidireto.com/arquivo/4738307/yolanda-guerra-o-servico-social-frente-a-crise-contemporanea>> . Acesso em: 2 jun. 2020.

GUERRA, Y. **A instrumentalidade no trabalho do assistente social**. Cadernos do Curso de especialização à distância em Políticas Sociais, UNB, ABEPSS/CFESS, 2000.

GUIZARDI, F. L. **Formação e implementação de políticas no SUS: um convite à reflexão sobre a reflexão sobre alguns pressupostos dessa relação**. In: PINHEIRO, R. et. al. (Org.). Construção social da demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação. – 1 ed.- CEPESC/ IMS- UERJ/ ABRASCO. Rio de Janeiro, 2013.

IAMAMOTO, M. V. **Projeto Profissional, Espaços Ocupacionais e Trabalho do Assistente Social na Atualidade**. Atribuições Privativas do(a) Assistente Social em questão. Brasília: CFESS, 2002.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil. Esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. São Paulo: Cortez; CELATS, 1ª ed., 1982.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. de. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil: Esboço de uma interpretação histórico metodológica**. São Paulo: Cortez, CELATS, 19ª ed., 2006.

IAMAMOTO, M. V. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social. Ensaios críticos**. São Paulo: Cortez, 2004.

IAMAMOTO M. V.. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

IAMAMOTO. M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo: Cortez, 2008.

KLINK, J.; SOUZA, M. B. de. **Financeirização: conceitos, experiências e a relevância para o campo do planejamento urbano brasileiro**. Cadernos Metrópole, v. 19, p. 379-406, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/cm/v19n39/2236-9996-cm-19-39-0379.pdf>>. Acesso em: 9 nov. 2020.

KONOPKA, G. **Serviço Social de Grupo**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979.

LIMA, J. C. F. **A Política de Saúde nos anos 1990 e 2000: na contramão da história?** In: FIDÉLIS, Carlos; Faleiros, Ialê (Organizadores). Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010, p.279-310. Disponível em:< <http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/local/File/livro-na-corda-bamba-de-sombrinha.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2019.

LOMBARDI, M. R.. **Reestruturação produtiva e trabalho: percepções dos trabalhadores.** Educação e Sociedade, Campinas, v. n. 61, p. 64-87, 1997.

MATOS, M. C. **Assessoria e consultoria: reflexões para o Serviço Social.** In: BRAVO, M. S. e MATOS, M. C. (Org.). Assessoria, Consultoria e Serviço Social. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2010, p. 29 -57.

MARQUES, R. M.; MENDES, Á. **O Social no Governo Lula: a construção de um novo populismo em tempos de aplicação de uma agenda neoliberal.** Rev. Economia Política, vol. 26, n. 1 (101), pp. 58-74, jan/mar, 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rep/v26n1/a04v26n1>>. Acesso em 14 maio 2019.

MARQUES, M. M.; SOUZA, A. A.; SOUZA, D. N. **Serviço Social e Movimentos Sociais: A pesquisa e extensão com organizações da classe trabalhadora no Brasil.** Projeto de pesquisa e extensão. Escola de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

MARQUES, G. L. **O Serviço Social no NASF: as condições de trabalho e demandas do exercício profissional.** Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina. 2016.

MENDES, A.; CARNUT, L. **Capital, Estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento.** SER Social. Brasília, v. 22, n. 46, janeiro a junho de 2020. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630>. Acesso em: 3 nov. 2020.

MENEZES, J. S. B. **Os Governos dos Partidos dos Trabalhadores e as Políticas Sociais: “Nada de novo no front”.** In: BRAVO, M. I. S; MENEZES, J. S. B. (Org). A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização. – 1ed. - Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014, p. 7- 19.

MENEZES, J. S. B. **As lutas por saúde no Brasil: o Projeto de Reforma Sanitária em face das Contrarreformas.** 2016. 246f. Tese. (Doutorado em Serviço Social). Rio de Janeiro: Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <<http://objdig.ufrj.br/30/teses/848255.pdf>> . Acesso em: 2 out. 2019.

MENEZES, J. S. B. **Saúde, participação e controle social: uma reflexão em torno de limites e desafios do Conselho Nacional de Saúde na atualidade.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ /ENSP (Dissertação de Mestrado), 2010.

MIOTO, R. C. T. e NOGUEIRA, V. M. R. **Serviço Social e Saúde - desafios intelectuais e operativos.** In: Ser Social. Brasília: v. 11, n. 25, jul-dez/2009. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12733>. Acesso em: 26 out. 2020.

MIOTO, R. C. T. e NOGUEIRA, V. M. R. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde: SUS e as exigências para os assistentes sociais.** In: MOTA, A. E. et. al. (Org.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Brasília: Cortez, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

MORAES, D. de. **Comunicação, hegemonia e contra-hegemonia: A contribuição teórica de Gramsci.** Revista debate, Porto Alegre, v.4, n.1, 54-77, jan.-jun. 2010.

MOTA, A. E. **Crise contemporânea e as transformações na produção capitalista.** In: CFESS; ABEPSS (Org.) Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS;/ABEPSS, 2009.

NETTO, J. P. **FHC e a política social: um desastre para as massas trabalhadoras.** In: LESBAUPIN, I. (Org.). O desmonte da nação. Balanço do Governo FHC. Petrópolis: Vozes, 2000.

NETTO, J. P. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64.** São Paulo: Cortez, 8ª ed., 2005.

ORTIZ, F. S. G. **O Serviço Social e sua imagem: avanços e continuidades de um processo em construção.** Tese (doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-graduação. Rio de Janeiro: ESS/UFRJ, 2007.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores.** História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 21, p. 15-35, 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf> >. Acesso em: 30 julho 2020.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuições para a compreensão e crítica.** Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAIM, J. S. **Direito à saúde, cidadania e Estado.** In: VIII Conferência Nacional de Saúde. Anais. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986.

PONTE, C. F.; REIS, J. R. F.; FONSECA, C. M. O. **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história.** Disponível em: <http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/local/File/livro-na-corda-bamba_desombrinha.pdf>. Acesso em: 20 outubro 2019.

RAICHELIS. R. O Controle Social Democrático na Gestão e Orçamento Público 20 Anos Depois. in CFESS. Seminário Nacional: O Controle Social e a Consolidação do Estado Democrático de Direito Conselho Federal de Serviço Social. Brasília, 2011.

SILVA, M. E. B. R. **O Estado em Marx e a teoria ampliada do Estado em Gramsci.** Trabalho de conclusão da disciplina Estado e Sociedade (Mestrado em Ciências Sociais) – UFRN. 1999.

SALVADOR, E. **Fundo público e políticas sociais na crise do capitalismo.** Serviço Social & Sociedade. São Paulo, n. 104, out./dec. 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n104/02.pdf> >. Acesso em: 10 novembro 2019.

SANTANA, M. A. **O novo e o velho sindicalismo: análise de um debate.** Revista de Sociologia e Política, Curitiba, v. 1, n.10/11, p. 19-35, 1998. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/rsp/article/viewFile/39274/24094>> Acesso em: 31 agosto 2019.

SANTOS, G. G.; SILVA, A. X. **Intelectuais coletivos e o processo de contrarreforma na política de saúde brasileira.** SER Social. Brasília, v. 22, n. 46, jan./jun., 2020.

SOARES, R. C.; COSTA, L. T. C. **Planos de Saúde, interesses no Poder Legislativo e ameaças ao direito público.** SER social. Brasília, v. 22, n. 46, p. 54-71, jan.-jun. 2020.

SOARES, R. C. **Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS.** Argum, Vitória, v. 10, n.1, p. 24-32, jan./abr. 2018.

SOUZA, R. O. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde.** Olinda, 2009. Disponível em: < http://www.cfess.org.br/arquivos/Rodriane_Souza.pdf>. Acesso em: 27 setembro. 2020.

TEIXEIRA, A. M. P. **Reforma e contra Reforma da Previdência Social no Brasil de hoje.** In: Revista Katálysis n. 5, Florianópolis, jul./dez. 2001.

TRISTÃO, E. **A opção neoliberal do primeiro mandato do governo Lula.** SER social. Brasília, v. 13, n.28, p. 104-128, jan./jun., 2011. Disponível em:<https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12684>. Acesso em: 5 jun. 2019.

VASCONCELOS, M. A. **Serviço Social e Prática Reflexiva.** In: Em Pauta. Rio de Janeiro, nº 1, UERJ, 1993.

VASCONCELOS, A. M. **Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde.** In: MOTA, A. E. et. al.(Org.) Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. Disponível em <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/inicio.htm>. Acesso em: 29 out. 2020

YAZBEK, M. C. **fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social.** In: CFESS; ABEPSS. (Org.). Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. 1ª ed. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009, v.v. 1, 143- 163.

YAZBEK, M. C.; RAICHELIS, R.; SANT´ANA, R. **Questão social, trabalho e crise em tempos de pandemia.** Serviço social e Sociedade, São Paulo, n.138, p. 207-213, maio/ago. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0101662820200002&lng=pt&nr m=is>. Acesso em: 25 out. 2020.