



Eixo: Política social e Serviço Social.

Sub-eixo: Seguridade social no Brasil.

REFORMA SANITÁRIA E RENOVAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL: DUAS FACES DE UM MESMO PROCESSO SOCIETÁRIO.

EDUARDO LAZARINO DE CASTRO¹

Resumo: O presente estudo parte da concepção ontológica do homem como ser prático-social para compreender a relação histórica entre o Movimento de Reforma Sanitária e o Processo de Renovação do Serviço Social no Brasil, ambos decisivos para a redemocratização do país e que vem se constituindo ao longo do tempo como espaço privilegiado de luta de classes. Também será abordado o serviço social como especialização do trabalho coletivo na sociedade e o reconhecimento do assistente social enquanto profissional da área da saúde a partir da resolução nº 218 do Conselho Nacional de Saúde. Por fim serão apresentadas as novas requisições postas aos assistentes sociais a partir do aprofundamento do neoliberalismo no país reforçando que esses profissionais não devem ficar acuados frente aos obstáculos que se fazem presentes na atualidade, mais do que nunca os assistentes sociais estão desafiados a encarar a defesa da democracia, as políticas públicas reafirmando assim os princípios preconizados no código de ética e no projeto ético-político.

Palavras-Chave: Reforma Sanitária; Serviço Social; Movimentos Sociais.

Abstract: The present study starts from the ontological conception of the man as practical-social being to understand the historical relation between the Sanitary Reform Movement and Process of Renewal of Social Service in Brazil, both decisive for the process of redemocratization of the country and that comes constituting over time as a privileged space of class struggle. Social Service Will also be approached as a specialization of the collective work in society and the recognition of the social worker as a health Professional from resolution nº 218 of the National Health Council. Finally, new requests Will be presented to social workers from the deepening of neoliberalism in the country reinforcing that these professionals should not be hindered by the obstacles that are present today, more than ever social workers are challenged to face the defense of democracy, public policies reaffirming the principles advocated in the code of ethics and in the ethical-political Project.

Keywords: Sanitary Reform; Social Wor; Social Movements.

INTRODUÇÃO

Historicamente, a saúde no Brasil sempre se caracterizou por seu caráter curativo e imediatista, centrado na figura do médico e tutelado pela burocracia estatal que determinava quem, como e onde seria atendido, ou seja, os trabalhadores com comprovação de vínculo empregatício, carteira de

¹ Estudante de Pós-Graduação. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

E-mail: <eduardolazarinodecastro@gmail.com>.

trabalho assinada pelo empregador, quais enfermidades seriam priorizadas e como seriam encaminhadas as questões pontuais em saúde pública de forma centralizadora, excludente e autoritária.

Diante desse contexto surgem intensas manifestações por mudanças políticas, econômicas e sociais no país ganhando destaque o Movimento de Reforma Sanitária que articulou-se a diversos atores sociais entre eles a universidade que passou a ser o principal meio de contestação devido ao fechamento de grande parte dos canais de expressão política, juntamente com o movimento sindical e experiências dos profissionais de saúde. Na pauta das reivindicações estavam à saúde como direito de todo cidadão e dever do Estado, a participação da sociedade nas decisões sobre as políticas governamentais, ações preventivas, fim da Lei de segurança nacional e da ditadura militar e por uma constituinte livre e soberana (COSTA, 2007). E em 1986, o Ministério da Saúde convocou a VIII Conferência Nacional de Saúde e as organizações da sociedade civil foram convidadas a participar de sua realização. Dessa forma pode-se dizer que a saúde como um direito social universal incidiu em um quadro de luta de classes, cujo enfoque implica na percepção da saúde como responsabilidade do conjunto das instituições governamentais, das políticas públicas, inclusive da política econômica.

Com relação ao serviço social, a década de 1980 marca o início do amadurecimento da tendência hegemônica na academia e nas entidades representativas da categoria – a intenção de ruptura e com isso a interlocução com o pensamento marxista que confere ao serviço social brasileiro sua carta de cidadania intelectual (IAMAMOTO, 2013).

No entanto, os avanços conquistados pelo serviço social a partir do processo de renovação, não alcançaram os assistentes sociais que atuam no âmbito da saúde, haja vista que a profissão chaga da década de 1990 ainda com uma insipiente alteração do trabalho institucional e os assistentes sociais enquanto categoria continua desarticulada do projeto de reforma sanitária. A incorporação dos princípios preconizados pelo movimento sanitário somente ocorrerá no curso dos anos de 1990, momento em que se verifica o aprofundamento do neoliberalismo no Brasil.

Nesse contexto, verifica-se a disputa de dois projetos políticos distintos, o projeto de reforma sanitária e o projeto privatista que passam a apresentar diferentes requisições ao serviço social na área da saúde e que é objeto de reflexão deste artigo.

O trabalho como categoria ontológica central

A análise do presente estudo parte da concepção ontológica do homem como ser prático-social, tendo a centralidade das relações sociais no trabalho, meio pelo qual o homem se autoconstitui e concebe a essência humana como estrutura radicalmente histórica e estabelece relação com a natureza para atender às suas necessidades (MATOS, 2017). O homem é o único ser capaz de planejar e projetar os resultados que pretende alcançar, ou seja, capaz de antecipar em sua mente o resultado esperado; assim, as ações humanas são

sempre orientadas por objetivos, metas e fins (NETO, 1999). Dessa forma, o homem constrói os instrumentos necessários para auxiliá-lo nesse processo. No entanto, ao atingir o fim de sua tarefa, o resultado alcançado não é necessariamente semelhante ao idealizado.

Durante o processo de transformação da natureza, o homem transforma-se a si mesmo e, assim, ambos (homem e natureza) já não são mais os mesmos; sempre que inicia uma nova atividade, o homem utiliza novos instrumentos visto que o conhecimento acumulado possibilita alcançar melhores resultados, conferindo-lhe um caráter teleológico², a partir da práxis que, segundo FREIRE (1989, p. 67), é a ação criadora e modificadora da realidade. Dessa forma, ao mudar a natureza, o homem é capaz de planejar idealmente o resultado que deseja alcançar. Segundo Guerra, é nesse sentido que se desenvolve a instrumentalidade.

Como propriedades/capacidades das coisas, atribuídas pelos homens no processo de trabalho, convertidas em meios/instrumentos para a satisfação de necessidades e alcance dos seus objetivos/finalidades. Tal capacidade é atribuída pelos homens no processo de produção de vida material e espiritual, através do seu pôr teleológico. São os homens que atribuem, pelo pôr teleológico, capacidade para que determinadas coisas se convertam em meios e instrumentos, de modo a dar-lhes uma instrumentalidade. A instrumentalidade é a capacidade de articularmos estratégias e táticas mais adequadas (ou não) aos objetivos que pretende alcançar. (GUERRA, 2014, p. 26)

Esse é um aspecto que o diferencia dos outros animais, ao contrário desses que se relacionam com a natureza de forma instintiva e imediata, o homem estabelece mediações (homem, natureza e outros homens) objetivando socializar-se, desenvolver sua consciência, instituir valores e possibilidades de escolha e também desenvolver sua liberdade, sua universalidade (MATOS, 2017).

O trabalho possibilita ao homem agir de forma consciente e racional, operando mudanças na matéria, no objeto, mas também em si mesmo, possibilitando descobrir novas capacidades e qualidades (MARX, 2012, apud MATOS, 2017).

Esse processo na sua essência criativo revela outro lado do Modo de Produção Capitalista (MPC). É na separação entre a cidade e o campo que se inicia a transição da barbárie para a civilização, que, segundo Marx e Engels (1987), é por meio do desenvolvimento da consciência e da linguagem que o homem institui a divisão do trabalho. Esse processo resultou no afastamento do homem em relação ao produto de seu trabalho e o que, num primeiro momento, era práxis criativa resultou em um conjunto de objetivações impostas

² Através da realização do trabalho, o homem consegue transformar não só o meio no qual está inserido, mas transforma também a si próprio. Lessa (2007) aponta que, a cada ação consciente desenvolvida, o homem amplia e aperfeiçoa seus conhecimentos e, logo, sua capacidade de intervenção, ao mesmo tempo em que transforma a própria sociedade, ao criar novas objetivações e, por consequência, novas necessidades sociais.

ao homem pelo capital que não permitiu o reconhecimento de suas obras como suas, como sua criação, mas como algo estranho e opressivo para ele (NETO e BRAZ, 2006).

A partir desse momento, a alienação do homem frente ao resultado de seu trabalho se complexifica. O trabalho passa ser uma atividade criadora de valor e o trabalhador, destituído dos meios de produção, vende a única coisa que possui, a sua força de trabalho em troca de salário com vistas à satisfação de suas necessidades básicas, sendo tratado como mercadoria (MATOS, 2017) cujo valor salarial sofre oscilação de acordo com as demandas impostas pelo mercado. Dessa forma, o trabalho se torna uma atividade difícil, um fardo para o trabalhador que produz para quem o contrata. O trabalhador não se reconhece no resultado final de sua ação, sentindo-se externo à própria produção, esta, por sua vez, é expropriada pelo capitalista, assim como a sua força de trabalho que não visa diretamente ao valor de uso, mas sim o valor de troca, ou seja, o valor que o capitalista investiu na produção. Nesse sentido, quanto mais árdua for à jornada de trabalho, maior será o lucro alcançado pelo capitalista, assim, a escravidão de uns tem sido a condição de bem-estar de outros (DEVILLE, 2008). O trabalhador recebe menos do que produz e as horas não pagas de seu trabalho – recolhidas sob a forma de mais-valia³ e/ou o valor excedente – são apropriadas pelos capitalistas que o empregam (MARX, 2004, 2012, apud, MATOS, 2017).

Essa é a essência da alienação no capitalismo, uma vez que é retirado do homem a sua capacidade de autodeterminação, de reconhecimento como um ser genérico, através da consciência que só o trabalho pode lhe proporcionar. Nesse sentido, o homem passa a ser estranho para si mesmo, assim como o resultado de sua ação, tornando o trabalho estranho também a outros homens, que destituídos dos meios de produção, distanciam-se dos resultados de sua ação, não se identificando mais com esse resultado, ocorrendo um processo de fetichização⁴ (MATOS, 2017) que é à base de sustentação do capitalismo. Por isso, Marx afirma que o trabalho estranhado é a essência subjetiva da propriedade privada (MARX, 2004).

Segundo Marx (2004), uma característica importante sobre o modo de produção capitalista é que este modo de maneira inédita instaura uma forma de trabalho que não é mais executado por um mesmo trabalhador. Com o progressivo advento da maquinaria e o conseqüente processo de industrialização, há uma parcialização do processo de trabalho, por meio do emprego da força de trabalho de diferentes trabalhadores com vistas à elaboração do produto, inseridos no processo de trabalho coletivo.

³ A mais-valia é o termo utilizado por Karl Marx em alusão ao processo de exploração da mão de obra assalariada que é utilizada na produção de mercadorias. Trata-se de um processo de extorsão por meio da apropriação do trabalho excedente na produção de produtos como valor de troca.

⁴ Marx, em sua obra "O Capital", observa que a mercadoria (manufatura), quando finalizada, não mantinha seu valor real de venda; segundo ele, seu valor era determinado pela quantidade de trabalho materializado no artigo, essa mercadoria por sua vez adquiria uma valoração de venda irreal e infundada como se não fosse fruto do trabalho humano e, com isso, a mercadoria parecia perder sua relação com o trabalho e ganhava vida própria.

O Serviço Social como especialização do trabalho coletivo: um olhar sobre a relação histórica entre a profissão e a saúde no Brasil

De posse dos elementos apresentados, acentua-se a contradição existente entre capital *versus* trabalho, assim como as desigualdades sociais e o pauperismo inerentes à sociabilidade do capital, determinando o surgimento da “questão social” (SANTOS, 2012) e o surgimento de profissões como o Serviço Social, para dar respostas às manifestações do cotidiano da vida Social, uma vez que a história da sociedade reflete a história das lutas de classe e o Serviço Social está diretamente ligado a esse movimento. Assim, o Serviço Social refere-se a uma profissão cuja atuação se dá sobre as diversas expressões da questão social.

Os Assistentes Sociais trabalham com a questão social em suas mais variadas expressões cotidianas, tais como os indivíduos as vivenciam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na Assistência Social pública, etc. Questão Social que sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a elas resistem e se opõem. É nessa tensão, entre produção da desigualdade e produção da rebeldia e da resistência, que trabalham os Assistentes Sociais, situados nesse terreno movidos por interesses sociais distintos, os quais não é possível abstrair ou deles fugir por que tecem a vida em sociedade. (IAMAMOTO, 2008, p. 28)

“O Serviço Social é uma especialização do trabalho coletivo, uma profissão particular inscrita na divisão social e técnica do trabalho na sociedade (IAMAMOTO, 2008, p.22)”, assim, o Serviço Social refere-se a uma profissão histórica e socialmente determinada que se configura de acordo com as exigências impostas pelo modo de produção capitalista (MPC), que tem como resultado o acirramento das contradições sociais no país e a radicalização das expressões da questão social (BEHRING; BOSCHETTI, 2011). Desse modo, o Serviço Social se encontra inscrito na esfera da produção e reprodução da vida social (IAMAMOTO, 2012), em que a profissão se consubstancia na medida em que busca responder às necessidades sociais, historicamente determinadas pela formação capitalista, visto que a produção da riqueza social necessita diretamente da reprodução continuada da pobreza (NETO, 2011).

Dessa forma, o Serviço Social tem na questão social o objeto da sua intervenção, atuando nas suas mais diversificadas áreas, entre elas a saúde, que vem se consolidando em um rico espaço para atuação profissional do assistente social (CASTRO, 2009). Nesse sentido, o Serviço Social como profissão especializada tem na questão social “a matéria prima”, que orienta o fazer tanto do profissional quanto da equipe interprofissional em que esse se insere. Sendo assim:

A questão social não é se não 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. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e da repressão. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2007, p. 77)

No Brasil, o surgimento do Serviço Social se deu a partir da década 1930, sob forte influência europeia, através do neotomismo, no entanto, sua expansão só ocorreu a partir de 1945, momento em que se verifica o aprofundamento do capitalismo no Brasil e, em função desse processo, a agudização da questão social, tornando-se necessário um profissional que lidasse com as suas expressões (MATOS, 2017). Nesse período, a influência norte-americana substitui a influência europeia e o setor da saúde é o que mais absorve os assistentes sociais devido ao “novo” conceito de saúde elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, segundo a qual: “Saúde não é apenas ausência de doenças, mas, o completo estado de bem-estar físico, mental e social”. Portanto, nesse contexto, também são englobados aspectos sociais. Assim, além dos profissionais próprios desse setor, como médicos e enfermeiros, é reforçada a necessidade dos assistentes sociais na saúde (BRAVO, 2012). O pressuposto teórico que orientava a ação profissional era o positivismo ou funcionalismo (AQUIAR, 2011), que tinha como objetivo estimular a cooperação entre as classes, o ajustamento psicossocial do trabalhador buscando impor a aceitação das relações sociais vigentes, assim como a aceitação da hegemonia social do capital (IAMAMOTO; CARVALHO, 2007).

A partir de 1964, o Serviço Social sofreu profundas alterações que tiveram reflexos no exercício profissional dos assistentes sociais em seus diversos espaços sócio-ocupacionais. É no bojo da ditadura militar que o Serviço Social vive as suas mais acentuadas transformações vincadas especialmente pela denúncia e enfretamento do conservadorismo profissional que eram baseados em práticas assistenciais e ajustadoras, importadas dos Estados Unidos, e que não davam respostas à realidade da América latina, sobretudo do Brasil (BRAVO, 2012). Essas transformações culminaram no “Processo de Renovação do Serviço Social⁵”, que operou profundas alterações no seio da profissão, nesse momento, dando início à sua nova fase no Brasil. Esse processo teve como marco central a realização de seminários (colóquios), sendo eles: seminário de Araxá (1967), seminário de Teresópolis (1970),

⁵ Segundo Neto (2010), o processo de renovação do serviço social consiste em um conjunto de características novas que, no marco das contribuições da autocracia burguesa, o Serviço Social articulou à base do rearranjo de suas tradições e da assunção do contributo de tendência do pensamento social contemporâneo, procurando investir-se como instituição de natureza profissional dotada de legitimação prática, através de respostas a demandas sociais e da sua sistematização e validação teórica, mediante a remissão das teorias e disciplinas sociais.

seminário de Sumaré (1978) e seminário do Alto da Boa Vista (1984), todos norteados por três perspectivas básicas: perspectiva modernizadora com influência do funcionalismo, reatualização do conservadorismo com recurso à fenomenologia e intenção de ruptura responsável pela interlocução com o marxismo. Entretanto, José Paulo Neto faz uma crítica a esses seminários uma vez que já existia um debate mais avançando no sentido de renovação do Serviço Social, naquele período, sendo discutido na Pontifícia Universidade Católica Minas Gerais (PUC), que ficou conhecido como método BH (1972 - 1975) (NETO, 1998).

É, então, a partir da formulação do método BH, que se registra no Serviço Social brasileiro uma aproximação com o marxismo, no entanto, ainda nesse documento, o que se constata é uma aproximação enviesada, haja vista que a equipe de Belo Horizonte não recorreu diretamente à fonte do pensamento marxiano. Essa incorporação fidedigna do “marxismo de Marx” somente ocorrerá no curso dos anos de 1980, quando Marilda Yamamoto e Raul de Carvalho publicam a obra *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: Esboço de uma interpretação histórico-metodológica*. Nesse momento, do ponto de vista da ruptura com o conservadorismo, é possível identificar um salto qualitativo no âmbito do Serviço Social.

É importante ressaltar que o processo de renovação da profissão se deu de forma paralela ao movimento de reforma sanitária e reuniu profissionais da área da saúde e militantes que tinham como objetivo superar o modelo médico-assistencial privatista⁶ vigente (MATOS, 2017). No entanto, para uma melhor compreensão dessa relação histórica é necessário contextualizar acontecimentos importantes que resultaram nesse movimento.

Os anos de 1960 iniciam-se sob forte tensão devido à intensificação da Guerra Fria e à divisão do mundo entre potências capitalistas e socialistas, esse período foi marcado por constantes mudanças no cenário político que afetariam diversos países da América Latina, passando por golpes de Estado e instaurando regimes autoritários como é o caso do Brasil (NETO, 1989). Esse contexto gerou profundas mudanças políticas e sociais no país.

“A Emergência da Ditadura Militar Brasileira se inscreveu no cenário internacional, que apresentou uma sucessão de golpes de Estado patrocinados no curso dos anos de 1960 pelos centros imperialistas, sob hegemonia norte-americana” (NETO, 1989). E representou a derrota do regime democrático estabelecido no país a menos de duas décadas anteriores, não possibilitando o desenvolvimento econômico, social e político através das reformas democráticas que buscavam superar a formação social brasileira baseada na escravidão e exploração da classe trabalhadora.

Esse período foi marcado por constantes transformações tanto do ponto de vista econômico, através da abertura da economia brasileira ao capital internacional, acompanhada da retração salarial e da criminalização do direito a greve, como do ponto de vista social e político. No que concerne à política de saúde, essa enfrentou permanentes conflitos de interesses entre o Estado e o empresariado com a instauração de uma crise de recursos e a diminuição da

⁶ Modelo utilizado na ditadura militar, que privilegiava a assistência médica individual curativa que era direito apenas dos trabalhadores de carteira assinada e rurais (MATOS, 2017).

capacidade interventiva por parte do Ministério da Saúde. No período de 1968 a 1972, houve a diminuição de 2,21% para 1,41% do produto interno bruto para a saúde (BRAGA e PAULA, 1986), porém, nesse mesmo período, o Ministério do Transporte e das Forças Armadas recebiam 12% e 18% respectivamente da receita total da união (MEDICI, 1987).

Nesse momento, prevalece a concepção de cidadania regulada⁷, uma vez que apenas uma parcela da população tinha acesso a determinados direitos sociais por estarem inseridos no mercado formal de trabalho e por contribuírem para a previdência social. Esse conceito ganha força em 1966 a partir da fusão da previdência social com os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) criando assim o INPS. O conceito de cidadania invertida⁸ que diz respeito àqueles indivíduos que não estão inseridos no mercado de trabalho, que eram considerados “não cidadãos” e estavam sujeitos a ações de caráter filantrópico.

Entre o final da década de 1960 e início da década de 1970, em função da política de reajuste fiscal implantada no Brasil, ocorre à entrada de grande quantidade de capital estrangeiro no país, o que possibilitou um crescimento a índices de 11% ao ano (LAGO, 1990), porém, esse crescimento não proporcionou melhores condições de vida para a grande maioria da população. O que se verifica nesse momento é a enorme concentração de renda, aumento dos preços, altos índices de inflação, diminuição do poder de compra e intensificação das desigualdades regionais. Com a crise do petróleo, no final da década de 1970, a economia mundial entra em recessão diminuindo a entrada de capital estrangeiro no país decretando o fim do ciclo de desenvolvimento econômico, ampliando as tensões sociais originando diversas formas de mobilização por parte de vários segmentos da sociedade por mudanças políticas e sociais.

É neste contexto de tensões que surgem as primeiras manifestações por reformas na área da saúde, ganhando destaque o movimento de reforma sanitária que se articulou a diversos segmentos da sociedade civil (Sindicatos, Partidos Políticos, Associações, entre outros) e se inseriu em um quadro de luta pela implantação de um Estado democrático de direito e o reconhecimento da saúde como um direito social universal, com o tema “Saúde direito de todos e dever do Estado” (BRAVO, 2011).

O movimento de Reforma Sanitária nasceu na luta contra a Ditadura Militar (TEIXEIRA; MENDONÇA, 1995) e ganhou maior destaque a partir de meados da década de 1970 consolidando avanços importantes para o fortalecimento do setor público, contrariando o modelo que buscava privilegiar o setor privado, buscava democratização dos serviços de saúde, atendimento humanizado, interface entre a instituição e a realidade, interdisciplinaridade,

⁷ “Entende-se por Cidadania Regulada o conceito de cidadania cujas raízes encontram-se não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, e que, ademais, tal sistema de estratificação ocupacional é definido por norma legal. Em outras palavras, são cidadãos todos aqueles membros da comunidade em que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas em lei.” (SANTOS, 1979, p. 75, apud PINHEIRO, 2012)

⁸ “O conceito de Cidadania Invertida está relacionado à ideia de que o indivíduo tem que provar que fracassou no mercado para ser objeto da proteção social”. (FLEURY, 2012, p.07). Isto é, o indivíduo passa a ser objeto da ação política a partir do seu próprio fracasso no meio social.

acesso às informações e efetivo envolvimento da sociedade civil nas políticas de saúde.

A Reforma Sanitária aconteceu em meio ao processo de redemocratização do país e tem sido apontada como uma política na contramão do ideário imposto pelo regime autoritário. Alguns acontecimentos contribuíram para dar força e legitimidade para o movimento: o surgimento do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde CEBES (1976) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO (1979). Diversos sujeitos também integraram o movimento sanitário dentre eles: a universidade, os movimentos sindicais, os movimentos populares, os profissionais de saúde, entre outros (SOUZA, 2014).

Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A reforma sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado. (AROUCA, 1998, p. 01)

Esse movimento resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Constituição Federal de 1988, instituindo o período “universalista” (BRAVO, 2009) baseado no conceito de cidadania universal que compreende todo cidadão como sujeito de direito. A partir desse momento, a política de saúde veicula-se à democracia e conta com a participação de novos sujeitos sociais objetivando a melhoria da área e o fortalecimento do setor público.

Embora a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) tenha representado um grande avanço das políticas sociais brasileiras observa-se, a partir dos anos de 1990 o redirecionamento do papel do Estado orientado pelo ideário neoliberal (BRAVO, 2010). Apesar das conquistas alcançadas pela classe trabalhadora através da carta constitucional, observam-se fortes ataques por parte do grande capital às políticas sociais, principalmente à política de Seguridade Social. E aqui cabe nos indagar: Porque a Seguridade é alvo prioritário das reformas sociais em conjunturas de crise? É porque a seguridade social diz respeito tanto ao movimento de valorização do capital, como também as conquistas alcançadas pela classe trabalhadora que ao lutarem e conquistarem seus meios de reprodução da própria vida pressionam o capital e o Estado a desenvolverem ações que se contrapõem aos interesses imediatos da acumulação (MOTA, 2011). Dessa forma, o Estado deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social, transferindo para o setor privado funções que antes eram delegadas a ele, assumindo apenas o papel de promotor e regulador, obedecendo às leis do mercado (BRAVO, 2010).

A miséria, a destruição dos serviços públicos, a perda da cidadania, enfim a legitimação da opressão é vista como uma decorrência do mercado. A violência não escandaliza mais: está inteiramente banalizada. É pena... mas é assim mesmo. O neoliberalismo revela-se então, no pior dos sentidos, um darwinismo social. O mercado é aquele onde os melhores adaptados, os racionais triunfam. Os outros? Ora os outros entregue a si mesmo, o neoliberalismo aprofundará a miséria e o apartheid social não declarado (MOTA, 2011, p. 15).

Nesse sentido, o Estado transfere responsabilidades para o setor privado e, com enfoque na saúde, esta se vincula à lógica do mercado através de parcerias com a sociedade civil que passa a assumir os custos da crise, o chamado “Terceiro Setor”⁹.

Dessa forma, percebe-se no âmbito da saúde a disputa entre dois projetos distintos, sendo eles: o projeto de reforma sanitária construído a partir da década de 1970 através das lutas e reivindicações históricas da classe trabalhadora e o projeto privatista que vincula a saúde ao mercado financeiro, orientado por uma política de reajuste fiscal. Nesse último projeto, o Estado exerce a função de garantir o mínimo social aos que mais necessitam e o setor privado para atender aqueles que têm condições de pagar. Dessa forma, a política de saúde caracteriza-se como focalizada e fragmentada decorrente das privatizações, terceirizações do setor não viabilizando a concepção de seguridade social (BRAVO, 2009).

A opção neoliberal que se tornou hegemônica no Brasil, no governo Cardoso (1995-2002), hoje relativamente emboçada no governo Lula da Silva (2002-2006), reviu através da nomeada reforma gerencial do Estado, o papel do Estado e seu peso na economia nacional, implementando a redução estatal para o chamado Estado mínimo (para o social, diga-se de passagem), e ampliando os espaços nos quais a regulação ocorre por força das relações de mercado. (MOURÃO ET AL, 2009, p. 358).

Com relação ao serviço social é possível dizer que o Processo de Renovação materializou novas importantes conquistas teórico-práticas e ético-políticas no âmbito da profissão, fundamentadas na tradição marxista, consolidando um novo perfil profissional dos assistentes sociais que, segundo Neto (1992), ultrapassa a mera execução de políticas sociais. A partir desse período, assumimos novas funções, por exemplo: planejamento e gestão de

⁹ Este reforço é claramente funcional ao processo de reestruturação do capital no molde neoliberal, o qual o conceito “terceiro setor” é produto. O Estado, antes provedor das políticas sociais públicas, em resposta às sequelas da questão social, foi desresponsabilizado, ampliando assim cada vez mais os sistemas privados de atendimento sociais (MONTAÑO, 2010, p.134).

políticas públicas, atuando de forma direta com a população usuária, por ser um profissional de competência teórica, técnica e política.

Com a promulgação da Constituição Federal e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, ocorre a incorporação dos princípios da reforma sanitária pelos assistentes sociais que atuam no âmbito da saúde (MATOS, 2017). No entanto, torna-se necessário a realização de estudos para constatar seus efeitos no cotidiano profissional, uma vez que as hipóteses apontam para essa incorporação apenas no campo do discurso, não se materializando na prática (VASCONCELOS, 2002, apud MATOS, 2017). Contudo, observa-se um salto significativo da profissão na década de 1990 em relação à década anterior (MATOS, 2017).

Registram-se, nessa década, a formulação do Código de Ética Profissional de 1993, que tem como pressuposto a ampliação e a consolidação da cidadania com vistas para o reconhecimento da liberdade como valor ético central e superação do arbítrio e do autoritarismo (BRASIL, 1993), e a criação da Lei nº 8.662 de 1993 que regulamenta a profissão estabelecendo atribuições e competências profissionais, assim como a construção do Projeto Ético-Político da profissão.

É por intermédio do processo de renovação da profissão, portanto, mais especificamente com a publicação de Marilda Iamamoto e de Raul de Carvalho, que se tornará evidente que o assistente social é um trabalhador especializado que vende a sua força de trabalho fazendo com que a profissão se insira “no universo da mercantilização” (IAMAMOTO, 2008, p.24).

Nesse sentido, é importante ressaltar que o exercício profissional do assistente social constitui-se como parte do trabalho socialmente produzido pela sociedade, atuando na redistribuição do valor e da mais valia (IAMAMOTO, 2008). Assim, o Serviço Social busca responder a interesses contraditórios, ou seja, tanto dar respostas às demandas impostas pelo capital como àquelas que dizem respeito ao trabalho. Nessa perspectiva, o profissional participa tanto do processo de exploração e dominação quanto das respostas às necessidades da classe que vive do trabalho (PINHEIRO, 2012).

Por outro lado, apesar de sua ação profissional se inserir em contexto contraditório, o assistente social possui autonomia relativa para o desenvolvimento e a execução do seu trabalho, autonomia essa que lhe permite superar a alienação e o pragmatismo profissional ao não reduzir sua atuação a exigências alheias e a demandas impostas pelo mercado (CASTRO, 2009, p. 97). Segundo a autora, isso se deve à sua qualificação acadêmico-profissional, na qual o assistente social precisa utilizar como subsídio para a sua intervenção profissional uma teoria que lhe possibilite conhecer o real e, a partir desse movimento dialético, estabelecer uma relação de consistência entre assistente social e usuário (CASTRO, 2009); e, a partir de uma perspectiva de totalidade, compreender a complexidade do objeto de trabalho, situando-o em um contexto repleto de contradições sobre as quais o exercício profissional se movimenta (MIOTO, 2001 apud CASTRO, 2009).

Dessa forma, o trabalho do assistente social faz parte do campo político-ideológico, sendo o profissional chamado a exercer funções de controle social e reprodução da ideologia dominante, em que o exercício profissional é permeado por tensões e lutas de classes (CASTRO, 2009, p.92 apud

PINHEIRO, 2012, p.47), exigindo do profissional uma competência crítica, a partir da instrumentalidade do serviço social (GUERRA, 2014) e obedecendo às dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, ou seja, um profissional que pensa, analisa, pesquisa e decifra a realidade e não é apenas um mero executor das políticas sociais (IAMAMOTO, 2012, p.49) buscando efetivar os valores estabelecidos no projeto ético-político.

De acordo com Vasconcelos (2008), o profissional de Serviço Social tem uma formação acadêmica generalista e crítica, o que o torna capaz de apreender a dinâmica da realidade social, possibilitando aos assistentes sociais atuar em diversos espaços sócio-ocupacionais, dentre eles a saúde, resultando no “alargamento da prática profissional”, devido à crescente produção de conhecimento (NETTO, 2009, p.153, apud PINHEIRO, 2012, p.47).

Em 1997, a categoria dos assistentes sociais passou a ser reconhecida como profissional da área de saúde através da Resolução nº218¹⁰ do Conselho Nacional de Saúde, contemplando ações de caráter emergencial, de educação e de informação em saúde, de planejamento e assessoria e de mobilização social (COSTA, 2008) e também através da Resolução nº383 do CFESS, que reafirma sua competência como profissional da saúde.

É importante ressaltar que o trabalho do assistente social na área da saúde está diretamente relacionado às condições históricas pelas quais se desenvolve a Política de Saúde, a dinâmica do trabalho coletivo, o que José Paulo denomina de “*corpus* teórico e prático da profissão” (NETTO, 1996, p.86), constituindo-se, assim, em um complexo teórico, político e prático. Somente é possível pensar o trabalho do assistente social na saúde a partir das três dimensões que integram esse complexo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar a trajetória histórica da política de saúde no Brasil observa-se que, mesmo com os avanços alcançados entre eles a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), existe inúmeros desafios a serem enfrentados na atualidade principalmente com relação a implantação do ideário neoliberal no país a partir de 1990 e a disputa dos dois projetos políticos existentes na saúde: O Projeto de Reforma Sanitária *versus* o Projeto Privatista. Nesse contexto, a inserção do assistente social também é contraditória e apresenta diferentes requisições a esses profissionais. A organização social capitalista coloca diversas armadilhas no cotidiano profissional que devem ser objeto de atenção (IAMAMOTO, 2008).

Contudo, apesar dos desafios que permeiam a saúde no Brasil observa-se uma relação intrínseca entre o Projeto Ético-Político e a Reforma Sanitária através da afinidade dos princípios, aportes e referências teóricas e metodológicas, também por esses dois projetos fazerem parte do processo de redemocratização do país. São projetos que mostram a resistência e

¹⁰ O Conselho Nacional de Saúde reconhece como “profissionais de saúde de nível superior as seguintes categorias: Assistentes Sociais; Biólogos; Profissionais de Educação Física; Enfermeiros; Farmacêuticos; Fisioterapeutas; Fonoaudiólogos; Médicos; Médicos Veterinários; Nutricionais; Odontólogos; Psicólogos; e Terapeutas Ocupacionais” (BRASIL, 1997).

organização da classe trabalhadora da sociedade brasileira em uma luta contra-hegêmica, a favor da democracia e da participação social.

É importante ressaltar que o Projeto Ético-Político do Serviço Social assim como o Projeto de Reforma Sanitária permanece em construção até os dias de hoje fortemente tencionado pelos rumos neoliberais da sociedade e uma nova reação conservadora, nesse contexto avançar na luta pela efetivação da saúde pública de qualidade requer o resgate do caráter político e ideológico do Projeto de Reforma Sanitária. É inegável que existe um potencial revolucionário nas características do Movimento Sanitário, pois possui uma capacidade transformadora que ultrapassa o âmbito da saúde e aponta para mudanças societárias, portanto o Movimento de Reforma Sanitária não se limita a instituição do SUS, mas assim como o Projeto Ético-Político que tem como princípios fundamentais entre outros o reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais, busca a criação de uma nova ordem societária, uma sociedade sem classes e sem interesses antagônicos.

REFERÊNCIAS

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. 9. ed. São Paulo: Editora Cortez, 2011.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 4. ed. São Paulo: Editora Cortez, 2011.

CASTRO, M. M. de C. **Trabalho em saúde: a inserção do assistente social na atenção primária à saúde em Juiz de Fora/MG**. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-Graduação em Serviço Social) – Universidade Feral de Juiz de Fora, 2009.

GUERRA, Y. **A Instrumentalidade do Serviço Social**. 10. ed. São Paulo: Editora Cortez, 2014.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. de. **Relações Sociais e Serviço Social: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**, 21. ed. São Paulo: Editora Cortez; 2009.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Editora Cortez, 2007.

MATOS, M. C. **Serviço Social, Ética e Saúde: reflexões para o exercício profissional**. 2. ed. São Paulo: Editora Cortez, 2017.

CFESS. **Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Saúde.**
Brasília, 2015.