



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL**

RENATO URBANO DA SILVA

**SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: estratégias de gestão do Serviço Social no
contexto atual de contrarreforma.**

**Recife
2017**

RENATO URBANO DA SILVA

SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: estratégias de gestão do Serviço Social no contexto atual de contrarreforma.

Dissertação de mestrado apresentada à banca de avaliação, do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – PPGSS, Centro de Ciências Sociais Aplicadas – CCSA, Departamento de Serviço Social – DSS da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, orientada pela **Prof.^a Dr.^a Raquel Cavalcante Soares**, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Recife

2017

Catálogo na Fonte
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

S586s Silva, Renato Urbano da
Serviço Social na saúde: estratégias de gestão do Serviço Social no contexto atual de contrarreforma / Renato Urbano da Silva. - 2017.
165 folhas: il. 30 cm.

Orientadora: Prof.^a Dra. Raquel Cavalcante Soares.
Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco. CCSA, 2017.
Inclui referências e apêndices.

1. Projeto ético-político do Serviço Social. 2. Gestão do Serviço Social.
3. Política de saúde. I. Soares, Raquel Cavalcante (Orientadora). II. Título

361 CDD (22. ed.) UFPE (CSA 2018 – 105)

RENATO URBANO DA SILVA

SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: estratégias de gestão do serviço social no contexto atual de contrarreforma.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Aprovado em: 31 / 08 / 2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Raquel Cavalcante Soares (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dr.^a Ana Cristina de Souza Vieira (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dr.^a Sálvea de Oliveira Campelo e Paiva (Examinadora Externa)
Hospital Oswaldo Cruz – UPE

Dedico esse trabalho a luta diária, pelo direito a saúde, dos (as) Assistentes Sociais e trabalhadores (as) da saúde. E aos anjos sob minha guarda, Heitor e Alice.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que participaram direta ou indiretamente dos vários passos na realização desse trabalho, experiência sobrecarregada de diversos aprendizados, que exigiu o desenvolvimento de múltiplas habilidades e competências, onde destaco a capacidade de superar os próprios limites em diversos momentos de cobranças extremas nas mais variadas dimensões nesse processo desafiador.

Fico grato no âmbito acadêmico aos profissionais, docentes e companheiros (as) discentes do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFPE por toda dedicação às atividades, inspiração nas ideias, generosidade na escuta e paciência para aturar as minhas longas e cansativas considerações e reflexões subversivas e inconformadas com algumas temáticas abordadas ao longo desse estudo, pelos profundos e enriquecedores debates teóricos, pela serenidade, centralidade e maturidade para resolução de questões decisivas e pela responsável cumplicidade intelectual durante todo esse processo.

Aos profissionais trabalhadores (as) da área da saúde, usuários (as) do sistema de saúde e Assistentes Sociais, com quem convivi nesse período, por toda fonte de inspiração para alimentar o desenvolvimento desse estudo, pelo apoio com a presença, participação e atuação aguerrida na luta pelo direito a saúde nas tensões e contradições no trabalho coletivo em saúde.

Em especial a professora Dra. Raquel Soares e a Me. Leila Benício pela contribuição, compreensão, generosidade e orientação alforriando o trabalho das frases longas, palavras rebuscadas e inscritas complicadas, pela fidelidade a rigidez na análise teórico-metodológica sem perder a ternura com o aporte de visão holística de radical humanidade, na contribuição por uma formação humana emancipadora para além da academia e campo de trabalho do Serviço Social.

Às pessoas de meu convívio familiar, companheiras (os) do dia a dia, meus anjos, por aturarem minha ausência em muitos momentos e meus discursos inconformados, indignados e revoltados com tantas injustiças cotidianas.

QUANDO OS PACIENTES PERDEREM A PACIÊNCIA*

Ninguém mais vai morrer na porta dos hospitais
Nenhum desrespeito será tolerado
Não existirão mais farmácias privadas
nem planos nem seguros
pois será proibido pagar por saúde
quando os pacientes perderem a paciência

O lucro não vai mais definir doenças
e ninguém mais vai engolir junto com os comprimidos
as péssimas condições de vida e trabalho
porque não haverá mais opressores e oprimidos
quando os pacientes perderem a paciência

Não existirão propagandas de remédios nem de alimentos
Será tamanha a clareza do cidadão sobre seu corpo
que a palavra prescrição será abolida do dicionário
Todo e qualquer tratamento será decidido em conjunto
quando os pacientes perderem a paciência

Muitos intelectuais ficarão sem chão
ao verem que o problema central não era de administração
que as grandes soluções não eram humanização, formação,
avaliação, regulação, negociação
Ficará claro que o melhor dispositivo de gestão é a revolução
quando os pacientes perderem a paciência

Todo contrato de trabalho será digno
Fundações, O.S., EBSEH, serão apenas letras
e palavras indecifráveis de papéis amarelados
no museu de nosso passado precário
quando os pacientes perderem a paciência

Não haverá mais abismos nem hierarquias
nem gritos nem silêncios nem prisões nem indiferenças
Os pacientes é que serão os deuses
quando perderem a paciência

Quando os pacientes perderem a paciência
numa reunião qualquer do centro comunitário do bairro
serão decididos os rumos da ciência

(Lucas Bronzatto)

*versão do poema de Mauro Iasi "Quando os Trabalhadores Perderem a Paciência"

RESUMO

A presente dissertação de mestrado tem como objetivo principal analisar o modelo de Gestão Compartilhada do Serviço Social de uma Organização Social da saúde em Pernambuco no atual contexto de contrarreforma na política de saúde, discutindo e investigando os principais desafios enfrentados e estratégias adotadas na atuação do Serviço Social e sua gestão com o direcionamento de sua prática em consonância com as proposições do Projeto Ético-Político do Serviço Social. Estruturamos nossos estudos no método do materialismo histórico crítico na teoria social crítica realizando uma abordagem teórico metodológica se utilizando de levantamento e análise: da bibliografia pertinente ao tema para subsidiar a compreensão de categorias analíticas e conceitos que orientaram a reconstrução do objeto; e de documentos do Serviço Social referentes ao exercício profissional que expressam a lógica e funcionamento da experiência de gestão da equipe e da instituição. O modelo de gestão terceirizada e privatizante predominante na saúde atualmente se fundamenta na lógica da “reforma” administrativa e gerencial do Estado, inspirada no ideário neoliberal e pautada em valores da gestão empresarial privada que preconizam a refilantropização, a despolitização da saúde, entre outros aspectos que limitam a participação democrática, em confronto com os valores e princípios do projeto de saúde da reforma sanitária e conseqüentemente com o projeto profissional do Serviço Social, diante a esse contexto consideramos que a experiência do modelo de Gestão Compartilhada, implantada no Serviço Social da instituição em estudo, representa uma proposta estratégica de articulação da categoria, fundamentada no Projeto Ético-político do Serviço Social, que possibilita o tensionamento de uma atuação profissional crítica à direção política hegemônica na saúde.

Palavras-chave: Projeto Ético-Político do Serviço Social. Gestão do Serviço Social. Política de saúde.

ABSTRACT

The main objective of this dissertation is to analyze the Shared Management of Social Work of a Social Organization of health in Pernambuco in the current context of counterreform in health policy, discussing and investigating the main challenges faced and strategies adopted in the work of the Service Social and its management with the direction of its practice in line with the propositions of the Ethical-Political Project of Social Service. We structure our studies in the method of critical historical materialism in critical social theory by carrying out a theoretical methodological approach by using a survey and analysis: from the bibliography pertinent to the theme to subsidize the understanding of analytical categories and concepts that guided the reconstruction of the object; and Social Service documents referring to the professional exercise that express the logic and functioning of the management experience of the team and the institution. The predominant outsourced and privatized management model in health today is based on the logic of the administrative and managerial "reform" of the State, inspired by the neoliberal ideology and based on values of private business management that advocate refilanthropization, depoliticization of health, among other aspects which limit democratic participation, in contrast to the values and principles of the health project of health reform and consequently with the professional project of Social Work, in this context we consider that the experience of the Shared Management model, implanted in the Social Service of the institution in a study, represents a strategic proposal of articulation of the category, based on the Ethical-political Project of Social Service, which allows the tensioning of a critical professional action to the hegemonic political direction in health.

Keywords: Ethical-Political Project of Social Service. Social Service Management. Health policy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Gráfico da Relação da projeção de perda de Profissionais por Qualificação	107
Figura 2 - Organograma do Serviço Social na instituição	127
Quadro 1- Relação das concepções dos projetos de Reforma Sanitária e Privatista	18
Quadro 2 - Refuncionalização de Princípios e Diretrizes do SUS.....	42
Quadro 3 - Síntese do modelo de gestão do SUS, das OSs e das OSCIPs	45
Quadro 4 - Relação de trechos do relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde e as declarações públicas do atual Ministro da Saúde Ricardo Barros	50
Quadro 5 - Relação das Organizações Sociais em Pernambuco	51
Quadro 6 - Desafios Gerais Institucional do Planejamento Estratégico.....	103
Quadro 7- Desafios Gerais Institucional do Planejamento Estratégico 2015/2016	103
Quadro 8 - Desafios Gerais do Serviço Social no Planejamento Estratégico	122
Tabela 1- Relatório Operacional do Serviço Social Indicadores de Atendimentos ..	100
Tabela 2 - Relação dos Profissionais e Relatório Operacional do Serviço Social ...	100

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ADIn	Ação Direta de Inconstitucionalidade
BM	Banco Mundial
CA	Centro Acadêmico
CADEFI	Centro de Atenção aos Defeitos da Face
CBAS	Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
CETREIM	Centro de Erros Inatos do Metabolismo
CF	Constituição Federal
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
DA	Diretório Acadêmico
DIA	Departamento de Imunologia Clínica
DRH	Diretoria de Recursos Humanos
DRU	Desvinculação dos Recursos da União
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ENESSO	Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social
EUA	Estados Unidos da América
FEDPs	Fundações Estatais de Direito Privado
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional
GC	Gestão Compartilhada
IMIP	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
ISO	Organização Internacional para Padronização ou Organização Internacional de Normalização
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MP	Medida Provisória
NASS	Núcleo de Articulação do Serviço Social
OMC	Organização Mundial do Comércio
OSCIPs	Organizações Sociais Civil de Interesse Público
OSs	Organizações Sociais
PCG	Programa de Contenção de Gastos
PDRAE	Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PEP	Projeto Ético-Político
PNDH	Plano Nacional de Direitos Humanos

POP	Procedimento Operacional Padrão
PPA	Plano Plurianual
PROPESQ	Pró-reitoria para Assuntos de Pesquisa e Pós-graduação
PRS	Projeto de Reforma Sanitária
SAD	Serviço de Assistência Domiciliar
SAF	Superintendência de Administração e Finanças
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora de Domicilio
TMO	Transplante de Medula Óssea
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UPAE	Unidade Pernambucana de Atendimento Especializado
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 ESTADO, CONTRARREFORMA, POLÍTICA DE SAÚDE	26
2.1 Estado mediador do modo de produção e expressão de conflitos	26
2.2 Ofensiva neoliberal na Contrarreforma do Estado e suas particularidades na Política de saúde.....	36
3 SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: TRAJETÓRIA E DESAFIOS AO PROJETO ÉTICO-POLÍTICO PROFISSIONAL	54
3.1 Serviço Social na Saúde	54
3.2 Projeto Ético-Político profissional do Serviço Social	67
3.3 Articulação do projeto profissional e os desafios para gestão do Serviço Social na saúde.....	81
4 GESTÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE	93
4.1 Desafios ao Serviço Social numa organização social da saúde.....	93
4.2 Estratégias no campo de atuação do Serviço Social na gestão.....	110
4.3 Articulação do projeto profissional na proposta da Gestão Compartilhada no Serviço Social.....	125
5 CONSIDERAÇÕES	141
REFERÊNCIAS	148
APÊNDICE A - Quadro de Objetivos, Questões e Fontes da Pesquisa	160
APÊNDICE B - Relação dos Documentos para Análise da Pesquisa	164

1 INTRODUÇÃO

A presente dissertação de mestrado tem como objeto de estudo a gestão do Serviço Social na saúde no contexto da contrarreforma do Estado, particularmente uma análise de uma experiência de gestão compartilhada do Serviço Social numa organização social da saúde em Pernambuco.

O interesse pelo tema proposto está relacionado à nossa trajetória profissional e acadêmica, devido aos seguintes motivos:

A experiência de estágio curricular na área da saúde, junto à gestão do Serviço Social, supervisionado pela coordenação do setor, realizado no ano de 2011, numa organização social da saúde, que resultou como plano de intervenção a elaboração de projeto para criação do Núcleo de Articulação do Serviço Social – NASS, tendo como objetivo a implementação de um setor de coordenação do Serviço Social para articular a atuação dos (as) Assistentes Sociais que atuavam nessa instituição nas múltiplas unidades de saúde sob sua responsabilidade;

A continuidade a estudos realizados, de nossa autoria, no Trabalho de Conclusão de Curso da graduação em Serviço Social na Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, sobre o avanço da privatização na saúde pública em Pernambuco;

Participação na pesquisa A Conarreforma na Política de Saúde e Serviço Social: expressões e tendências em Pernambuco, de autoria e coordenação da Prof.^a Dr.^a Raquel Soares, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq no período 2013-2014;

E, por fim, nossa experiência de trabalho numa organização social que atua na gestão de serviços de saúde da rede do Sistema Único de Saúde – SUS

Principalmente a partir de meados da década de 1990, o SUS sofre com a ofensiva da contrarreforma neoliberal, expressa na implementação mercantilizada do SUS possível¹ e com o avanço dos interesses privatistas do mercado de saúde, caracterizados pela incorporação de novos modelos de gestão. Em contradição com os princípios políticos emancipatórios, originários do Projeto de Reforma Sanitária

¹ Corporificação de um “novo” projeto que se relaciona umbilicalmente ao projeto privatista: o projeto SUS possível, defendido pelas antigas lideranças do movimento de reforma sanitária, flexibilizando os princípios político emancipatórios que orientam sua racionalidade em nome da modernização e aperfeiçoamento do SUS (SOARES, 2010, p. 16).

brasileira, e do Projeto Ético-Político profissional do Serviço Social que se vinculam na perspectiva de transformação da ordem societária e necessária superação de práticas condizentes com o conservadorismo profissional.

A conjuntura da economia política no Brasil faz-se refém do projeto político neoliberal², orquestrada pelos ditames das agências internacionais, com suas propostas de reformas administrativas gerencialista – privatização e terceirização, desregulamentação de direitos e abertura de mercados para iniciativa privada – como modelo hegemônico desde a década de 90. Segundo Bravo (2009, p.100) a “afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil, tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação”, trazendo como consequências o aprofundamento da manifestação das expressões da questão social.

Tendo em vista o panorama contemporâneo da saúde, onde se expressam o baixo nível nos indicadores na qualidade de vida e trabalho da população, se evidenciam contradições quanto à efetivação dos marcos legais na política de saúde, na atenção aos determinantes e condicionantes da saúde em seu conceito ampliado e na garantia do direito à saúde pública com acesso universal com qualidade. A política de saúde tem se caracterizado pelo caráter seletivista e emergencial, focalizador e pontual no atendimento refletindo os entraves para a consolidação das conquistas históricas inscritas no aparato jurídico legislativo³.

Características da insatisfação da população com a efetivação da política de saúde, na atualidade, podem ser evidenciadas nas exigências de hospitais, com padrão de qualidade similar aos dos estádios construídos para a copa do mundo de futebol, nos protestos das jornadas de junho 2013 no Brasil, assim como no projeto de lei nº 321⁴ de iniciativa popular propondo que dez por cento da receita bruta da

² A política neoliberal, segundo Anderson (1995), “uma reação teórica e política veemente contra o Estado intervencionista e de bem-estar [...] ataque apaixonado contra qualquer limitação dos mecanismos de mercado por parte do Estado”, sendo implantada progressivamente ocasionando uma atuação mínima do Estado no campo das políticas sociais, que procura desenvolver programas de cunho emergencial e assistencialista. A sociedade vivenciava de maneira compulsória a degradação em relação a sua condição de vida.

³ Constituição Federal do Brasil de 1988, Leis Orgânica da Saúde 8.080 e 8.142/1990, entre outras.

⁴ Projeto de Lei Complementar nº 321/2013, que altera dispositivos da Lei Complementar nº 141 de 13.01.2012, trata da aplicação pela União de montante igual ou superior a dez por cento de suas receitas correntes brutas, em ações e serviços públicos de saúde (Projeto de Lei Saúde Mais Dez).

União seja destinado à saúde, ou uma análise dos indicadores sociais dos níveis e condições de vida da população, usuária dos serviços de saúde públicos, são expressões que demonstram evidências para tal insatisfação.

No campo de disputa das políticas de saúde o Sistema Único de Saúde constitucional, fruto de reivindicações e lutas de classes dos movimentos sociais, vem sofrendo ataques, em direção substancialmente antagônica aos seus princípios originários, que se expressam na articulação dos representantes políticos e partidos, que tem suas campanhas eleitorais financiadas pelas empresas do setor da saúde, indústrias farmacêuticas e de equipamentos, aparelhos privados que representam e defendem seus interesses na sociedade.

Atualmente esses interesses privados se expandem com a Medida Provisória nº 6565, que permitiu a entrada de capital estrangeiro na assistência à saúde, com a Proposta de Emenda Constitucional nº 4516, que insere planos de saúde privados como direitos dos trabalhadores, com o veto à instalação da Comissão Parlamentar de Inquérito⁷ que investigaria os planos de saúde.

De acordo com estudos de Bravo (2009), a subordinação dos investimentos em políticas sociais regrados a conta-gotas à ordem macroeconômica do capital financeiro, os gastos subfinanciados dos setores públicos, distorcidos, corrompidos, cooptados pela lógica e os interesses corruptores do mercado, o descumprimento do princípio da universalidade da saúde comprometendo o acesso igualitário e democrático da população aos serviços precarizados ofertados, a exploração dos trabalhadores na saúde com estruturas e condições precárias, a terceirização dos serviços por contratos de gestão das Fundações⁸ e Organizações⁹ são algumas das

⁵ Medida Provisória nº 656 que resultou na Lei nº 13.097, aprovada em 19.01.2015, que trata de diversos assuntos, altera parte do texto da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) para permitir a participação direta ou indireta de capital estrangeiro na assistência.

⁶ PEC nº 451 Insere inciso XXXV e altera o parágrafo único do art. 7º da Constituição Federal e inclui como garantia fundamental, plano de assistência à saúde, oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, na utilização dos serviços de assistência médica.

⁷ Protocolado em fevereiro de 2015 e defendido em audiência pública da Comissão de Defesa do Consumidor da Câmara dos Deputados, em 27.05.2015, a instalação de comissão parlamentar de inquérito para investigar abusos cometidos por planos de saúde contra a população foi negado pelo presidente da câmara dos deputados.

⁸ Fundação Pública é a entidade dotada de personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, criada em virtude de autorização legislativa, para o desenvolvimento de atividades que não exijam execução por órgãos ou entidades de direito público, com autonomia administrativa, patrimônio próprio gerido pelos respectivos órgãos de direção, e funcionamento custeado por recursos da União e de outras fontes.

⁹ O Poder Executivo poderá qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado,

dificuldades e entraves na efetivação do Sistema Único de Saúde constitucional, em harmonia com os princípios políticos emancipatórios originários dos movimentos sociais que demandavam, de forma reivindicatória, condições de vida e saúde para além da caridade e benevolência fundamentadas na religiosidade, mas, pelo campo do direito.

Com o avanço e aumento das novas formas e contratos de gestão dos setores públicos, na atual constituição e configuração do contexto de contrarreforma do Estado, em particular na área da política de saúde, que ocorre sob a lógica neoliberal e consolida interesses na defesa da refuncionalização¹⁰ dos princípios do Sistema Único de Saúde, esses modelos de gestão, pautados em uma racionalidade instrumental burguesa, tem sido introduzidos sob o discurso que a administração pública é ineficiente e a solução para a atual crise é a modernização do setor com a incorporação da capacidade e dos princípios do setor privado, difundindo uma ideologia

Amparada pelo individualismo possessivo (Macpherson, 1979) e pela naturalização da mercantilização da vida, essa reforma social e moral busca entre outros objetivos, transformar o cidadão sujeito de direitos num cidadão-consumidor; o trabalhador num empreendedor; o desempregado num cliente da assistência social; a classe trabalhadora em sócia dos grandes negócios e as comunidades em células do “desenvolvimento local”, delas surgindo uma “sociedade solidária e cooperativa” (MOTA, 2010, p. 31-32).

Como afirma Bravo (2009), o SUS está se materializando como um espaço voltado para a população mais pobre, que não tem acesso aos serviços privados, em confronto com o SUS constitucional, que é legalmente universal, o projeto de saúde privatista avança na materialização de seus interesses, com o Estado mínimo para o social, parcerias e privatizações, crise financeira, contenção de gastos, etc., em detrimento dos pilares do projeto de reforma sanitária como demonstrado no quadro abaixo:

sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, atendidos aos requisitos previstos nesta Lei. Nº 9.637 de 15.05.1998.

¹⁰ Alguns (as) autores (as), como Bravo (2010), Soares (2010; 2012), Granemann (2011), Paim (2008), sinalizam teoricamente sobre esse movimento de refuncionamento, dos princípios do Sistema Único de Saúde, onde eles não são negados explicitamente, mas ganham conteúdos distintos dos propostos pelo Projeto de Reforma Sanitária.

Quadro 1- Relação das concepções dos projetos de Reforma Sanitária e Privatista

Relação das concepções dos projetos de Reforma Sanitária e Privatista

Projetos em Disputa		
Itens	REFORMA SANITÁRIA	PRIVATISTA
Bases	Estado Democrático de Direito	Estado Mínimo
Premissas	Saúde: Direito Social e Dever do Estado	Parcerias e Privatizações
Temas	Ampliação das Conquistas Sociais Democratização do Acesso Déficit Social Financiamento Efetivo	Crise Financeira Dicotomia universalização e focalização Déficit Público Diminuição dos gastos sociais
Estratégias de Ação	Descentralização com Controle Social	Refilantropização

Fonte: Bravo, 2007.

Na correlação de forças de projetos políticos os interesses do mercado privado de saúde, com sua racionalidade tecnicista e produtivista, se reatualizam e se expandem em estratégias privatizantes com a terceirização dos serviços, uma “privatização não clássica” (GRANEMANN, 2010), com os “novos” modelos de gestão, e atualmente se expressa nas propostas governamentais como o Plano de Saúde Popular¹¹ e na ofensiva ao desmonte dos direitos conquistados com o projeto do SUS originário pautado no Projeto de Reforma Sanitária.

O Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, nos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, expõe algumas dificuldades para a efetivação da política de saúde

a desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde, o desafio de construção de práticas baseadas na integralidade, os dilemas para alcançar a equidade no financiamento do setor, os avanços e recuos nas experiências de controle social, a falta de articulação entre os movimentos sociais, entre outras. Todas essas questões são exemplos de que a construção e consolidação dos princípios da Reforma Sanitária permanecem como desafios fundamentais na agenda contemporânea da política de saúde (CFESS, 2010, p. 21).

Dessa maneira “ressalte-se ainda o quanto, o SUS, tem sido refém das forças

¹¹ Divulgado Diário Oficial a Portaria do Ministério da Saúde Nº 1.482, 04.08.2016, que institui Grupo de Trabalho para Projeto de Plano de Saúde Acessível dito “populares”.

vinculadas ao projeto privatista e corporativista, que o conduzem privilegiando as ações e práticas curativas individuais em detrimento das ações e práticas de saúde coletiva” (COSTA, 2010, p. 219). Desafios que afirmam a necessidade de novas estratégias na atuação profissional em saúde, pois

A implementação do SUS, a partir dos anos de 1990, vai exigir novas formas de organização do trabalho em saúde, a partir das reivindicações históricas do movimento sanitário, que são exemplos a universalização, a descentralização e a participação popular. Entretanto, novas contradições são criadas com a contrarreforma na saúde, que tentam não viabilizar o SUS constitucional, acarretando, no cotidiano dos serviços, diferentes questões operativas: demora no atendimento, precariedade dos recursos, burocratização, ênfase na assistência médica curativa, problemas com a qualidade e quantidade de atendimento, não atendimento aos usuários (CFESS, 2010, p. 42).

Nesse contexto de expansão de modelos de gestão privatizantes na saúde consideramos “importante a inserção dos assistentes sociais nos espaços de gestão e planejamento e a realização de investigação, tendo como diretriz o Projeto Ético-Político profissional [para resistir e] elaborar planos e projetos de ação profissional para o Serviço Social com a participação dos assistentes sociais da equipe” (CFESS, 2010, p. 61-62), opondo-se aos fundamentos e mecanismos da contrarreforma, pois Soares (2010) identifica a reatualização da lógica da contrarreforma, demandada ao Serviço Social, nas

demandas relacionadas à tecnificação/assessoria à gestão: quando o profissional é requisitado de diversas formas para assessorar, contribuir com o planejamento, com a definição de metas e/ou de normatizações; realizar estudos de demandas e serviços no interior da unidade de saúde, a capacitação de acordo com as novas regras/normatizações, contratualizações; trabalhar na pactuação interna e/ou externa, enfim toda a ação que envolva a atuação direta ou indireta do profissional para contribuir com a implementação das “inovações” técnicas/tecnológicas no âmbito da gestão (SOARES, 2010, p. 188).

Segundo estudos de Soares (2010) sobre o processo de contrarreforma na saúde, sua racionalidade e impactos para o Serviço Social, é pontuado que “o Serviço Social tem encontrado sérias dificuldades para ultrapassar com essa lógica” (idem, p. 189), pois ocorre uma predominância de demandas de natureza emergencial/assistencial ao Serviço Social, sendo necessária a criação/implementação de estudos e propostas de trabalho da categoria para contribuir com a reflexão sobre a prática social e análise da profissão no interior do SUS, para ampliar dialeticamente possibilidades de mudanças e tensionar os limites

impostos, das tendências políticas hegemônicas hoje na saúde, ao projeto profissional do Serviço Social.

Os profissionais do Serviço Social, sustentados no Projeto Ético-político, tem na sua relativa autonomia profissional, condições de construir possibilidades que possam vislumbrar um caminho “entre a demanda objetivada e as relações que a determinam” (MOTA e AMARAL, 1998, p. 42) para que, dialeticamente e estrategicamente, possa se reconstruir os objetos de intervenção na atuação e exercício profissional do Serviço Social.

A autonomia relativa profissional do (a) Assistente Social, mesmo sob os limites da ordem burguesa, oportuniza que ele (a) se posicione em uma direção social quanto a sua atuação. Segundo Montañó (2007, p. 160) a burguesia cria e/ou determina as profissões de acordo com os seus interesses, mas “não (cria e/ou determina) para todos e cada um dos profissionais a sua razão, orientação ideológica e prática profissional”. A categoria profissional construiu um Projeto Ético-Político que contempla valores e princípios que visam superar e transcender a ordem do capital e atender prioritariamente aos interesses dos usuários, uma direção ideopolítica atualmente hegemônica no Serviço Social.

Nesses espaços profissionais do Serviço Social, onde a gestão da política de saúde torna-se predominantemente subordinada à lógica privatista há uma tendência a uma maior limitação da relativa autonomia profissional que vai sendo cada vez mais tangenciada e cerceada pela precarização das condições, vinculações e contratos de trabalho. Nesses espaços se expressam violação dos direitos da Política de Saúde e contradições entre os interesses que regem a racionalidade do capital na saúde e a racionalidade emancipatória, balizada nos interesses do Movimento de Reforma Sanitária, e demandam aos (as) trabalhadores (as) aprofundamento da capacidade de planejar estratégias coletivas de enfrentamento.

Não são poucos os desafios para a gestão do Serviço Social comprometida com um projeto profissional que defende uma direção social oposta à perspectiva política neoliberal hoje hegemônica. Diante da necessidade de construção de propostas estratégicas de um conjunto de profissionais, articulando suas diversas práticas sociais num determinado espaço sócio ocupacional e para além dele, numa organização social da saúde de Pernambuco na saúde o Serviço Social vem

desenvolvendo uma experiência de gestão compartilhada para articular a atuação profissional aos princípios políticos emancipatórios de seu projeto profissional.

A construção de argumentos e estratégias de atuação profissional concretas para enfrentamento das propostas privatizantes condizentes com a contrarreforma da política de saúde, direcionadas no sentido de “superação da lógica produtivista presente na gestão das políticas sociais” (CFESS, 2010, p. 15), precisam estar fortemente fundamentadas na análise das situações concretas, suas consequências e na base que oferece o Projeto Ético-Política do Serviço Social, pois, “aprofundar esse projeto contribuindo para a sua densidade teórica e, especialmente, ampliar as experiências de intervenção profissional pautada no projeto, torna-se uma necessidade” (MATOS, 2009, p. 249). É indispensável entender, nessa disputa de interesses e projetos na saúde, o desenvolvimento e atualizações das requisições para o Serviço Social, suas vinculações e o que representam, pois

O projeto privatista requisitou, e vem requisitando, ao assistente social, entre outras demandas: seleção sócioeconômica dos usuários, atuação psico-social através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã (BRAVO e MATOS, 2006, p. 205).

Entendemos que as determinações sócio-históricas contemporâneas, condizentes com o nível do desenvolvimento do modo de produção capitalista e suas crises inerentes, se expressam e enfatizam o atual quadro de ofensiva do capital com sua reestruturação, mundialização e perspectiva ideopolítica neoliberal que impõem o regime de austeridade e ajuste fiscal, expandindo o contexto da produção de expressões da questão social, quadro que repercute alterações no campo de trabalho, pois, “atravessa e conforma o cotidiano do exercício profissional do Assistente Social, afetando as suas condições e as relações de trabalho, assim como as condições de vida da população usuária dos serviços sociais” (IAMAMOTO, 2000, p. 18).

A dinâmica contemporânea do trabalho em saúde impõe ao Serviço Social uma atuação emergencial, que distancia a possibilidade do desenvolvimento de seu

caráter investigativo, comprometendo parcialmente o amadurecimento de estratégias que rompam com o engessamento da atuação profissional individualizada e absorvida na sobrecarga das demandas espontâneas e pontuais.

A apropriação de conteúdos e arsenal teórico comprometidos com a tendência política emancipatória do movimento de Reforma Sanitária, contribui com propostas de intervenção que apontem para o rompimento com o atendimento de caráter meramente pragmático e emergencial, conformado e passível com a rotina possível, e tensionam questões fundamentadas na efetivação do direito à saúde.

É neste sentido, em meio a um contexto de contrarreforma do estado e privatização da política de saúde, que direcionamos o nosso objeto de estudo para a experiência concreta de gestão da equipe de Serviço Social de uma organização social da saúde em Pernambuco. Assim, nosso recorte específico será sobre a análise da estratégia do modelo de Gestão Compartilhada na gestão do Serviço Social dessa instituição.

Há, assim, um aparente paradoxo de uma experiência de gestão do Serviço Social compartilhada no interior de uma organização social da saúde, que representa um modelo de gestão terceirizada e privatizante da política de saúde, e não envolve participação e controle social. Diante a esse contexto procuramos responder os seguintes questionamentos: Como, em uma instituição produto da contrarreforma do Estado vinculada ao projeto de saúde privatista, o Serviço Social implementa um modelo de gestão compartilhada contraditório ao ambiente sociopolítico vigente? Quais as consequências que essa experiência teve sobre prática social do Serviço Social e sua direção social estratégica no interior dessa organização?

A nossa hipótese de trabalho é a de que a experiência do Serviço Social no modelo de Gestão Compartilhada representa uma proposta estratégica de articulação da categoria, fundamentada no Projeto Ético-político, e pode possibilitar o tensionamento de uma atuação profissional crítica à direção política hegemônica na saúde.

Nosso objetivo¹² geral é analisar o modelo de gestão do Serviço Social de

¹² Para fins didáticos elaboramos um Quadro de Objetivos, questões e fontes da pesquisa para facilitar o andamento da pesquisa que consta em anexo (APÊNDICE A - Quadro de Objetivos, Questões e Fontes da Pesquisa).

uma organização social da saúde em Pernambuco no atual contexto de contrarreforma na política de saúde. E nossos objetivos específicos são: Discutir os principais desafios da gestão do Serviço Social; Investigar as principais estratégias de atuação do Serviço Social na gestão; Examinar o modelo de Gestão compartilhada enquanto estratégia de implementação do Projeto Ético-Político do Serviço Social

Fundamentados no método do materialismo histórico crítico dialético¹³, a nossa pesquisa, de natureza explicativa¹⁴ e caracterizada por uma abordagem qualitativa utilizando dados quantitativos, estabeleceu sua metodologia se configurando nos seguintes procedimentos:

Levantamento e análise das bibliografias pertinentes ao tema, fundamentando bases para a reconstrução de nosso objeto de estudo de forma teórico-metodológica e subsidiando a compreensão de categorias e conceitos que orientaram o trabalho, a exemplo: Estado e capitalismo contemporâneo, contrarreforma do Estado e da saúde, contradições da política social, disputa de projetos societários e profissionais, luta de classes, relativa autonomia profissional.

Levantamento e análise dos documentos¹⁵ do Serviço Social na organização social que expressassem a lógica e funcionamento da experiência de gestão compartilhada da equipe profissional. Os documentos que serviram de base para a pesquisa foram:

- Avaliação das Comissões 2016 da Gestão Compartilhada do Serviço Social da Instituição;
- Avaliação dos (as) Assistentes Sociais do Serviço Social da Instituição 2016;
- Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais da Instituição;
- Planejamento Estratégico 2016 do Serviço Social da Instituição orientações

¹³ De acordo com Soriano (2004) no materialismo histórico e dialético a realidade concreta apresenta fenômenos sociais com dependências mútuas, ou seja, ela é um todo que se inter-relaciona e não um conjunto de fatos isolados. Encontra-se em permanente movimento e transformação cuja fonte é a contradição, está inserida em processos da estrutura social que possuem diferentes hierarquias em relação ao surgimento e é uma realidade que se apresenta em diversos níveis, pois os conflitos e as contradições que se manifestam na sociedade capitalista contemporânea incidem em todas as esferas das relações sociais.

¹⁴ De acordo com Gil (2008, p. 28), essas pesquisas “têm como preocupação central identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos. Este é o tipo de pesquisa que mais aprofunda o conhecimento da realidade, porque explica a razão, o porquê das coisas”.

¹⁵ Relação dos documentos para análise da pesquisa em anexo (APÊNDICE B - Relação dos Documentos para Análise da Pesquisa).

- estratégicas básicas;
- Planejamento Estratégico da Instituição 2011/2012/2013/2014 Orientações Estratégicas Básicas;
 - Planejamento Estratégico da Instituição 2015/2016 SAF Orientações Estratégicas Básicas;
 - Planejamento da Instituição Desafios e Prioridades Setoriais 2008/2009/2010;
 - Planos de Intervenção Setoriais dos (as) Assistentes Sociais;
 - Principais atribuições das Comissões da Gestão Compartilhada do Serviço Social da Instituição;
 - Projeto para Manutenção dos Profissionais do Serviço Social da Instituição. (Documento, desenvolvido pela Coordenação do Serviço Social e Comissão de Gestão de Pessoas do Serviço Social, que realiza um levantamento e sistematização do quadro de profissionais Assistentes Sociais);
 - Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social ABEPSS;
 - Relação dos Profissionais do Serviço Social da Instituição setor de lotação;
 - Relatório com modificações adotadas para o Programa de Contenção de Gastos - PCG do Serviço Social da Instituição;
 - Relatório mensal e anual com principais indicadores da Instituição;
 - Relatório de avaliação 2014/2015 dos (as) Assistentes Sociais da Instituição;
 - Relatório Operacional do Serviço Social da Instituição – Indicadores por setor de encaminhamentos e informações aos usuários;
 - Relatório Quantitativo do Serviço Social Atividade de Gestão e Ensino e Pesquisa.

Como dito, norteados pelo método crítico dialético¹⁶ para a compreensão da realidade, recorreremos à utilização do levantamento bibliográfico e pesquisa documental como instrumento e técnica propulsores dos aportes metodológicos que nos possibilitaram materializar os objetivos traçados da pesquisa.

Procuramos desenvolver a exposição do trabalho dividida em três capítulos, no primeiro capítulo abordamos de forma introdutória a funcionalidade do Estado

¹⁶ Neste método os instrumentos e as técnicas de pesquisa são variados podem ir desde a pesquisa documental até as formas de observação, recolhimento de dados, quantificação, entre outros. O pesquisador se vale dessas técnicas para se apoderar da matéria (NETTO, 2011).

para ordem capitalista, à disputa de interesses na arena provedora de políticas sociais, os conflitos enfrentados com as configurações da contrarreforma do Estado como necessidade do capitalismo contemporâneo e seus rebatimentos na política de saúde na permanência da saúde como direito.

No segundo capítulo discutimos a inserção sócio-histórica do Serviço Social na Saúde, as tensões de disputa de concepções de projetos e a construção do projeto profissional, assim como sua relação e articulação com a autonomia técnica profissional do (a) Assistente Social no enfrentamento dos desafios a gestão do Serviço Social no contexto da contrarreforma na saúde.

No terceiro capítulo procuramos discutir mediante a conjuntura atual os principais desafios para a gestão do Serviço Social na saúde, assim como investigar e identificar as principais estratégias adotadas pela categoria profissional no âmbito de sua atuação e examinar a experiência do modelo de Gestão compartilhada, enquanto estratégia de implementação de uma prática profissional do Serviço Social norteada e sincronizada com aporte basilar da direção profissional do Projeto Ético-Político do Serviço Social.

Nas considerações finais apresentamos os resultados de conclusões analíticas sintetizadas sobre nossos objetivos de pesquisa. Verificamos que a gestão do Serviço Social na saúde enfrenta desafios com os conflitos e tensionamentos entre projetos profissionais e societários contraditórios, expressos na disputa do projeto de saúde privatista, mercantilista, neoliberal de democracia restrita e contrarreformador – exigindo um Serviço Social conservador –, e o projeto de reforma sanitária, político emancipador, de participação e democracia de massas – que solicita um Serviço Social crítico –, e constatamos que, fazendo uso de nossa autonomia técnica e competência profissional, se faz presente a possibilidade de implementação de propostas estratégicas, a exemplo da gestão compartilhada, que direcionam a atuação do Serviço Social, fundamentada e condizentes, com o Projeto Ético-Político da profissão contribuindo com uma prática e direção social político emancipadoras.

2 ESTADO, CONTRARREFORMA, POLÍTICA DE SAÚDE

Nesse capítulo discutiremos de forma incipiente sobre a funcionalidade do Estado para ordem capitalista, a disputa de interesses na arena provedora de políticas sociais, os conflitos enfrentados com as configurações da contrarreforma do Estado como necessidade do capitalismo contemporâneo e seus rebatimentos na política de saúde na permanência da saúde como direito.

2.1 Estado mediador do modo de produção e expressão de conflitos

O Estado não está acima e imparcial às condições materiais de produção da sociedade, e sua estrutura, ou fora e neutro aos conflitos de classes na sociedade civil burguesa, “A lógica não serve à demonstração do Estado, mas o Estado serve à demonstração da lógica” (MARX, 2010, p. 39).

Para analisarmos o Estado que se apresenta no mundo capitalista contemporâneo é necessário que realizemos uma breve discussão sobre a sua concepção. Segundo Marx, “com o estabelecimento da grande indústria e do mercado mundial a burguesia conquistou, finalmente, o domínio político exclusivo no Estado representativo moderno. O poder do estado moderno não passa de um comitê que administra os negócios comuns da classe burguesa” (MARX E ENGELS, 2008, p. 11-12).

Marx realiza, na análise de sua época, a crítica ao pensamento de Hegel que teorizava o Estado como uma esfera independente com racionalidade própria, da universalização, e a sociedade civil como sendo o campo dos interesses particulares e relações econômicas. Assim, na concepção hegeliana, o Estado transcenderia a sociedade em uma coletividade idealizada.

Com sua crítica da filosofia do direito, Marx, imprime uma contraposição ao dogmatismo especulativo da dialética de Hegel, afirmando pressupostos que vão consolidar a orientação de sua produção de conhecimento e desenvolvimento de seu pensamento, apreendendo a compreensão de que tanto

as relações jurídicas, bem como as formas do Estado, não podem ser explicadas por si mesmas, nem pela chamada evolução geral do espírito humano; essas relações têm, ao contrário, suas raízes nas condições

materiais de existência em suas totalidades, condições estas que Hegel [...] compreendia sob o nome de “sociedade civil” [e] que a anatomia da sociedade burguesa deve ser procurada na Economia Política (MARX, 2008, p. 47).

A crítica marxiana captura os traços constitutivos daquela realidade e entende que a sociedade civil é a esfera da produção e reprodução da vida material. Portanto, constitui-se base da estrutura econômica, onde, na sociedade burguesa, se perpetuam contradições e se expressa o antagonismo de classes. Assim, o Estado é produto, resultado, emerge das relações de produção e é moldado para atender aos interesses da estrutura da classe dominante, torna-se aparato, da “superestrutura jurídica e política [...] à qual corresponde determinadas formas de consciência social” (idem, *ibidem*), que opera o controle, com normas, autoridades, leis, instituições, para se legitimar a subsunção do trabalho ao capital. Sendo assim,

no mesmo passo em que o progresso da moderna indústria desenvolvia, ampliava e intensificava o antagonismo de classe entre o capital e o trabalho, o poder do Estado foi assumindo cada vez mais o caráter de poder nacional do capital sobre o trabalho, de uma força política organizada para a escravização social, de uma simples máquina do despotismo de classe (MARX, 2011, p. 182).

O Estado é a instância que representa a universalização dos interesses particulares da classe dominante com função de garantir e controlar as condições gerais de organização da produção de um sistema social. É o complexo institucional que é produzido pela classe com maior poder econômico, a “essência do Estado moderno [...] tem como base o desenvolvimento desenfreado da sociedade burguesa, o livre jogo dos interesses privados” (MARX, 2011b, p. 142), que objetiva conquistar e manter o domínio político, para conter os ânimos e conservar o controle sobre os conflitos, oriundos das contradições inconciliáveis de classes antagônicas, nos limites para manutenção da ordem vigente.

Assim, o Estado, aparentemente a flutuar sobre a sociedade civil, torna-se ao mesmo tempo a incubadora de todas as corrupções dessa sociedade. “Sua própria podridão e a podridão da sociedade a ser salva por ele foram desnudadas pela baioneta [...], mas em tal medida é esse império a inevitável forma política da “ordem” – isto é, a “ordem” da sociedade burguesa”. (MARX, 2011, p. 184).

Na contribuição da construção da obra marxiana, Engels expõe sua análise sobre a compreensão da função do Estado, naquele momento e contexto histórico,

apontando a necessidade de sua superação, pois

o Estado não é mais do que uma máquina para a opressão de uma classe por outra, e isso vale para a república democrática não menos que para a monarquia; na melhor das hipóteses, ele é um mal que o proletariado vitorioso herda na luta pelo domínio de classe e cujos piores aspectos o proletariado, assim como a Comuna, não pode evitar eliminar o mais prontamente possível, até que uma nova geração, crescida em condições sociais novas e livres, seja capaz de remover de si todo este entulho estatal. (MARX, 2011, p. 197)¹⁷.

Para Marx e Engels, o Estado assegurava a propriedade privada, garantindo os meios de produção aos seus proprietários, que detêm o domínio sobre os trabalhadores, sendo sua análise realizada em meados do século XIX, onde a limitação e seletividade na participação do poder político, a possibilidade de votar e candidatar-se, eram condições expressas no controle do parlamento e poderes, estabelecido por representantes da classe proprietária dos meios de produção.

Com a crescente complexidade da sociedade, na tentativa de capturar novas determinações para construção desse conceito e revelar o papel do Estado, o pensamento na tradição marxista busca explicar a essência do Estado com a ampliação de sua atuação e campo de disputa de participação. Diante a análise de um período histórico e âmbito territorial, onde uma maior complexidade se generalizou no aparelho estatal, Coutinho (2003) refere que Gramsci consegue desenvolver sua crítica ao conceito de Estado analisando que

[...] com a intensificação dos processos de socialização da participação política, que tomam corpo nos países “ocidentais”, sobretudo a partir do último terço do século XIX (formação de grandes sindicatos e de partidos de massa, conquista do sufrágio universal, etc.), surge uma esfera social nova, dotada de leis e de funções relativamente autônomas e específicas, tanto em face do mundo econômico quanto dos aparelhos repressivos do Estado (COUTINHO, 2003, p. 124).

Gramsci indica que o Estado deve ser percebido como uma relação de forças entre classes, que aparece de modo característico e privilegia as relações sociais, mostrando sempre interesses e alianças.

[...] a partir do momento em que um grupo subalterno tornar-se realmente autônomo e hegemônico, suscitando um novo tipo de Estado, nasce concretamente a exigência de construir uma nova ordem intelectual e moral,

¹⁷ Friedrich Engels na tarefa de realizar a reedição da mensagem do Conselho Geral da Internacional sobre a guerra civil na França, em 1891, e introdução da obra de Marx “A guerra civil na França”, Seleção de textos, tradução e notas Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2011 (Coleção Marx-Engels).

isto é, um novo tipo de sociedade e, conseqüentemente, a exigência de elaborar os conceitos mais universais, as mais refinadas e decisivas armas ideológicas. [...] Dá-se uma forma moderna e atual ao humanismo laico tradicional, que deve ser a base ética do novo tipo de Estado (GRAMSCI, 1999, p. 224-225).

De acordo com Gramsci, o Estado é um adensamento das relações sociais da sociedade contemporânea, que agrupa em torno de si os conflitos presentes na formação social. O conceito de Estado de Gramsci, parte da concepção de “Estado ampliado”, onde a interação entre a infraestrutura, a sociedade civil e a sociedade política é constante. Coutinho, em seu estudo sobre Gramsci, entende que

o Estado em sentido amplo, “com novas determinações”, comporta duas esferas principais: a sociedade política (que Gramsci também chama de “Estado em sentido estrito” ou de “Estado-coerção”), que é formada pelo conjunto dos mecanismos através dos quais a classe dominante detém o monopólio legal da repressão e da violência e que se identifica com os aparelhos de coerção sob controle das burocracias executiva e policial-militar; e a sociedade civil, formada precisamente pelo conjunto das organizações responsáveis pela elaboração e/ou difusão das ideologias, compreendendo o sistema escolar, as Igrejas, os partidos políticos, os sindicatos, as organizações profissionais, a organização material da cultura (revistas, jornais, editoras, meios de comunicação de massa), etc.(COUTINHO, 2003, p. 127).

Com o objetivo de consolidar, legitimar e desenvolver a ordem burguesa o Estado implementa suas funções de controle da ordem que procura legitimar sua ação coercitiva como o árbitro da sociedade, revestido ideologicamente como representante “imparcial” do interesse coletivo, mas “se o Estado, no keynesianismo, amplia suas funções (GRAMSCI, 1984) e, sob a hegemonia do capital, se apropria do valor socialmente criado e realiza regulação econômica e social, isso não significa eliminar as condições de produção e reprodução da desigualdade” (BEHRING, 2009a).

Assim, o Estado precisa solidificar uma coesão ideológica presidindo o consenso social, nos momentos de acirramento de disputas, aparece a intervenção estatal como providência benfeitora na concessão de demandas reivindicatórias da classe trabalhadora. Nesse sentido, o Estado estrategicamente atua para antecipar a incorporação de políticas e serviços sociais para regular e administrar a insatisfação e mitigando conflitos, oriundos da luta de classes, para conseguir a aceitação de relações de exploração estruturantes da ordem, normatizando a naturalização da existência de classes antagônicas, controlando conflitos e promovendo a reprodução

da ordem social.

Com o cumprimento compulsório de suas funções, na coerção e consenso, o aparelho estatal, não isento de lutas e correlação de interesses, objetiva o desenvolvimento do projeto da classe hegemônica no poder, busca prover a ampliação e manutenção constante da acumulação capitalista adotando intervenções estratégicas para superação das crises cíclicas do modo de produção, tendo como norteamento as retomadas das taxas de lucro e o crescimento econômico constante e desenfreado.

A partir dessas acepções de Estado, faremos uma análise sobre as características do Estado na conjuntura contemporânea, buscando compreender o seu papel em nossa sociedade, diante das mudanças ocasionadas pela “mundialização” do capitalismo, que Chesnais (1996) define como sendo

uma fase específica do processo de internacionalização do capital e de sua valorização, à escala do conjunto das regiões do mundo onde há recursos ou mercados, [...] A mundialização é o resultado de dois movimentos conjuntos, estreitamente ligados, mas distintos. O primeiro pode ser caracterizado como a mais longa fase de acumulação ininterrupta do capital que o capitalismo conheceu desde 1914. O segundo diz respeito às políticas de liberalização, de privatização, de regulamentação e de desmantelamento de conquistas sociais e democráticas, que foram aplicadas desde o início da década de 1980 (CHESNAIS, 1996, p. 32-34).

Com a mundialização, o capital se fortaleceu a ponto de modificar a ação do Estado, fazendo com que este modificasse de forma gradual o poder de executor de políticas sociais, assumindo assim um novo perfil de financiador intermediário e promotor ativo de políticas de desregulamentação e liberalização dos entraves para o avanço desse processo.

No coração do sistema de crédito está um conjunto de acordos que constitui o que chamo de “nexo Estado-finanças”. Isso descreve a confluência do poder estatal e das finanças que rejeita a tendência analítica de ver o Estado e o capital como claramente separáveis um do outro. Isso não significa que o Estado e o capital tenham constituído no passado ou agora uma identidade, mas que existem estruturas de governança (como o poder sobre a confecção da moeda real no passado e os bancos centrais e ministérios do Tesouro hoje) nas quais a gestão do Estado para a criação do capital e dos fluxos monetários torna-se parte integrante, e não separável, da circulação do capital. A relação inversa também se sustenta na medida em que impostos ou empréstimos fluem para os cofres do Estado e na medida em que as funções do Estado também se monetarizam, mercantilizam e, finalmente, privatizam (HARVEY, 2011, p. 47-48).

A diretriz principal é que as sociedades se moldem e habituem-se com “as

novas exigências e obrigações, e sobretudo que descarte qualquer ideia de procurar orientar, dominar, controlar, canalizar esse novo processo” (CHESNAIS, 1996, p. 25), implementando a liberdade irrestrita para movimentação e circulação das forças do mercado, “e que todos os campos da vida social, sem exceção, sejam submetidos à valorização do capital privado” (idem, *ibidem*).

Podemos considerar que essas mudanças não significam, em sua essência estruturante, uma função inovadora, visto que Marx e Engels já identificaram o Estado como produto da sociedade civil burguesa, determinado pelas relações materiais de produção, sendo difusor da ideologia da classe dominante e mecanismo de defesa de seus interesses.

A formação do Estado moderno é uma exigência absoluta para assegurar e proteger permanentemente a produtividade do sistema. O capital chegou à dominância no reino da produção material paralelamente ao desenvolvimento das práticas políticas totalizadoras que dão forma ao Estado moderno. (MÉSZÁROS, 2011, p. 106).

O caráter predatório e singular do princípio incontrolável do capital, de alcançar a maior extração de mais valor viável e possível do trabalho excedente, impõe a materialização no Estado de sua função permanentemente sustentadora de viabilizar a manutenção do sistema, “que faz existir a dimensão política do controle sociometabólico do capital na forma do Estado” (idem, p. 123).

Portanto, é tanto mais revelador que o Estado moderno tenha emergido com a mesma inexorabilidade que caracteriza a triunfante difusão das estruturas econômicas do capital, complementando-as na forma da estrutura totalizadora de comando político do capital. Este implacável desdobramento das estruturas estreitamente entrelaçadas do capital em todas as esferas é essencial para o estabelecimento da viabilidade limitada desse modo de controle sociometabólico tão singular ao longo de toda a sua vida histórica. (idem, p. 106).

Analisando o Estado como parte integrante do tripé de sustentação do sistema (capital, trabalho e Estado), concordamos com Mézaros (2011), na abordagem sobre a funcionalidade da esfera política do Estado como um elemento de coesão que desempenha funções corretivas essenciais, cumprindo seu papel reparador vital no controle, sendo incapaz de eliminar, dos antagonismos nas relações de produção e controle alienado dos produtores, na contradição entre produção e consumo e na circulação expressando conflitos de interesses estruturalmente irreconciliáveis.

Para atender às necessidades de ampliação dos espaços para investimento do capital, o Estado assume caráter indispensável e privilegiado na implementação do ideário neoliberal com políticas de privatização, desregulamentação e terceirização, causando mudanças no desenho das políticas sociais e econômicas, segundo Chesnais (1996), na transposição dos obstáculos para o avanço do capital,

sem a implantação de políticas de desregulamentação, de privatização e de liberalização do comércio, o capital financeiro internacional e os grandes grupos multinacionais não teriam podido destruir tão depressa e tão radicalmente [grifos do autor] os entraves e freios à liberdade deles de se expandirem a vontade e de explorarem os recursos econômicos, humanos e materiais, onde lhes for conveniente (CHESNAIS, 1996, p. 34).

Com isso os interesses do capital financeiro são representados pelas instituições financeiras, entrando em cena o Banco Mundial – BM, o Fundo Monetário Internacional – FMI e a Organização Mundial do Comércio – OMC, para proteger os interesses das grandes potências do mercado mundial. Essas instituições exercem pressão nos Estados nacionais, sobre as tendências de acumulação financeira, mediante medidas de ajuste econômico, austeridade fiscal, estímulo aos processos de privatizações e o não incentivo ao desenvolvimento das políticas sociais pela intervenção direta do Estado.

Dessa forma, há o incentivo à formação de um Estado pautado na política neoliberal, que aponta como saída a redução do setor público, através das privatizações e diminuição de investimento no campo social por parte do Estado. Essa política que preconiza a ideia de Estado mínimo para o social, com redução de investimentos nas políticas sociais, representa na prática a implementação do ideário neoliberal.

As modificações impressas ao Estado causam alterações profundas em nossa sociedade, tornando-se um debate estritamente necessário. No Brasil, o cenário que se apresenta é a ascendente lógica da exclusão e corte de direitos para os trabalhadores, no qual as funções reguladoras do Estado tornam-se incapacitadas de promover direitos sociais, pois, cada vez mais, delegam a execução de políticas sociais a instituições e organizações da sociedade civil, assumindo caráter de financiador. O Estado cria a infraestrutura necessária ao desenvolvimento econômico, a custo de empréstimos sucessivos e robusto endividamento público, para proporcionar o estímulo à ascensão da iniciativa privada

e a defesa do mercado financeiro, concedendo desonerações, incentivos e isenções fiscais, direcionando a sustentação de seu perfil financiador para o capital, movimento que institui a lógica das relações em conformidade com

A mundialização financeira [que] impulsiona a generalização das relações mercantis às mais recônditas esferas e dimensões da vida social, que afetam transversalmente a divisão do trabalho, as relações entre as classes e a organização da produção e distribuição de bens e serviços. Ela espraia-se na conformação da sociabilidade e da cultura, reconfigura o Estado e a sociedade civil, redimensionando as lutas de classes. O resultado tem sido uma nítida regressão aos direitos sociais e políticas públicas (IAMAMOTO, 2009, p. 28).

Tal regressão resultante da ofensiva atual dos interesses do capital sobre os direitos do trabalho e demais direitos sociais a ele relacionados, configura-se num processo também de mudança cultural e de sociabilidade sobre os fundamentos e sobre o perfil da atuação do Estado. Com relação às características desse perfil, concordamos que

A filantropia substitui o direito social. Os pobres substituem os cidadãos. A ajuda individual substitui a solidariedade coletiva. O emergencial e o provisório substituem o permanente. As micro-situações substituem as políticas públicas. O local substitui o regional e o nacional. É o reinado minimalismo do social para enfrentar a globalização da economia. Globalização só para o grande capital. Do trabalho e da pobreza cada um cuida do seu como puder. De preferência, um Estado forte para sustentar o sistema financeiro e falido para cuidar do social (SOARES, 2003, p. 12).

É neste sentido, e seguindo essa tendência, que os sucessivos governos brasileiros que seguiram e seguem – uns com devoção ortodoxa, outros mais transformistas – o receituário neoliberal de desenvolvimento aprofundam o processo de desresponsabilização direta do Estado com o social, a precarização das relações de e a privatização do aparelho estatal. Ademais, ocorre conjuntamente a uma refilantropização das práticas sociais em detrimento da cidadania de direitos.

A luta no terreno do Estado – espaço contraditório, mas com hegemonia do capital – requer clareza sobre as múltiplas determinações que integram o processo de definição das políticas sociais, o que pressupõe qualificação teórica, ético-política e técnica. Constata-se, que a política social – que atende às necessidades do capital e, também, do trabalho, já que para muitos trata-se de uma questão de sobrevivência – configura-se, no contexto da estagnação, como um terreno importante da luta de classes: da defesa de condições dignas de existência, face ao recrudescimento da ofensiva capitalista em termos do corte de recursos públicos para a reprodução da força de trabalho (BEHRING, 2009a, p. 206).

A necessidade do capital mundializado e financeirizado de recuperar suas taxas de lucratividade, diante suas crises inerentes ao processo de acumulação,

impõe uma reestruturação do modelo de produção associada à perspectiva política neoliberal que demanda um ajuste estrutural do Estado e reflete a hegemonia do capital na contrarreforma do Estado, na busca da “supercapitalização” (MANDEL, 1985) na mercantilização dos serviços sociais apropriados pela lógica do mercado privado.

O controle estratégico do capital, na sua direção monopolista objetivando os ganhos extraordinários, penetra em todos os setores da vida social. Os grupos monopolistas de organizações e corporações megaempresariais, conglomerados de elites que se articulam e operam suas ações e investidas transnacionalmente, viabilizam e perpetuam o domínio no controle da concentração do poder econômico articulado com o poder político.

Os governos dos estados nacionais, dependentes e devotos à doutrina neoliberal, estão meramente subordinados ao mercado de capitais e as corporações financeiras multinacionais que financiam e articulam campanhas eleitorais, pactuam contratos negociando empréstimos, estabelecem alianças com os monopólios dos meios de comunicação midiáticos, traçando uma grande rede de exploração e dependência, tecida e entrelaçada por pequenos grupos extremamente ricos e detentores de riquezas acumuladas e meios de produção, cenário que exige reflexão para além do aparente para entender porque

Roubar os recursos de nações inteiras é chamado de “promoção do livre comércio”; roubar famílias e comunidades inteiras de seu meio de subsistência é chamado de “enxugamento” ou simplesmente “racionalidade”. Nenhum desses feitos jamais foi incluído entre os atos criminosos passíveis de punição (BAUMAN, 1999, p. 131).

Representados nas organizações inter e transnacionais, Organização Mundial do Comércio¹⁸ - OMC, Fundo Monetário Internacional¹⁹ - FMI e Banco Mundial²⁰ - BM que regulam e dominam a economia mundial, instituições mercenárias que

¹⁸ A Organização Mundial do Comércio (OMC) é uma instituição internacional que atua na fiscalização e regulamentação do comércio mundial, com sede em Genebra – Suíça foi fundada em 1994.

¹⁹ O Fundo Monetário Internacional (FMI) é uma organização internacional que pretende assegurar o funcionamento do sistema financeiro mundial pelo monitoramento das taxas de câmbio e da balança de pagamentos, através de assistência técnica e financeira. Sua criação ocorreu em julho de 1944, sua sede é em Washington, Estados Unidos e atualmente conta com mais de 187 nações.

²⁰ O Banco Mundial (BM) é uma agência do sistema das Nações Unidas, fundada a 1 de Julho de 1944 por uma conferência de representantes de 44 governos em Bretton Woods, New Hampshire, EUA, e que tinha como missão inicial financiar a reconstrução dos países devastados durante a Segunda Guerra Mundial.

produzem, introduzem e impõem ao mundo a ideologia do capital como pensamento único, exigem o cumprimento do receituário neoliberal de políticas de liberalização, privatização, desregulamentação e desmantelamento das conquistas sociais e democráticas, evidenciando os limites de um capitalismo periférico, inscritos na ordem do modo de produção capitalista, limitações e obstáculos estruturais para o desenvolvimento dos direitos e políticas sociais que ficam condicionados aos ciclos de expansão econômica e tensionamento dos movimentos sociais na luta de classes.

Behring e Boschetti (2006) abordam a política social, a partir de uma perspectiva crítico-dialético ancoradas na tradição marxista, como processos e resultados das relações complexas e contraditórias que se estabelecem entre o Estado e a sociedade civil, no âmbito dos conflitos e das lutas de classes que envolvem o processo de produção e reprodução do capitalismo, portanto, se relacionam às determinações econômicas que em cada momento histórico atribuem uma configuração ao capitalismo e às políticas sociais, assumindo um caráter histórico-estrutural. Portanto, analisada sob esta perspectiva, a refuncionalização do Estado nos anos 1980 e 1990, se deu no sentido de atender prioritariamente aos interesses do capital, através do ajuste neoliberal proposto pelos organismos internacionais.

2.2 Ofensiva neoliberal na Contrarreforma do Estado e suas particularidades na Política de saúde

A política neoliberal começava a ser implantada progressivamente, ocasionando uma atuação mínima do Estado no campo das políticas sociais, que procura desenvolver programas de cunho emergencial e assistencialista. A sociedade vivenciava um período de degradação em relação a sua condição de vida, ocasionado pela falta de investimentos.

As razões socioeconômicas e políticas que justificaram os processos de reforma do Estado estão orientadas para o mercado, pois para Behring (2003, p. 33): “[...] as pressões para uma refuncionalização do Estado capitalista nos anos 1980 e 1990 estão articuladas a uma reação burguesa”, uma resposta contundente do capital à queda das taxas de lucro que culminaram em processos tais como a reestruturação produtiva, revolução tecnológica e organizacional do modelo de produção, mundialização e financeirização da economia, ajuste neoliberal e novo padrão de relação Estado/sociedade civil.

Segundo Behring (2003) os processos acima interferem na gestão do Estado, sendo que a reestruturação produtiva e a mundialização da economia configuram as linhas gerais de uma contrarreforma, considerando que no pensamento neoliberal há uma forte evocação ao passado. Algumas orientações e condições se combinam nas políticas neoliberais no sentido de inserir determinado país na dinâmica do capitalismo contemporâneo em busca de maior rentabilidade para o capital.

Os neoliberais na tentativa de resolver a crise capitalista defendiam a não intervenção estatal na regulação das relações de trabalho, na regulamentação de comércio exterior e na regulação de mercados financeiros, objetivando um melhor desenvolvimento econômico. No entanto, essas medidas refletiram negativamente nas condições de vida da população, pois além do aumento das taxas de desemprego e péssimas condições de trabalho, houve a redução de gastos com as políticas sociais (BEHRING, 2009).

A reforma foi expressa nos ajustes estruturais de orientação monetarista e neoliberal dos planos econômicos, sociais e burocrático-institucionais que os Estados nacionais, a partir das pressões e exigências do FMI e BM, tiveram que implementar, como condição para receber os empréstimos e os investimentos

produtivos dos capitais financeiros e das multinacionais. A realização desses ajustes foi uma imposição colocada como condição para a inserção do país na dinâmica do capitalismo contemporâneo (BÓRON, 2006).

O projeto político neoliberal preconiza o ajuste estrutural, proposto pelos organismos internacionais, para as políticas sociais com a focalização das ações. Neste sentido há um incentivo à solidariedade individual e voluntária e à criação de organizações filantrópicas e organizações não governamentais para a prestação de atendimento no âmbito da sociedade civil. Segundo Behring (2003, p. 65), observa-se a emersão de uma espécie de clientelismo pós-moderno ou neocorporativismo, onde a sociedade civil é domesticada, sobre tudo seus impulsos mais críticos, por meio da distribuição e disputa de poucos recursos públicos para ações focalizadas ou da seleção de projetos sociais pelas agências multilaterais.

A partir dessa reflexão, podemos dizer que as modificações no papel de intervenção do Estado e o avanço do neoliberalismo ocasionaram mudanças na configuração das políticas sociais. Compreendendo, deste modo, Política Social como “[...] processo e resultado de relações complexas e contraditórias que se estabelecem entre Estado e sociedade civil, no âmbito dos conflitos e lutas de classes que envolvem o processo de produção e reprodução do capitalismo” (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p. 36).

Ao favorecer os interesses do capital, o Estado dá ênfase aos processos de privatização de setores estatais. Nessa direção, Lamamoto (2009, p. 121) afirma que “[...] o Estado funciona como esteio do capitalismo privado, oferecendo-lhe, por meio de subsídios estatais, possibilidades de investimentos lucrativos nas indústrias de armamento, proteção ao meio ambiente, empréstimos aos países estrangeiros e infraestrutura”. Essa maximização dos interesses do capital e o avanço do neoliberalismo se configuram como a contrarreforma do Estado (BEHRING, 2003).

Esse modelo gerencial está pautado na redução dos investimentos no setor social, na política de ajuste fiscal e cumprimento dos acordos com os organismos internacionais, orientado ao pagamento incondicional dos juros das dívidas interna e externa.

A política social no Brasil, diante da adoção dessa postura, assume um caráter compensatório e marginal. Apenas um sistema residual seletivo de proteção pública, que caminha em sentido contrário ao movimento assumido na década de

1980, com as lutas pela democratização, “o governo considera que o Estado deve deixar de ser o “responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social” para se tornar promotor e regulador desse desenvolvimento, transferindo para o setor privado, as atividades que possam ser controladas pelo mercado” (IAMAMOTO, 2010, p. 120).

O capital impõe sua lógica à sociedade, modifica as reais necessidades de grande parte da população e aprofunda as desigualdades sociais com desigual distribuição de renda, tornando-se o Estado mínimo na satisfação das necessidades, inclusive as essenciais para a reprodução da força de trabalho, e aparato de articulação para manutenção da maximização dos interesses de reprodução e acumulação do capital.

Para atender às necessidades de ampliação dos espaços para investimento do capital o Estado assume caráter indispensável e privilegiado na implementação do ideário neoliberal com políticas de privatização, desregulamentação e terceirização, causando mudanças no desenho das políticas sociais e econômicas.

A violência do imperialismo da economia de mercado se propaga e se difunde como solução necessária nos tempos atuais colonizando os países em via de desenvolvimento. Os grandes organismos financeiros internacionais coordenam as regras da política macroeconômica, do governo dos estados nacionais, ficando a população das nações presas e reféns das determinações governamentais, da dependência por condições e investimentos para geração de renda e da instabilidade da economia, “as grandes mazelas sociais representam o resultado, na consolidação da hegemonia do capital, que na busca por mais lucros, se apropria também das políticas públicas” (SILVA, 2010, p. 07).

Ainda que seja defendida no Plano Nacional de Direitos Humanos a afirmação dos princípios da dignidade humana e da equidade como fundamentos do processo de desenvolvimento nacional tendo como objetivo estratégico a ação programática de reforçar o papel do Plano Plurianual²¹ (PPA) como:

instrumento de consolidação dos Direitos Humanos e de enfrentamento da concentração de renda e riqueza e de promoção da inclusão da população

²¹ O Plano Plurianual – PPA, no Brasil, previsto no artigo 165 da Constituição Federal e regulamentado pelo Decreto 2.829, de 29 de outubro de 1998 é um plano de médio prazo, que estabelece as diretrizes, objetivos e metas da ação pública a serem seguidos pelo Governo Federal, Estadual ou Municipal ao longo de um período de quatro anos.

de baixa renda [...] possibilitando maior envolvimento da sociedade nas discussões sobre as prioridades de uso dos recursos públicos [...] [como] reforçar os critérios da equidade e da prevalência dos Direitos Humanos como prioritários na avaliação da programação orçamentária de ação ou autorização de gastos (PNDH III, 2010, p. 46).

A maior parte da riqueza produzida de uma nação pela classe trabalhadora é subtraída através dos mecanismos engendrados na lógica de produção capitalista, perpetuando uma relação colonialista de exploração da força de trabalho e riquezas naturais, dependência de investimentos infraestruturais através do grande capital mundial acumulado e opressão aos povos destituídos do direito de usufruir das riquezas socialmente produzidas.

Expressando aspectos que demonstram o aprofundamento da expropriação da riqueza nacional de várias maneiras, por uma elite de rentistas que se articulam e detém o controle desta ciranda financeira.

A política neoliberal promoveu uma disparidade das desigualdades sociais, com a concentração de renda centralizada na “minoría” da população, ou seja, uma crescente desigualdade entre ricos e pobres na sociedade. Segundo Laurell (1997, p. 167), “as quatro estratégias concretas da implantação da política social neoliberal são o corte dos gastos sociais, a privatização, a centralização dos gastos sociais públicos em programas seletivos contra a pobreza e a descentralização”.

O desmonte neoliberal das bases de regulação das relações sociais, políticas e econômicas na reforma do Estado brasileiro expressa a necessidade do grande capital, em ciclo de crise, liberalizar os mercados e enxugar a máquina estatal para retomar suas taxas de lucro, que configura um processo de contrarreforma, concordando com Behring (2003), pois objetiva desconstruir e mitigar conquistas trabalhistas, políticas, econômicas e esvaziar diversos direitos sociais.

Conforme Mota (2009, p. 58) é no início da década de 1990 que o país se integra à ordem econômica e mundial “sob os imperativos do capital financeiro e do neoliberalismo, responsáveis pela redefinição das estratégias de acumulação e pela reforma do Estado” e as mudanças nas funções do Estado são marcadas por políticas sociais com forte conotação focalizada e seletiva e com modelo econômico de dependência ao pagamento da dívida externa internacional.

As reformas estatais foram iniciadas no governo Fernando Collor de Mello (1990-1992), o “caçador de marajás”, que instituiu um imenso aparato político e

ideológico com discursos e ações de diminuição do funcionalismo público, contrariando o desenvolvimento e as necessidades para a implementação do SUS nas esferas estaduais e municipais (NOGUEIRA, 2006), e continuada de forma aprofundada pelo presidente Fernando Henrique Cardoso – FHC (1992-2000), o “príncipe da privatária”, que cria uma estrutura através do Ministério da Administração e Reforma do Estado – MARE e tem à sua frente o ministro Luís Carlos Bresser Pereira, que considerava que a constituição de 1988 representa um retrocesso burocrático com o engessamento do aparelho estatal e defende que

Reformar o aparelho do Estado significa garantir a esse aparelho maior governança, ou seja, maior capacidade de governar, maior condição de implementar as leis e políticas públicas. Significa tornar muito mais eficientes as atividades exclusivas de Estado, através da transformação das autarquias em “agências autônomas”, e tornar também muito mais eficientes os serviços sociais competitivos ao transformá-los em organizações públicas não-estatais de um tipo especial: as “organizações sociais” (BRASIL, 1995, p. 44 – 45).

Estabelece o processo da Reforma da Gestão Pública brasileira ou reforma gerencial do Estado com os objetivos²² do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado – PDRAE, seguindo as orientações do Consenso de Washington, para redefinir as áreas essenciais de atuação do Estado, dando início ao processo de transferência para o setor privado dos setores considerados “não exclusivos do Estado” como saúde, educação, cultura, transporte, habitação, assistência social, dentre outras.

Esse processo iniciado no FHC tem continuidade nos governos do presidente Luís Inácio Lula da Silva (2003-2010) e da presidente Dilma Rousseff (2010-2014) como medidas necessárias aos ajustes econômicos que se denomina de

²² Objetivos para os Serviços Não-exclusivos: · Transferir para o setor público não-estatal estes serviços, através de um programa de “publicização”, transformando as atuais fundações públicas em organizações sociais, ou seja, em entidades de direito privado, sem fins lucrativos, que tenham autorização específica do poder legislativo para celebrar contrato de gestão com o poder executivo e assim ter direito a dotação orçamentária. · Lograr, assim, uma maior autonomia e uma conseqüente maior responsabilidade para os dirigentes desses serviços. · Lograr adicionalmente um controle social direto desses serviços por parte da sociedade através dos seus conselhos de administração. Mais amplamente, fortalecer práticas de adoção de mecanismos que privilegiem a participação da sociedade tanto na formulação quanto na avaliação do desempenho da organização social, viabilizando o controle social. · Lograr, finalmente, uma maior parceria entre o Estado, que continuará a financiar a instituição, a própria organização social, e a sociedade a que serve e que deverá também participar minoritariamente de seu financiamento via compra de serviços e doações. · Aumentar, assim, a eficiência e a qualidade dos serviços, atendendo melhor o cidadão-cliente a um custo menor (BRASIL, 1995, 46 – 47).

contrarreforma do Estado mediante privatização de políticas sociais por autoras como Behring (2009) e Granemann (2008). Pois, “[...] uma reforma do Estado pode operar na direção de aumentar os direitos da força de trabalho ou pode aprofundar as exigências de acumulação do capital e, neste caso, será uma contrarreforma do Estado por afetar os interesses e direitos da força de trabalho” (GRANEMANN, 2008, p.37).

Mesmo com os últimos mandatos governamentais sendo exercidos pelo Partido dos Trabalhadores, que tem em sua fundação o histórico de lutas dos trabalhadores contra o patronato e batalhas sindicais de resistência por melhores condições de trabalho, o controle da economia política pelos representantes do grande capital se expressa na adoção de medidas de austeridade fiscal, políticas macroeconômicas privilegiando o superávit primário em detrimento das políticas sociais, com orientações comprometidas com o receituário neoliberal.

Renegando valores da luta da esquerda em busca de alianças e pactos, para criar sustentabilidade governamental e governabilidade no presidencialismo de coalizão, com o corporativismo dos cargos comissionados, que são uma chaga da herança da formação social patrimonialista, reflete tendências no serviço público em sua relação com o setor privado, evidenciando-se a capitulação do governo aos interesses capitalistas.

Algumas características dos governos do Partido dos Trabalhadores possibilitaram a continuação das políticas de ajuste estrutural típicas do neoliberalismo, segundo Figueiras (2010) e Gonçalves (2010), pois esse fato pode ser verificado com a continuação do processo de transformação econômica do país através da plataforma de valorização financeira internacional, a partir das altas taxas de juros básicos da economia, de liberalização do fluxo de capitais e de continuidade da privatização, que teve como marco inicial do governo a reforma da previdência e, posteriormente, a implantação de uma política social baseada nas políticas compensatórias de renda. Com base nessas políticas, ocorreram as inserções das parcerias público-privadas e as novas formas de privatização dos serviços públicos através das Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs) e da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

As propostas e reformas defendidas deram continuidade ao processo de contrarreforma do Estado, o espaço público democrático dos direitos sociais foi

diminuído e o privado foi ampliado e as atividades ligadas à produção econômica penetraram nas áreas desses direitos conquistados com a Constituição Federal de 1988, o plano de governo apresentou poucos compromissos com o projeto de Reforma Sanitária idealizado originalmente pelo movimento em prol de mudanças nesse campo, uma vez que não mencionou alguns dos eixos considerados centrais, tais como o controle dos planos de saúde, o financiamento efetivo e investimentos, a ação intersectorial e a política de gestão do trabalho (PAIM, 2008).

Esse movimento caracterizado por um “desvio” dos princípios defendidos pelas lideranças partidárias é sinalizado por Soares (2010) que nos alerta para apreender o significado do que se coloca como novo, quando na verdade é um “movimento de transformismo das lideranças e de refuncionalização dos princípios do SUS e da reforma sanitária é tão intenso a ponto de evidenciarmos a configuração de um outro projeto, o projeto SUS possível” (SOARES, 2010, p.53). Novas formas e contratos de gestão dos setores públicos, na atual constituição e configuração do contexto de contrarreforma do Estado, em particular na área da política de saúde, que ocorre sob a lógica neoliberal e consolida interesses na defesa da refuncionalização dos princípios do Sistema Único de Saúde, como exemplificado no Quadro 02 abaixo:

Quadro 02

Refuncionalização de Princípios e Diretrizes do SUS

Quadro 2 - Refuncionalização de Princípios e Diretrizes do SUS

Princípios / Diretrizes organizativas	SUS Histórico	SUS Materializado
Universalidade	“Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência” *	Acesso focalizado nos mais pobres e pauperizados, que enfrentam, em geral, extensas filas objetivas ou virtuais, representando um verdadeiro gargalo no sistema, gerando um grande número de demandas não contempladas pelo sistema.
Equidade	Todos têm direito ao atendimento de acordo com a diversidade de suas necessidades, de modo que seja garantida a igualdade na diferença.	Focalização precarizada do atendimento no segmento populacional mais pobre, sob a justificativa de que este é mais “vulnerabilizado”. Fere-se, desta forma, o princípio da igualdade, da universalidade e da própria equidade.

Integralidade	“Conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”.**	Atenção básica, média e alta complexidade precarizadas e focalizadas na pobreza, principalmente através da expansão focalizada do Pacs,*** da ESF**** e dos atendimentos emergenciais com fragmentação do sistema e quebra da referência e contrarreferência.
Descentralização	Descentralização político administrativa, com direção única em cada nível de governo, regionalização e hierarquização da rede de serviços.***** Portanto, com responsabilização de todos os níveis de acordo com as suas especificidades.	Descentralização com desresponsabilização da União principalmente no que se refere ao financiamento. Centralização do planejamento de modelos de atenção à saúde padronizados, como o Pacs e a ESF.
Participação da Comunidade	Direito de participação envolvidos com o sistema, em seus diversos níveis federativos, nos espaços de controle social, em especial nos conselhos e conferências, de caráter paritário e deliberativo.	As instâncias de controle social vêm sendo continuamente desvalorizadas e burocratizadas. As importantes decisões sobre a política têm passado ao largo dos conselhos e conferências, centralizando-se nos gabinetes de gestores e no poder legislativo, quase sempre ignorando completamente as deliberações daqueles.
Financiamento	“Financiamento solidário entre as três esferas de governo, conforme o tamanho da população, suas necessidades epidemiológicas e a organização das ações e serviços.”*****	Subfinanciamento e maior responsabilização do nível municipal.
Gestão	Gestão pública, com controle social público e orientada pelos princípios e diretrizes públicos.	Gestão através de organizações sociais ou fundações estatais de direito privado, sem controle social e orientada pelas diretrizes e princípios do mercado.

* Lei n. 8.080/1990, art.7. (BRASIL, 1990a).

** Lei n. 8.080/1990, art.7, § II. (BRASIL, 1990a).

*** Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

**** Estratégia Saúde da Família ou simplesmente Saúde da Família (SF).

***** Lei n. 8.080/1990, art.7. § IX. (BRASIL, 1990a).

***** (REZENDE, 2008, p. 31).

Fonte: SOARES, 2012.

O projeto ideopolítico neoliberal preconiza o Estado minimizado na área social, segundo Montañó (2002), com o objetivo de promover a precarização das políticas sociais e assistência estatal, com um processo de focalização e descentralização, destinados ao “cidadão usuário” integrante da parcela marginalizada mais carente da população, com a re-mercantilização dos serviços

sociais dirigidos aos “cidadãos clientes” plenamente integrados e com a refilantropização atendendo à população excluída ou parcialmente não integrada, os quase “não cidadão”. Procedimentos que tendem a criar uma demanda lucrativa para os serviços privados, bem como estimular a ação voluntária e filantrópica, e contribuem para o desmonte dos direitos sociais e avanços democráticos impressos na Constituição Federal de 1988.

Sobre a análise da política de saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores, Bravo e Menezes (2011) consideram que persistência de notórias dificuldades com relação ao sistema como

- a) A lógica macroeconômica de valorização do capital financeiro e subordinação da política social à mesma, encolhendo os direitos sociais e ampliando o espaço do mercado;
- b) A falta de viabilização da concepção de Seguridade Social;
- c) O subfinanciamento e as distorções nos gastos públicos, influenciados pela lógica do mercado;
- d) A desigualdade de acesso da população ao serviço de saúde, com a não concretização da universalidade;
- e) O desafio de construção de práticas baseadas na integralidade e na intersetorialidade;
- f) Os impasses com relação à gestão do trabalho e educação, com a precarização dos trabalhadores e a não definição de um plano de cargos, carreiras e salários para os profissionais;
- g) Os avanços e recuos nas experiências de controle social e participação popular, face à não observância das deliberações dos conselhos e conferências e à falta de articulação entre os movimentos sociais;
- h) Modelo de atenção à saúde centrado na doença;
- i) Modelo de gestão vertical, burocratizado, terceirizado, com ênfase na privatização e, para o seu enfrentamento, são apresentadas propostas contrárias ao SUS, como as Fundações Públicas de Direito Privado e o ressurgimento das Organizações Sociais;
- j) O avanço da privatização, em detrimento do serviço público eminentemente estatal, através das parcerias público-privadas;
- k) A precarização dos serviços públicos e o não privilegiamento da atenção primária de saúde (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 22).

No Brasil os últimos governos materializaram essa série de contrarreformas que permitiram a construção de Organizações Sociais - OSs, de Organizações Sociais Civil de Interesse Público - OSCIPs, de Fundações Estatais de Direito Privado FEDPs e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, e vem reproduzindo a política macroeconômica de priorizar o superavit primário, utilizando de instrumentos como a Desvinculação dos Recursos da União – DRU que redireciona recursos do Orçamento da União, originalmente destinados a Seguridade Social, para pagamento dos juros das dívidas internas e externas.

É expressiva a distância entre os objetivos dos modelos de gestão pautados

nos interesses da contrarreforma e os princípios do SUS defendidos através do Movimento de Reforma Sanitária, o quadro abaixo apresenta uma síntese dos modelos de gestão defendidos pelo SUS, pelas OSs e pelas Oscips:

Quadro 3 - Síntese do modelo de gestão do SUS, das OSs e das OSCIPs

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS	ORGANIZAÇÕES SOCIAIS – OS	ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL DE INTERESSE PÚBLICO – OSCIPS
Gestão Única do Sistema de Saúde em cada esfera de Governo (Gestão do Sistema e da Rede de Ações e Serviços)	Autonomia Administrativa e Financeira de cada OS.	Autonomia Administrativa e Financeira de cada OSCIP.
Descentralização da Gestão entre as três esferas de Governo.	Descentralização das Ações e Serviços de Saúde para a Iniciativa Privada e não para os Municípios.	Descentralização das Ações e Serviços de Saúde para a Iniciativa Privada e não para os Municípios.
Hierarquização dos Serviços, conforme a complexidade da atenção à saúde, sob comando único.	Autonomia Gerencial dos Serviços de cada OS.	Autonomia Gerencial dos Serviços de cada OSCIP.
Financiamento Solidário entre as três esferas de Governo, conforme o tamanho da população, suas necessidades epidemiológicas e a organização das ações e serviços.	Financiamento definido no orçamento público, para cada OS, conforme a influência política de seus dirigentes, com “contrapartida da entidade” por meio da venda de serviços e doações da comunidade e com reserva de vagas para o setor privado, lucrativo.	Financiamento definido no orçamento público, para cada OSCIP, conforme a influência política de seus dirigentes, com “contrapartida da entidade” por meio da venda de serviços e doações da comunidade e com reserva de vagas para o setor privado, lucrativo.
Regionalização.	Inexistente, porque a entidade possui autonomia para aceitar ou não a oferta regional de serviços, já que seu orçamento é estabelecido por uma das esferas de Governo.	Inexistente, porque a entidade possui autonomia para aceitar ou não a oferta regional de serviços, já que seu orçamento é estabelecido por uma das esferas de Governo.
Universalidade e Integralidade da Atenção à Saúde.	Focalização do Estado no atendimento das demandas sociais básicas, conforme o interesse da OS.	Focalização do Estado no atendimento das demandas sociais básicas, conforme o interesse da OSCIP.
Participação da Comunidade, com a política de saúde definida em Conferências de Saúde.	Inexistente.	Inexistente.
Controle Social, com Conselhos de Saúde que acompanham e fiscalizam a implementação da política de saúde e a utilização de seus recursos.	Inexistente. O Controle Social tal como previsto na Lei 8.142/90 é substituído pelos tradicionais conselhos de administração internos da entidade, com paridade diferente daquela estabelecida na Lei 8.142/90 e não é deliberativo.	Inexistente. Somente a celebração do Termo de Parceria é precedida de consulta aos Conselhos de Políticas Públicas existentes, das áreas correspondentes de atuação.

Fonte: REZENDE, 2008.

No quadro é possível identificar de forma sistemática as principais

características destes dois “novos modelos de gestão”, pois Rezende (2008) elaborou uma análise comparativa entre os postulados do SUS (universalidade e integralidade da atenção; participação da comunidade; controle social, com conselhos de saúde que acompanham e fiscalizam a implementação da política de saúde e a utilização de seus recursos; gestão única em cada esfera de governo; descentralização; hierarquização dos serviços, conforme a complexidade da atenção à saúde, sob comando único; financiamento solidário entre as três esferas de governo; regionalização) e os dois “novos modelos de gestão”.

A proposição política governamental atual, pós-golpe político, jurídico, midiático, parlamentar, é a retomada do choque de capitalismo tendo como cerne a maximização da contrarreforma do Estado, com a flexibilização da terceirização, reformas trabalhista, previdenciária, tributária e política, implantação do regime fiscal de contenção de “gastos” com as políticas sociais, na saúde a proposição do Ministério da Saúde é a criação dos planos de saúde privados populares, um planejamento estatal para o desenvolvimento econômico que não se trata de retorno a moldes do desenvolvimentismo clássico, nem proposições neodesenvolvimentistas, a inspiração para a agenda política tem sintonia com a difusão das propostas da perspectiva política do neoliberalismo ortodoxo.

Cortes nos recursos destinados à proteção social e medidas de cunho privatista apontam para uma continuidade da manutenção da economia política do capital, restringindo investimentos na administração direta no campo social e tornando-os espaços de lucratividade para a iniciativa privada. Tendo como consequência “um desemprego que cresce cronicamente em todos os campos de atividade, mesmo quando é disfarçado como “práticas trabalhistas flexíveis” – um eufemismo cínico para a política deliberada de fragmentação e precarização da força de trabalho e para a máxima exploração administrável do trabalho em tempo parcial” (MÉSZÁROS, 2011, p. 342).

Precarização dos serviços públicos subordinados à lei de responsabilidade fiscal²³, desvinculação das pensões e aposentadorias dos reajustes do salário-

²³ PL 257/2016 Estabelece o Plano de Auxílio aos Estados e ao Distrito Federal e medidas de estímulo ao reequilíbrio fiscal; altera a Lei nº 9.496, de 11 de setembro de 1997, a Medida Provisória nº 2.192-70, de 24 de agosto de 2001, a Lei Complementar nº 148, de 25 de novembro de 2014, e a Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000; e dá outras providências.

mínimo, limitação dos gastos públicos com novas normas de regime fiscal²⁴, desmonte da CLT²⁵, as contrarreformas trabalhista, previdenciária, tributaria e o programa de privatizações representam uma concreta e ofensiva avalanche regressiva destruidora de direitos sociais.

Conforme Tavares (2015), a lei 13.079, referente à abertura ao capital estrangeiro na oferta de serviços à saúde, altera a lei orgânica da saúde 8.080/1990 e permite a participação direta e indireta de capitais estrangeiros na assistência à saúde, inclusive no controle de empresas. Fornecendo respaldo legal para o avanço das expropriações características da contrarreforma da política de saúde, realizando as seguintes modificações na lei 8080/90

Art. 142. A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 23. É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos:

I – doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos;

II – pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar:

a) hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada; e b) ações e pesquisas de planejamento familiar;

III – serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social; e

IV – demais casos previstos em legislação específica.

Art. 53-A. Na qualidade de ações e serviços de saúde, as atividades de apoio à assistência à saúde são aquelas desenvolvidas pelos laboratórios de genética humana, produção e fornecimento de medicamentos e produtos para saúde, laboratórios de análises clínicas, anatomia patológica e de diagnóstico por imagem e são livres à participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros".

De acordo com Granemann (2010), as reduções do Estado na execução dos serviços públicos diretos, em nome da eficácia e da eficiência, se atualizam em modelos de gestão e representam o fetiche da iniciativa privada que procura esconder a essência dos processos na sobreposição de interesses e legitimar a privatização dos serviços sociais no aumento do Estado para o capital e, diante desse quadro, são caracterizadas como privatizações não clássicas. Estratégias que

²⁴ PEC 241 na câmara e 55/2016 no Senado aprovada em 13.12.2016.

²⁵ PL 4193/2012 permite que a negociação entre patronato e sindicato se sobreponha aos direitos trabalhistas garantidos por lei. PL 30/2015 que trata da regulamentação da terceirização em todas as áreas e níveis do trabalho.

expressam a reformulação das formas clássicas. Segundo a definição de Otero (2001),

[...] as principais formas clássicas são: 1) a utilização de formas organizativas e procedimentos de Direito Privado pela Administração; 2) privatização da regulação administrativa da sociedade. Isso significa uma espécie de desregulamentação da sociedade e do mercado por parte do Direito Administrativo, por matérias até então sujeitas a esse regime jurídico; 3) abertura de acesso a uma atividade econômica anteriormente vedada a particulares. Isso significa que atividades anteriormente desempenhadas através de monopólio estatal passam a ser desempenhadas por particulares.; 4) a privatização do direito regulador da Administração Pública.

O contemporâneo panorama da saúde, em seu conceito ampliado, evidencia contradições na efetivação das conquistas legais históricas na política de saúde que garante o direito à saúde pública com acesso universal, gratuita e de qualidade. O caráter seletivista, burocrático, limitador e focalizador no atendimento condicionado a limitações estruturais refletem entraves para a consolidação das conquistas históricas.

Os problemas relacionados ao atendimento nas unidades do sistema de saúde são atualmente vivenciados pela população e, com grande frequência, divulgados nos meios de comunicação, revelam a deficiência na efetivação das políticas de saúde, longos períodos de espera para realização de assistência a saúde em consultas, exames, internamentos, procedimentos cirúrgicos, intervenções médicas especializadas, quando chegam a acontecer, regidas pelo brutal racionamento imposto ao sistema, em condições cada vez mais precárias.

A orientação das políticas sociais estatais que gradativamente vão sendo privatizadas através de sua transferência para o mercado ou alocação na sociedade civil, transferindo as responsabilidades estatais de acordo com os interesses de lucratividade, de forma substitutiva em detrimento do caráter complementar, passando a atribuir “ao próprio sujeito portador de necessidades a responsabilidade pela satisfação dos seus carecimentos, ora vinculando-se à auto-ajuda e à ajuda mútua ora adquirindo os serviços como mercadorias” (MONTAÑO, 2002, p.190).

Os índices de adesão de parte da população, que pode ou cria condições de pagar, por planos de saúde privados aumentam em proporção similar aos números de queixas e reclamações dos consumidores beneficiários dos serviços contratados, negativa de tratamentos especializados, insuficiência de leitos e serviços

diagnósticos, triagens para enquadrar em falta de cobertura de doenças preexistentes, exigências de autorização prévia para realização de procedimentos necessários, uma combinação perversa de aumento da lucratividade das empresas do setor saúde e escassez dos serviços prestados pautados na lógica do atendimento ao cliente consumidor.

Impedem a votação da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 4.650 que pede a proibição de financiamento privado de campanhas políticas, até conseguirem aprovar a PEC 352/1324 e constitucionalizar o financiamento empresarial, esse movimento de ampliação do sistema particular de saúde objetiva a maximização de sua lucratividade na transferência dos recursos do erário para fundos de investimentos privados.

Na caminhada para o retrocesso da política social, tendo o grau de pobreza como parâmetro para “inclusão” em políticas focalizadoras, proposições seletivas e neoliberais de planos populares, desmantelando a base de igualdade necessária ao acesso pelo direito à cidadania, as empresas de planos de saúde realizaram em 2014 a doação de R\$ 54,9 milhões para as campanhas de 131 candidatos nas eleições, fortalecendo a bancada do mercado de saúde (saúde suplementar) na defesa de seus interesses na apropriação do fundo público, segundo considerações do relatório de pesquisa sobre planos de saúde e financiamento de campanhas no Brasil

Grupos empresariais fortalecidos com o financiamento de campanhas e consequente proximidade com o núcleo dirigente do país, e que passam a requerer isenções, anistias fiscais e o não pagamento de multas e taxas administrativas, entrada de capital estrangeiro em seus negócios e na sua rede credenciada de hospitais e laboratórios, são os mesmos que constroem e disseminam uma narrativa sobre o fracasso e a falência do SUS. Assim, estabelecem uma pauta de prioridades que inviabiliza o SUS, restringem o sistema público a um processo inercial, e acirram a tendência de privatização da saúde no Brasil (SCHEFFER, M.; BAHIA, L. 2015).

Passados trinta anos da 8ª Conferencia Nacional de Saúde²⁶ retrocessos e

²⁶ Um marco histórico para a luta do movimento de reforma sanitária na política de saúde teve como principais bandeiras/conquistas a definição de que “a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. E, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano, em sua individualidade. Esse direito não se materializa simplesmente pela sua formalização

resistências regradas na correlação de forças e interesses, atualmente caminhamos a passos largos, com a proposta de plano de governo Uma Ponte para o Futuro, no caminho do retrocesso dos direitos sociais, como podemos observar no Quadro 04 abaixo:

Quadro 4 - Relação de trechos do relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde e as declarações públicas do atual Ministro da Saúde Ricardo Barros

Relatório Final 8ª CNS	Declarações do atual Ministro da Saúde Ricardo Barros
“Na área da saúde, verifica-se um acúmulo histórico de vicissitudes que deram origem a um sistema em que predominam interesses de empresários da área médico-hospitalar. O modelo de organização do setor público é anárquico, pouco eficiente e eficaz, gerando descredito junto a população”.	“Eu não vou definir o plano. Quem vai definir são os interesses do mercado”.
“O Estado tem como responsabilidades básicas quanto ao direito à saúde: (...) - normatização e controle das ações de saúde desenvolvidas por qualquer agente público ou privado de forma a garantir padrões de qualidade adequados”.	“Só estou propondo flexibilização na regulação para que as empresas possam lançar no mercado planos com cobertura diferenciada e, evidentemente, preços interessantes”.
“Para assegurar o direito a saúde a toda a população brasileira é imprescindível: (...) estabelecer compromissos orçamentários ao nível da União, estados e municípios para o adequado financiamento das ações de saúde”.	“Não estamos em um nível de desenvolvimento econômico que nos permita garantir esses direitos por conta do Estado”.
“O principal objetivo a ser alcançado é o Sistema Único de Saúde, com expansão e fortalecimento do setor estatal em níveis federal, estadual e municipal, tendo como meta uma progressiva estatização do setor”.	“quanto mais gente puder ter planos, melhor, porque vai ter atendimento patrocinado por eles mesmos, o que alivia o custo do governo em sustentar essa questão”.

Fonte: (POLI, 2016, p. 33)²⁷.

Em Pernambuco tem se intensificado a implementação de contratos de gestão para Organizações Sociais (OS's) gerenciarem os serviços de saúde pública, conforme descrito no quadro 05 abaixo:

no texto constitucional, há simultaneamente, necessidade do Estado assumir uma política de saúde consequente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las. Entre outras condições, isso será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas econômicas e sociais pela população” (BRASIL, 1986).

²⁷ ANTUNES, André; GUIMARÃES, Cátia; MATHIAS, Maíra; JÚNIA, Raquel. 30 anos da 8ª Conferência Nacional de Saúde. In.: Revista POLI: saúde, educação e trabalho – jornalismo público para o fortalecimento da Educação profissional em Saúde, Ano IX – Nº 47 – set./out. 2016.

Quadro 5 - Relação das Organizações Sociais em Pernambuco

ORGANIZAÇÃO SOCIAL	TIPO DE UNIDADE DE SAÚDE/NOME	LOCALIZAÇÃO DA UNIDADE
Hospital Tricentenário	UPA – Pediatra Zilda Arns UPA – Médico Fernando de Lacerda	Ibura Curado
Hospital Infantil Maria Lucinda – Fundação Manoel da Silva Almeida	UPA – Solano Trindade UPA – Escritor Paulo Cavalcanti Hospital Regional – Ermírio Coutinho Hospital Regional de Palmares	Nova Descoberta Caxangá Nazaré da Mata Palmares
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP sede ²⁸ (Complexo IMIP)	Hospital	Recife
Fundação Professor Martiniano Fernandes - IMIP Hospitalar (IMIP Gestão)	UPA – Gregório Lourenço Bezerra UPA – Honorata de Queiroz Galvão UPA – Geraldo Pinho Alves UPA – Professor Fernando Figueira UPA – Wilson Campos UPA – Carlos Wilson UPA – Dr. Horácio Florêncio UPA – Deputado Francisco Julião UPAE – Antônio Simão dos Santos Figueira UPAE – Drº Emanuel Alírio Brandão UPAE - Salgueiro Hospital – Pelópidas Silveira Hospital – Dom Helder Câmara Hospital – Miguel Arraes de Alencar Hospital – Dom Malan ²⁹ Serviço de Hemodiálise do Sertão Central Prof. Orlando Parahym	Olinda Igarassu Paulista São Lourenço da Mata Barra de Jangada Engenho Velho Caruaru Cabo Santo Agostinho Garanhuns Petrolina Salgueiro Metropolitano Oeste Metropolitano Sul Metropolitano Norte Petrolina Salgueiro
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia do Recife	UPA – Dulce Sampaio	Torrões
Instituto Pernambucano de Assistência à Saúde – IPAS	UPA – Maria Esther Souto Carvalho	Imbiribeira

Fonte: Sec. Estadual de Saúde PE³⁰

O Instituto de Medicina Integral Professorº Fernando Figueira - IMIP, através da OS IMIP Hospitalar atualmente gerencia sete hospitais³¹, duas unidades³² móveis

²⁸ Utilizaremos o termo IMIP “sede” para diferenciar o espaço de atuação do Serviço Social, inserido no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, onde se desenvolve o modelo de Gestão Compartilhada no Serviço Social, do restante das unidades gerenciadas pela Fundação Professor Martiniano Fernandes - IMIP Hospitalar.

²⁹ O IMIP Hospitalar assumiu a gestão do Hospital Dom Malan (HDM) no dia 01/05/2010, em Petrolina, sob o comando do Estado de Pernambuco, após anos sendo administrado pela Prefeitura de Petrolina.

³⁰ Informações disponíveis no site da Secretaria Estadual de Saúde e Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP. Disponível em <<http://portal.saude.pe.gov.br/institucional/rede-estadual-de-saude/>> e <<http://www1.imip.org.br/imip/gestao/index.html>> Acesso em: 12 de jan. 2017.

³¹ Hospital Dom Helder-PE; Hospital Dom Malan-PE; Hospital Miguel Arraes-PE; Hospital Pelópidas

e serviço e oito Unidades de Pronto Atendimento³³ (UPA) e três Unidade Pernambucana de Atendimento Especializado³⁴ (UPAE).

A expansão de unidades gerenciadas por OSs representa as contradições do processo de contrarreforma do setor, pois ao mesmo tempo em que expande o acesso aos serviços de saúde, ampliam-se os benefícios ao mercado privado e à mercantilização da saúde pública (XIMENES, 2015).

Segundo Ximenes (2015) em seus estudos sobre a apropriação dos recursos públicos destinados aos serviços de saúde em Pernambuco apresentam as seguintes considerações:

- O modelo privatizante de gestão das organizações sociais na saúde vem recebendo gradativamente mais recursos e oferecendo menor quantidade de atendimentos mais complexos, não atingindo os objetivos de sua suposta criação fundamentada no discurso de redução de custos para o sistema e transferência de atendimentos das unidades de saúde públicas sobrecarregadas;
- A gestão pública direta assumiu quase a totalidade dos atendimentos mais onerosos de alta complexidade, ocasionando o aumento do fluxo de atendimentos no acesso de usuários aos serviços, em contrapartida houve uma diminuição de recursos, com o favorecimento maior volume dos recursos para as organizações sociais;
- O custo de um atendimento de alta complexidade realizado por uma OS foi três vezes superior ao realizado na gestão pública direta.

A transferência e alocação dos recursos públicos, destinados à prestação de serviços de saúde para a sociedade, através da administração do modelo de gestão das OS's, representa a expansão de novas modalidades de expressões do setor privado de saúde com sua capacidade de transformar unidades hospitalares públicas em espaços de lucratividade, executando estratégias que favorecem a

Silveira-PE; Hospital Regional de Juazeiro-BA; Hospital Nair Alves Paulo Afonso-BA; Hospital Estadual da Criança, Feira de Santana-BA.

³² Serviço de Hemodiálise do Sertão, Salgueiro-PE; Unidade Móvel de Tomografia, rodízio nos municípios Salgueiro, Serra Talhada e Ouricuri-PE.

³³ UPA Caruaru; UPA Igarassu; UPA Olinda; UPA Paulista; UPA Barra de Jangada; UPA Jaboatão Engenho Velho; UPA; UPA Cabo de Santo Agostinho; UPA São Lourenço da Mata.

³⁴ UP AE (Antônio Simão dos Santos Figueira) Garanhuns; UP AE (Drº Emanuel Alírio Brandão) Petrolina e UP AE – Salgueiro.

hegemonia do capital em detrimento das necessidades sociais da população.

Os novos modelos e instrumentos de gestão, com proposições que defendem a tecnificação da gestão como solução para os problemas e contradições do SUS, pautados também e principalmente em mudanças na gestão do trabalho. Tais eixos e seus mecanismos engendram uma série de tendências no interior do sistema configuradas em: tecnificação da política de saúde; ampliação restrita do sistema; ênfase em uma assistência precária, fragmentada e focalizada; privatização e mercantilização da saúde pública; precarização e superexploração do trabalho; promoção da saúde restrita; tensionamento dos espaços de participação social (SOARES, 2010, p. 184).

Entre os processos que se constituem em estratégias neoliberais do grande capital, como respostas à atual crise de superprodução e superacumulação, Montaño (2002), pontua a modalidade de resposta que se dá no trato à questão social, pretendendo eliminar a condição de direito das políticas sociais, o seu caráter universalista e a igualdade de acesso, com a focalização e descentralização em detrimento da universalização dos direitos. Substituindo essas características pela solidariedade e responsabilidade social, dessa forma, as respostas à questão social incluem as atividades filantrópicas e voluntárias ou serviços comercializáveis, estando a qualidade dos serviços vinculada ao poder de compra individual.

3 SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: TRAJETÓRIA E DESAFIOS AO PROJETO ÉTICO-POLÍTICO PROFISSIONAL

Neste capítulo discutimos a inserção sócio-histórica do Serviço Social na Saúde, as tensões de disputa de concepções de projetos e a construção do Projeto Ético-Político profissional, assim como sua relação e articulação com a autonomia técnica profissional do (a) Assistente Social no enfrentamento dos desafios à gestão do Serviço Social no contexto da contrarreforma na saúde.

3.1 Serviço Social na Saúde

Assim, 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 (VASCONCELOS, 2006, p. 243).

A gênese do Serviço Social é considerada como “um produto da síntese dos projetos político-econômicos que operam no desenvolvimento histórico, onde se reproduz material e ideologicamente a fração de classe hegemônica, quando, no contexto do capitalismo na sua idade monopolista, o Estado toma para si as respostas à questão social” (MONTAÑO, 2007, p.30). Nesta perspectiva a função do Assistente Social é explicada a partir da posição que ele ocupa na divisão sócio-técnica do trabalho, ou seja, não se explica por si mesma.

Tal concepção de profissão em que o Assistente Social é um trabalhador assalariado, que participa da produção e reprodução das relações sociais capitalistas, impõe consequências teóricas e políticas decisivas para o rompimento com o legado do conservadorismo³⁵, pois afirmar ser o Serviço Social

³⁵ O conservadorismo representa a defesa da tradição, da autoridade baseada na hierarquia e na ordem, sendo contrário aos valores defendidos pelo Projeto ético-político profissional, já que nega a

uma profissão inscrita na divisão social e técnica do trabalho como uma especialização do trabalho coletivo e identificar o sujeito vivo como trabalhador assalariado, implica problematizar como se dá a relação de compra e venda dessa força de trabalho a empregadores diversos, como o Estado, as organizações privadas empresariais, não governamentais ou patronais. Trata-se de uma interpretação da profissão que pretende desvendar suas particularidades como parte do trabalho coletivo, uma vez que o trabalho não é a ação isolada de um indivíduo, mas é sempre atividade coletiva de caráter eminentemente social (RAICHELLIS, 2011, p. 423).

Uma profissão não “se constitui para criar um dado espaço na rede sócio-ocupacional, mas é a existência desse espaço que leva a constituição profissional” (NETTO, 1992, p. 68). Segundo Yasbek (1999), a institucionalização do Serviço Social como profissão na sociedade capitalista se explica no contexto contraditório de um conjunto de processos sociais, políticos e econômicos que caracterizam as relações entre as classes sociais na consolidação do capitalismo monopolista. Sendo assim, o trabalho do Assistente social se desenvolve como

Expressão de um movimento que articula conhecimentos e luta por espaços no mercado de trabalho; competências e atribuições privativas que têm reconhecimento legal nos seus estatutos normativos e reguladores (Lei de Regulamentação Profissional, Código de Ética, Diretrizes Curriculares da formação profissional), cujos sujeitos que a exercem, individual e coletivamente, se subordinam às normas de enquadramento institucional, mas também se organizam e se mobilizam no interior de um movimento dinâmico e dialético de trabalhadores que repensam a si mesmos e a sua intervenção no campo da ação profissional (RAICHELLIS, 2011, p. 429).

As demandas ao Serviço Social na Saúde são marcadas pelas contradições fundamentais da política de saúde e caracterizadas pelas determinações sociais dos processos de adoecimento e precariedade das condições de atendimento às reais necessidades de saúde. Muitas vezes a negligência dos serviços de saúde na não contemplação das necessidades da população usuária, que, quando se encontram em situação de não ter mais a quem recorrer, procuram o (a) Assistente Social, incumbindo-lhe a função de administrar o que é inviável de ser administrado, reiterando o emergencial e o provisório como regra. Assim, as práticas e situações ocasionais assumem a função de permanentes, longe de representarem mudanças estruturais no funcionamento do sistema das unidades.

“democracia, a razão, a liberdade com igualdade, enfim todas as conquistas da sociedade moderna” (BARROCO, 2008, p. 172).

A inserção do Serviço Social nos serviços de saúde é pautada pela busca de construção do fazer profissional tendo o modelo médico clínico como referência. O (a) assistente social, como o conjunto de outros profissionais da saúde, foi inicialmente caracterizado pela possibilidade de contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho do médico. Tal relação se estabelecia na perspectiva de complementaridade, sendo o médico o gestor e as outras categorias profissionais os paramédicos que trabalhavam na saúde, que, aparentemente, não tinham um objetivo próprio, ficando sua atuação disponível para aquilo que o médico lhes delegava. “Contudo, estamos falando de uma época específica, década de quarenta, quando o serviço de saúde estava sendo construído no país e o campo do conhecimento das outras áreas também se pautavam em pressupostos positivistas” (MATOS, 2009).

O processo de expansão profissional e normatização do Serviço Social se desenvolveu com a ampliação médica previdenciária, como um setor definido para a ação do (a) Assistente Social, pois

O Serviço social na previdência foi caracterizado pelo decreto-lei nº 3.742, de 1946, como “assistência complementar prestada através da ação pessoal junto aos beneficiários, quer individual, quer em grupo, visando a melhoria da vida”, e deveria atuar nos setores: benefícios, assistência médica, reabilitação profissional, assistência habitacional e judiciária (BRAVO, 2007, p. 144).

Na área da saúde, o Serviço Social surge nos hospitais com a demanda de construir um elo da instituição com a família e com o doente, visando a garantir o seu tratamento após a alta, bem como para realizar um trabalho com a família para que não sofresse materialmente com a ausência do chefe (PINHEIRO, 1985). A intervenção do assistente social era baseada no atendimento, com recurso à metodologia do Serviço Social de casos (BRAVO, 1996), que devido a sua referência ao funcionalismo, compreendia que os problemas vividos pelos “clientes” eram frutos de seu próprio comportamento e que, portanto, mudando os seus hábitos, alterar-se-ia a sua situação.

A década de cinquenta é marcada no Brasil e na América Latina, de acordo com a análise de Matos (2009), como o tempo do desenvolvimentismo, que se constituiu em uma estratégia propugnada pela Organização das Nações Unidas – ONU com o objetivo subjacente de estabelecer o controle e apassivar possíveis

movimentos de libertação nacional, dos países subdesenvolvidos, diante a preocupação da ameaça comunista, polarização entre Estados Unidos da América – EUA e a União das Repúblicas Socialistas Soviéticas – URSS que se expressava na Guerra Fria das superpotências.

O desenvolvimentismo, e sua promessa de crescimento econômico, marcou o governo de Juscelino Kubitschek, sendo representativo o slogan de “crescer cinquenta anos em cinco”, época marcada pela abertura do país para a indústria internacional, com a ONU propondo um programa de internalização de sua ideologia via um processo educativo no meio rural, que, contraditoriamente, tal iniciativa proporcionou o surgimento de um espaço para as experiências educativas na perspectiva libertadora de Paulo Freire, onde

Os assistentes sociais também irão participar dessa perspectiva progressista, mas somente no início dos anos sessenta, pois nos anos cinquenta, em geral, estarão os assistentes sociais trabalhando sob a perspectiva da política desenvolvimentista, por meio da adoção do planejamento tecnocrático, e entendendo o trabalho com comunidade como mais um processo específico: o Serviço Social de Comunidade. Naturalmente, este Serviço Social não teve inserção na saúde, já que a época se compreendia esta atuação limitada à instituição médica (MATOS, 2009, p. 152 – 153).

O Serviço Social no período, identificado por Netto (1989), da “autocracia burguesa” passa por uma renovação com a alteração de muitas demandas que modificaram as condições do exercício profissional com o direcionamento da reprodução da categoria profissional na formação, de seus quadros técnicos, e na incorporação de novos referenciais ideológicos e teóricos culturais. Essa reorganização da profissão foi proporcionada pela dinâmica, fundamentalmente, em sua dimensão macroeconômica, da crise do ciclo ditatorial. Tais alterações das modalidades de intervenção profissional nos níveis da prática e formação profissional tornam-se decorrentes de modificações profundas na sociedade, com a reorganização do Estado sob o comando do grande capital, gerando novas condições que interferiram no Serviço Social.

Com a reestruturação do Estado o conjunto de instituições e aparatos governamentais, racionalizados para gerenciar o desenvolvimento através de reformas, inicialmente do sistema previdenciário, com a inserção de serviços públicos em resposta às sequelas do modelo econômico. Tal reformulação

proporcionou a ampliação quantitativa das demandas aos técnicos do Serviço Social, como também, um padrão de desempenho que atendesse ao nível de burocratização das estruturas organizacionais do período. Esse processo de modernização conservadora (NETTO, 1989) engendrou uma extensão do mercado nacional de trabalho para os assistentes sociais.

O aparelho burocrático administrativo desenvolvido, com sua racionalidade, exigia a existência de um quadro profissional de assistentes sociais especializados no manejo da burocracia. A política social viabilizada, nesse período, segundo Martins (1986), através dos programas sociais, requeria ser burocratizada e modernizada e objetivava, para além da reprodução da força de trabalho e legitimação, os investimentos econômicos. Segundo Yamamoto (1982, p. 213) a vertente modernizadora do Serviço social no pós-64 atualiza a herança conservadora da profissão, adequando-a às estratégias de controle e repressão da classe trabalhadora, executadas pelo Estado e orquestradas pelo grande capital, atendendo ao imperativo da política de desenvolvimento com segurança.

Segundo Netto (1989) o processo de renovação do Serviço Social com o surgimento de diferenças ideológicas em propostas teórico-metodológicas e projetos profissionais em confronto, com concepções interventivas diversas e formas de organização e discurso teórico-metodológicos desconhecidos, tornou-se decorrência da redefinição da base de legitimidade profissional com a “modernização conservadora” através das novas exigências do mercado de trabalho e seu quadro de formação. Sendo que

O processo de crítica iniciada no Serviço Social, na década de 60 teve muito pouca repercussão na área da saúde. A ênfase, nesse setor, foi sedimentar um padrão técnico para atender as necessidades da assistência médica que vai ser reforçada no pós-64, com maior sofisticação. Comprova o resultado do grupo de estudo acerca do Serviço Social no campo da saúde, no II Congresso Brasileiro de Serviço Social realizado em 1961, que definiu como objetivo da ação profissional relacionar a doença aos aspectos emocionais, psicológicos e sociais, centralizando-se nas múltiplas implicações desses fatores, que impedem a preservação da saúde, o tratamento da doença ou retardam a convalescença (BRAVO, 2007, p. 102).

Com o questionamento do Serviço Social “tradicional” emerge, no Brasil e na América Latina nos anos sessenta, um movimento, que embora interno à profissão, foi impulsionado por determinações econômico-sociais, ideopolíticos e culturais.

Conhecido como o Movimento de Reconceituação³⁶ do Serviço Social, que se desenvolveu nos países latino-americanos de maneira diversificada, articulado às condições sociopolíticas de superação do subdesenvolvimento, e fatores relacionados à conjuntura política derivada de golpes militares vivenciados nos anos sessenta e setenta, em cada país, e as características dos seus protagonistas profissionais comprometidos com a democratização da sociedade e do Estado.

A contestação das práticas assistencialistas, ajustadoras, da pretensão de neutralidade científica e a culminância do processo de laicização do Serviço Social são questões polêmicas de relevância no seio da profissão que, a partir dos anos setenta, passam a ser fomentadas pela bibliografia produzida pelo movimento de reconceituação da América Latina, difundindo ideias que estimularam o questionamento da estrutura de poder, da sociedade de classes e propagavam análises e práticas sociais inspiradas no marxismo.

Nesse processo “a modernização conservadora exigia a renovação do Serviço Social para o atendimento das novas demandas colocadas e submetidas à racionalização burocrática das reformas promovidas pelo Estado autoritário, havendo necessidade de mecanismos impulsionadores e organizadores da reflexão profissional” (BRAVO, 2007, p. 100). O Serviço Social na saúde ampliou sua área de ação com o complexo previdenciário de assistência médica passou para o nível de coordenadoria, órgão de direção superior do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, aumentando suas atividades e programas com o objetivo de promover atividades assistenciais de caráter educativo com vistas à “integração social” do beneficiário (a).

³⁶ Segundo Bravo (2007, p. 99-100) “o surgimento desse movimento se deu inicialmente nos países do Cone Sul (Brasil, Argentina, Chile, Uruguai), e, apesar de ter tido diversas tendências, pode ser caracterizado de forma geral com duas grandes orientações e perspectivas qualitativamente diversas: a desenvolvimentista, no Brasil, que, por determinantes específicos da conjuntura que se estava vivendo, adotou uma proposta modernizante, e o trabalho social, nos demais países do Cone Sul. O movimento de reconceituação no Cone Sul, apesar de sua heterogeneidade e dos seus confrontos teóricos, teve dois traços pertinentes, salientados por Netto (1989):

* O recurso à tradição marxista, propiciando pela primeira vez, de forma aberta, a elaboração do serviço social pautado na raiz marxiana. Esse fato, entretanto, teve problemas de fundo, pois os profissionais se valeram de manuais ou versões reformadas, contaminadas pelo neopositivismo, não utilizando as fontes originais, o que resultou em vários equívocos, entre eles a suposição da consequência teórico-metodológica marxista, com o substrato das propostas de Paulo Freire.

* A nova relação dos profissionais no marco continental, reconhecendo a urgência de fundar uma unidade profissional que respondesse as problemáticas comuns na América Latina, sem as tutelas imperialistas.”

Nos órgãos de assistência médica da previdência o Serviço Social foi regulamentado³⁷ provendo ações individuais, de caráter preventivo e curativo, grupais de caráter educativo preventivo e comunitários para mobilização de recursos e reintegração dos pacientes à família e ao trabalho (Idem, ibidem). Além disso, a contribuição do (a) Assistente Social, nas equipes interprofissionais, para fornecer dados psicossociais direcionados ao diagnóstico, tratamento e alta do paciente e participar em pesquisas médico-sociais.

Pode ser destacado como aspecto inovador do Serviço Social na saúde, restrito aos ambulatórios e hospitais, o caráter coletivo de saúde que surge no II Congresso Brasileiro de Serviço Social, com “o estímulo às abordagens grupais e comunitária e também a sinalização para o enfoque em saúde pública na proteção, prevenção e recuperação da saúde” (BRAVO, 2007, p. 102). Todavia, predominantemente, o enfoque de sua atuação é ainda individual, tendo em vista que a ampliação do mercado de trabalho para a profissão, nesse período, se dar fundamentalmente no âmbito da previdência social com foco na saúde individual com enfoque na implementação da racionalidade que o modelo político-econômico determinava. Tal ampliação constituía-se resposta ao agravamento das condições de saúde da população comprometendo a reprodução da força de trabalho.

A prática profissional do Serviço Social, nesse período, caracterizada pela intermediação nas relações entre instituições e a “população cliente”, segundo lamamoto (1982), configura o (a) Assistente Social como o profissional da coerção e do consenso, que administra e racionaliza recursos institucionais na prestação de serviços, controlando a distribuição e regulando o contingenciamento, para o acesso e uso da “clientela” através do “profissional da assistência”. As produções na área da saúde procuram enfatizar o aperfeiçoamento do instrumental operativo, funções e atribuições profissionais sem aprofundamento teórico na análise.

As políticas sociais, sob influência da modernização, direcionam o Serviço Social na saúde a sedimentar sua atuação na prática curativa no âmbito da assistência médica previdenciária, enfatizando as técnicas de intervenção, a

³⁷ Em 1967 “essa regulamentação constou da Orientação de Serviço, nº SBF 401.2 de 14/12/67, e publicada no Boletim de Serviço do INPS, nº 218, de 19/12/67, e tinha por objetivo regulamentar a prestação dos serviços no órgão de assistência médica para prevenção e tratamento de problemas de ordem psicossocial dos beneficiários. Nas unidades médicos-assistenciais os profissionais ficaram subordinados tecnicamente ao grupo do Serviço Social da Subsecretaria de Bem-Estar e administrativamente à direção do órgão médico” (BRAVO, 2007, p. 144).

psicologização das relações, burocratização das atividades, concessão de benefícios como sinônimo de doação, o aspecto educativo como “funções terapêuticas, preventivas e promocionais que visavam ao controle do trabalhador, responsabilizando-o pela melhoria e restauração de sua saúde, reduzindo a ação a modelos e técnicas pedagógicas desarticuladas dos determinantes da questão social”, segundo Bravo (2007), pois

As modificações ocorridas no Serviço Social estavam diretamente relacionadas com as alterações na política de saúde, advindas da conjuntura onde foram gestadas, implicando a reafirmação da subordinação da profissão às necessidades da política de dominação e controle das classes trabalhadoras. Ampliou seu campo de ação e legitimidade profissional junto às instâncias de poder institucional, pois não representava ameaça no trato da questão social, que era absorvida sem crítica (BRAVO, 2007, p. 105).

A partir de meados da década de 1970, a perspectiva modernizadora na renovação do Serviço Social, com a conjuntura nacional de crise do modelo autoritário burocrático, passa a reduzir sua influência na profissão, e, segundo Netto (1989), e passam a se expressar duas direções, a “reatualização do conservadorismo”³⁸ e a “intenção de ruptura”³⁹, no desenvolvimento do direcionamento ideopolítico da profissão. “As três direções da profissão: a modernizadora, a reatualização do conservadorismo e a intenção de ruptura com o Serviço Social “tradicional”, vão refletir, no Serviço Social, as forças que começam a tensionar e dinamizar a sociedade brasileira nessa conjuntura” (BRAVO, 2007).

Pautada na modernização e tecnificação, a prática hegemônica tinha como pressuposto sua determinação sistêmica que influenciou o planejamento e elaboração de programas e políticas sociais, como, e em especial, a política de saúde. Bravo (1996) considera que até os anos oitenta a profissão encontrou-se desarticulada da discussão coletiva progressista, representada no movimento sanitário, na área da saúde.

³⁸ A reatualização do conservadorismo é a vertente que recupera os componentes mais estratificados da herança histórica e conservadora da profissão, nos domínios da auto-representação e da prática, e os repõe sobre uma base teórico-metodológica que se proclama nova, repudiando os padrões vinculados à tradição positivista e as referências conectadas ao pensamento crítico-dialético, de raiz marxiana (Netto, 1989).

³⁹ A intenção de ruptura com o Serviço Social tradicional possui como substrato nuclear uma crítica sistemática ao desempenho profissional e aos seus suportes teóricos, metodológicos e teóricos, manifestando a pretensão de romper com a herança do pensamento conservador da tradição positivista e com seus paradigmas de intervenção social, característico do reformismo conservador (Netto, 1989).

Nas produções relativas à saúde destacamos a publicação de Berezovsky (1977) onde a diminuição da permanência média dos pacientes no hospital é caracterizada como responsabilidade do Serviço Social, expressando a influência da tendência modernizadora. Na publicação são trabalhados os aspectos relativos ao funcionamento e organização de unidades de Serviço Social Médico-Hospitalar, e “os determinantes sociais da situação de saúde não são enfocados e a diminuição da permanência média dos pacientes no hospital é abordada sob a perspectiva da eficácia e da eficiência, ou seja, pelo viés tecnicista” (BRAVO, 2007).

Nesse período o Serviço Social na saúde, apesar do aparecimento de outras tendências, aprofundamento teórico⁴⁰, organização da categoria, emergências dos movimentos sociais, sindicais, sanitário, não conseguiu alterar a orientação dos projetos de ação profissional, a prática profissional continuou norteadada pela racionalidade modernizadora e seletivista, com ênfase na ação burocratizada, empirista e rotineira. Sendo que Bravo (2007) destaca alguns elementos, colocados como diretrizes para fundamentar e qualificar a prática profissional, adotados como estratégias nos textos de referencia, como

A elaboração e encaminhamento de programas que possibilitem a formação de consciência crítica dos usuários da instituição em substituição aos programas assistencialistas, revertendo seu caráter desmobilizador; a visualização dos serviços sociais como “direitos” do usuário da instituição, que precisam ser respondidos, cabendo ao profissional estimular a “clientela” a reivindicar a melhoria dos serviços prestados pela mesma; a concepção do usuário da instituição não de forma fragmentada, mas inserido na dinâmica das relações sociais, com a sua historicidade; a luta pela democratização da instituição, com a abertura de canais de participação dos setores populares; a articulação com os movimentos sociais [...] a formação profissional continua, n sentido de embasamento teórico nas categorias marxistas, para compreensão do processo histórico da sociedade brasileira e análise de conjuntura para viabilizar a compreensão de estratégias de ação (BRAVO, 2007, p. 121-122).

A autora destaca ainda que, na saúde, os (as) Assistentes Sociais não conseguiram implementar estratégias teórico-político-ideológicas que modificassem a intervenção profissional, distanciando-se do patamar de execução terminal das

⁴⁰ Ainda de forma incipiente, mas que procurava romper com a direção modernizadora hegemônica, temos a exemplo o artigo, publicado no primeiro número da revista Serviço Social & Sociedade, onde a autora, Nicoletti (1979), critica a política de saúde pelo seu caráter privatizante, marcado pelo domínio das multinacionais no setor de medicamentos. Analisa as propostas de atenção primária e regionalização da assistência, viabilizadas pela tecnocracia como modificação retórica, mas que podem possibilitar a elaboração de contrapropostas, uma vez que o componente “participação comunitária” é considerado como ingrediente fundamental, como também o de “saúde comunitária” (BRAVO, 2007, p. 145).

políticas de saúde. Tal aspecto se evidenciou no distanciamento e não engajamento dos (as) profissionais do Serviço Social no movimento sanitário, ficando omissos⁴¹ na elaboração da política, nas estratégias e táticas de articulação sindical e parlamentar, como na produção teórica na área. “O assistente social, no processo de reelaboração do setor saúde, ficou marginalizado, não participando nem sendo solicitado para contribuir nas alterações ocorridas no aparelho do Estado” (idem, ibidem), tendo como aspectos determinantes o desprovimento de um acúmulo e direcionamento teórico-metodológico, a subalternidade na divisão social no trabalho área da saúde, quanto a condição da profissão considerada “paramédica” e majoritariamente feminina, expressão herdada dos tempos das damas da ajuda.

Segundo Matos (2009) se faz necessário remetermos à importância da tendência “intenção de ruptura”, quanto ao processo de renovação do Serviço Social brasileiro, que se deu de forma paralela ao movimento da reforma sanitária, possibilitando a reunião e articulação de profissionais da saúde e militantes, com vistas a alterar o modelo médico-assistencial privatista. Mas, é a partir dos anos noventa, que podemos afirmar que acontece uma incorporação, pelos (as) assistentes sociais, dos princípios da reforma sanitária, que se constituem, na sua maioria, dos princípios do SUS. Podemos afirmar que diferentes estudos apontam para isso, porém é necessário que se façam mais investigações para se certificar se essa incorporação alterou de imediato o exercício profissional cotidiano. No que se refere aos assistentes sociais, ao menos, a hipótese é que essa incorporação vem se dando por meio do seu discurso, mas não está devidamente apropriada (VASCONCELOS, 2002). Mesmo assim é um salto muito grande na década de 1990, em relação à década de 1980.

A abrangência da concepção ampliada de saúde, fruto do movimento de reforma sanitária, assumida na Constituição de 1988 e inscrita nas Leis Orgânicas da saúde, marca uma significativa mudança no modelo médico assistencial centrado na doença, com a determinação da implantação do SUS trazendo consequências

⁴¹ Nesse período de abertura política (1979-1984), a autora pontua que “como condicionantes dessa omissão, cabe ressaltar a necessidade dos adeptos da vertente “intenção de ruptura” de fazer um redirecionamento teórico-metodológico, numa profissão desprovida de acúmulo no domínio da elaboração e investigação, precisando se construir sobre bases quase que inteiramente novas, o que redundou em sua vinculação à universidade” (BRAVO, 2007, p. 124). Todavia, mesmo que essa “omissão” tenha sido uma tendência não se constituiu regra geral, tendo em vista que alguns assistentes sociais, isoladamente, participaram ativamente do movimento sanitário.

para o atendimento das necessidades da população brasileira, dando “margem para a construção de um modelo de atenção integral à saúde, pautado em princípios doutrinários jurídicos legais assegurados de práticas de saúde que respondam não às relações de mercado, mas a direitos humanos” (NOGUEIRA, MIOTO, 2006, p.230). Tal concepção incorpora ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, como referências para suprir as necessidades da população, abrindo, assim, um leque extensivo para o campo de atuação, no exercício profissional e formação do Serviço Social. Mudanças social-históricas que nos

anos 90 expressam profundas transformações nos processos de produção e reprodução da vida social, determinados pela reestruturação produtiva, pela reforma do Estado e pelas novas formas de enfrentamento da questão social, apontando, inclusive, para a alteração das relações entre o público e o privado, alterando as demandas profissionais. O trabalho do Assistente Social é, também, afetado por tais transformações, produto das mudanças na esfera da divisão sociotécnica do trabalho, no cenário mundial (ABEPSS, 1996, p.05).

As publicações, a partir do final da década de 1990, adensaram o debate sobre o Serviço Social na saúde, potencializadas pela necessidade de articulação do Projeto Ético-Político com as práticas profissionais, sobretudo, no âmbito do SUS, onde se verifica uma crescente participação dos assistentes sociais nas discussões da saúde coletiva. Autoras no âmbito do Serviço Social⁴² na saúde tornam-se referência para o tema assim como o documento “Os Parâmetros para atuação do Assistente Social na Saúde”, lançado pelo CFESS, sendo construído a partir de um debate nacional para atender a uma necessidade da categoria para fundamentar e orientar a prática profissional.

Alguns aspectos contribuem para o adensamento desse debate no campo de saúde como as linhas de pesquisa das pós-graduações em Serviço Social, que tratam das políticas sociais; a tensão de disputa de projetos da Reforma Sanitária e o projeto privatista no campo da política de saúde; os novos espaços de atuação técnica e política, com a promoção e prevenção de saúde, nos conselhos e conferências de saúde; a necessidade de requalificação das ações, em equipes multiprofissionais, a partir das demandas tradicionais; a participação do Serviço Social para formar profissionais com perfil para atuar no SUS em residências

⁴² Maria Inês Bravo, Ana Maria de Vasconcelos, Maurílio Matos, Maria Valéria Correia, Regina Célia Mioto, Vera Maria Nogueira, Dalva Horário, Jussara Mendes, entre outros

multiprofissionais em saúde, expressões que se colocam na contemporaneidade que requerem qualificação da capacidade de análise e problematização das situações, onde

A dimensão ético-política do projeto profissional tem enfatizado que cabe ao assistente social reconhecer as determinações sócio-históricas e econômico políticas dos problemas que chegam na imediaticidade cotidiana dos serviços. Portanto, a capacidade analítica e de mediação do assistente social em problematizar as demandas imediatas explicitando suas conexões com uma demanda coletiva e indicando as conexões com as respostas das políticas sociais, pode qualificar este campo de debate do social que já tem sido reconhecido como comum aos demais trabalhadores da saúde” (KRÜGER, 2010, p. 142).

Torna-se significativo explicitar as conexões entre o Projeto Ético-Político da categoria com as bases da Reforma Sanitária que influenciou eixos para a prática do Serviço Social na área da saúde, levando à compreensão que, segundo Matos e Bravo (2002), para uma atuação competente e crítica do (a) assistente social na saúde, atualmente, se faz necessário

Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma compromissada e criativa não submeter a operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contida no projeto de Reforma Sanitária; Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos funcionários nas decisões a serem tomadas; Elaborar e participar de projetos de educação permanentes, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas a saúde (MATOS, BRAVO, 2006, p. 214).

Nos tempos atuais há um acirramento da luta de classes com o avanço do choque de capitalismo da contrarreforma neoliberal, pautado na política macroeconômica de ajuste e austeridade do regime fiscal, ocasionando a destruição e destituição de direitos sociais. No campo da política de saúde a rede de saúde pública estatal sofre e agoniza com o subfinanciamento e o consequente sucateamento. Simultaneamente, com a disputa de projetos de saúde, ocorre o privilegiamento dos novos modelos de gestão na saúde. Procurando situar a compreensão do Serviço Social na saúde, na atualidade, na luta pela afirmação de seu projeto profissional, contra as tendências neoconservadoras na categoria e pela concepção de saúde ampliada como direito da população e responsabilidade estatal

e pelos valores e participação democrática na construção do SUS segundo os princípios do movimento de Reforma Sanitária, Vasconcelos (2006, p. 258-270), trabalha proposições estratégicas para situar a prática na saúde como seguem:

- Planejamento do Serviço Social e das ações que os assistentes sociais/equipes se preparam para trabalhar. [...]
- Organizar e realizar a atenção aos direitos e o acesso ao Serviço Social, a partir da demanda dos trabalhadores.
- Realizar e publicizar estudos sócio-econômicos, não só de quem solicita e acessa os recursos disponibilizados pelas políticas sociais, mas dos que não conseguem acesso,
- Identificar e priorizar as necessidades sociais de saúde e demandas dos usuários para além das demandas espontâneas, sem negar as requisições institucionais [...]
- Priorizar, como assegurado na proposta do Sistema Único de Saúde, ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças, danos, agravos, e riscos, independente do tipo de unidade, sem prejuízo do tratamento e da reabilitação [...]
- Assegurar uma relação sistemática e continuada entre espaços de prática e universidade
- Organizar a prática do Serviço Social na saúde tendo como referência a seguridade social ampliada [...]
- Criar e dinamizar espaços coletivos para democratização de informações e conhecimentos necessários a esses processos [...]
- Criar e dinamizar diferentes espaços que facilitem a organização dos usuários e o exercício do controle social
- Incentivar e/ou criar espaços de capacitação
- Dinamizar e ocupar os espaços dos Conselhos de Política e de Direitos.
- Criar espaços de promoção/prevenção/controle social.
- Estabelecer relação de referência e contra-referência [...]
- Criar condições para que a passagem pelo Serviço Social capacite, incentive e contribua na mobilização e organização dos usuários na luta pelos seus direitos. Ao contribuir para ampliar, facilitar e realizar o acesso aos direitos, os assistentes sociais podem trazer ganhos para os usuários a partir de uma prática que:

Resgata o exercício de uma consciência social [...] Efetiva a atenção aos trabalhadores por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde [...] Fortalece o caráter público das ações e serviços da seguridade social [...] Fortalece as ações e serviços de atenção básica [e] o desenvolvimento de ações integradas entre as políticas que asseguram os direitos sociais [...] Que rompe com práticas individualizantes – nos moldes da prática clínica –, rompe com práticas de favor, de ajuste, de ajuda, de dominação, de controle [...] Que garante a atenção prestada pelos assistentes sociais à questão social e não às suas diferentes expressões de forma fragmentada;

- Uma prática na saúde que contribui para a transformação dos espaços profissionais e das instituições em espaços públicos onde os usuários possam decidir sobre a gestão, exercer o controle social, controlar a utilização de recursos;
- Uma prática que, conseqüentemente, reforça os ganhos constitucionais e o projeto ético-político hegemônico do Serviço Social (VASCONCELOS, 2006).

3.2 Projeto Ético-Político profissional do Serviço Social

[...] tornam-se visíveis e sensíveis os resultados do projeto societário inspirado no neoliberalismo – privatização do Estado, desnacionalização da economia, desemprego, desproteção social, concentração exponenciada da riqueza etc. –, nesta mesma medida fica claro que o projeto ético-político do Serviço Social tem futuro. E tem futuro porque aponta precisamente ao combate – ético, teórico, ideológico, político e prático-social – ao neoliberalismo, de modo a preservar e atualizar os valores que, enquanto projeto profissional, o informam e o tornam solidário ao projeto de sociedade que interessa à massa da população (NETTO, 2006, p. 158).

Analisando o processo de renovação do Serviço Social no Brasil, Netto (1996) identifica características de três tendências que o autor definiu como sendo a primeira, hegemônica nos anos sessenta e setenta, denominada “perspectiva modernizadora”, que faz um recurso ao estrutural-funcionalismo, a segunda é identificada como “reatualização do conservadorismo” e pautada na fenomenologia e a terceira, hegemônica desde os anos oitenta, denominada “intenção de ruptura”, que realizava um recurso, inicialmente mecanicista e enviesado, à tradição marxista que vem fomentando o debate e a produção de conhecimento da categoria e, indiscutivelmente, é fundamental na constituição do atual projeto profissional do Serviço Social.

Considerando as fases para a construção do projeto profissional Silva e Silva (2007) identifica a caracterização de três momentos que configuram os projetos que os assistentes sociais têm procurado construir ao longo de sua trajetória profissional, o primeiro se refere à atribuição do status quo de profissionalização às ações caritativas, expressos no processo de tecnificação das ações profissionais, o segundo através do Movimento de Reconceituação⁴³, com a busca de superação dos vínculos da profissão com a doutrina social da Igreja, pontuando a ruptura com o conservadorismo profissional, e a interlocução com a teoria marxista, e o terceiro se constituiu através da vinculação de setores da categoria com setores organizados da

⁴³ Segundo Iamamoto (1999), Netto (2002), Teixeira e Braz (2009), o movimento de Reconceituação do Serviço Social emergiu na metade dos anos de 1960 e prolongou-se por uma década. Constituiu um “fenômeno tipicamente latino-americano (...) dominado pela contestação ao tradicionalismo profissional (e) implicou um questionamento global da profissão: de seus fundamentos ideológicos, de suas raízes sociopolíticas, da direção social da prática profissional e de seu modus operandi” (IAMAMOTO, 1999, p. 205).

sociedade brasileira no contexto de rearticulação da sociedade civil na década de oitenta, quando ocorre “um novo momento de construção de um projeto profissional que representa uma transformação relevante nos conteúdos e nos objetivos da profissão” (SILVA E SILVA, 2007, p. 68). É situado que

A luta contra a ditadura e a conquista da democracia política possibilitaram o reatamento, no interior do corpo profissional, da disputa entre projetos societários diferentes, que se confrontavam no movimento das classes sociais. As aspirações democráticas e populares, irradiadas a partir dos interesses dos trabalhadores, foram incorporadas e até intensificadas pelas vanguardas do Serviço Social. Pela primeira vez, no interior do corpo profissional, repercutiam projetos societários distintos daqueles que respondiam aos interesses das classes e setores dominantes (NETTO, 2006, p.151).

O desenvolvimento do Serviço Social no Brasil, passando por um processo de recusa, denúncia, crítica e enfrentamento do conservadorismo profissional, forneceu as bases indutoras para a formação de um novo projeto profissional da categoria, construído coletivamente pelo conjunto dos membros e instituições representativas da profissão, pois

é através da sua organização (envolvendo os profissionais, as instituições que os formam, os pesquisadores, os docentes e os estudantes da área, seus organismos corporativos, acadêmicos e sindicais etc.) que um corpo profissional elabora o seu projeto. Se considerarmos o Serviço Social no Brasil, tal organização compreende o sistema CFESS/CRESS, a ABEPSS, a ENESSO, os sindicatos e as demais associações de assistentes sociais (NETTO, 2006, p. 144).

Decerto que as expressões da questão social tornam-se o campo prioritário de atuação profissional do Serviço Social, por essas formas de manifestação atingirem a vida e o trabalho dos sujeitos sociais, afirmando a negação de acesso da classe trabalhadora ao usufruto dos direitos fundamentais da humanidade e aos bens e riquezas socialmente produzidas. O exercício profissional dessa categoria situa-se no campo de mediações das relações entre o capital e o trabalho, fundamenta-se em nosso arsenal teórico-metodológico, constituído historicamente e amadurecido na imersão da análise da profissão, que resultou na construção do Projeto Ético-Político Profissional⁴⁴.

Segundo Braz e Teixeira (2009, p. 190-192), podemos identificar os componentes e elementos constitutivos do Projeto Ético-Político do Serviço Social,

⁴⁴ Dentre vários trabalhos, no âmbito do Serviço Social, referenciamos Abramides (2006) e Netto (2006).

que o materializam no processo sócio-histórico da profissão. Os autores destacam que, entre esses elementos, o primeiro se relaciona com a explicitação de princípios e valores ético-políticos, o segundo se refere à matriz teórico-metodológica em que se ancora, o terceiro emana da crítica radical à ordem social do capital vigente, que produz e reproduz a miséria ao mesmo tempo em que exhibe uma produção monumental de riquezas, e o quarto se manifesta nas lutas e posicionamentos políticos acumulados pela categoria, através de suas formas coletivas de organização política em aliança com os setores mais progressistas da sociedade brasileira.

Tais elementos se objetivam e se expressam na realidade conquistando visibilidade social, através da construção coletiva dos profissionais, do Serviço Social, com base nos componentes que lhe dão materialidade, como a produção de conhecimentos⁴⁵ da categoria profissional, através da qual conhecemos a maneira como são sistematizadas as diversas modalidades práticas da profissão, onde se apresentam os processos reflexivos do e sobre o fazer profissional, orientando-o e retroalimentando seu direcionamento.

As instâncias político organizativas⁴⁶ da profissão que envolvem tanto os fóruns de deliberação quanto as entidades da profissão, sendo por meio dos fóruns consultivos e deliberativos que são consagrados coletivamente os traços gerais do projeto profissional, seus compromissos e princípios. Assim, subentende-se que o Projeto Ético-Político pressupõe, em si mesmo, um espaço democrático de construção coletiva, permanentemente em disputa. Essa constatação indica a coexistência de diferentes concepções do pensamento crítico, ou seja, o pluralismo de ideias no seu interior.

E a dimensão jurídico-política⁴⁷ da profissão que constitui o arcabouço legal e

⁴⁵ “Esta dimensão investigativa da profissão tem como parâmetro a sintonia com as tendências teórico-críticas do pensamento social já mencionadas. Dessa forma, não cabem no projeto ético-político contemporâneo posturas teóricas conservadoras, presas que estão aos pressupostos filosóficos cujo horizonte é a manutenção da ordem” (BRAZ; TEIXEIRA, 2009, p.191).

⁴⁶ As associações profissionais, as organizações sindicais e, fundamentalmente, o conjunto CFESS/CRESS (Conselho Federal e Conselhos Regionais de Serviço Social), a ABEPSS (Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social), além do movimento estudantil representado pelo conjunto de CAs e DAs (Centros e Diretórios Acadêmicos das unidades de ensino) e pela ENESSO (Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social) (BRAZ; TEIXEIRA, 2009, p.191)

⁴⁷ Dimensão que contempla a articulação de duas esferas distintas: um aparato jurídico-político estritamente profissional (o atual Código de Ética Profissional, a Lei de Regulamentação da Profissão

institucional da profissão envolvendo um conjunto de leis e resoluções, documentos e textos políticos consagrados no seio da profissão (BRAZ; TEIXEIRA, 2009).

Segundo Barroco (2001), no caso de uma profissão a ética congrega a dimensão da reflexão teórica, da própria profissão, sobre os fundamentos da moralidade referindo-se a valores. E a dimensão referente ao dever ser, como uma resposta consciente da categoria profissional, que se materializa pela construção de parâmetros de conduta como o código de ética da categoria. Portanto, a ética profissional tem relação não só com a ideia de normatização, mas, também e principalmente, com a escolha consciente da categoria profissional sobre seus valores e os objetivos constitutivos de seu projeto profissional.

A direção de tal atuação profissional, sintonizada com projeto profissional político emancipador, busca exercer, em sua dimensão político pedagógica, a orientação e o esclarecimento sobre os meios de acesso da população quanto aos seus direitos sociais. A compreensão sobre tais direitos como construção histórica, fruto de lutas sociais, através de reivindicações e negociações para seu reconhecimento legal diante de blocos dominantes do poder, pois

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 (VASCONCELOS, 2006, p. 253).

A insurgência do Projeto Ético-político do Serviço Social na trajetória da construção do Serviço Social como profissão, sua origem e função, assim como o estudo da questão social, são submetidos à análise crítico dialética na perspectiva teórico-metodológica marxista. De acordo com Netto (2006) “este projeto profissional vinculou-se a um projeto societário que, antagônico ao das classes proprietárias e

(Lei 8662/93) e as Novas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Serviço Social, documento referendado em sua integralidade pela Assembléia Nacional da ABEPSS em 1996 e aprovado, com substanciais e prejudiciais alterações, pelo MEC) e um aparato jurídico-político de caráter mais abrangente na legislação social, sendo esse conjunto de leis advindas do capítulo da Ordem Social da Constituição Federal de 1988, que, embora não exclusivo da profissão, a ela diz respeito tanto pela sua implementação efetiva tocada pelos assistentes sociais em suas diversas áreas de atuação, na área da saúde a LOS – Lei Orgânica da Saúde, na assistência social a LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social, na área da infância e juventude o ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente), etc., quanto pela participação decisiva de profissionais Assistentes Sociais na construção e aprovação das leis e no reconhecimento dos direitos na legislação social por parte do Estado (BRAZ; TEIXEIRA, 2009, p.191-192).

exploradoras, tem raízes efetivas na vida social” com sua influência consubstanciada na análise crítica das determinações sócio históricas do movimento da realidade concreta.

O antagonismo das classes sociais, estruturante e funcional à ordem vigente do capital, expresso nas lutas da classe trabalhadora, no Brasil nas décadas de 70 a 90, com a organização político-sindical, as mobilizações e lutas dos movimentos sociais, que resultaram no processo de redemocratização, demonstram, na luta de classes, os avanços de valores democráticos da organização política sobre a obscuridade do regime ditatorial. Mas, descortinado pelas luzes críticas dialéticas, tal processo revela-se uma transição negociada pelo alto, por conservar o poder dos grupos oligárquicos da aristocracia burguesa, pois, contraditoriamente, se mantêm as bases dessa sociabilidade e suas infortunadas moléstias características pertinentes e típicas, a opressão, exploração e alienação do trabalho sob o comando e controle do capital, de forma que uma radical reflexão aponta e sustenta a necessidade da superação da ordem burguesa para o norte de uma sociedade livre e emancipada.

Para o Serviço Social a influência marxista, “inicialmente mais político-ideológica de que teórico-filosófica” (TEIXEIRA, J; BRAZ, M. 2009, p. 194) desabrocha, na década de 70, tendo como ponto expressivo o Congresso da Virada⁴⁸. A aproximação com a teoria marxiana possibilitou o amadurecimento da profissão, pautando a condução da análise da realidade de forma conjunta com o movimento de lutas de classes sociais. Pelo seu caráter organizacional coletivo e dialeticamente reflexivo, tal influência na profissão, se expressa nos avanços das reformulações do Código de Ética⁴⁹ da categoria, como nas afirmativas reivindicações por direitos, consolidando seu posicionamento e compromisso com a luta da classe trabalhadora.

Como afirma Silva (2009), em um quadro conjuntural importante do Brasil,

⁴⁸ III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, realizado em São Paulo no ano de 1979, denominado “Congresso da Virada”, marco dessa mudança de direção política da profissão de acordo com Abramides (2006), Braz (2009) e Netto (2009), o III CBAS é considerado uma referência, um marco coletivo do projeto profissional de ruptura com o conservadorismo.

⁴⁹ Código de ética do(a) Assistente Social apresenta os princípios fundamentais norteadores e os dispositivos gerais da profissão, Publicado no Diário Oficial da União N 60, de 30.03.93, Seção I, páginas 4004 a 4007 e alterado pela Resolução CFESS n.º 290, publicada no Diário Oficial da União de 11 de fevereiro de 1994.

marcado “por novos sujeitos entrando na cena das lutas sociais: os novos movimentos sociais, o novo sindicalismo, a nova estrutura partidária e a queda da ditadura militar”, em um contexto de democratização os (as) Assistentes Sociais tiveram uma importância significativa na articulação com os movimentos organizados dos trabalhadores,

sob o impacto da reinserção do proletariado na arena política, no quadro da mobilização antitatorial de amplos contingentes assalariados, da mobilização de setores pequeno-burgueses e inclusive burgueses, e na sequência quase imediata da decretação da anistia que o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (III CBAS) traz à cena política as tendências democráticas contidas e reprimidas no Serviço Social (NETTO, 2009, p. 663).

Diante do contexto de lutas de classes tais tendências democráticas se expressam nos componentes do Projeto Ético-político do Serviço Social que se apresentam e nos seus princípios e valores ético-políticos, nos elementos que sustentam sua matriz teórico-metodológica e posições políticas impressas nas lutas coletivas acumuladas pela categoria. Elementos que se objetivam na produção de conhecimento do Serviço Social e na sistematização de processos reflexivos sobre as demandas no exercício profissional. Materializando-se na construção, coletiva e democrática, da organização política das entidades e instâncias da profissão, no arcabouço legal e institucional jurídico política da profissão com o Código de Ética, a lei nº 8.662/93⁵⁰, as diretrizes curriculares⁵¹ e de forma mais esparida na legislação da ordem social, com as leis orgânicas⁵², estatutos sociais⁵³ e no reconhecimento dessas bases jurídicas para a concretização de direitos sociais.

A materialidade da direção social da categoria, fundada na análise da realidade social, sob a fundamentação crítico dialético marxista, expressa suas tendências político-emancipatórias na influência da qualificação teórico política da profissão, refletindo sua projeção profissional, suas intenções, interesses,

⁵⁰ Lei nº 8.662, de 7 de Junho de 1993, Lei que dispõe sobre a profissão de Assistente Social e regulamenta o exercício profissional da categoria.

⁵¹ Diretrizes Curriculares do curso de Serviço Social documento referendado em sua integralidade pela Assembleia Nacional de 1996 da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS e aprovado pelo Ministério da Educação e Cultura – MEC.

⁵² Leis orgânicas da saúde nº 8.080/90 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, Lei nº 8.142/90 que 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 da Assistência Social Lei nº 8.742/93 que dispõem sobre a organização da Assistência Social.

⁵³ Exemplos o Estatuto da Criança e do Adolescente Lei nº 8.069/90 e do Idoso Lei nº 10.741/03.

objetivações de seu projeto, segundo Netto (1999, p.95) “os projetos profissionais apresentam a auto-imagem de uma profissão elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam os seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, institucionais e práticos) para seu exercício [...]” configurando sua projeção coletiva dos profissionais da categoria.

Objetivar o agir profissional em sintonia com a recusa e crítica ao tradicionalismo e conservadorismo profissional, tendo como bases concepções teóricas metodológicas que possibilitam uma postura de criticidade radical das relações econômicas, políticas e sociais, “[...] fortalecem e respaldam as ações profissionais na direção de um projeto em defesa dos interesses da classe trabalhadora e que se articula com outros sujeitos sociais na construção de uma sociedade anticapitalista” (CFESS, 2011, p.14)⁵⁴ e evidenciam o compromisso profissional com os interesses da grande massa da população da classe trabalhadora oprimida e explorada e com a luta geral da classe.

O projeto profissional de ruptura com o conservadorismo tem no legado marxiano e na tradição marxista sua fundamentação teórica de análise, interpretação e, possibilidade superadora da sociedade capitalista de exploração, discriminação e opressão de classe, e estabelece sua direção sociopolítica estratégica. Resultante do processo de luta pela hegemonia no campo profissional, encontra-se alicerçado em um projeto societário direcionado aos interesses imediatos e históricos das classes trabalhadoras, o que lhe confere um estatuto ontológico (ABRAMIDES, 2006, p.107-108).

Representando a expressão das contradições de classes que determinam e especializam a profissão, condicionada por determinações históricas concretas, o Projeto Ético-político profissional assume sua postura de processo resultante do amadurecimento teórico-metodológico, ético-político e técnico operativo, herdeiro de processos de reconceituação, renovação e intenção de ruptura do Serviço Social, entrelaçados na trama do debate e produção acadêmica, na formação profissional e movimento estudantil, nas instituições e instâncias representativas da categoria, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS, a Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social – ENESSO e dos Centros e Diretórios Acadêmicos das unidades de ensino, no exercício profissional do Serviço Social, em seu vasto campo de atuação, com o conjunto dos Conselhos Federal e

⁵⁴ Apresentação à Edição de 2011 do Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, Gestão Atitude Crítica para Avançar na Luta (2008/11).

Regionais de Serviço Social – CFESS/CRESS e em sua articulação sindical, procura expressar a materialização de sua tendência de ruptura com o tradicionalismo e conservadorismo profissional.

O norteamento profissional tem suas determinações e limites estruturais, mas, a reflexão e agir ético reivindicam a radicalidade da emancipação humana, tensiona o debate da disputa de projetos societários, na luta de classes e suas respectivas produções de conhecimento, assim, podemos vislumbrar a possibilidade de edificar a “opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero”, tendo o “reconhecimento da liberdade como valor ético central [...] autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos” (CFESS, 2011) como princípios fundamentais da sociedade.

Dialogando sobre a relação dos princípios e valores éticos do Serviço Social, Matos (2009) considera que o Projeto Ético-Político do Serviço Social nega o histórico conservadorismo da profissão e propõe a construção de um exercício profissional comprometido com valores centrais do código de ética, a justiça social e a liberdade. Entendendo que a justiça social remete à crítica ao capitalismo para a defesa de uma socialização daquilo que é socialmente produzido, mas apropriado privadamente. Aponta para a defesa das políticas públicas na atuação profissional, e a liberdade está colocada na perspectiva que compreende o homem como sujeito à liberdade, não no plano do inacessível, no idealismo, mas se constitui em realidade, por meio da possibilidade do homem em realizar escolhas determinadas historicamente.

Mesmo que o código de ética não se proponha a regular a vida privada dos assistentes sociais, este se choca com concepções de vida pautadas no irracionalismo. E, também, com a negação de direitos dos outros, mesmo quando não os valoramos como relevantes. Não há espaço, no atual projeto profissional, para o exercício do preconceito (MATOS, 2009, p. 181).

Analisando o Código de Ética e a lei que regulamenta o exercício profissional do assistente social, essas normativas que norteiam o exercício profissional, Terra (2009, p. 428), considera que eles “constituem instrumentos que possibilitam, para além do conjunto de conhecimentos adquiridos durante e após a formação, uma compreensão de mundo crítica e fundamentada que se expressa de forma muito particular” em cada profissional de acordo com o seu contexto sócio-histórico e

perspectiva ideopolítica..

Segundo Iamamoto (2006), nas últimas décadas, o Serviço Social brasileiro redimensionou-se e renovou-se no âmbito da sua interpretação teórico-metodológica no campo dos valores, da ética e da política. Através da qualificação acadêmica e da autocrítica a categoria, condizente às exigências da conjuntura política econômica e sociocultural, travou o embate com o tradicionalismo profissional e o conservadorismo impregnado na profissão. O Serviço Social realizou mudanças significativas na sua dimensão ética e no debate nesse plano, construindo democraticamente sua base normativa, expressa na Lei da Regulamentação da Profissão, que estabelece as competências e as atribuições profissionais, e no Código de Ética do Assistente Social, de 1993. Estabelecem princípios e valores humanistas que direcionam o exercício cotidiano, entre os quais a autora destaca

O reconhecimento da liberdade como valor ético central, que requer o reconhecimento da autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais e de seus direitos; A defesa intransigente dos direitos humanos contra todo tipo de arbítrio e autoritarismo; A defesa, aprofundamento e consolidação da cidadania e da democracia – da socialização da participação política e da riqueza produzida; O posicionamento a favor da equidade e da justiça social, que implica a universalidade no acesso a bens e serviços e a gestão democrática; O empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, e a garantia do pluralismo; O compromisso com a qualidade dos serviços prestados na articulação com outros profissionais e trabalhadores (IAMAMOTO, 2006).

A concretização e efetivação desses princípios e valores remete, no campo democrático popular, à luta, impreterivelmente, pela construção de uma nova ordem societária, sendo necessário que os princípios éticos defendidos pelo projeto profissional contaminem e direcionem o exercício cotidiano indicando um novo modo de operar o exercício profissional para a sua condução nas condições e relações de trabalho em que se realiza e para as expressões coletivas da categoria profissional na sociedade (IAMAMOTO, 2006).

Analisando a relação dos princípios éticos do projeto profissional do Serviço Social, Netto (2006) pontua que esse projeto tem em seu núcleo como valor central o reconhecimento da liberdade concebida historicamente, como possibilidade de escolha entre alternativas concretas, daí um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais. Vinculando-se, obrigatoriamente, a um projeto societário que propõe a construção de uma nova

ordem social, sem exploração/dominação de classe, etnia e gênero, afirmando a defesa intransigente dos direitos humanos e o repúdio do arbítrio e dos preconceitos, contemplando positivamente o pluralismo, tanto na sociedade como no exercício profissional, sendo que

A dimensão política do projeto é claramente enunciada: ele se posiciona a favor da equidade e da justiça social, na perspectiva da universalização do acesso a bens e a serviços relativos às políticas e programas sociais; a ampliação e a consolidação da cidadania são explicitamente postas como garantia dos direitos civis, políticos e sociais das classes trabalhadoras. Correspondentemente, o projeto se declara radicalmente democrático – considerada a democratização como socialização da participação política e socialização da riqueza socialmente produzida (NETTO, 2006).

O autor afirma ainda que, do ponto de vista estritamente profissional, o projeto implica o compromisso com a competência com base no aperfeiçoamento intelectual, numa formação acadêmica fundada em concepções teórico-metodológicas qualificadas, críticas e sólidas, capazes de viabilizar uma análise concreta da realidade social, e estimular uma constante formação permanente preocupada com o caráter investigativo da profissão. O projeto prioriza, especialmente, uma nova relação com os (as) usuários (as) dos serviços oferecidos pelos (as) assistentes sociais, sendo seu componente elementar o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população, publicizando os recursos institucionais como instrumento indispensável para a sua democratização e universalização para abrir as decisões institucionais à participação dos usuários (NETTO, 2006).

Segundo Netto (1996a, p.116) “num ordenamento social com regras democráticas, uma profissão é sempre um campo de lutas, em que os diferentes segmentos da categoria, expressando a diferenciação ideopolítica existente na sociedade, procuram elaborar uma direção social estratégica para a sua profissão”. Assim, o Serviço Social se constitui como profissão demandada para intervir nas expressões da questão social, se desvincula de seu caráter religioso filantrópico, constrói seu projeto profissional como processo que expressa as mediações entre projetos societários e profissionais em meio às contradições econômicas e políticas imbricadas na dinâmica das classes sociais antagônicas.

Percorre seu processo de renovação⁵⁵ com avanços em sua fundamentação teórico-metodológica e produção de conhecimento, intensificam as instâncias político-organizativas da profissão, sua articulação política, com níveis expressivos de organização e mobilização, envolve amplos setores da sociedade. Institui, atualiza e reformula o aparato legal jurídico-político da profissão em harmonia com os interesses sociais coletivos. Constrói, elege e assume coletivamente os valores, diretrizes e princípios, comprometidos com a superação da dominação e exploração de classes, para o avanço da consolidação do Projeto Ético-Político do Serviço Social.

A relação do Serviço Social com a pesquisa surge em função de um processo histórico de amadurecimento intelectual e de ampliação das demandas sociais, o qual vai revelando uma profissão capaz de gerar conhecimentos que lhe acrescentam subsídios teórico-metodológicos, coerentes com sua natureza e com as exigências societárias. Entretanto, é no contexto acadêmico que a pesquisa se revela como potencialidade para o Serviço Social, e é neste contexto que se enfrenta o desafio de construir articulações orgânicas, entre a produção de conhecimento e a prática profissional (BOURGUIGNON, 2007, p. 49).

A atual hegemonia do Projeto Ético-Político do Serviço Social crítico vem exigindo o desenvolvimento da racionalidade crítico dialética na mediação e instrumentalidade do Serviço Social, como mediações necessárias para a oposição às manifestações da reatualização do projeto conservador. Os (as) “profissionais afirmaram o compromisso com os direitos e interesses dos usuários, na defesa da qualidade dos serviços prestados, em contraposição à herança conservadora do passado” (IAMAMOTO, 2009, p.166), para o enfrentamento dessas ofensivas que se expressam em reformas, em ascensão do conservadorismo, e, atualmente, se amparam nas contrarreformas em curso, impondo desafios e demandas ao Serviço Social na Saúde que atua nas trincheiras de resistência do projeto crítico.

A consolidação do Projeto Ético-Político do Serviço Social não ocorreu na conjuntura em que foi gestado. “Nada é mais falso do que imaginar que o nosso corpo profissional (nele incluídos, naturalmente, docentes e discentes) foi um coletivo de perseguidos ou um corajoso destacamento da resistência democrática” (NETTO, 2009), Destaca, ainda, o autor que “o monopólio político conservador no

⁵⁵ Segundo estudos de Netto (1996) na renovação do Serviço Social, que no Brasil ocorre a partir de meados dos anos de 1980, é possível identificar três tendências em disputa: a modernizadora com influência do funcionalismo; a de reatualização do conservadorismo com recurso à fenomenologia; e a de intenção de ruptura responsável pela interlocução com o marxismo.

Serviço Social nas instâncias e fóruns profissionais só pôde ser quebrado, ainda que tardiamente, quando da emersão do proletariado na arena política” em um processo que só foi possível devido ao movimento dinâmico das potencialidades existiam no interior da categoria profissional.

Traçando, resumidamente, a trajetória do projeto ético-político do Serviço Social, Matos (2009) pondera que o projeto possui suas raízes na ruptura com o histórico conservadorismo da profissão, que tem seu marco no processo de renovação do Serviço Social Brasileiro, sendo o Congresso da Virada (III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais) sua expressão paradigmática, e é ainda no final da ditadura militar que se pode constituir outra direção na categoria profissional. Sendo, nesse processo, o código de ética de 1993 considerado o coroamento do Projeto Ético-Político do Serviço Social (Netto, 1999), estando também expresso na lei de regulamentação da profissão de 1993 e nas diretrizes curriculares para o Serviço Social de 1996.

Na entrada dos anos 1990, esse projeto conquista a hegemonia no Serviço Social brasileiro, o que não implica em afirmar que não há no interior da categoria profissional, divergências e contradições, considerando a heterogeneidade do sujeito coletivo que o construiu. Os indivíduos que compõem uma categoria profissional são necessariamente diferentes em termos de origem social, de condições intelectuais e de preferências políticas e ideológicas, dentre outras, o que implica em afirmar que a categoria profissional é um “espaço plural do qual podem surgir projetos profissionais diferentes” (Netto, 1999, p. 96). Neste sentido, a construção de um projeto profissional requer que a categoria profissional tenha clareza do respeito que se deve ter ao pluralismo, sendo ele “um elemento factual da vida social e da profissão mesma”(Idem, Ibidem), o que não impede a luta e o confronto de ideias.

Segundo Netto (1999), a manutenção e o aprofundamento do Projeto Ético-Político se dão em condições adversas devido ao antagonismo existente entre ele e a ofensiva neoliberal, que vem promovendo a liquidação dos direitos sociais, a privatização do Estado, o sucateamento dos serviços públicos, dentre outros. No entanto, Netto (1999, p. 108) considerou que, com exposição dos

[...] primeiros resultados do projeto societário inspirado no neoliberalismo (resultados que, aliás, reproduzem o que tem ocorrido em todo o mundo: privatização do Estado, desnacionalização da economia, desemprego,

desproteção social, concentração de riqueza etc.) fica claro que o projeto ético político do Serviço Social tem futuro. E tem futuro porque aponta precisamente para o combate (ético, teórico, político e prático-social) ao neoliberalismo, para preservar e efetivar os valores que o informam.

Afirmam Silva (2009) e Teixeira e Braz (2009), que as condições que favoreceram o desenvolvimento do processo de consolidação, do Projeto Ético-Político profissional, estão o surgimento dos cursos de pós-graduação a partir dos anos 1970, a ampliação e consolidação da produção de conhecimento e o desenvolvimento de uma massa crítica na categoria profissional, o debate sobre a formação profissional e a dimensão político organizativa da profissão, protagonizado pelo conjunto CFESS/CRESS e pela ABEPSS. Os autores destacam também a importância dos movimentos sociais das classes trabalhadoras brasileiras, que, justamente na virada da década de 1980 para a de 1990,

resistindo à ofensiva do capital e valendo-se dos avanços da década anterior, conseguiram galgar níveis de organização e de mobilização que envolveram amplos segmentos da sociedade, inclusive assistentes sociais. Essa resistência, ancorada nos movimentos sociais e protagonizada por partidos de esquerda, destacadamente o PT (Partido dos Trabalhadores), foi decisiva para o avanço do projeto ético-político (TEIXEIRA; BRAZ, 2009, p. 197).

Os defensores das práticas político-econômicas do Neoliberalismo, representantes do grande capital e a grande burguesia brasileira, que acumularam riquezas sob a proteção estatal no período ditatorial propagam as ideias e cultura, da racionalidade e modernidade, na ofensiva neoliberal. Em nome da modernização e do combate à crise capitalista, um movimento onde se revela que “a cruzada antidemocrática do grande capital, expressa na cultura do neoliberalismo [...] é uma ameaça real à implementação do projeto profissional do Serviço Social” (NETTO, 2006, p. 158) e penaliza a grande massa da população, pois

a experiência histórica demonstrou que, na ordem do capital, por razões econômico-sociais e culturais, mesmo num quadro de democracia política, os projetos societários que respondem aos interesses das classes trabalhadoras e subalternas sempre dispõem de condições menos favoráveis para enfrentar os projetos das classes proprietárias e politicamente dominantes” (NETTO, 2006, p. 143).

As atuais condições socioculturais e político-econômicas se encontram em imensa diversidade e contrárias à necessidade de aprofundamento e preservação do Projeto Ético-Político do Serviço Social. Tal projeto defende e depende do

fortalecimento do movimento democrático e da participação popular, como também, prioritariamente, da vontade, luta e participação, de forma majoritária, do conjunto de seu corpo profissional, pois é nessa conjuntura atual adversa que “o assistente social, que é chamado a implementar e viabilizar direitos sociais e os meios de exercê-los, se vê tolhido em suas ações que dependem de recursos, condições e meios de trabalho cada vez mais escassos para as políticas e serviços sociais públicos” (IAMAMOTO, 2006, p. 176).

São destacados como desafios ao Serviço Social crítico que colocam em risco a manutenção do Projeto Ético-Político profissional: a expansão do ensino privado e do ensino à distância⁵⁶, a tendência de redução do Serviço Social à assistência social e uma reação conservadora ao Serviço Social presente na área da saúde que se expressa na proposta do Serviço Social clínico, com a defesa de um suposto saber específico do Serviço Social por especialidade clínica da medicina requerendo a criação de fóruns específicos sobre o Serviço Social nas diferentes especialidades médicas e a reatualização de uma crise de identidade da profissão quando, em nome da função profissional sanitária, os assistentes sociais não se identificam mais como tal e se distanciam da função social de sua profissão na divisão social e técnica do trabalho (Netto, 2009); (Bravo e Matos, 2004).

Para construir estratégias concretas e factíveis, consubstanciadas no Projeto Ético-Político profissional, temos como desafio entendermos o projeto, nos apropriarmos dos conhecimentos que dele derivam e, sobretudo, incorporar seus princípios e valores éticos, o que demanda interesse e identificação do profissional, para além do âmbito laboral e do indivíduo em sua singularidade moral, com a sua dimensão humano-genérica. Assim, o código, as diretrizes curriculares e a lei de regulamentação podem ser entendidos como o tripé de fundamentação do Projeto Ético-Político. Além destes, há que se considerar que podemos identificar expressões deste projeto em diversas produções acadêmicas e em algumas

⁵⁶ Em 10 anos o número de cursos presenciais de Serviço Social mais que duplicou; hoje são cerca de 250 cursos. Quanto aos cursos à distância hoje existem disponíveis em mais de 500 cidades, segundo levantamento do CFESS, com a frequência de milhares de alunos (Braz, 2007:8). Dados apresentados por Marilda Iamamoto, em 2007, no IV Seminário Nacional de Capacitação das Comissões de Orientação e Fiscalização dos CRESS's (apud Pequeno e Ruiz, 2007) mostram a seriedade do momento, pois são 46 cursos públicos e 207 privados. Deste universo, 16% das vagas são públicas, 47% das vagas não estão inseridas nas universidades e 30% das vagas se inserem no modelo de ensino a distância (MATOS, 2009, p. 187).

experiências profissionais em curso (MATOS, 2009, p. 180-181).

3.3 Articulação do projeto profissional e os desafios para gestão do Serviço Social na saúde

Ser hoje um assistente social competente não é uma tarefa fácil. Construimos um projeto de profissão que vai à contracorrente do projeto societário hegemônico. Assim, os assistentes sociais que se pautam no citado projeto profissional se deparam com um caldo cultural contrário: no trabalho, na família, na sociedade. A tarefa dos descontentes é árdua, mas é plena quando acreditamos naquilo que propomos e fazemos. Com capacidade intelectual, agir ético e permanente leitura da realidade podemos, no coletivo da categoria profissional, construir pequenos inícios de caminhadas concretas. Mas temos que acreditar nisso, pois não basta aderir aos princípios do projeto: é necessário internalizá-los (MATOS, 2009, p. 181).

A eficácia do trabalho profissional está vinculada ao direito de exercer a sua autonomia profissional, tendo o discernimento sobre o objeto de sua intervenção, em conformidade com os princípios ético-profissionais e as exigências dos requisitos técnico-profissionais. Isto porque refletir sobre a autonomia, enquanto dever, requer explicitar a vinculação da legislação profissional ao Estado democrático de direito com os interesses da coletividade. Sendo que para assegurar a autonomia profissional deve-se igualmente prevenir para que esta “não sirva a interesses pessoais, clientelísticos, corporativistas ou mesmo ilícitos” (SIMÕES, 2009, p. 407), para não propiciar o casuísmo pessoal, assentado em valores eleitos privadamente pelo profissional, por melhores que sejam suas intenções. Complementa o autor que é por isso que a própria lei profissional exige a conexão dessa valoração com o Código de Ética, pois a autonomia expressa uma ética profissional que supera a concepção liberal-individualista e a vincula politicamente ao interesse público.

Segundo Barroco (2010), a ética recebe determinações que antecedem a escolha pela profissão, relacionadas à socialização primária que tende a reproduzir determinadas configurações éticas dominantes e se repõem cotidianamente mediante relações sociais mais amplas. Há, portanto, uma profunda interação entre o modo de ser do indivíduo e as suas inserções laborais, o que pode gerar tensões e questionamentos no exercício profissional. A inserção profissional coloca escolhas e

compromissos éticos à necessidade de se posicionar em face do significado e das implicações da ação profissional e a responsabilidade diante das escolhas. A ética deve estar vinculada ao interesse público, da coletividade, que, para o Serviço Social, esses valores e convicções estão expressos no Código de Ética Profissional através da defesa de seus princípios, no compromisso com os usuários das políticas e programas sociais e a busca de identidade profissional com uma sociedade mais justa e democrática.

Fazendo uma análise jurídica da autonomia do Assistente Social, com base no Código de Ética Profissional do Assistente Social e na Lei 8662/93 que regulamenta a profissão, Simões (2009) ressalta que na hipótese de haver contradição normativa entre os direitos e deveres do profissional com o regime de contratação deve prevalecer à legislação profissional. Assim entende a necessidade de diferenciar duas concepções de autonomia. Uma se refere ao direito e dever de exercer as suas competências e atribuições privativas, legalmente previstas e voltadas para atender aos interesses da coletividade, imprimindo uma direção social ao seu exercício com a valoração ética hegemônica na profissão. E uma outra concepção “despolitizada” sustentada pelo ideário neoliberal, que forja uma estratégia do capital, inspirada em sua reestruturação produtiva, para readequação das exigências da especialização flexível, desvinculando o profissional do seu compromisso com o Projeto Ético-Político do Serviço Social e dos interesses coletivos ao qual se vinculam as competências e atribuições privativas da profissão.

A autonomia profissional aparece no atual Código de Ética como uma prerrogativa, do (a) Assistente Social, estando diretamente assegurada no artigo 2º, alíneas b e h, e nas demais prerrogativas constantes, no artigo citado, que tratam dos direitos e das responsabilidades gerais do (a) Assistente social, mencionadas de forma menos direta, mas que também visam assegurar a autonomia técnico-profissional do (a) profissional

Art. 2º Constituem direitos do/a Assistente social:

- a- garantia e defesa de suas atribuições e prerrogativas, estabelecidas na Lei de Regulamentação da Profissão e dos princípios firmados neste código;
- b- livre exercício das atividades inerentes à Profissão;
- c- participação na elaboração e gerenciamento das políticas sociais, e na formulação e implementação de programas sociais;
- d- inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional;
- e- desagravo público por ofensa que atinja a sua honra profissional;

- f- aprimoramento profissional de forma contínua, colocando-o a serviço dos princípios deste Código;
- g- pronunciamento em matéria de sua especialidade, sobretudo quando se tratar de assuntos de interesse da população;
- h- ampla autonomia no exercício da Profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções;
- i- liberdade na realização de seus estudos e pesquisas, resguardados os direitos de participação de indivíduos ou grupos envolvidos em seus trabalhos (BRASIL, 2012, p. 26-27).

A mercantilização da política de saúde, expressa atualmente na proliferação dos modelos de contratos de gestão das unidades de saúde, e a consequente precarização da formação profissional, tem articulações com as transformações ocorridas no mundo do trabalho com repercussões no mercado de trabalho e, conseqüentemente, no exercício profissional do (a) Assistente Social, contribuindo para um quadro de precarização que também incide na autonomia profissional. Fazendo-se necessário o fortalecimento compulsório do projeto profissional, na formação e atuação. Segundo Guerra (2007, p. 15), os (as) Assistentes Sociais sendo “orientados pelo projeto crítico, eles [elas] estão aptos [as], em termos de possibilidade, a realizar uma intervenção profissional de qualidade, competência e compromisso indiscutíveis”, pois as contradições atuais requerem

Um (a) assistente social crítico e propositivo [que] exige um determinado perfil: 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 (VASCONCELOS, 2006, p. 255).

É em um terreno contraditório e tenso que se situa o protagonismo profissional dos (as) Assistentes Sociais, pois embora que os profissionais disponham de uma relativa autonomia, no desenvolvimento de suas atividades profissionais, os empregadores são quem “condicionam a possibilidade de realização dos resultados projetados, estabelecendo as condições sociais em que ocorre a materialização do projeto profissional em espaços ocupacionais específicos” (IAMAMOTO, 2007, p. 219). No entanto, a autora salienta a necessidade de não se considerar unilateralmente as imposições do mercado de trabalho, o que teria como consequência a sujeição do (a) Assistente Social ao trabalho alienado.

Portanto, resguardar a sua relativa autonomia, no exercício da sua profissão, “supõe potenciá-la mediante um projeto profissional coletivo impregnado de história e embasado em princípios e valores radicalmente humanistas, com sustentação em forças sociais reais que partilham de um projeto para a sociedade” (Idem, ibidem), abrindo assim a possibilidade de imprimir uma direção social a este exercício, bem como o modo de operá-lo, estando o (a) Assistente social resguardado (a) juridicamente pela legislação profissional. Pois a autonomia se efetiva em graus diferenciados nos diferentes espaços sócio-ocupacionais, estando na dependência da correlação de forças econômicas, políticas e culturais em nível societário, e se expressa de forma particular em instituições estatais, organizações político-sindicais, organizações privadas não lucrativas e instâncias públicas de controle democrático, sofrendo “profundas metamorfoses em tempo de capital fetiche” (IAMAMOTO, 2007, p. 220).

Cabe aos profissionais analisar constantemente se estão, ou não, sendo seduzidos pelo movimento pragmático de dicotomizar os valores defendidos e a atuação profissional, considerando a referência que se estabelece através de suas atribuições privativas⁵⁷ e competências profissionais⁵⁸, estabelecidas na Lei Nº

⁵⁷ As atribuições privativas encontram-se definidas no artigo 5º da lei Nº 8.662/93 de Regulamentação da Profissão: I - coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social; II - planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social; III - assessoria e consultoria a órgãos da Administração Pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social; IV - realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social; V - assumir, no magistério de Serviço Social, tanto a nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular; VI - treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social; VII - dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação; VIII - dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social; IX - elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos ou outras formas de seleção para Assistentes Sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social; X - coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social; XI - fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regionais; XII - dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas; XIII - ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional (CFESS, 1993).

⁵⁸ As competências profissionais são assim descritas no artigo 4º da Lei Nº 8.662/93 de Regulamentação da Profissão: I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares; II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil; III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; IV - (Vetado); V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos VI - planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais; VII - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da

8.662/93 de Regulamentação da Profissão, se estão realizando suas ações alinhadas com uma direção crítica e comprometida com os usuários e os trabalhadores.

Considerando que o Projeto Ético-Político profissional, está na contramão do capitalismo e que sua implementação efetiva pressupõe uma análise das reais condições e relações sociais em que a profissão está inserida, numa perspectiva da totalidade e com uma visão crítica, considerando as diversas dimensões que a compõem, para a apreensão da dinâmica social (IAMAMOTO, 2007).

Para tanto as atribuições e competências do (a) assistente social devem ser pensadas a partir do projeto. Nessa direção, reconhece-se a existência de uma relação intrínseca entre as competências/atribuições privativas e a efetividade dos direitos sociais (SIMÕES, 2009). Em um contexto de totalidade, o (a) profissional identificará que as competências e as atribuições, segundo lamamoto, (2012), se inserem em um momento de mudanças no padrão de acumulação e regulação social, nos marcos da chamada globalização da produção dos mercados, com alterações profundas nas formas de organização e gestão do trabalho nos organismos empregadores, contribuindo para modificações importantes na maneira como os(a) profissionais, não só os(as) assistentes sociais, se articulam e respondem a essas modificações do trabalho.

A historicidade de uma profissão incorpora uma relativa autonomia frente àquilo que a determina socialmente, pois ao se desenvolver cria conhecimentos específicos sobre seus objetos, e, através de uma ação contínua gera novos níveis de construção, envolvendo nova relação dinâmica entre conhecimento e prática. “A mediação entre a necessidade e a sua satisfação se realiza em função tanto da existência de condições objetivas quanto da possibilidade de ação dos agentes da profissão” (MOTA, 1987, p. 21). As construções das profissões surgem das necessidades sociais e o seu desenvolvimento está condicionado à sua utilidade,

realidade social e para subsidiar ações profissionais; VIII - prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo; IX - prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade; X - planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social; XI - realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades (CFESS, 1993).

“face à estreita relação dialética entre necessidades humanas básicas e organização da produção” (Idem, p. 26).

A mudança no modelo de produção para a recomposição do ciclo de reprodução do capital provoca impactos nas práticas sociais, que intervêm no processo de reprodução material e espiritual da força de trabalho, repercutindo demandas ao Serviço Social e na experiência profissional dos Assistentes Sociais, impondo desafios à categoria sendo necessário

situar a reestruturação produtiva no contexto da crise capitalista contemporânea, qualificando-a como um processo de restauração econômica do capital e ambiente de intervenção política das classes e do Estado nas condições de reprodução social [e] identificar as mediações que conectam a experiência do Serviço Social às mudanças em curso (MOTA e AMARAL, 1998, p.23).

Neste contexto surgem novas demandas ao Serviço Social, provocando alterações no mercado de trabalho e nas condições de trabalho dos Assistentes Sociais, produzindo problemáticas que exigem, dos (as) profissionais, novas competências teóricas, políticas, éticas e técnicas, com a finalidade de dar respostas qualificadas às questões, pois identificar as necessidades do capital e do trabalho torna-se um desafio imprescindível ao Serviço Social. Iamamoto (2009a, p. 349) aponta como um desafio, nos tempos atuais, “atribuirmos transparência aos processos e às formas pelas quais o trabalho do(a) assistente social é impregnado pela sociabilidade da sociedade do capital” a fim de identificar sua funcionalidade e o potencial de que dispõe para impulsionar a luta por direitos e democracia.

Ao refletir sobre a violação dos direitos profissionais do (a) Assistente Social, enquanto trabalhador (a) assalariado (a) na dinâmica de flexibilização e precarização das condições de trabalho, Raichelis (2011) pontua alguns desafios, enfrentados pela categoria profissional, que se expressam com a

Insegurança do emprego, precárias formas de contratação, intensificação do trabalho, aviltamento dos salários, pressão pelo aumento da produtividade e de resultados imediatos, ausência de horizontes profissionais de mais longo prazo, falta de perspectivas de progressão e ascensão na carreira, ausência de políticas de capacitação profissional, entre outras (RAICHELLIS, 2011, p. 422).

Imprimir a direção do Projeto Ético-Político ao exercício profissional requer do Assistente Social qualificação e competência para negociar e realizar proposições que concretizem e ampliem os direitos dos usuários dos serviços. Neste sentido é

fundamental a defesa da “sua autonomia técnica, atribuições e prerrogativas profissionais” (RAICHELIS, 2011, p.428), fazendo-se necessário que sua atuação, fundamentada em uma análise crítica sobre a realidade, extrapole a reiteração do instituído nas rotinas institucionais e o mero cumprimento das tarefas burocráticas. Sendo que tal atuação na prática requer do (a) profissional

um conhecimento mais amplo sobre os processos de trabalho, os meios de que dispõe o profissional para realizar sua atividade, a matéria sobre a qual recai a sua intervenção, e também um conhecimento mais profundo sobre o sujeito vivo responsável por esse trabalho que é o próprio profissional (Idem, Ibidem).

No sentido de buscar estratégias de superação e redefinição da prática torna-se imprescindível reconhecermos a relevância da dimensão política da profissão. Entendemos que a elaboração e implementação de propostas de organização do trabalho da equipe de Serviço Social na atuação, fundamentadas nos instrumentos normativos da categoria, tem expressivo significado, como estratégia política em rompimento da neutralidade, para imprimir uma direção social podendo redimensionar o exercício profissional. Tendo em vista que, tais propostas, assumem o status de estratégias de defesa, e formas de expressão, do Projeto Ético-Político do Serviço Social.

Os (as) Assistentes Sociais que coordenam equipes de Serviço Social, ao elegerem, em sua maioria, o compromisso ético, político e profissional como uma das principais demandas para a equipe que gerenciam, reafirmam a construção de um exercício profissional comprometido com a qualidade dos serviços prestados e com a justiça social e a liberdade como valores centrais do atual código de ética (MATOS, 2013). No entanto, a decisão de se orientar uma prática coletiva a partir de um projeto ideológico e político que dialogue com princípios contra-hegemônicos, em muitas situações pode expressar conflitos entre os interesses e posicionamentos pessoais dos trabalhadores, os acordos coletivos e as normativas institucionais.

Tomamos como certo de que o(a) assistente social é um(a) trabalhador(a) assalariado(a), e o Serviço Social é uma profissão inscrita na divisão social e técnica do trabalho (RAICHELIS, 2009; 2011; IAMAMOTO, 1999), seja como servidor público, empregado de empresa privada ou outras formas contratuais sejam celebradas. A condição de trabalhador (a) assalariado (a) envolve necessariamente, a incorporação de parâmetros institucionais e trabalhistas (IAMAMOTO, 2007) que

regulam as relações de trabalho, jornada de trabalho, índices de produtividade, salário, entre outros. Há questões relacionadas a normas contratuais que tratam de acordos comuns a todo e qualquer trabalhador(a) e, portanto, precisam ser respeitadas, mas não estão isentas de protagonizar e potencializar pontos de conflitos evidentes entre coordenações e a equipe.

O exercício profissional do (a) assistente social encontra-se inserido em um complexo de determinações e mediações que põem em relevo a contradição entre as imposições pessoais históricas de acúmulo de poder expressas nas exigências e requisições institucionais dos empregadores e a defesa de um projeto profissional construído coletivamente pela categoria (IAMAMOTO, 2009). O Serviço Social no âmbito da saúde é uma categoria profissional com um “projeto de profissão articulado às necessidades e interesses históricos da classe trabalhadora” (VASCONCELOS, 2006). Portanto, os (as) profissionais enquanto categoria se posicionam em defesa dos direitos dos usuários e se colocam em posição de enfrentamento de forma constante nas instituições. Nesse sentido, as coordenações de equipe podem desempenhar um papel muito importante contribuindo para dar visibilidade à qualidade do trabalho respaldado nas atribuições e competência do Serviço Social.

De tal modo que podemos destacar como dificuldades para a gestão do Serviço Social, as questões relacionadas à configuração e conformação da política de saúde atual, com redução de investimentos em recursos humanos, infraestrutura e insumos para o sistema público de saúde e a conseqüente desarticulação entre os níveis de atenção à saúde. Observa-se a necessidade de um maior envolvimento da equipe com o trabalho, além do atendimento direto ao usuário, uma dificuldade de reconhecimento das atribuições privativas do(a) assistente social e a diferença entre os projetos institucionais e os defendidos pelo Serviço Social, por parte das outras categorias profissionais na instituição. Além dos modos de administração e modelos de gestão, estabelecidos sob a lógica do gerencialismo formal e abstrato pautado em números, contribuirão por ampliar o contexto de conflitos que dificultam o exercício da gestão do Serviço Social numa perspectiva democrática e participativa.

Dificuldades que se apresentam e geram desafios para a gestão do Serviço Social, sinalizados, na busca da construção de espaços em que todos(as) os(as) assistentes sociais da equipe possam opinar sobre a gestão realizada, com

pactuação de acordos referentes à organização do trabalho, a exemplo da realização regular de reuniões, além da garantia do respeito às decisões colegiadas da gestão (VIDAL, 2014).

Assim, como para o envolvimento dos (as) Assistentes Sociais nas atividades de planejamento, de definição de objetivos a serem realizados durante a gestão, tanto em relação à equipe de Serviço Social propriamente dita, como da gestão da instituição, contribuindo a partir de estudos e pesquisas sobre os determinantes sociais da saúde. Na elaboração conjunta com a equipe de um projeto para a gestão, com previsão de participação de todos(as) os(as) assistentes sociais, na perspectiva de uma “apropriação teórica metodológica e ético política” que objetive o “exercício de um profissional consciente, crítico, criativo e politizante” (VASCONCELOS, 2001, p. 130), e na busca de condições objetivas para uma formação continuada para a equipe de Serviço Social.

As correlações de forças econômicas, culturais e sociais acabam impondo ao profissional desafios que trarão embates com as relações de poder instituídas, em busca dos interesses dos cidadãos. Segundo Iamamoto (1999; 2007), o (a) Assistente Social é um (a) profissional assalariado (a) que não dispõe de todos os meios necessários para realização de sua atividade profissional, pois parte destes meios são fornecidos pelas instituições empregadoras, mas tem como exercer sua autonomia relativa técnica na execução e planejamento de seu exercício profissional.

O trabalho do (a) Assistente Social encontra-se “sujeito a um conjunto de determinantes externos, que fogem ao seu controle e impõem limites, socialmente objetivos, à consecução de um projeto coletivo” (IAMAMOTO, 2009a, p. 354). Pois a divergência entre os projetos defendidos pela instituição e os da categoria profissional influenciam diretamente o trabalho do (a) Assistente Social. Assim, existe um tensionamento entre o poder do empregador e os projetos defendidos pela categoria. A partir do conhecimento dos profissionais, calcados em estratégias técnicas e políticas (IAMAMOTO, 2009a), se torna possível a realização de mediações necessárias para que estes possam potencializar ações capazes de promover impactos e mudanças nas práticas profissionais da categoria, dos (as) trabalhadores (as) na área da saúde, na instituição e na vida da população usuária dos serviços. Sendo que essas ações precisam ser norteadas, projetadas e

direcionadas em conformidade com os princípios e diretrizes do projeto profissional da categoria.

Na busca de estabelecer estratégias e objetivos para efetivação desse projeto, em relação ao campo da saúde, Bravo e Matos (2004) alertam para estudos onde se privilegia um Serviço Social na perspectiva da divisão clássica da prática médica, que revela o embate entre o Projeto Ético-Político profissional e a vertente de reatualização do conservadorismo. Afirmam que podem ser destacadas três expressões dessa reação “conservadora” na saúde

A primeira é a constatação de que ainda existem na categoria segmentos de profissionais que, ao realizarem a formação em saúde pública, passam a não se identificar mais como assistentes sociais, recuperando uma autorrepresentação de sanitaristas. A segunda tendência, na atualidade com mais vigor, é a de resgatar no exercício profissional um privilegiamento da intervenção no âmbito das tensões produzidas subjetivamente pelos sujeitos e que tem sido autodeterminada pelos seus executores como Serviço Social Clínico. E, por fim, percebe-se gradativamente o discurso da necessidade da criação de entidades ou da realização de fóruns de capacitação e debates dedicados à importância da produção do conhecimento sobre o Serviço Social nas diferentes áreas de especialização da prática médica (BRAVO; MATOS, 2004).

O avanço dos modelos de gestão na administração pública, fundamentados politicamente na perspectiva neoliberal e caracterizados pelo controle nas estruturas de poder hierarquicamente verticalizantes, provocam o sucateamento e enxugamento das políticas públicas com consequências diretas nas políticas sociais e o rebatimento no Serviço Social e sua gestão, pois

Esse novo momento de expansão capitalista altera a demanda de trabalho do assistente social, modifica o mercado de trabalho, altera os processos e as condições de trabalho nos quais os assistentes sociais ingressam enquanto profissionais assalariados. As relações de trabalho tendem a ser desregulamentadas e flexibilizadas. Verifica-se uma ampla retração dos recursos institucionais para acionar a defesa dos direitos e dos meios de acessá-los. Enfim, tem-se um redimensionamento das condições do exercício profissional que ele se efetiva pela mediação do trabalho assalariado (IAMAMOTO, 2006, p. 176).

No atual contexto de retrocesso das políticas e refração de direitos sociais, se expressa e configura a disputa de projetos na política de saúde. Uma gestão do Serviço Social articulada com a defesa dos direitos dos usuários e das conquistas dos(as) trabalhadores (as), fundamentada e norteadas pelo Projeto Ético-Político profissional, com seus valores, princípios, regulamentação e legislação pertinentes,

ainda encontra muitas dificuldades para realizar mediações que possibilitem uma maior participação e envolvimento da equipe de Serviço Social nas decisões e nos espaços institucionais. Isso comprova que as instituições de saúde, mesmo com a presença de movimentos em favor do Projeto de Reforma Sanitária, ainda caminham com características conservadoras, hierarquizadas, o que vem fortalecendo o Projeto privatista. São características difíceis de ser modificadas, quer seja por questões estruturais, como o modo de produção capitalista, a conformação da política de saúde atual, as influências de construções coletivas históricas, com o predomínio de determinadas categorias profissionais; quer seja pelo estabelecimento de relações autoritárias, tradicionais e particularistas, marcadas por conflitos e tensões nesses contextos (VIDAL, 2014, p. 226).

É nesse campo adverso, com a atual configuração do panorama da política de saúde, que a exigência da competência profissional do (a) Assistente Social se faz cada vez mais presente, cabendo às equipes de Assistentes Sociais e coordenações do Serviço Social trabalharem, de forma conjunta e compartilhada, na gestão do Serviço Social, para combater a reprodução de modelos de organização do trabalho, estruturados em hierarquias conservadoras nas relações de poder institucionais, através do discurso envolvente e sedutor de modernização que privilegia a manutenção da ordem estabelecida. Isto para propiciar o surgimento de novas propostas e espaços para a intervenção profissional, que caminham na direção de fortalecer o Projeto Ético-Político da profissão e os princípios do SUS, e não esgotem nossas possibilidades interventivas na área da saúde.

Possibilidades que, segundo Vasconcelos (2006), se direcionam no caminho de superar intervenções que historicamente cumpriram um papel de aliviar as tensões, para realizar intervenções que sejam permeadas e orientadas pela noção de direito social, superando a prática do aconselhamento, da complacência e harmonização e do (a) profissional reconhecido (a) como o (a) acolhedor (a), que organiza trabalhos em equipe e distribui tarefas, estando presente para ajudar as equipes e pessoas.

Fica o desafio e o dilema atual de descobirmos mecanismos e estratégias de assegurar os direitos sociais e de repolitizar a questão social nesses espaços sócio-ocupacionais, para além de contornos neoliberais, pois a construção da natureza da autonomia relativa da profissão em seus sentidos e razão histórica não são determinadas ideologicamente de forma unilateral, “um dos maiores desafios que o assistente social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e

efetivar direitos, a partir das demandas emergentes no cotidiano” (IAMAMOTO, 1999, p. 20).

4 GESTÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

Neste capítulo procuramos discutir os principais desafios para a gestão do Serviço Social na saúde na organização social objeto de nosso estudo, assim como identificamos e discutimos as principais estratégias adotadas pelo Serviço Social no âmbito de sua atuação e examinamos a experiência do modelo de Gestão compartilhada enquanto estratégia de implementação de uma prática profissional do Serviço Social norteada e sincronizada com aporte basilar da direção profissional do Projeto Ético-Político do Serviço Social.

4.1 Desafios ao Serviço Social numa organização social da saúde.

“Um perfil profissional culto, crítico e capaz de formular, recriar e avaliar propostas que apontem para a progressiva democratização das relações sociais. Exige-se, para tanto, compromisso ético-político com os valores democráticos e competência teórico-metodológica na teoria crítica em sua lógica de explicação da vida social. Esses elementos, aliados à pesquisa da realidade, possibilitam decifrar as situações particulares com que se defronta o assistente social no seu trabalho, de modo a conectá-las aos processos sociais macroscópicos que as geram e as modificam”
(IAMAMOTO, 2007, p. 208).

Atualmente com o avanço dos novos modelos de gestão concretizados, através dos contratos de gestão nos serviços públicos, principalmente, com as Organizações Sociais no setor saúde, os preceitos de organização, avaliação, eficácia e eficiência⁵⁹ têm significado cada vez mais o “controle” da força de trabalho, nos moldes da administração tradicional gerencialista e conservadora. Tem por base a relação custo/benefício, desconsiderando os postulados do Projeto de

⁵⁹ A definição conceitual desses termos está em conformidade com a lógica da Contrarreforma do Estado por isso associada à diminuição de gastos, quanto à eficiência na saúde a preocupação está focada nos mecanismos que foram usados para a obtenção do êxito na atividade do Estado, para buscar os meios mais econômicos e viáveis procurando maximizar os resultados e minimizar os custos, de acordo com Timm e Toniolo (2007), “eficiência, no entanto, não significa necessariamente qualidade. Se, por exemplo, os recursos à saúde forem escassos, mas, mesmo assim, houver número grande de atendimentos com poucos erros na execução dos serviços (boa relação de custo e benefício), haverá eficiência, todavia não haverá necessariamente qualidade do serviço público”, e a eficácia está atrelada à “capacidade de produção de resultados” (Idem, Ibidem).

Reforma Sanitária e, conseqüentemente, as diretrizes do Sistema Único de Saúde constitucional. Os (as) profissionais de saúde comprometidos com um projeto de sociedade justa, igualitária e democrática precisam pensar essas demandas e requisições em um contexto que exige questionamento, investigação crítica da realidade, recolocando questões (Vidal, 2014), o que acarreta conseqüências para as políticas públicas, com rebatimentos para o campo da gestão de equipes de Serviço Social.

Com as inovações tecnológicas e modos de organização ocorrem mudanças nas instituições de saúde e formas de gerências dos hospitais. O modelo de atenção à saúde hegemônico, “médico-assistencial privatista e de atenção gerenciada” (PAIM, 2008a) ou hospitalocêntrico⁶⁰, centrado na clínica e no hospital em oposição ao modelo sanitarista, adota formas gerenciais influenciadas pela teoria da administração conservadora e tradicional, que contribuiu para a hierarquização, especialização, burocratização e controle do trabalho (BERNARDINO, 2007). Com a reestruturação produtiva do capital ocorreram mais mudanças na gerência das instituições, os hospitais vivenciaram uma era dos chamados programas de qualidade total, com o apelo à aquisição das ISOs⁶¹, baseadas no modelo acumulação flexível, cujos objetivos eram obtenção de maior lucratividade.

Segundo Neto, Barbosa e Santos (2008), em função de uma gestão mais eficiente e profissionalizada, com a adoção de “novas técnicas e ferramentas gerenciais e de modernos sistemas de informação”, o tema da gestão em saúde ganhou relevância nas agendas governamentais. Atualmente, sob orientação ideopolítica neoliberal, vêm sendo implantadas mudanças na gestão de várias instituições de saúde através da terceirização, via novos modelos de gestão, cujos argumentos giram em torno da busca de uma suposta autonomia gerencial e modernização para as instituições, influenciadas pela contrarreforma do Estado.

O movimento para essa transformação passa pela conformação da política de

⁶⁰ O modelo hospitalocêntrico diz respeito “ao modelo de atenção à saúde em que prevalece a hegemonia das práticas hospitalares e curativas, em detrimento de práticas extra-hospitalares, em especial a atenção básica, tanto preventiva quanto curativas. O modelo brasileiro de atenção, em especial a atenção médica previdenciária, foi fortemente estruturado com base na atenção médico-hospitalar curativa, modelo que passou a ser fortemente questionado a partir do fim dos anos de 1970” (NETO, BARBOSA E SANTOS, 2008).

⁶¹ A Organização Internacional para Padronização ou Organização Internacional de Normalização, popularmente conhecida como ISO é uma entidade que congrega os grêmios de padronização/normalização de 204 países.

saúde e as propostas hoje hegemônicas do “SUS possível” e do Projeto privatista em detrimento do SUS Constitucional. Trata-se de um processo perpassado por conflitos e contradições, tensionado ainda pela prioridade que vem sendo dada pela tendência mundial de centralizar na “gestão” a solução para adesão à racionalidade hegemônica (SOARES, 2012), desconsiderando aspectos centrais como o financiamento, o acesso, a defesa da saúde eminentemente pública e de qualidade e a promoção de saúde.

A proposição política governamental atual é a retomada do choque de capitalismo tendo como cerne a contrarreforma do Estado, com a flexibilização trazida pela terceirização, reformas trabalhista, previdenciária, tributária e política e implantação do regime fiscal de contenção de “gastos” com as políticas sociais. A inspiração para a agenda política tem sintonia com a difusão das propostas da perspectiva política do neoliberalismo, ortodoxo e selvagem, pactuadas pelos organismos/agências internacionais, com a prioridade na implantação de “reformas”⁶² essenciais para os interesses da classe proprietária dos meios de produção. Disseminando uma perspectiva ideopolítica onde o

neoliberalismo busca assim utilizar a seu favor a aura de simpatia que envolve a ideia de ‘reforma’. É por isso que as medidas por ele propostas e implementadas são mistificatoriamente apresentadas como ‘reformas’, isto é, como algo progressista em face do ‘estatismo’, que, tanto em sua versão comunista como naquela social democrata, seria agora inevitavelmente condenado à lixeira da história. Estamos assim diante da tentativa de modificar o significado da palavra ‘reforma’: o que antes da onda neoliberal queria dizer ampliação dos direitos, proteção social, controle e limitação do mercado etc., significa agora cortes, restrições, supressão desses direitos e desse controle. Estamos diante de uma operação de mistificação ideológica que, infelizmente, tem sido em grande medida bem-sucedida (COUTINHO, 2012, p. 122).

⁶² Trabalharemos com o termo Reforma em aspas por entender e concordar com autores (as) que definem como Contrarreforma do Estado, “Ao analisar a política de saúde dos anos noventa no Brasil já tínhamos chamado atenção para os efeitos deletérios do neoliberalismo sobre essa política e para o fato de que as alterações em curso não eram “reformas” e sim contra-reformas, uma vez que maculavam direitos dos trabalhadores historicamente conquistados. Assim, afirmávamos que a verdadeira reforma havia sido feita na Constituição Brasileira de 1988, quando esta buscou recuperar a imensa dívida social deste Estado para com os seus cidadãos [...] nossa análise como referência, por ter sido feita tendo como eixo de estudos a política de saúde (Matos, 2000 e Bravo e Matos, 2001). Mas estas reflexões não nos são exclusivas. Outros autores a realizaram no Brasil e, em sua maioria, retroalimentaram as nossas reflexões. Foi em Guerra (1998) que nos deparamos com a ideia de que a “reforma do Estado” em curso no Brasil seria um “contra-reforma”. Contudo, essa autora afirmava haver na “reforma” características de “contra-revolução”. Batista (1999) já nos alertava que a reforma não era apenas intenção e já estava em curso. E em Behring (2003) encontramos, do que conhecemos, a reflexão mais madura e aprofundada sobre a contra-reforma no Brasil” (MATOS, 2009, p. 24).

Torna-se importante ressaltar que o modelo de gestão na saúde, através das organizações sociais, apresentado como eficiente, pautado no controle de resultados, tem em sua origem, e busca conservar, o status de instituição filantrópica, que se vincula a valores religiosos e difunde o estímulo ao voluntariado, ou que é fomentada a ideologia da ajuda. Os (as) profissionais inseridos (as) na área da saúde são solicitados a fazer sempre mais oferecendo sua dedicação em favor do amor ao próximo, representando um retrocesso para a política de saúde na despolitização da saúde como direito social.

Como lembra Yazbek (2001), o pensamento liberal estimula um vasto empreendimento de “refilantropização do social”, já que não admite os direitos sociais, uma vez que os metamorfoseia em dever moral: opera, assim, uma profunda despolitização da “questão social”, ao desqualificá-la como questão pública, questão política e questão nacional. A atual desregulamentação das políticas públicas e dos direitos sociais desloca a atenção à pobreza para a iniciativa privada ou individual, impulsionada por motivações solidárias e benemerentes, submetidas ao arbítrio do indivíduo isolado, e não à responsabilidade pública do Estado. As conseqüências de transitar a atenção à pobreza da esfera pública dos direitos para a dimensão privada do dever moral são: a ruptura da universalidade dos direitos e da possibilidade de sua reclamação judicial, a dissolução de continuidade da prestação dos serviços submetidos à decisão privada, tendentes a aprofundar o traço histórico assistencialista e a regressão dos direitos sociais (IAMAMOTO, 2006, p. 163).

Na disputa de projetos que pauta a política do setor saúde, a proposição do modelo de saúde privatista em oposição ao projeto vinculado à Reforma Sanitária, se caracteriza por sua matriz teórica balizada na perspectiva neoliberal, apresentando propostas direcionadas na contenção de gastos, na racionalização da oferta de serviços vinculadas à focalização no atendimento às demandas, atrelando o princípio da descentralização com a isenção de responsabilidades, impulsionando um movimento que estimula o voluntariado e a refilantropização, ampliando os caminhos que apresentam a privatização como solução única e inevitável, além de trabalhar em congruência e interação com concepções individualistas e fragmentadas no tratamento da realidade social (BRAVO; MATOS, 2001).

Como podemos constatar no quadro abaixo, observa-se que, no período de um ano (set. de 2015 à set. 2016), ocorre a expansão da estrutura institucional e do número de atendimentos realizados, na organização social em estudo, agregado ao crescimento do quadro de voluntariados em contradição com a diminuição do número de trabalhadores formais contratados.

Tabela 01
Recursos Humanos e Evolução dos Atendimentos

Recursos Humanos				
	09/2015	09/2016	Variação	Índice de Variação (%)
Empregados	5.208	4.853	- 355	- 6,81 %
Voluntários	441	480	+ 39	+ 8,84 %
Consultas, Atendimentos e Procedimentos realizados.				
Ambulatorial	64.694	70.652	+ 5.958	+ 9,20 %
Emergencial	9.336	8.951	- 385	- 4,12 %
Internamentos	4.299	4.084	- 215	- 5,00 %
Tratamentos	16.687	16.775	+ 88	+ 0,52 %
Cirurgias	634	551	- 83	- 13,09 %
Exames, Imagens e Análises				
Centro Diagnósticos	1.300	1.257	- 43	- 3,30 %
Imaginologia	16.717	16.635	- 82	- 0,49 %
Análise Clínicas	175.567	192.479	+ 16.912	+ 9,63 %

Elaboração Própria. Fonte: Doc. 18 Relação em anexo (APÊNDICE B - Relação dos Documentos para Análise da Pesquisa).

Assim, enquanto ocorreu uma redução de 6,81% de contratação de trabalhadores (as) da saúde na instituição, houve também um aumento de voluntários (as) na ordem de 8,84%. Pode-se observar também um aumento em consultas, atendimentos, procedimentos (Ambulatorial +9,20%, Tratamentos +0,52%), exames, imagens e análises (Análise Clínicas +9,63%) que são menos onerosos para a instituição; e uma redução nos Internamentos - 5,00%, Cirurgias - 13,09%, Emergencial - 4,12 %, Centro Diagnósticos - 3,30%, Imaginologia - 0,49%, que requerem mais investimentos material e profissional para sua realização.

Observamos a expressão dessa tendência, para além da instituição de saúde em estudo, no apelo ao trabalho voluntário na declaração, publicada no site do

projeto Transforma Recife⁶³, do atual prefeito da Cidade do Recife, quando afirma que “a cidade que sonhamos é construída com a participação de todos. O Transforma Recife potencializa esse sentimento com a união de ONGs, Voluntários e do poder público. De forma inovadora, o sonho se torna realidade na cidade do Recife”⁶⁴, em 28.06.2017 consta no voluntariometro⁶⁵ o registro de 745.573 horas de trabalho voluntário. Destacamos a sustentação na proposta do apelo à doação do trabalho em função de valores solidários, pois

Pelo Transforma Recife, qualquer pessoa, no computador de casa, pode escolher a função, a entidade, o dia e horário que deseja **doar sua força de trabalho**. Além da plataforma digital Transforma Recife, a Prefeitura do Recife mantém uma sala física do projeto (Rua Domingos José Martins 95 – Bairro do Recife) que fica disponível como ponto de informação para os usuários, além de servir de apoio para capacitação, reuniões com representantes das ONGs e consultoria para planejamento e melhoria das organizações (Recife, Gov. 2015) [grifos nossos].

Sendo nossa análise fundamentada na construção histórica do direito social, não temos como interpretar como inovação o retrocesso à caridade na prestação de serviços à sociedade pautada pela lógica da ajuda, do favor, da benesse, com apelos para a participação da população via união da sociedade civil em função da dedicação ao trabalho para a construção de uma cidade idealizada através do trabalho voluntário, movimento que entendemos expressar a

desresponsabilização do Estado e do Capital com as respostas da “questão social”. Este deslocamento engendra o retorno de práticas tradicionais no que se refere ao trato das contradições sociais no verdadeiro processo de

⁶³ O Transforma Recife é um projeto da Prefeitura da Cidade do Recife – PCR uma plataforma digital onde as organizações da cidade podem se cadastrar e oferecer vagas de trabalho voluntário e os profissionais e pessoas participam no mesmo processo de cadastramento para ofertar seus serviços e sua mão de obra de forma voluntária, em um único local estabelecendo uma conexão entre milhares de pessoas em torno de uma causa comum pautada na ajuda ao próximo, “O Transforma Recife funciona como uma rede social cruzando perfis de interesse com ofertas de trabalho voluntário em entidades do Recife. Com a plataforma, as instituições parceiras e pessoas que queiram trabalhar voluntariamente podem se cadastrar, criando um elo entre voluntários e organizações. O site cruza os perfis de interesse, incluindo preferências de atuação, localização, horários e causa ideal, com as diversas oportunidades de voluntariado, formando uma corrente e contribuindo com o trabalho social no Recife”. Site oficial da Prefeitura da Cidade do Recife disponível em: <<http://www2.recife.pe.gov.br/noticias/03/04/2016/transforma-recife-comemora-um-ano-de-trabalho-solidario>> acesso em: 28.06.2017 às 18:27hs.

⁶⁴ Disponível em: <<http://www.transformarecife.com.br/#/login>> acesso em: 28.06.2017 às 18:00hs.

⁶⁵ O Voluntariometro é um equipamento eletrônico que possui sete metros de altura e um display digital de nove dígitos com a função de registrar e contabilizar o número de horas dedicadas ao trabalho do voluntariado, do Recife, cadastrados na plataforma digital do programa Transforma recife, equipamento que está instalado e funcionando na Avenida Agamenon Magalhães, em Recife, tendo como objetivo despertar o engajamento das pessoas que querem ajudar entidades beneficentes registradas no Transforma Recife.

refilantropização da questão social, sob os pressupostos da ajuda moral, próprias das práticas voluntaristas, sem contar a tendência de fragmentação dos direitos sociais (ALENCAR, 2009, p. 454-45).

Diante do contexto atual de crise capitalista, nessa fase avançada do capitalismo tardio, as propostas para o atendimento das políticas sociais pautadas na perspectiva da solidariedade tornem-se alternativas condizentes com uma lógica despolitizante que descaracteriza a concepção de direito social universal e projeta um processo de refilantropização no trato das expressões da questão social.

A regressão dos direitos, a destruição de conquistas históricas dos trabalhadores e a adoção de um padrão de política social sem direitos sociais concorrem para a assistencialização da pobreza, da política de assistência social e do próprio Serviço Social. Este modelo e execução da política social dinamiza a tendência mais conservadora da profissão e promove um retorno das práticas assistencialistas e caritativas, paliativas, imediatistas, reducionistas, algumas muito próprias das protoformas, mas que continuaram a operar no Serviço Social (GUERRA, 2010, p. 16).

A tendência do caráter filantrópico que se reatualiza na saúde tem suas diretrizes pautadas na generosidade, solidariedade e altruísmo, influenciadas pela doutrina religiosa do auxílio ao próximo e direcionam a política social na responsabilização solidária da sociedade civil e retração da ação direta do Estado. Neste sentido, estão na contramão da universalidade do direito social, em um movimento que tem suas expressões no avanço dos processos atuais de privatização da saúde e mercantilização dos serviços, que são condizentes com a proposição do voluntariado, atendendo às necessidades contemporâneas da crise capitalista.

Realizamos um levantamento de dados, referente aos anos de 2014, 2015 e 2016, sobre os indicadores de atendimento e o quantitativo de profissionais do Serviço Social, da Organização Social em estudo, onde identifica-se a tendência contencionista de redução de gastos pautada na lógica privatista do “fazer sempre mais com menos”, que se expressam na diminuição/redução do quantitativo de Assistentes Sociais e da equipe técnica administrativa do setor, em contraste e contraposição com o aumento no número de atendimentos e, conseqüentemente, da produtividade, como consta nas tabelas abaixo:

Tabela 1- **Relatório Operacional do Serviço Social Indicadores de Atendimentos**

	2014	2015	2016
Janeiro	9.413	6.892	8.572
Fevereiro	5.333	5.539	7.436
Março	5.569	7.298	8.687
Abril	7.635	7.034	7.348
Mai	6.902	6.259	7.713
Junho	6.796	8.796	9.074
Julho	8.513	8.566	8.779
Agosto	6.155	9.221	9.420
Setembro	6.588	9.088	7.703
Outubro	6.101	9.318	8.997
Novembro	7.143	9.300	8.085
Dezembro	6.229	7.719	9.225
Totais	82.377	94.730	101.039

Elaboração Própria. Fonte: Relatório Operacional do Serviço Social⁶⁶. Doc. 20 Relação em anexo (APÊNDICE B - Relação dos Documentos para Análise da Pesquisa).

Tabela 2 - **Relação dos Profissionais e Relatório Operacional do Serviço Social**

	2014	2015	2016	Varição
Quantitativo de profissionais Assistentes Sociais ⁶⁷ e Técnicos Administrativos ⁶⁸	39	34	29	- 10 - 25,64%
Quantitativo de atendimentos do Serviço Social ⁶⁹	82.337	94.730	101.039	+ 18.702 + 22,71%

⁶⁶ Relatório Operacional do Serviço Social – Indicadores por setor de encaminhamentos e informações aos usuários, referentes aos anos de 2014, 2015 e 2016. Doc. 20 relação em anexo.

⁶⁷ Profissionais locados em diferentes setores na instituição Serviço Social Geral, Emergência Pediátrica, Hemodialise Infantil, Leitos de Internamento, Hemodialise Adulto, Unidade Geral de Transplantes Enfermaria, Oncologia Ambulatório, Reabilitação Motora, Centro de Atenção aos Defeitos da Face – CADEFI, Hospital DIA (Departamento de Imunologia Clínica), Implante Coclear, CANGURU, SAD, Cuidados Paliativos, Berçário, Transplante Medula Óssea – TMO, Clínica Médica Adulto, Centro da Mama, Retaguarda, Oncologia Pediátrica Enfermaria, Oncologia Adulto Enfermaria, Ambulatório Transplantados, Oncologia Pediátrica Ambulatório.

⁶⁸ Técnicos Administrativos locados no setor do Serviço Social Geral do Hospital.

⁶⁹ Refere-se aos indicadores do relatório do setor das atividades realizadas pelo Serviço Social Acompanhamentos, Articulações Internas, Articulações Externas, Planejamento Familiar, Declarações do setor, Encaminhamentos Internos, Encaminhamentos a rede de saúde, Tratamento Fora de Domicílio – TFD, Encaminhamentos rede socioassistencial, Encaminhamentos outros, Entrevista Social, Orientação Direitos Sociais, Orientação Acesso serviços, Parecer Social, Reuniões de Grupos, Reuniões Internas e Externas, Visita Domiciliar, Atendimento no Leito, como também, as atividades que ficam com os (as) profissionais técnicas administrativas do Serviço Social, de comunicação de alta hospitalar, óbitos para funerárias e/ou ação social dos municípios, serviços de correspondências,

Elaboração Própria. Fonte: Relação dos Profissionais (Doc. 16) e Relatório Operacional do Serviço Social (Doc. 20)⁷⁰. Relação em anexo (APÊNDICE B - Relação dos Documentos para Análise da Pesquisa).

Evidencia-se, no período de dezembro de 2014 a dezembro 2016, um aumento gradativo de 22,71% nos atendimentos realizados pelo Serviço Social na instituição em contraste com uma diminuição de 25,64% do quantitativo do quadro de profissionais do setor do Serviço Social (Assistentes Sociais e Técnicos (as) Administrativos (as)).

O aumento no registro do quantitativo de atendimento do Serviço Social, além de representar uma tendência do aumento das expressões da questão social derivada do direcionamento das políticas macroeconômicas, também tem relação com a cobrança da instituição pela implementação de uma política institucional que priorize o registro de produtividade dos profissionais, mesmo com diminuição do quadro de pessoal, conforme orientação do Programa de Contenção de Gastos – PCG da instituição. Esse registro institucional é pautado numa racionalidade formal, cuja preocupação central é o quantitativo de produção. Podemos destacar também que, no ano de 2015, segundo orientação do PCG, além da demissão de profissionais do setor, ainda foram realizados o cancelamento de contratos de estagiárias bolsistas do Serviço Social.

O Serviço Social da organização social em questão, diante das exigências institucionais de registro de produtividade, adotou como estratégia o direcionamento no registro de procedimentos, dando visibilidade a práticas profissionais voltadas à qualificação do atendimento e da formação e qualificação profissional⁷¹ da equipe do Serviço Social, através de relatórios sistemáticos de indicadores sociais, como

auxílio transporte, encaminhamentos para lanches, registros de nascimento junto ao cartório, serviços de articulação para transferências e remoções.

⁷⁰ Relação dos Profissionais do Serviço Social setor de lotação e o Relatório Operacional do Serviço Social – Indicadores por setor de encaminhamentos e informações aos usuários, referentes aos anos de 2014, 2015 e 2016. Doc. 16 e 20 relação em anexo.

⁷¹ A caráter de exemplo foi introduzido, em 2016, o Relatório Quantitativo do Serviço Social de Atividades de Gestão, Ensino e Pesquisa para registrar atividades dessa natureza (ATIVIDADES DE GESTÃO participação em: Eventos internos e externos; Reuniões externas, da instituição e do Serviço Social. ATIVIDADES DE ENSINO E PESQUISA em Estágio: acompanhamento individual, avaliação, discussão de casos, orientação de TCC, reunião da comissão, seminários de formação internos e externos, grupo de estudos; em Pesquisa: elaboração de projeto, coleta e análise de dados, orientação, reunião com equipe, elaboração; em Residência: acompanhamento individual, avaliação, discussão de casos, orientação de TCC, reunião da comissão, seminários de formação internos e externos.) Doc. 21 Relação em anexo (APÊNDICE B - Relação dos Documentos para Análise da Pesquisa).

também, com registro e/ou relatórios de realização de eventos da equipe (Congressos, Jornadas⁷², Fóruns, Seminários, Grupos temáticos, Encontros de debates, Rodas de conversas); com a participação (como ouvinte, palestrante, integrante de mesas, etc.) de profissionais Assistentes Sociais da equipe em eventos de outras instituições; com registros de práticas de orientação de trabalhos e participação em mesas de avaliação; de supervisão de estágios curriculares obrigatórios do Serviço Social com a UFPE; da preceptoria de residentes do Serviço Social em algumas áreas da saúde (saúde mental, saúde do idoso e saúde da família); de reuniões com profissionais de outras instituições para serviços de assessoria e consultoria técnica do Serviço Social, entre outros, pois

O assistente social é solicitado, durante todo o seu tempo de trabalho, a atender demandas complexas, de forma desmedida pode ser considerada a sua intensidade. Por vezes, o atendimento a uma só pessoa pode ocupar dias de trabalho devido a sua complexidade. E mesmo com demandas grandes e intensas de atendimento direto à população, é também convocado a ocupar cargos que dialogam com a gestão (SODRÉ, 2010, p. 466).

No documento Planejamento Estratégico Institucional: orientações estratégicas básicas podemos observar a expressão de referências condizentes com a lógica gerencialista administrativa, inspiradas na Reforma Administrativa do Estado⁷³, conforme expresso nos desafios anuais⁷⁴ da instituição hospitalar, indicados nas tabelas abaixo:

⁷² “As jornadas de Serviço Social [da Instituição] tiveram o seu início em 2003. Posteriormente, em 2005, o Serviço Social se incorpora aos congressos [da instituição], como mais uma categoria sendo representada. Em 2014, são iniciados os congressos próprios da categoria. Vale ressaltar que com esses eventos houve a oportunidade de trazer estudiosos de grande relevância nacional do Serviço Social, como Ana Elizabete Mota, Elaine Behring, Ivanete Boschetti, Potiara Amazoneida, Maria Inês Bravo, Regina Miotto, Maurílio Matos, Yolanda Guerra, Ana Cristina Vieira, Raquel Soares, Maria Cristina Paniago, Daniel Rodrigues, entre outros. Refletir sobre os temas propostos, à luz deste corpo docente proporcionou ao Serviço Social [da instituição] e de outros serviços a possibilidade de uma maior qualidade na prática profissional, num movimento dialético entre esta e os aportes teóricos” (Doc. 07, 2016) Relação em anexo (APÊNDICE B - Relação dos Documentos para Análise da Pesquisa).

⁷³ Como visto no I Capítulo, o processo de Reforma administrativa da Gestão Pública brasileira ou Reforma gerencial do Estado teve início, em meados da década de 90, com a elaboração do Plano Diretor da Reforma Administrativa do Estado, no governo de Fernando Henrique Cardoso – FHC, sendo coordenado por Luiz Carlos Bresser Pereira, então Ministro da Administração Federal e Reforma do Estado – MARE.

⁷⁴ No ano de 2011 ocorreu um momento de transição quanto à definição da construção do documento Planejamento Estratégico: Orientações Estratégicas Básicas que ocasionou a realização do planejamento do Serviço Social 2011 sem a inclusão do desafio geral da instituição e nos anos posteriores foi adotado a inclusão do desafio geral da Superintendência à qual o setor está vinculado.

Quadro 6 - **Desafios Gerais Institucional do Planejamento Estratégico**

Desafio Geral 2008	Consolidar o novo modelo de gestão, manter a qualidade do atendimento e a qualificação das equipes e dos serviços de assistência, ensino, pesquisa e extensão, preservando a imagem de excelência de uma instituição de caráter público.
Desafio Geral 2009	Fortalecer o modelo de gestão, consolidar a interiorização, mantendo a qualidade do atendimento e a qualificação das equipes e dos serviços de assistência, ensino, pesquisa e extensão, preservando a imagem de excelência de uma instituição de caráter público.
Desafio Geral 2010	Consolidar a atuação como gestora de hospitais públicos e alcançar o equilíbrio financeiro da instituição.
Desafio Geral 2012	Consolidar o modelo de gestão e qualificar o corpo gerencial para assegurar a integração da rede, a qualidade de seus serviços e o equilíbrio financeiro da instituição.
Desafio Geral 2013	Atualizar o modelo de gestão, desenvolver a equipe gerencial e repactuar contratos para assegurar que a Rede [...] cumpra suas metas operacionais, com equilíbrio financeiro e elevado padrão ético, técnico e humanitário nas áreas de assistência, ensino, pesquisa e extensão.
Desafio Geral 2014	Conseguir o equilíbrio econômico-financeiro, atualizar o parque tecnológico e de equipamentos, ampliar a capacidade de retenção de recursos humanos e qualificar a gestão para melhorar a eficiência dos gastos e a eficácia na assistência, ensino e pesquisa.

Elaboração Própria. Fonte: Doc. 09 e 11 Relação em anexo (APÊNDICE B - Relação dos Documentos para Análise da Pesquisa).

Quadro 7- **Desafios Gerais Institucional do Planejamento Estratégico 2015/2016**

Desafio da Superintendência de Administração e Finanças – SAF de 2015 ⁷⁵	Implementar o planejamento orçamentário, qualificar gestores no controle e redução de custos, aperfeiçoar a comunicação interna e as ferramentas tecnológicas
Desafio da Superintendência de Administração e Finanças – SAF de 2016	Monitorar e aperfeiçoar o acompanhamento do PCG [Programa de Contenção de Gastos], reestruturar a DRH [Diretoria de Recursos Humanos], implantar POPs [Procedimento Operacional Padrão] em 5 áreas da SAF [Superintendência de Administração e Finanças] e aperfeiçoar ferramentas tecnológicas de suporte a gestão

Elaboração Própria. Fonte: Doc. 10 Relação em anexo (APÊNDICE B - Relação dos Documentos para Análise da Pesquisa).

⁷⁵ A partir do ano de 2015 a construção do documento Planejamento Estratégico: Orientações Estratégicas Básicas foi modificado sendo desmembrado a parte relativa ao desafio geral anual da instituição, no qual, nos anos anteriores, o desafio do Serviço Social era inserido junto ao desafio geral da instituição e, a partir desse ano, foi inserido o desafio geral da Superintendência de Administração e Finanças – SAF e retirado o desafio geral da instituição, sendo definida a construção do Planejamento Estratégico do Serviço Social junto ao desafio da Superintendência ao qual o setor esta vinculado (Conforme consta no Organograma Institucional - figura 02 nesse trabalho disponível na p. 126).

Podemos identificar a influência de valores e objetivos, nos desafios institucionais dos anos correspondentes, típicos e característicos da iniciativa privada, quais citamos como exemplo a intenção de: Consolidar o novo modelo de gestão; Fortalecer o modelo de gestão; preservar a imagem de excelência; consolidar a instituição como gestora de hospitais públicos e sua interiorização; alcançar o equilíbrio financeiro da instituição; qualificar o corpo gerencial para integração da rede; atualizar modelo de gestão; desenvolver equipe gerencial e repactuar contratos; cumprir metas operacionais; equilíbrio financeiro; elevar padrão; retenção de recursos humanos e qualificar a gestão para melhorar a eficiência dos gastos; planejamento orçamentário; controle e redução de custos; Monitorar e aperfeiçoar o acompanhamento do Programa de Contenção de Gastos; implantar Procedimento Operacional Padrão e aperfeiçoar ferramentas tecnológicas de suporte a gestão, que refletem sua influência tanto do plano governamental da “reforma” do Estado⁷⁶ brasileiro, que traçou como objetivos

Transferir para o setor público não-estatal estes serviços, através de um programa de “publicização”, transformando as atuais fundações públicas em organizações sociais, ou seja, em entidades de direito privado, sem fins lucrativos, que tenham autorização específica do poder legislativo para celebrar contrato de gestão com o poder executivo e assim ter direito a dotação orçamentária; Lograr, assim, uma maior autonomia e uma conseqüente maior responsabilidade para os dirigentes desses serviços; Lograr adicionalmente um controle social direto desses serviços por parte da sociedade através dos seus conselhos de administração; [...] Lograr, finalmente, uma maior parceria entre o Estado, que continuará a financiar a instituição, a própria organização social, e a sociedade a que serve e que deverá também participar minoritariamente de seu financiamento via compra de serviços e doações; Aumentar, assim, a eficiência e a qualidade dos serviços, atendendo melhor o cidadão-cliente a um custo menor (BRASIL, 1995, p. 46 – 47).

Como também se encontram expressos no ideário das contrarreformas atuais⁷⁷ onde é colocado que caberá ao Estado, “com base na livre iniciativa, na livre competição e na busca por integração com os mercados”, (BRASIL, 2015) realizar ajustes legislativos fundamentais como: construir uma trajetória de equilíbrio e sustentabilidade fiscal; executar uma política de desenvolvimento centrada na

⁷⁶ Objetivos e valores condizentes com os traçados no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, os quais foram abordados no item 2.2. desse trabalho, ainda que de forma incipiente.

⁷⁷ Que se reatualizam no plano de governo Uma ponte para o futuro, que poderia ser mais bem definido como uma carta de intenções do PMDB, abordado no item 2.2. desse trabalho.

iniciativa privada, por meio de transferências de ativos que se fizerem necessárias; concessões amplas em todas as áreas; parcerias para complementar a oferta de serviços públicos e retorno ao regime anterior de concessões. Tais objetivos baseados em valores da lógica de funcionamento do setor privado que são direcionados sob a argumentação da necessidade de adequação a

um novo ciclo de crescimento [que] deverá apoiar-se no investimento privado e nos ganhos de competitividade [...] Recriar um ambiente econômico estimulante para o setor privado deve ser a orientação de uma política correta de crescimento [...] Temos que viabilizar a participação mais efetiva e predominante do setor privado na construção e operação de infraestrutura, em modelos de negócio que respeitem a lógica das decisões econômicas privadas, sem intervenções que distorçam os incentivos de mercado (BRASIL, 2015, p. 17).

As estratégias de modernização da gestão pública, baseadas na racionalidade formal abstrata do gerencialismo da reforma administrativa do Estado, como mecanismo de gestão para o SUS, representam, segundo Rezende (2008), “um subterfúgio para a terceirização e a privatização de serviços do setor saúde”, tendo como algumas consequências previsíveis: a transferência do fundo público ao setor privado lucrativo; o repasse de patrimônio, bens, serviços, servidores e dotação orçamentária públicos a empresas de Direito Privado; a desregulamentação do Sistema Público de compra de bens e serviços; a implementação da terceirização de serviços públicos como regra e o fim da forma democrática de acesso aos Cargos Públicos via Concurso Público; a desprofissionalização dos serviços, dos Servidores Públicos e desorganização do processo de trabalho em saúde; a flexibilização dos contratos de trabalho; o desmonte da Gestão Única do SUS e o comprometimento do Sistema de referência/contra-referência e a hierarquização dos serviços de saúde, pois cada serviço terceirizado/privatizado tem em si a característica de autonomia em relação à administração pública e ao SUS.

Observa-se também uma grande preocupação institucional com a sua visibilidade como centro de referência em inovação em saúde, conforme expresso na visão institucional⁷⁸ de 2010/2015 e de 2014/2018, respectivamente

⁷⁸ Foi incluído no documento Planejamento Estratégico: Orientações Estratégicas Básicas o item Visão institucional que corresponde a uma projeção de meta que é realizada dentro de um determinado período de trabalho para ser alcançada pela instituição, no ano de 2010 foi instituído o período de cinco anos para ser atingido o objetivo traçado na visão delineada como propósito até 2015. E em 2014 foi realizada revisão que decorreu na diminuição desse período para quatro anos sendo projetada a meta da visão institucional de 2014 para 2018.

Ser reconhecida como centro de pesquisa e inovação tecnológica, mantendo a excelência na assistência e no ensino [e em 2014 para 2018] estar entre as 10 mais importantes instituições filantrópicas do Brasil nas áreas de ensino, pesquisa e extensão, pelos critérios do MS/MEC/Capes/MC&T [Ministério da Saúde/Ministério da Educação e Cultura/Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior] e tornar-se centro colaborador da OPAS [Organização Pan-Americana da Saúde] e da OMS [Organização Mundial da Saúde] (doc. 09 e 11)⁷⁹.

Coloca-se a exposição de um paradoxo entre a preocupação de visibilidade da instituição e as tendências atuais da política de saúde que vêm precarizando cada vez mais o SUS e comprometendo a qualidade no atendimento dos usuários. É como se, segundo a lógica institucional, a aparência como centro de referência em saúde fosse mais importante que a qualidade na assistência nos serviços prestados à população.

Foi desenvolvido, em 2015, pela Coordenação e equipe do Serviço Social da instituição estudada, um projeto para manutenção dos profissionais do Serviço Social com o objetivo de manter os (as) Assistentes Sociais na Instituição, onde foi realizado um estudo, compreendido no período de janeiro a dezembro de 2014, que procurou apontar as principais causas que motivaram o desligamento dos profissionais.

No levantamento realizado, referente ao período citado, foram desligados da instituição 17% do quadro de Assistentes Sociais, e apresenta como principais motivações o salário inadequado (60%), a qualificação profissional e a insatisfação com o trabalho, ambas com 20%. E, em 2015, até o mês de abril, quando foi fechado o estudo, a Coordenação do Serviço Social estava trabalhando com a previsão de desligamento do quadro de profissionais de 24%, com mais 14% com previsão de afastamento para especialização, apresentadas como motivação para o desligamento e afastamento nesse período, o salário inadequado 64% e a necessidade de qualificação 36%.

Consta no documento o registro de perdas no quadro de pessoal e previsões para 2015 um fator determinante quanto à qualificação profissional, quanto maior é o grau de titulação do profissional maior é a probabilidade de se desligar da instituição, como é exemplificado na figura 1 abaixo:

⁷⁹ Material submetido à análise documental que consta na relação dos documentos em Anexo (APÊNDICE B - Relação dos Documentos para Análise da Pesquisa).

Figura 1- Gráfico da Relação da projeção de perda de Profissionais por Qualificação



Fonte: Doc. 14 Relação em Anexo (APÊNDICE B - Relação dos Documentos para Análise da Pesquisa).

Foi realizado um Relatório de Avaliação dos Assistentes Sociais 2014/2015 com o objetivo de “possibilitar a manutenção dos profissionais de Serviço Social na instituição, a partir da verificação de um fluxo constante de solicitações de desligamento profissional [...], com o propósito de trazer melhorias e, desta forma, reter o bom profissional no serviço” (Doc.19). A partir da Coordenação do Serviço Social foi elaborado um questionário que buscava revelar as principais facilidades, dificuldades para os profissionais Assistentes Sociais em seus setores de trabalho, assim como solicitava suas sugestões sobre as possibilidades de melhorar as condições para realização de seu exercício profissional.

Nessa avaliação foram destacadas como principais dificuldades encontradas para realização da intervenção profissional do (a) Assistente Social

Falta de sala e equipamentos (computadores, acesso à internet, telefones, armário para arquivos, entre outros); O pouco entendimento por parte das outras categorias profissionais sobre os objetivos e atribuições dos (as) Assistentes Sociais, delegando ações inapropriadas e não encaminhando as demandas necessárias aos usuários para a Atuação do Serviço Social;

Pouca autonomia profissional e dificuldade de diálogo e apoio das coordenações de alguns setores específicos na instituição; Acúmulo de setores pelo mesmo profissional, dificultando a realização das ações de forma integral e contínua; Precariedade da rede socioassistencial e de saúde; Pouca integralidade das ações por parte das equipes dos setores específicos; Ausência ou insuficiência de profissionais em vários setores da instituição, implicando na falta de respostas às demandas dos usuários (Doc. 19⁸⁰).

Podemos acrescentar, para além da análise documental, alguns pontos que se expressam no cotidiano do exercício profissional do Serviço Social, como desafios para a categoria profissional no campo da saúde. Desafios que refletem tendências atuais e se manifestam no agravamento das expressões da questão social que se apresentam cotidianamente no setor saúde; com a restrição, seletividade e focalização na prestação dos serviços, com as demandas sendo reprimidas e/ou negligenciadas, com a negação do direito social; na dificuldade de articulação das políticas sociais diante do subfinanciamento e consequente fragmentação da rede socioassistencial; na descontinuidade imposta pela lógica do atendimento regido pela necessidade de dar respostas imediatas às demandas dos usuários, de forma emergencial, individualizada e burocratizada; na necessidade de superação da subalternização profissional diante à hegemonia da profissão médica no processo de trabalho em saúde; entre tantos outros.

Como vimos em capítulos anteriores, a ofensiva da contrarreforma no setor saúde está fundamentada no projeto ideopolítico neoliberal, e se materializa, dentre outras formas, nos modelos dos contratos de gestão dos serviços de saúde, com o alibi da necessidade de modernização da gestão em saúde. No entanto, se expande, a passos largos, um processo de despolitização com a refilantropização da questão social e assistencialização da política de saúde. Tais processos engendram desafios no cotidiano institucional, nas correlações de força entre as profissões, nas respostas às demandas dos usuários e do serviço e geram dificuldades com a fragilização da unidade da classe trabalhadora no setor saúde.

Nesse contexto, Soares (2010) afirma que cada vez mais a racionalidade hegemônica na política de saúde, presente nas instituições de saúde, requisita que os assistentes sociais atuem sobre as demandas emergenciais e assistenciais. Tais profissionais são demandados a atuar de forma emergencial, pontual, imediata, e

⁸⁰ Doc. 19. Relação em Anexo (APÊNDICE B - Relação dos Documentos para Análise da Pesquisa).

que consigam “resolver” os problemas de maneira conciliatória, conformista, apassivadora e manipulatória. Requisita-se, sobretudo, ainda segundo a autora, que assistente social atue na contenção das demandas e conflitos oriundos das contradições do sistema. Assim, o perfil requisitado é de um (a) profissional eficiente que “dê conta do seu trabalho” não levando problemas para as instâncias superiores. A estrutura da hierarquia verticalizante de poder da instituição favorece esse processo, limitando e domesticando a participação da população, que tem suas demandas atendidas no Serviço Social ou , quando não resolvidas e passivizadas, seguem o fluxo institucional da caixa de queixas e sugestões da ouvidoria do hospital.

4.2 Estratégias no campo de atuação do Serviço Social na gestão.

O reconhecimento do caráter interventivo do assistente social, supõe uma capacitação crítico-analítica que possibilite a construção de seus objetos de ação, em suas particularidades sócio-institucionais para a elaboração criativa de estratégias de intervenção comprometidas com as proposições ético-políticas do projeto profissional. A competência teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política são requisitos fundamentais que permite ao profissional colocar-se diante das situações com as quais se defronta, vislumbrando com clareza os projetos societários, seus vínculos de classe, e seu próprio processo de trabalho (ABEPSS, 1996, p. 13).

As dificuldades que se projetam e vêm se concretizando, em tempos de contrarreformas e ofensiva neoliberal, se apresentam de forma gradativa e tendencial nos espaços sócio-ocupacionais. No campo de atuação dos (as) Assistentes Sociais na saúde, “os profissionais que defendem uma direção social estratégica para o Serviço Social não podem contentar-se com a sinalização do mercado de trabalho: devem conectá-la à análise das tendências societárias macroscópicas e aos objetivos e valores do projeto social que privilegiam” (NETTO, 1996, p. 123), vislumbrando e tendo como direcionamento a luta pela construção de uma articulação que preze pela defesa, junto ao conjunto dos profissionais de saúde e usuários, do Sistema Único de Saúde, de seus princípios e diretrizes e de suas tendências político-emancipatórias, sendo necessário o aporte de

uma perspectiva teórica crítica que permita apreender o movimento histórico, que se contém nas transformações societárias em curso e a negatividade que ele comporta, perspectiva vinculada a um projeto social anticapitalista sem vincos utópicos-românticos, pode assegurar que os componentes sociocêntricos e emancipadores que a cultura profissional recentemente obrigou, sejam potenciados e atualizados (NETTO, 1996, p. 127 – 128).

Diante da condicionalidade dos limites objetivos, impostos pelo contexto da conjuntura atual, torna-se possível ao Serviço Social, enquanto categoria profissional participante da reprodução social, propor estratégias profissionais e políticas para reforçar os interesses da classe trabalhadora, pois “um dos maiores desafios que o assistente social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir das demandas emergentes no cotidiano” (IAMAMOTO,

1999).

Mesmo cerceado pelas determinações da condição de trabalhador (a) assalariado (a), Yasbek (1999) aponta que, o Assistente social dispõe de relativa autonomia que se faz presente no seu cotidiano profissional. Assim, pode se configurar na singularidade que pode estabelecer na relação com os seus usuários, na concretude do direcionamento presente de um código de ética orientador de suas ações, no caráter não rotineiro de seu trabalho e na possibilidade de apresentar propostas de intervenção a partir de seus conhecimentos técnicos e regulamentação da profissão.

Pelo caráter contraditório do sistema, essas possibilidades se encontram postas na realidade, mas, não são transformadas de forma automática em alternativas profissionais. Cabe aos (as) profissionais Assistentes Sociais a apropriação e transformação dessas possibilidades em “alternativas criadoras, inventivas, resultantes da apropriação, das possibilidades e contradições, presentes na própria dinâmica da vida social” (IAMAMOTO, 2012, p.21), conforme preconizado em nosso Projeto Ético-Político Profissional.

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 (VASCONCELOS, 2006, p. 253).

Concordamos com Iamamoto (2008; 2012) quando destaca a necessidade de superação, na análise e no exercício das atividades profissionais, de atitudes e perspectivas fatalistas que conduzem a atuação “à acomodação, à rotinização do trabalho, ao burocratismo e à mediocridade profissional” (IAMAMOTO, 2012, p.22), revelando-se pessimistas quanto às transformações sociais e deterministas quando à lógica do capital, negando as contradições e possibilidades de superação. Como também de suposições heróicas da profissão fundadas em uma perspectiva messiânica, “como se nossa vontade e os propósitos individuais fossem unilateralmente suficientes para alterar a dinâmica da vida social” (Idem, 2008, p.124). Tais perspectivas, de análise e atuação, se fundem em uma caracterização

a-histórica da realidade, com a desconsideração das contradições presentes na dinamicidade do real. Pois as “condições que peculiarizam o exercício profissional são uma concretização da dinâmica das relações sociais vigentes na sociedade, em determinadas conjunturas” (Idem, 2011, p. 81).

De acordo com Santos (2010) as condições objetivas e subjetivas impostas pelo capital à classe trabalhadora e à vida social são determinações que definem o modo de ser e de viver das pessoas. Mas, não se pode ignorar e deixar de reconhecer, a partir de uma reflexão crítica da realidade por parte da classe trabalhadora, as contradições que estão postas no cotidiano oferecendo possibilidades de se construir estratégias para o enfrentamento dessas expressões da questão social.

Entendemos ser necessário na análise sobre o trabalho nos espaços de atuação do Serviço Social, reconhecermos como pressuposto que

há uma margem de autonomia nos processos de trabalho em que os assistentes sociais estão envolvidos, o que lhes permite desenvolver atividades comprometidas com interesses sociais presentes nos espaços sócio-ocupacionais. Assim, sem negar os condicionantes colocados pela condição de trabalhador assalariado, busca-se acentuar que há espaço para a defesa do projeto profissional em qualquer local, público ou privado, em que o assistente social é requisitado a intervir (COUTO, 2009, p. 652).

Sem subestimar ou enaltecendo os limites institucionais, nos espaços sócio-ocupacionais no campo da saúde, torna-se necessário exercer uma intervenção profissional qualificada e competente sendo a dimensão investigativa (GUERRA, 2009) inerente ao exercício profissional do assistente social.

Para adotar estratégias que tenham como objetivo a concretização e garantia dos direitos sociais, assim como o fortalecimento da gestão participativa e democrática, faz-se indispensável e imprescindível a realização de estudos e pesquisas direcionadas para revelar as reais condições de saúde, vida e trabalho dos usuários dos serviços em sua coletividade, reconhecendo que “as estratégias são, pois, mediações complexas que implicam articulações entre as trajetórias pessoais, os ciclos de vida, as condições sociais dos sujeitos envolvidos para fortalecê-los e contribuir para a solução de seus problemas/questions” (ABEPSS, 1996, p. 14).

Sendo assim, tais investigações buscam fornecer subsídios para a formulação de um planejamento do Serviço Social, para implementação da política, com a

execução de ações estratégicas como a de elaborar planos e projetos de intervenção setoriais para balizar a ação profissional. Além de buscar trabalhar na elaboração de relatórios periódicos para avaliar os planos de ação, realizando pesquisas e estudos em relação a diferentes temáticas relacionadas às demandas que se apresentam e, até mesmo, procurar intervir com contribuições na elaboração do planejamento estratégico das instituições.

Atualmente, o avanço das proposições ideopolíticas neoliberais, através dos modelos de gestão privatizantes na política de saúde, ampliam as possibilidades de reprodução de espaços e ações inspiradas na reatualização do conservadorismo em contradição com o necessário movimento de democratização e participação da população na política de saúde, movimento que se fundamenta na

reestruturação dos processos de trabalho e das formas de gestão tem impactado as instituições de saúde com uma ampla movimentação dos espaços ocupacionais, fruto das mudanças macroscópicas. Nessa direção, diversas formas de terceirização e novos modelos de gestão contidos na contrarreforma do Estado estão sendo propostas e que são contrários ao SUS constitucional (CFESS, 2010).

Modelos que se estruturam em uma lógica institucional pautados na racionalidade instrumental, formal e abstrata, em um padrão administrativo de viés conservador, difundindo o princípio cultural da associação, sem mediações, do trabalhador das organizações com a própria organização em sua institucionalidade, proliferando o ideário do colaboracionismo.

As perspectivas teóricas que regem os elementos estruturais da sociedade e suas instituições podem vir acompanhadas de concepções pragmáticas e mecanicistas (lógica formal) e de elementos críticos, próprios da lógica dialética. Consideramos que o sistema que direciona o desenvolvimento das relações econômicas e sociais no capitalismo contemporâneo ideologiza um conjunto de inversões, mecanismos de regulação social que passam a ser instituídos. Inserida nessas inversões, encontra-se a racionalidade formal-abstrata que se materializa no processo de trabalho da ordem burguesa, operando a mercantilização das relações sociais e coisificando todas as esferas da vida humana (GUERRA, 2000). “A razão passa a ser instrumentalizada pelos interesses da burguesia, abandonando a sua preocupação pela verdade concreta, legitimando a organização dos diversos espaços da vida social, seja no âmbito da produção, mas também da reprodução

social, dentre estes o Estado e as políticas sociais” (SOARES, 2010, p. 26).

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 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 (VASCONCELOS, 2006, p. 254).

O assistente social lida com essas múltiplas expressões das relações sociais da vida cotidiana, o que permite dispor de um acervo privilegiado de dados e informações sobre as várias formas de manifestação das desigualdades e da exclusão social em sua vivência pelos sujeitos, de modo que a ele é facultado conhecer a realidade de maneira direta: a partir da sua intervenção na realidade, das investigações que realiza, visando responder a esta realidade. Mas é possível também conhecer através das experiências indiretas, através do que já foi produzido por outras pesquisas e/ou teoricamente. Também aqui, para o assistente social, se exige um investimento na investigação, posto que, ao testar o conhecimento derivado indiretamente, tem-se como resultado uma avaliação sobre o mesmo. (GUERRA, 2009, p. 14).

A mediação⁸¹ compreendida como categoria de análise reflexiva ontológica, conforme Guerra (2000b), permite a ultrapassagem da imediatez, direcionando a criação de conexões entre o imediato e o mediato, permitindo a possibilidade de se estabelecer vínculos com o Projeto Ético-Político profissional para fundamentar práticas sociais.

Na disputa de interesses refletida em projetos profissionais o desenvolvimento de mediações, no cotidiano profissional, é essencial no enfrentamento da racionalização instrumental burguesa. Tornando-se uma estratégia política do (a) assistente social coerente com o arcabouço construído pela categoria profissional e consubstanciado nos princípios e diretrizes do Projeto Ético-Político do Serviço Social, pois, perseveramos que no exercício da profissão

cabe aos profissionais de serviço social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde. Considera-se que o nosso código de ética apresenta ferramentas fundantes para o trabalho dos assistentes sociais na saúde (MATOS, 2013: 179).

É necessário que os assistentes sociais consigam realizar o movimento de

⁸¹ Sobre este tema são importantes as contribuições de Pontes (1995) e Martinelli (1994).

análise da realidade no contexto atual, estabelecendo mediações que se utilizam da instrumentalidade do Serviço Social para tencionar no sentido de superação de práticas conservadoras. “É na complexidade do movimento da realidade em que vivemos que estão assentadas, para os assistentes sociais, as possibilidades de realização de um trabalho profissional articulado aos interesses históricos da classe trabalhadora” (VASCONCELOS, 2012, p. 26), e podendo qualificar a intervenção profissional para além da ação direta com os (as) usuários (as) dos serviços de saúde, assim como nas relações com as outras categorias profissionais e representantes dos interesses da instituição.

Observamos que a gestão do Serviço Social na organização social em estudo adotou e prioriza, como estratégia de planejamento do setor, a elaboração e execução do processo de seleção⁸² de profissionais Assistentes Sociais que, em geral, para as outras categorias profissionais dentro da instituição estudada, fica a cargo da Diretoria de Recursos Humanos – DRH. Diante da necessidade que se estabelece da qualificação profissional estruturada no processo de formação acadêmica, no desenvolvimento das competências profissionais e compreensão das atribuições específicas da categoria, pois essa formação profissional precisa reconhecer como pressupostos norteadores que

O Serviço Social se particulariza nas relações sociais de produção e reprodução da vida social como uma profissão interventiva no âmbito da questão social, expressa pelas contradições do desenvolvimento do capitalismo monopolista [...], A relação do Serviço Social com a questão social - fundamento básico de sua existência - é mediatizada por um conjunto de processos sócio-históricos e teórico-metodológicos constitutivos de seu processo de trabalho [, que] O agravamento da questão social em face das particularidades do processo de reestruturação produtiva no Brasil, nos marcos da ideologia neoliberal, determina uma inflexão no campo profissional do Serviço Social. Esta inflexão é resultante de novas requisições postas pelo reordenamento do capital e do trabalho, pela reforma do Estado e pelo movimento de organização das classes trabalhadoras, com amplas repercussões no mercado profissional de trabalho [e que] O processo de trabalho do Serviço Social é determinado pelas configurações estruturais e conjunturais da questão social e pelas formas históricas de seu enfrentamento, permeadas pela ação dos trabalhadores, do capital e do Estado, através das políticas e lutas sociais (ABEPSS, 1996, p. 05 – 06).

⁸² Os processos seletivos para a admissão de profissionais Assistentes Sociais são planejados, organizados e executados pela Comissão de Formação, Capacitação e Seleção, com a Coordenação do Serviço Social, com representante da Comissão de Gestão de Pessoas e profissionais Assistentes Sociais da equipe, diante da necessidade do desenvolvimento do processo pela comissão. Atualmente é realizado em três fases: prova de conhecimentos escrita de caráter eliminatória, análise de curriculum e entrevista, ambas de caráter classificatórias.

Esse processo que qualifica o (a) Assistente Social para atuar, na área da saúde em uma realidade para o exercício profissional extremamente contraditória, tem base em um projeto de formação profissional, que, atualmente, para o Serviço Social, está estruturado em princípios e diretrizes que definem a necessidade de

Rigoroso trato teórico, histórico e metodológico da realidade social e do Serviço Social, que possibilite a compreensão dos problemas e desafios com os quais o profissional se defronta no universo da produção; e reprodução da vida social [...] Adoção de uma teoria social crítica que possibilite a apreensão da totalidade social em suas dimensões de universalidade, particularidade e singularidade; [...] Estabelecimento das dimensões investigativa e interventiva como princípios formativos e condição central da formação profissional, e da relação teoria e realidade; [...] Ética como princípio formativo perpassando a formação curricular [...] Apreensão crítica do processo histórico como totalidade; [...] Investigação sobre a formação histórica e os processos sociais contemporâneos que conformam a sociedade brasileira, no sentido de apreender as particularidades da constituição e desenvolvimento do capitalismo e do Serviço Social no país; [...] Apreensão do significado social da profissão desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade; [...] Apreensão das demandas - consolidadas e emergentes - postas ao Serviço Social via mercado de trabalho, visando formular respostas profissionais que potencializem o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre público e privado; [...] Exercício profissional cumprindo as competências e atribuições previstas na Legislação Profissional em vigor (ABEPSS, 1996, p. 06 – 07).

O exercício profissional do (a) Assistente Social pressupõe o reconhecimento da necessidade de desenvolvimento de habilidades e competências para uma “capacitação crítico-analítica que possibilite a construção de seus objetos de ação, em suas particularidades sócio-institucionais para a elaboração criativa de estratégias de intervenção comprometidas com as proposições ético-políticas do projeto profissional” (ABEPSS, 1996, p. 13). Nesse sentido, procuramos descrever e analisar algumas atividades desenvolvidas pelo Serviço Social na instituição em estudo, tendo como fonte os indicadores de atendimentos⁸³ do setor e os Parâmetros de atuação dos (as) Assistentes Sociais na instituição⁸⁴, destacando a relevância da intervenção profissional do Serviço Social na instituição de saúde. Basicamente as atividades/ações descritas têm como um norteamento nuclear a materialização efetiva, sua concretização, tanto como a busca da ampliação, do

⁸³ Relatório Operacional de Indicadores do Serviço Social, relatório quantitativo mensal do Serviço Social elaborado pela coordenação do setor, que contempla a sistematização da prática, a apresentação da produtividade para gestão e a avaliação das ações desenvolvidas. Doc. 20 Relação em anexo (APÊNDICE B - Relação dos Documentos para Análise da Pesquisa).

⁸⁴ Doc. 07 Relação em anexo (APÊNDICE B - Relação dos Documentos para Análise da Pesquisa).

acesso aos direitos sociais e qualificação da atuação profissional do Serviço Social.

Entendemos ser necessário estrategicamente adotar na prática das ações, dos procedimentos do Serviço Social, um direcionamento em função da apropriação do conceito de saúde ampliada como direito de cidadania, e, problematizando as situações, buscar criativamente ativar os meios e canais de exercê-la. Assim, é importante tensionar as regras e rotinas institucionais que comprimem o atendimento, dentro de seus muros de normalidade pautados na assistência médica, na inserção das rotinas possíveis e imediatas formatadas nos recursos disponíveis.

Reconhecer e identificar os limites subjacentes de nossa atuação na ordem burguesa torna-se indispensável para procurar desenvolver práticas, fazendo o uso da relativa autonomia no exercício profissional.

Podemos constatar que a elaboração do documento “Parâmetros de atuação dos (as) Assistentes Sociais na instituição” é uma estratégia de atuação da gestão do Serviço Social que fundamenta e organiza a atuação profissional da categoria, pois sua construção tem por base os Parâmetros de atuação dos (as) Assistentes Sociais na Política de Saúde, a lei de regulamentação da Profissão e o Código de Ética profissional. Dessa forma, oferece subsídio para a organização do processo de trabalho em que os assistentes sociais estão inseridos e constitui afirmativamente a implementação de um regimento interno na instituição que regulamenta o exercício profissional em conformidade com o Projeto Ético-Político do Serviço Social. Destacamos a seguir alguns pontos norteadores para intervenção profissional constantes nos eixos do referido documento (Doc. 07⁸⁵):

– Ações de atendimento direto aos usuários, que se desdobram em: ações socioassistenciais, de articulação com a equipe de saúde e ações socioeducativas. De forma sintetizada apresentamos as principais atividades:

- Democratizar as informações por meio de orientações e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária;
- Construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde;
- Enfatizar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes;
- Facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços aos direitos na esfera da seguridade social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação;
- Conhecer a realidade do usuário por meio da realização de visitas domiciliares, tendo em vista uma maior aproximação com a realidade do

⁸⁵ Parâmetros de atuação dos (as) Assistentes Sociais na instituição. Doc. 07 Relação em anexo (APÊNDICE B - Relação dos Documentos para Análise da Pesquisa).

usuário e seus familiares, procurando não invadir a privacidade dos mesmos e esclarecendo os seus objetivos profissionais;

- Conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais à rede socioassistencial;
- Identificar, através da escuta qualificada, atendimentos individuais, e/ou grupais, a fragilidade dos vínculos familiares, para estimular seu fortalecimento na perspectiva de incentivar o usuário e sua família na busca pelo processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde;
- Organizar, normatizar e sistematizar o cotidiano do trabalho profissional;
- Formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde resguardando as informações sigilosas que devem ser registradas em material de uso exclusivo do Serviço Social;
- Elaborar estudos socioeconômicos dos usuários e suas famílias, com vistas a subsidiar na construção de laudos e pareceres sociais e emitir manifestação técnica em matéria de Serviço Social;
- Convocar agentes de outros órgãos da rede socioassistencial para trabalhar conjuntamente.

Nas Ações de articulação com a equipe de saúde destacamos:

- Esclarecer as suas atribuições e competências privativas do Serviço Social, explicando as principais demandas a serem encaminhadas para o setor;
- Incentivar e participar da discussão do modelo assistencial e da elaboração de normas, rotinas e da oferta de atendimento da unidade defendendo os interesses e demandas da população usuária, com base em pesquisas e estudos realizados pelo Serviço Social;
- Trabalhar em função da inserção do Serviço Social em todos os serviços prestados pela unidade de saúde e, repetindo suas especificidades, construir rotinas no atendimento com a participação do (a) Assistente Social na equipe de profissionais da saúde;
- Identificar e trabalhar os determinantes sociais da situação de saúde apresentada discutindo sobre as suas reais necessidades e possibilidades de recuperação no processo de reabilitação diante as condições de vida dos (as) usuários (as);
- Realizar em conjunto com a equipe de saúde o atendimento cabendo ao assistente social esclarecer a respeito dos benefícios e direitos referentes à situação.

Nas Ações Socioeducativas que consiste em orientações reflexivas e socialização de informações em educação em saúde, por meio de intervenções individuais e grupais, que possibilitem a informação e debate incentivando a democratização, a análise de situações apresentadas pelos usuários, a convocação dos sujeitos sociais à construção de estratégias coletivas para o enfrentamento dos determinantes sociais, a construção de uma nova cultura institucional ou coletiva, enfatizando a participação consciente dos usuários no conhecimento crítico e na transformação de sua realidade enquanto sujeito histórico. Por isso essas ações não se resumem no mero repasse de informações para adesão e controle dos usuários para o cumprimento de regras, rotinas e condutas, destacamos nesse eixo:

- Sensibilizar os usuários acerca dos direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS, rotinas institucionais, promoção da saúde e prevenção de doenças
- Realizar debates e oficinas e atividades socioeducativas nas campanhas alusivas a temas de relevância social;
- Democratizar as rotinas e o funcionamento da unidade por meio de ações coletivas de orientação, socializar informações e potencializar as ações socioeducativas desenvolvendo atividades nas salas de espera;
- Elaborar e/ou divulgar materiais socioeducativos como folhetos, cartilhas, vídeos, cartazes e outros que facilitem o conhecimento e o acesso dos

usuários aos serviços oferecidos pelas unidades de saúde e aos direitos sociais em geral;

- Mobilizar e incentivar os usuários e suas famílias para participar no controle democrático dos serviços prestados e realizar atividades em grupos com os usuários e suas famílias, abordando temas de seu interesse;
- Desenvolver atividades científicas voltadas aos usuários, possibilitando a construção de conhecimento e espaços de debates sobre temas específicos.

II. Nas ações de Mobilização, Participação e Controle social, voltadas aos usuários, familiares, trabalhadores da saúde e movimentos sociais e com o objetivo contribuir com a organização coletiva e democrática, destacamos as seguintes ações:

- Estimular a participação dos usuários e familiares na luta por melhores condições de vida, de trabalho e de acesso aos serviços de saúde, orientando quais os espaços destinados a este fim e as formas de acessibilidade, no âmbito das políticas sociais, incluindo a política de saúde e políticas específicas de forma transversal;
- Orientar a utilização dos serviços prestados pela Ouvidoria da Instituição por parte dos usuários com a preocupação de democratizar as questões evidenciadas pelo usuário;
- Estimular a participação em fóruns, conferências e conselhos, a fim de viabilizar a garantia do direito à saúde de forma ampliada;
- Contribuir para a discussão democrática e a viabilização das decisões aprovadas nos espaços de controle social e outros espaços institucionais, através de mecanismos que facilitem o acesso à informação;
- Articular com as entidades da categoria profissional a fim de fortalecer a participação dos assistentes sociais nos espaços coletivos de defesa dos direitos dos usuários.

III. As ações de Investigação, Planejamento e Gestão tem como objetivo o fortalecimento da gestão democrática e participativa na perspectiva da produção de propostas que viabilizem a garantia dos direitos sociais, embasadas em estudos e pesquisas que revelem as demandas e o perfil destes usuários, tendo como diretriz o Projeto Ético-Político do Assistente Social. Destacamos as seguintes ações:

- Elaborar planos e projetos contribuindo com uma análise crítica da realidade, propondo ações voltadas às reais necessidades dos usuários;
- Coordenar, executar, monitorar e/ou avaliar projetos e programas socioassistenciais desenvolvidos em parceria com setores das políticas públicas;
- Contribuir na elaboração do planejamento estratégico da Instituição, através do planejamento do Serviço Social, objetivando a defesa dos interesses dos usuários e implementação do Sistema Único de Saúde de qualidade;
- Traçar o perfil e as demandas da população usuária do serviço através de documentação técnica e de investigação, desenvolvendo instrumentais que possibilitem o conhecimento da realidade que envolve as expressões da questão social para subsidiar à prática profissional;
- Realizar avaliação do plano de ação através das atividades realizadas pelo Serviço Social e pela Instituição, bem como dos seus resultados alcançados;
- Participar das Comissões, Comitês e Colegiados da Instituição contribuindo com uma leitura crítica da realidade e respeitando as diretrizes do projeto profissional do Serviço Social;
- Participar no planejamento e operacionalização das ações das comissões internas do Serviço Social na instituição;
- Participar de estudos relativos ao perfil epidemiológico a nível local, regional e estadual, emitindo notificações sobre os agravos relacionados à saúde pública;

- Realizar estudos sobre a política de saúde e sua interface com as demais políticas sociais, contribuindo com o arcabouço teórico e a reformulação da política de saúde;
- Sensibilizar os gestores para a relevância do trabalho do Serviço Social;
- IV. As ações de Assessoria, qualificação e formação profissional, visam o permanente aprimoramento e aperfeiçoamento profissional da categoria com bases no fortalecimento do projeto profissional, de uma política de saúde universal, participativa e democrática e na qualificação dos atendimentos aos (as) usuários (as) dos serviços, onde destacamos;
 - Criar campos de estágios e 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;
 - Planejar, elaborar, executar e Participar de cursos, congressos, seminários, encontros de pesquisa, objetivando apresentar estudos, investigações realizadas e troca de informações entre os diversos trabalhadores da saúde;
 - Qualificar o trabalho de educação permanente para os assistentes sociais e/ou dos demais profissionais da equipe de saúde por meio de assessoria e/ou educação continuada;
 - Elaborar plano de educação permanente para os profissionais de Serviço Social, bem como participar, em conjunto com os demais profissionais, da proposta da qualificação profissional a ser promovida pela instituição;
 - Criar fóruns de reflexão sobre o trabalho profissional do Serviço Social, bem como espaços para debater a ação dos demais profissionais de saúde da unidade;
 - Contribuir com entidades e movimentos sociais na perspectiva do fortalecimento em defesa da saúde pública e de qualidade;
 - Participar das atividades do Grupo de Estudos em Serviço Social;
 - Construir e implementar, junto com a equipe de saúde, propostas de treinamento e capacitação e elaborar junto com a equipe propostas de trabalho que delimitem as ações dos diversos profissionais visando a contínua qualificação profissional (Doc. 07⁸⁶).

A gestão do Serviço Social organiza a atuação profissional dos (as) Assistentes Sociais nos setores específicos, assim como no setor do Serviço Social Geral que atende às demandas de todos os setores do hospital que não contam com um (a) Assistente Social, com o planejamento e elaboração dos Planos de Intervenção⁸⁷. Todos os Planos têm em comum o princípio de objetivar a efetivação, concretização e ampliação dos direitos sociais. Sendo construídos com base no arsenal teórico-metodológico do projeto profissional, produzido pela categoria, e analisando as características específicas dos setores, de suas demandas e da legislação e regulamentação de políticas específicas, como também, da realidade

⁸⁶ Parâmetros de atuação dos (as) Assistentes Sociais na instituição. Doc. 07 Relação em anexo (APÊNDICE B - Relação dos Documentos para Análise da Pesquisa).

⁸⁷ Os Planos de Intervenção Setoriais tratam-se de projetos de atuação profissional, desenvolvidos pelos profissionais Assistentes Sociais, juntamente a Coordenação do Serviço Social, que são apresentados as Coordenações setoriais e/ou profissionais do setor, para orientar e nortear a prática profissional do Serviço Social no setor específico de acordo com suas especificidades. Doc. 12 Relação em anexo (APÊNDICE B - Relação dos Documentos para Análise da Pesquisa).

das condições de vida e trabalho dos (as) usuários (as) e das relações das equipes de profissionais que atuam nos setores.

Construções que expressam a busca da articulação das ações do Serviço Social na instituição com o que preconiza o Projeto de reforma sanitária, e consequentemente o Projeto Ético-Político profissional (BRAVO; MATOS, 2004, p. 43-44).

Constata-se a importância dada pela gestão do Serviço Social da instituição, registrada no documento dos Parâmetros de atuação no histórico do Serviço Social na instituição, com a utilização dos serviços de assessoria/consultoria no âmbito do Serviço Social de profissional do corpo docente da Universidade e/ou por outros (as) Assistentes Sociais com experiência na área da saúde, acreditando na importância de um direcionamento das atividades, por profissionais especializados, que possam contribuir com o aperfeiçoamento das práticas profissionais, pois

Dentre as estratégias para enfrentamento deste quadro indicamos os processos de Assessoria/Consultoria – indicado como necessidade pela maioria dos assistentes sociais -, 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, dinâmica, articulada à realidade social (VASCONCELOS, 2006, p.13).

Assim como o reconhecimento da relevância, no registro e sistematização da prática profissional, traz elementos para a reflexão do fazer profissional. Para a gestão a elaboração do planejamento do Serviço Social, construído anualmente, possibilita uma construção de novas estratégias de intervenção através da elaboração de proposições interventivas estrategicamente planejadas e, consequentemente, a realização de práticas profissionais mais qualificadas, fundamentadas em um direcionamento consonante com as proposições do Projeto Ético-Político do Serviço Social e com os Parâmetros de atuação.

Podemos constatar a divergência no direcionamento das propostas sobre os desafios estabelecidos nos Planejamentos Estratégicos. Enquanto a instituição preconiza a ênfase na gestão, no equilíbrio de gastos, na eficiência e eficácia, no gerencialismo administrativo empresarial pautado na lógica da contrarreforma, os desafios definidos pelo Serviço Social defendidos são direcionados pela orientação de seu projeto profissional. Como podemos observar no Quadro 08 e comparar com

o conteúdo dos Quadros 06 e 07, no subitem 4.1. p. 102, nesse capítulo.

Quadro 8 - **Desafios Gerais do Serviço Social no Planejamento Estratégico**

Em 2008	Manter a qualidade dos serviços prestados aos usuários através de ações sócio-educativas e da otimização do atendimento, investindo também na capacitação profissional do setor
Em 2009	Manter a qualidade dos serviços prestados aos usuários, otimizando o atendimento e ampliando as ações sócio-educativas, além de incrementar as ações ligadas a produção científica, dando continuidade ao processo de capacitação do setor
De 2010 a 2014	Fortalecer o trabalho do Serviço Social [...] a partir de ações direcionadas pelos princípios do SUS e do Projeto Ético-Político do Serviço Social
Em 2015	Fortalecer o trabalho do Serviço Social a partir de ações que possibilitem a permanência do quadro funcional visando à qualidade das ações direcionadas aos usuários do SUS e um maior controle dos custos
Em 2016	Fortalecer o trabalho do Serviço Social, visando à qualidade das ações direcionadas aos usuários do SUS

Elaboração Própria. Fonte: Doc. 08, 09, 10 e 11 Relação em anexo (APÊNDICE B - Relação dos Documentos para Análise da Pesquisa).

Entre algumas estratégias adotadas na atuação do Serviço Social na gestão da instituição de saúde, algumas já citadas, podemos evidenciar a relevância dessa atuação com ênfase na dimensão de investigação, planejamento e gestão e que a estruturação dessas ações estratégicas, quanto ao seu direcionamento, encontram-se definidas nos Parâmetros de atuação na política de saúde, pois consideramos que é

importante a inserção dos assistentes sociais nos espaços de gestão e planejamento e a realização de investigação, tendo como diretriz o projeto ético-político profissional, com vistas às seguintes ações:

- elaborar planos e projetos de ação profissional para o Serviço Social com a participação dos assistentes sociais da equipe;
- contribuir na elaboração do planejamento estratégico das instituições de saúde, procurando garantir a participação dos usuários e demais trabalhadores da saúde inclusive no que se refere à deliberação das políticas;
- participar da gestão das unidades de saúde de forma horizontal, procurando garantir a inserção dos diversos segmentos na gestão;
- elaborar o perfil e as demandas da população usuária por meio de documentação técnica e investigação;
- identificar as manifestações da questão social que chegam aos diversos espaços do Serviço Social por meio de estudos e sistema de registros;
- realizar a avaliação do plano de ação por meio da análise das ações realizadas pelo Serviço Social e pela instituição (em equipe) e os resultados alcançados;

- participar nas Comissões e Comitês temáticos existentes nas instituições, a saber: ética, saúde do trabalhador, mortalidade materno-infantil, DST/AIDS, humanização, violência contra a mulher, criança e adolescente, idoso, entre outras, respeitando as diretrizes do projeto profissional do Serviço Social;
- realizar estudos e investigações com relação aos determinantes sociais da saúde;
- identificar e estabelecer prioridades entre as demandas e contribuir para a reorganização dos recursos institucionais por meio da realização de pesquisas sobre a relação entre os recursos institucionais necessários e disponíveis, perfil dos usuários e demandas (reais e potenciais);
- participar de estudos relativos ao perfil epidemiológico e condições sanitárias no nível local, regional e estadual;
- 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;
- fortalecer o potencial político dos espaços de controle social por meio de estudos em relação aos mesmos a fim de subsidiá-los com relação às questões enfrentadas pelos conselhos na atualidade;
- 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 para a reformulação da política de saúde local, regional, estadual e nacional, a partir das investigações realizadas;
- criar estratégias e rotinas de ação, como por exemplo fluxogramas e protocolos, que visem à organização do trabalho, à democratização do acesso e à garantia dos direitos sociais;
- integrar a equipe de auditoria, controle e avaliação, visando à melhoria da qualidade dos serviços prestados, tendo como referência os projetos da reforma sanitária e o ético-político profissional;
- sensibilizar os gestores da saúde para a relevância do trabalho do assistente social nas ações de planejamento, gestão e investigação (CFESS 2010, p. 49 – 50).

Nesse campo de tensão de projetos profissionais em disputa a gestão do Serviço Social na instituição de saúde procura estimular/fomentar e promover estratégias de planejamento que favoreçam e estimulem a qualificação da intervenção profissional em seus diversos âmbitos e dimensões que busquem fundamentação no projeto profissional da categoria. No Relatório de Avaliação dos Assistentes Sociais 2014/2015 foram destacadas sugestões sobre as possibilidades para melhorar as condições para realização da intervenção profissional do (a) Assistente Social no campo de atuação de seu exercício profissional

A ampliação de espaços para a atualização profissional (como grupos de estudos por especialidade, seminários e outros); Ampliação de reuniões com as equipes multidisciplinares e aproximação com as Coordenações dos setores específicos diante a pouca possibilidade de disponibilidade; Readequação salarial que possibilite a permanência do profissional na Instituição garantindo subsídios básicos para sua manutenção econômica e equiparação com outros (as) profissionais de outras instituições de porte

similar; Indicação da necessidade de salas compatíveis, com os moveis e equipamentos necessários, para o atendimento do Serviço Social; Possibilidades de realizações de atividades socioeducativas nos setores que não oportunizam as mesmas; Contratação de mais profissionais para assegurar a qualidade no atendimento e combater a negligência na demanda reprimida nos setores que não contam com Assistentes Sociais (Doc. 19⁸⁸).

Os (As) profissionais precisam estar conectados ao “movimento histórico processual da realidade” (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p. 198). Ainda que os limites impostos pela estrutura das instituições hierarquizadas, e em última instância da estrutura econômica estejam dados, é preciso investir e acreditar na criação de estratégias que possibilitem a formulação de propostas visando à ultrapassagem do instituído, de práticas rotineiras, em favor dos valores democráticos.

⁸⁸ Fonte Relatório de avaliação 2014/2015 dos (as) Assistentes Sociais da Instituição. Doc. 19 Relação em anexo (APÊNDICE B - Relação dos Documentos para Análise da Pesquisa).

4.3 Articulação do projeto profissional na proposta da Gestão Compartilhada no Serviço Social

Uma competência estratégica e técnica (ou técnico-política) que não retifica o saber fazer, subordinando-o à direção do fazer. Os rumos e estratégias de ação são estabelecidos a partir da elucidação das tendências presentes no movimento da própria realidade, decifrando suas manifestações particulares no campo sobre o qual incide a ação profissional (IAMAMOTO, 2009, p. 17).

O Serviço Social da instituição de saúde estudada procura desenvolver um modelo de gestão compartilhada, no qual todos (as) os (as) Assistentes Sociais da equipe são solicitados a participarem, conforme seu perfil profissional e sua escolha, integrando uma das comissões estratégicas a partir das quais as ações são planejadas, executadas, monitoradas e avaliadas de forma coletiva, de acordo com o eixo temático da comissão. “Esse modelo de gestão nasceu no âmago das proposições dos profissionais do Serviço Social, só sendo possível se concretizar a partir do grau de maturidade alcançado pela equipe” (Doc. 07⁸⁹).

De maneira que a qualificação da formação profissional, o aprimoramento e aprofundamento da apropriação da produção do Serviço Social e a postura de horizontalidade na participação dos membros da equipe na gestão, associadas ao apuramento na análise da conjuntura ideopolítica e sociohistórica e das expressões da questão social no campo de atuação, proporcionaram a emersão da proposta de organização do processo de trabalho, do Serviço Social na instituição, que segue os princípios emancipatórios estabelecendo o direcionamento da prática profissional do assistente social.

O modelo de Gestão Compartilhada, como estratégia de atuação do serviço social na instituição, procura atender à necessidade de desenvolver as atividades profissionais do Serviço Social, de acordo com as diretrizes presentes no seu Código de Ética da categoria e outros documentos que balizam a prática deste profissional, como os Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na política de saúde. Assim, fomenta o caráter do trabalho do Serviço Social para além do atendimento emergencial individualizado e pragmático imposto como tendência atual

⁸⁹ Parâmetros de atuação dos (as) Assistentes Sociais na instituição. Doc. 07 Relação em anexo (APÊNDICE B - Relação dos Documentos para Análise da Pesquisa).

no cotidiano do trabalho na saúde.

São, atualmente, seis as comissões estratégicas implementadas através do modelo de Gestão Compartilhada: Articulação e Mobilização; Estágio e Residência; Ética; Formação, Capacitação e Seleção; Gestão de Pessoas e a Técnico Operacional. As atividades são planejadas, discutidas e desenvolvidas, pelo conjunto de profissionais Assistentes Sociais que as integram, sendo consideradas a partir das necessidades dos usuários na instituição, desveladas através das mediações realizadas nos atendimentos individuais e em grupo, e do processo de planejamento e organização da atuação do Serviço Social que revelam sua intencionalidade e instrumentalidade, em meio ao contexto da política de saúde atualmente tão adverso a proposições democráticas.

Destacamos o registro documental do reconhecimento da importância e valor da implantação do modelo de gestão na instituição de saúde, tendo sido ressaltado “que a estratégia de atuação aqui descrita foi respaldada e incentivada pela TGI⁹⁰, pela assessoria em Serviço Social, prestada por professora da UFPE ao Serviço Social [...] e outros profissionais estudiosos no assunto” (Doc. 07). Reconhecimento que se expressou, também, com a realização da publicação e apresentação de trabalhos científicos que registraram a experiência da Gestão Compartilhada, na 3ª Jornada Nordeste de Serviço Social, em 2017, e no 15º Congresso Brasileiro de Assistentes Social, em 2016, e identificam o modelo como uma estratégia de atuação profissional

de forma que podemos encontrar nos espaços das organizações sociais a precarização, refilantropização, o estímulo a práticas colaboracionistas e voluntárias, como também, contraditoriamente, encontramos equipes de assistentes sociais com modelos de gestão compartilhada, com reuniões de estudo e planejamento sistemáticos, com um regimento do Serviço Social coerente com os parâmetros de atuação do assistente social (SOARES, 2016, p. 19).

A proposta do modelo de gestão é que as comissões estratégicas, que foram planejadas e formadas com base em eixos presentes nos Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Política de saúde (Ações de atendimento direto aos usuários; Ações de mobilização, participação e controle social; Ações de

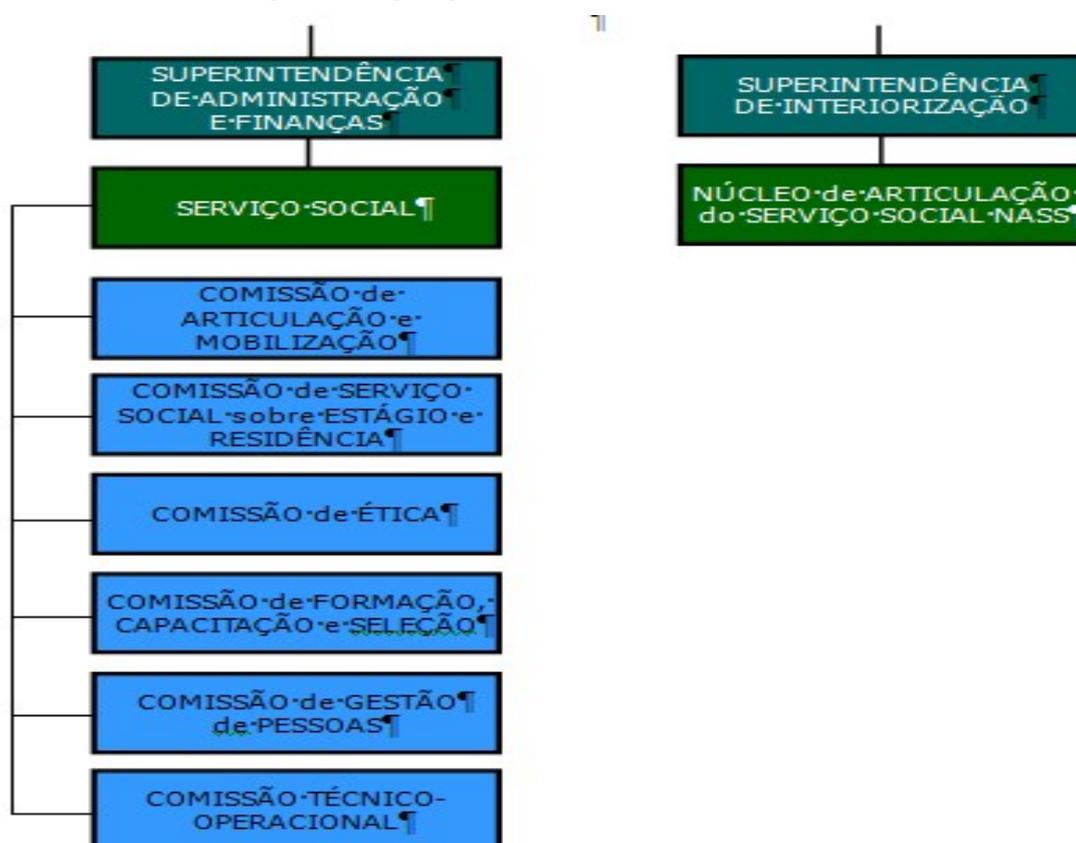
⁹⁰ Instituição que presta consultoria ao Hospital, atualmente complexo hospitalar, referido modelo de intervenção profissional foi apresentado em reunião ordinária do colegiado da Superintendência de Administração e Finanças (SAF), em 2015, estando presente um dos membros da TGI que elogiou a estratégia desenvolvida (Doc. 07, 2016).

investigação, planejamento e gestão; Ações de assessoria, qualificação e formação profissional), atuem de forma articulada entre elas, afinadas com as ações desenvolvidas pelo setor e com a Coordenação do Serviço Social da instituição.

A construção da articulação do trabalho das comissões estratégicas procura se estabelecer em relações priorizando a participação de forma horizontal e democrática, na sua forma de interação, evitando sobreposição. A equipe de Assistentes Sociais da instituição é distribuída entre as seis comissões, onde cada comissão tem um (a) profissional Assistente Social que coordena os trabalhos realizando reuniões ordinárias mensais da comissão, e participando da reunião ordinária mensal das coordenações das comissões com a coordenação do Serviço Social.

Na figura 02, abaixo, procuramos exemplificar a organização do Serviço Social na instituição

Figura 2 - Organograma do Serviço Social na instituição



Atualmente o Serviço Social na instituição conta com duas coordenações,

uma responsável pelo Núcleo de Articulação do Serviço Social NASS⁹¹, ligada a Superintendência de Interiorização, e a outra, ligada a Superintendência de Administração e Finanças, é onde se estabelece nosso objeto de pesquisa e identificam-se mudanças no organograma do setor com a inserção das comissões estratégicas, diante a implementação do modelo de Gestão Compartilhada como proposição para a organização e planejamento do processo de trabalho do Serviço Social na instituição. Procuraremos, dando continuidade na análise dos documentos referentes ao modelo de Gestão Compartilhada, descrever as comissões desse modelo de gestão e alguns elementos consistentes desse processo, como seguem

A Comissão de ARTICULAÇÃO E MOBILIZAÇÃO tem como objetivo expandir as práticas profissionais do Serviço Social de cunho político-pedagógico visando à participação democrática, conscientização e luta pela efetivação concreta e ampliação dos direitos sociais dos usuários na direção do exercício de cidadania plena. Desenvolvendo ações práticas e atividades internas e externas à Instituição com a participação, e/ou planejamento e execução, em campanhas ligadas aos movimentos sociais, a exemplo da mobilização estadual pelo Dia Nacional contra o Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes, entre outros, através de ações como elaboração de campanhas e materiais educativos, divulgação de eventos científicos e das atividades do setor, articulação com setores da rede socioassistencial e de saúde, são realizadas práticas educativas com temáticas alusivas às datas comemorativas do calendário⁹² municipal, estadual e/ou federal,

⁹¹ Pontuamos na apresentação desse trabalho, onde consta a justificativa de nosso interesse pela pesquisa, que a implementação do NASS se deu decorrente da elaboração do projeto do Núcleo, de nossa autoria como plano de intervenção produto, do período de estagio curricular obrigatório, apresentado à Coordenação do Serviço Social da instituição. O NASS coordena as supervisoras dos setores de Serviço Social das instituições geridas pelo órgão da Instituição Hospitalar. Relação das instituições no quadro 05 p. 49-50.

⁹² São datas que procuramos contemplar, sempre que possível, em categorias que concentrem os objetivos de luta, como Mulher (Dia das Mulheres, Dia Nacional da Mulher, Aniversário da Lei Maria da Penha, Dia Internacional de Ação pela Igualdade da Mulher, Dia Internacional contra a Exploração Sexual e o Tráfico de Mulheres e Crianças, Dia Nacional de Luta contra a Violência à Mulher, Início da Campanha 16 dias de Ativismo pelo Fim da Violência contra as Mulheres, no Brasil, Dia Internacional da Não-Violência contra a Mulher, Dia Nacional da Empregada Doméstica), Idoso (Dia do Idoso, Dia Internacional da Terceira Idade, Aniversário da Criação do Estatuto do Idoso), Criança e Adolescentes (Dia Nacional de Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes, Dia Mundial Contra a Agressão Infantil, Dia Mundial de Combate ao Trabalho Infantil, Dia da infância, Dia Internacional contra a Exploração Sexual e o Tráfico de Mulheres e Crianças, Aniversário de Criação do Estatuto da Criança e do Adolescente), Pessoa com Deficiência (Dia Nacional de Luta da Pessoa com Deficiência), Lutas HIV/AIDS (Dia Internacional de Combate a AIDS), População LGBT's (Dia

propiciando uma reflexão e mobilização dos profissionais e usuários junto aos movimentos sociais buscando inspiração e influência de mobilização social, conforme os moldes do Movimento de Reforma Sanitária, que se direcionam na indicação de uma luta coletiva a favor de um segmento da população ou de toda a classe trabalhadora na garantia dos direitos adquiridos legalmente e/ou na expansão desses direitos. Existem muitas dificuldades para realizar articulações com os movimentos sociais existentes, pois requer um rompimento com a priorização das instituições aos atendimentos às demandas com ações de formas emergenciais e pontuais pautada na lógica da produtividade.

Propostas que se direcionem na democratização da política de saúde e das instituições envolvem práticas de mobilização em defesa do direito à saúde e articulação com movimentos sociais, com um conjunto de ações voltadas para o engajamento nas atividades e participação social de usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais em espaços democráticos de controle social (conselhos, conferências, fóruns de saúde e de outras políticas públicas) e nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde. As atividades realizadas têm por objetivo contribuir na organização da população e dos usuários enquanto sujeitos políticos, que possam inscrever suas reivindicações na agenda pública da saúde (CFESS, 2010).

Pois, segundo Vasconcelos (2006), ao democratizar informações e possibilitar o exercício de práticas democráticas, os (as) Assistentes Sociais podem contribuir na apropriação de categorias de análise do patrimônio intelectual, para que os (as) usuários (as) possam realizar análises críticas frente ao seu cotidiano e participar da luta política na defesa de seus interesses, colocando suas reivindicações de forma consistente e fundamentadas na realidade social. As proposições de mecanismos e canais para a democratização das informações com planejadores, gestores, órgãos

Nacional da Visibilidade de Travestis e Transexuais, Dia Internacional de Combate a Homofobia e a Transfobia, Dia de Luta por uma Educação não-sexista e sem discriminação, Dia Mundial do Orgulho LGBT, Dia Nacional do Orgulho Lésbico, Dia Nacional da Visibilidade Lésbica), Movimento Negro (Semana da Consciência Negra, Dia Internacional Contra a Discriminação Racial, Dia Nacional da Luta contra o Racismo, Abolição da Escravatura, Dia Nacional da Consciência Negra), Questão Indígena (Dia do Índio, Dia Nacional de Luta dos Povos Indígenas, Dia Internacional dos Povos Indígenas, Aniversário da Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas), Trabalho (Dia do Trabalhador (a), Dia Nacional da Empregada Doméstica, Dia Mundial contra o Trabalho Escravo) Dia Nacional da Luta Antimanicomial, Dia da Saúde, Dia da Cidadania, Dia da Declaração Universal dos Direitos Humanos, Dia Internacional dos Direitos Humanos, etc.

de representação dos usuários, profissionais, conselhos de política e de direitos e usuários são fomentadas com a criação e dinamização de

espaços coletivos que contribuam para desenvolver uma correlação de forças favorável à universalização real e à ampliação dos direitos sociais provocando uma interferência nas rotinas institucionais para que seja facilitado o acesso à assistência e assegurada a qualidade dos serviços prestados. Uma correlação de forças que seja produto de uma articulação e que articule os diferentes profissionais de saúde (incentivo ao trabalho de equipe) os usuários entre si e usuários e profissionais de saúde (VASCONCELOS, 2006, p. 265).

A comissão procura alinhar o desenvolvimento de seu trabalho numa perspectiva ideopolítica, fundamentada em seu projeto profissional, que tem características democráticas e participativas em suas proposições na área da saúde, que dentre outros aspectos, pressupõe uma articulação com o movimento dos trabalhadores e dos usuários comprometidos com o SUS Constitucional na busca da construção e efetivação conjunta com outros profissionais de espaços nas instituições de saúde, que “garantam a participação popular nas decisões”, assim como o levantamento de discussões e “defesa da participação crítica” tanto entre a equipe de Serviço Social, como os demais trabalhadores da saúde (BRAVO; MATOS, 2004, p. 43-44), em conformidade com o código de ética da categoria que preconiza a “articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste código e com a luta geral dos trabalhadores” (BRASIL, 2012).

A Comissão de Serviço Social sobre ESTÁGIO E RESIDÊNCIA atua junto aos discentes e docentes contribuindo para uma formação qualificada. Desenvolve atividades de cunho acadêmico, como seminários e grupo de estudos com estagiários e residentes de forma sistemática, onde os discentes podem apresentar e socializar junto aos demais o seu aprendizado e trazer questionamentos sobre as temáticas trabalhadas.

Coordena e/ou desenvolve cursos para os docentes a fim de facilitar a sua prática junto aos discentes. Acompanha o desenvolvimento destes, contribui com a construção e aperfeiçoamento dos programas de residência e estágio⁹³ da

⁹³ Segundo definição, nas Diretrizes Curriculares do Serviço Social, o “Estágio Supervisionado é uma atividade curricular obrigatória que se configura a partir da inserção do aluno no espaço sócio-

Instituição, no âmbito do serviço social. Mantém articulação permanente com a coordenação acadêmica e de residência da Instituição, participando das reuniões existentes e coordena, promove e participa de eventos científicos junto aos residentes de serviço social de todo o estado.

O trabalho da Comissão busca contribuir para uma formação qualificada através da articulação com a Coordenação Acadêmica e de Residência da Instituição, participação em atividades de enfoque educativo (reuniões, seminários, grupos de estudos), contribuindo na construção dos programas de ensino da Instituição e participação nos processos seletivos dos discentes, pois entre os princípios que fundamentam a formação profissional destacamos a “indissociabilidade entre estágio e supervisão acadêmica e profissional” (ABEPSS, 1996).

Vasconcelos (2006, p. 258) indica estratégias e ações, que pensadas e realizadas, nas suas relações e conexões, possam fomentar uma prática na saúde que, implicando assistentes sociais e demais profissionais em equipes multiprofissionais, possam resultar em planejamento, realização e avaliação de uma prática na saúde que contribua para ampliar, facilitar e realizar/radicalizar o acesso aos direitos. São estratégias e ações necessárias que, nas suas relações e conexões, facilitem o acesso aos direitos e contribuam para o exercício do controle social e da organização, diferentes para cada contexto (instituição, usuários, espaço do Serviço Social), para cada momento histórico.

Sendo necessário assegurar uma relação sistemática e continuada entre espaços de prática e universidade através do estágio supervisionado, de cursos de aperfeiçoamento, especialização e pós-graduação, em capacitação permanente, Assessoria e consultoria à prática profissional, à apresentação de trabalhos em eventos, à realização de pesquisas com indicação de temas relevantes e/ou pesquisas articuladas pelos assistentes sociais, priorizando a incorporação e qualificação desses processos no cotidiano profissional.

institucional objetivando capacitá-lo para o exercício do trabalho profissional, o que pressupõe supervisão sistemática. Esta supervisão será feita pelo professor supervisor e pelo profissional do campo, através da reflexão, acompanhamento e sistematização com base em planos de estágio, elaborados em conjunto entre Unidade de Ensino e Unidade Campo de Estágio, tendo como referência a Lei 8662/93 (Lei de Regulamentação da Profissão) e o Código de Ética do Profissional (1993). O Estágio Supervisionado é concomitante ao período letivo escolar” (ABEPSS, 1996).

A Comissão de ÉTICA tem como objetivo estimular o desenvolvimento do ser/pensar/agir ético na perspectiva de defesa dos princípios éticos fundamentais e diretrizes do projeto profissional proporcionando movimentos de reflexão crítica e análise teórico-política da realidade profissional em sua totalidade dialética, dedicando-se a atividades que colaboram para o desenvolvimento de todas as atribuições profissionais ao contribuir tanto para a defesa do Código de Ética do Assistente Social, quanto como espaço propositivo desenvolvendo estratégias para efetivação dos direitos dos usuários.

Diante ao objetivo exposto da comissão entendemos que, ao (a) Assistente Social, “cabe pensar a ética como pressuposto teórico-político que remete ao enfrentamento das contradições postas à profissão, a partir de uma visão crítica, e fundamentada teoricamente, das derivações ético-políticas do agir profissional” (BRASIL, 2012, p. 22), Pois entre os princípios que fundamentam a formação dessa categoria profissional, destacamos que entender a “ética como princípio formativo perpassando a formação curricular” (ABEPSS, 1996) implica, na sociabilidade capitalista que condiciona o trabalho sob o domínio do capital, “um desafio político e uma exigência ética: construir um espaço por excelência do pensar crítico, da dúvida, da investigação e da busca de soluções” (Idem, Ibidem). Pois

todo o processo de formação profissional do Assistente Social, bem como o seu lugar na divisão social do trabalho, demanda que esse profissional se posicione diante das situações verificadas na realidade social. Isso requer um posicionamento político claro do Assistente Social – que possui, no Código de Ética Profissional, os pilares básicos para tal posicionamento (SOUSA, 2008, p. 131).

Dentre as ações realizadas pela comissão são destacadas algumas como seguem:

_ Avaliação de situações na instituição que remetem a execução de um parecer técnico da comissão de ética, diante de casos de questionamentos/problematizações que incidem, direta ou indiretamente, sobre os princípios do Código de Ética do Serviço social;

_ Participação de representante da comissão na avaliação de trabalhos remetidos para aprovação em eventos científicos realizados pelo Serviço Social (Congressos e Jornadas do Serviço Social na instituição);

_ Realização de eventos científicos da comissão de ética, café reflexivos,

seminário de ética;

_ Atividade de comunicação semanal sobre ética, intitulado Tecendo a Ética às Terças, onde semanalmente é realizada uma mensagem, pautada, proposta e construída por integrante da comissão, analisando situações que se expressam no cotidiano envolvendo a ética profissional e análise da conjuntura ideopolítica e sócio-histórica, sendo enviado para o e-mail da equipe do Serviço Social da instituição;

_ Elaboração de material de comunicação impresso abordando a Ética a partir dos princípios fundamentais do Código de Ética profissional do Serviço Social;

_ Participação em eventos relativos à ética, Serviço Social e saúde, através de representante (s) da comissão, sendo realizado repasse posterior para a equipe de Assistentes Sociais da instituição dos conteúdos;

A proposição da comissão envolve a preocupação com o compromisso de subsidiar teórico-metodologicamente na dimensão ético-política a defesa do posicionamento do serviço Social, diante de posicionamentos contraditórios de outras categorias profissionais na Instituição, como também no âmbito do próprio Serviço Social refletindo nas implicações éticas e políticas e/ou na possibilidade das respostas profissionais, pois de acordo com o art. 11, do código de Ética do (a) Assistente Social, é vedado “ser conivente com falhas éticas de acordo com os princípios deste Código e com erros técnicos praticados por assistente social e qualquer outro/a profissional” (BRASIL, 2012, p. 33). Sendo que os aspectos éticos “não se esgotam na afirmação do compromisso ético-político, é preciso que esse compromisso seja mediado por estratégias concretas, articuladas à competência teórica/técnica e a capacidade de objetivá-las praticamente por meio da realização dos direitos sociais” (BARROCO, 2004, p. 31).

Entendemos a relevância da comissão ante ao ambiente extremamente contraditório em tempos de avanço de perspectivas políticas defensoras dos processos de contrarreformas em curso atualmente, sendo cada vez necessário “impulsionar a formulação de propostas profissionais que tenham efetividade e permitam atribuir materialidade aos princípios ético-políticos norteadores do projeto profissional. Ora, para isso é necessário um cuidadoso conhecimento das situações ou fenômenos sociais que são objeto de trabalho do assistente social” (IAMAMOTO, 2004, p. 56). Associado a continuidade de estudos, presentes na formação do (a) profissional, sobre a Ética Profissional envolvendo os fundamentos ontológico-sociais da dimensão ético-moral

da vida social e seus rebatimentos na ética profissional, como o processo de construção de um ethos profissional, o significado de seus valores e as implicações ético-políticas de seu trabalho e, inevitavelmente, o debate teórico-filosófico sobre as questões éticas da atualidade e os Códigos de Ética profissional na história do Serviço Social brasileiro” (ABEPSS, 1996). Pois

os elementos éticos de um projeto profissional não se limitam a normativas morais e/ou prescrições de direitos e deveres: eles envolvem, ademais, as opções teóricas, ideológicas e políticas dos profissionais – por isto mesmo, a contemporânea designação de projetos profissionais como ético-políticos revela toda a sua razão de ser: uma indicação ética só adquire efetividade histórico-concreta quando se combina com uma direção político-profissional (NETTO, 2006, p.148).

Agir eticamente no exercício profissional do (a) Assistente Social remete a instrumentalidade da profissão que revela a intencionalidade dessa atuação, concordando com Guerra (2012, p. 56-57), ao fazer suas escolhas, no que se refere às finalidades estabelecidas e aos meios, em condições, instrumentos e técnicas, para alcançá-las, que resposta dar e em que direção, o assistente social exerce sua dimensão ético-política, a qual se preocupa com os valores (de que valem as respostas dadas) e com a direção social das mesmas que se revelam no conjunto de forças que estão sendo contemplado com as respostas profissionais da categoria.

A Comissão de FORMAÇÃO, CAPACITAÇÃO E SELEÇÃO tem como objetivo a formação de uma equipe, de profissionais Assistentes Sociais, comprometida com um direcionamento crítico da categoria em sintonia e em conformidade com o Projeto Ético-Político Profissional, a comissão realiza o planejamento, elaboração, execução e coordenação de atividades de formação continuada e eventos científicos objetivando o ininterrupto aperfeiçoamento profissional para contribuir com a qualidade dos serviços prestados pela equipe do Serviço Social da instituição.

Coordena o Grupo de Estudo em Serviço Social da Instituição, levantando referências relevantes para a discussão com toda a equipe estimulando à atualização do profissional, participa dos treinamentos realizados com os assistentes sociais para o aprimoramento da prática profissional, assim como organiza todo o material de formação, através da manutenção e renovação de biblioteca em ambiente real e virtual. Incentiva a realização de pesquisas científicas na área de Serviço Social e Saúde e participa da elaboração e coordenação de eventos

científicos na área, como congressos e seminários.

Participa da elaboração dos processos seletivos dos assistentes sociais da Instituição, elaborando a prova escrita teórica, compondo os grupos de trabalhos que realizam as entrevistas dos candidatos e realizando a análise e avaliação curricular dos (as) candidatos (as). Nesses processos seletivos procura-se verificar o comprometimento do assistente social selecionado com os princípios e diretrizes que regem a profissão de serviço social. Pois de acordo com o Art. 5º da lei nº 8.662/93 constitui atribuição privativa do Assistente Social “elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos ou outras formas de seleção para Assistentes Sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social” (BRASIL, 2012, p. 47).

Entendemos que as práticas, ações e atividades “de qualificação e formação profissional visam ao aprimoramento profissional, tendo como objetivo a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários” (CFESS, 2010), por isso necessárias, em um contexto atual de adversidade de projetos contraditórios na política de saúde, para qualificar o trabalho do assistente social da equipe de saúde por meio de educação continuada, estimulando a participação em cursos, congressos, seminários, encontros de pesquisas, objetivando apresentar estudos, investigações realizadas e troca de informações, como também a elaboração de planos de educação permanente para os profissionais de Serviço Social como proposta de qualificação profissional a ser promovida pela instituição.

Entre os princípios que fundamentam a formação profissional destacamos que o “estabelecimento das dimensões investigativa e interventiva como princípios formativos e condição central da formação profissional, e da relação teoria e realidade” assim como o “caráter interdisciplinar nas várias dimensões do projeto de formação profissional” (ABEPSS, 1996), sendo assim “a formação profissional expressa uma concepção de ensino e aprendizagem calcada na dinâmica da vida social, o que estabelece os parâmetros para a inserção profissional na realidade sócio institucional” que implicam capacitação teórico-metodológica, ético-política e técnico operativa para a apreensão crítica dos processos de trabalho profissional como totalidade.

A proposição da comissão na busca de condições objetivas para uma formação continuada para a equipe de Serviço Social revela-se como uma estratégia

de enfrentamento das questões na prática profissional, pois tem em sua intencionalidade

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, dinâmica, articulada à realidade social. Esta proposta de Assessoria, diante do quadro da prática e da formação profissional no Serviço Social, é determinante da articulação entre áreas de prática (meio profissional) e espaços de formação (academia), na medida em que não há projeto de formação que prescindia da realidade, assim como não há projeto de profissão que prescindia da teoria (VASCONCELOS, 2006, p. 254).

Iamamoto (2012) faz uma análise detalhada das competências e atribuições privativas do(a) assistente social. Propõe três vias para aprimorar e explicitar a interpretação dos artigos 4º e 5º da Lei de Regulamentação da Profissão (CFESS, 1993a), com vistas a subsidiar o trabalho da Comissão de Fiscalização do conjunto CFESS/CRESS. Em uma das propostas encontra-se “o fortalecimento da política de capacitação profissional”, já desenvolvida pelo CFESS/CRESS, articulada ao trabalho de fiscalização, objetivando ampliar as informações sobre o exercício profissional. Esse processo deve envolver a elaboração e publicação de textos, em articulação com as unidades de ensino, que analisem as atividades e funções dos(as) assistentes sociais no tocante à área, matéria e unidade de Serviço Social, conforme contempladas nos artigos 4 e 5 da Lei de Regulamentação da Profissão de 1993, de acordo com as orientações do Projeto ético-político” (IAMAMOTO, 2012, p. 71).

Os (As) profissionais precisam estar conectados ao “movimento histórico processual da realidade” (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p. 198). Ainda que os limites impostos pela estrutura das instituições hierarquizadas, e em última instância da estrutura econômica estejam dados, é preciso investir e acreditar na criação de estratégias que possibilitem a formulação de propostas visando à ultrapassagem do instituído, de práticas rotineiras, em favor dos valores democráticos.

A Comissão de GESTÃO DE PESSOAS enfatiza a importância da articulação da equipe bem como desta com os gestores da Instituição, facilitando o conhecimento destes sobre o serviço social e a articulação para o desempenho das atribuições profissionais consonantes com o posicionamento hegemônico da

profissão.

A comissão procura viabilizar o desenvolvimento do trabalho do Serviço Social em equipe, identificando e potencializando os aspectos positivos entre os (as) próprios (as) Assistentes Sociais procurando buscar o fortalecimento de uma unidade organizativa em função do projeto profissional, dentro da diversidade de perspectivas socioculturais, crenças e valores, assim como as determinações estruturais do processo, comuns em ambientes de trabalho nas instituições de saúde, pois

Os padrões de produção capitalista, em seus vários modelos de gestão e organização do processo de trabalho e todas as suas implicações nas condições materiais e espirituais da força de trabalho; e, ainda, o acompanhamento das profundas mudanças dos padrões produtivos e de acumulação capitalistas, criando uma nova configuração do “mundo do trabalho” (ABEPSS,1996).

O trabalho da comissão procura construir uma referência que aporte a possibilidade de articulação das pessoas através das atividades desenvolvidas pela equipe do Serviço Social, nas comissões estratégicas, na relação com a coordenação do setor, com o trabalho das técnicas administrativas do Serviço Social, visualizando a captura das possibilidades de harmonizar as relações interpessoais na atmosfera de trabalho na instituição.

Para atingir tal objetivo, esta comissão elabora relatórios técnicos sobre o serviço social apresentando as possibilidades e limites da prática profissional, acompanha os planos de intervenção nos setores específicos, elabora instrumentais e realiza o acompanhamento do perfil do profissional do setor, e desenvolve e/ou estimula ainda atividades de integração de toda a equipe de serviço social, procurando contemplar “um conjunto de ações que tem como perspectiva o fortalecimento da gestão democrática e participativa capaz de produzir, em equipe e intersetorialmente, propostas que viabilizem e potencializem a gestão em favor dos usuários e trabalhadores de saúde, na garantia dos direitos sociais” (CFESS, 2010).

Procura participar do planejamento e gestão dos serviços através de estudos, pesquisas, levantamentos, levados às instâncias superiores, às quais o Serviço Social está subordinado dentro da instituição, pela coordenação do Serviço Social, para que assim, direcione a tomada de decisões da instituição. A comissão também contribui com as suas atividades na expansão, junto aos gestores, do conhecimento

sobre a prática profissional, elaboração de relatório técnico, elaboração de instrumental e acompanhamento junto aos setores específicos, plano de ação, dificuldades da prática, participação na Comissão de Humanização da Instituição, propondo uma reflexão crítica, assim como em todos os aspectos de sua inserção profissional para

Empreender uma lógica de inserção dos profissionais e da operacionalização das ações em saúde que supere ações individualizadas, burocráticas, repetitivas, acríticas, “humanizadora” de relações pessoais, ou seja, instituir uma lógica de inserção e distribuição dos profissionais nas unidades de saúde tomando como critério as necessidades sociais de saúde e como prioridade as necessidades e interesses dos usuários“ (VASCONCELOS, 2006, p. 261).

Sendo que a comissão procura com o desenvolver de suas atividades agregar valores que retroalimentem a qualificação técnica na atuação da categoria na instituição, pois concordando com Vasconcelos (2006, p. 257) “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” e, de forma concomitante, promovendo o acesso e a ampliação dos direitos sociais.

A Comissão TÉCNICO-OPERACIONAL visa construir e atualizar instrumentos, fluxos e técnicas, assim como acompanhar os programas ligados ao serviço social que atuam na perspectiva da garantia e ampliação de direitos sociais (a exemplo do programa de certidão de nascimento e de penas e medidas alternativas, de articulação com outras políticas públicas, num movimento de intersetorialidade). É responsável pela revisão e catalogação de instrumentais utilizados pelo serviço social, e por discutir os fluxos dos atendimentos aos (as) usuários (as) com a equipe do setor e demais categorias, buscando o aperfeiçoamento da qualidade dos serviços oferecidos, a exemplo do fluxo de atendimento aos (as) usuários (as) vítimas de violência.

Desenvolve relatórios de monitoramento dos programas acompanhados pelo setor, a fim de subsidiar a análise e aperfeiçoamento dos mesmos e monitora e estimula a criação de banco de dados que auxiliem na assistência prestada e

forneça elementos para o desenvolvimento de pesquisas.

Um desafio presente no trabalho da comissão está em não se isolar da articulação necessária com as outras comissões e o trabalho dos (as) Assistentes Sociais na instituição, pois no cotidiano o pragmatismo, na ação e no pensamento, comparece em toda sua expressão na dimensão técnico instrumental, capturando-a dependendo de seu grau de isolamento, e de forma imperativa

requisita dos indivíduos respostas funcionais as situações que não demandam o seu conhecimento interno, mas tão somente a manipulação de variáveis para a consecução de resultados eficazes — o que conta não é a reprodução veraz do processo que leva a um desfecho pretendido, porém, o desfecho em si (NETTO, 2000, p. 68).

Discutir as estratégias e técnicas de intervenção a partir de quatro questões fundamentais: o que fazer, porque fazer, como fazer e para que fazer. Não se trata apenas da construção operacional do fazer (organização técnica do trabalho), mas, sobretudo, da dimensão intelectual e ontológica do trabalho, considerando aquilo que é específico ao trabalho do assistente social em seu campo de intervenção. Imbricada ao desvelamento destas questões, situa-se a dimensão técnico-operacional, como componente do trabalho consciente e sistemático do sujeito profissional sobre o objeto de sua intervenção, tendo em vista o alcance dos objetivos propostos. As estratégias e técnicas de operacionalização devem estar articuladas aos referenciais teórico críticos, buscando trabalhar situações da realidade como fundamentos da intervenção. As situações são dinâmicas e dizem respeito à relação entre assistente social e usuário frente às questões sociais (ABEPSS, 1996).

As ações profissionais se estruturam sustentadas no conhecimento da realidade e dos sujeitos para os quais são destinadas, na definição dos objetivos, na escolha de abordagens e dos instrumentos apropriados às abordagens definidas. Contêm os fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos construídos pela profissão em determinado momento histórico e os procedimentos técnico operativos (CFESS, 2010). Assim sendo os instrumentos e técnicas são, na verdade, estratégias sobre as quais se faz a opção de acordo com o contexto e o conteúdo a ser mediado para se chegar a uma finalidade Quanto maior nosso conhecimento teórico, mais ampla será nossa cadeia de mediações, maiores as nossas possibilidades de construí-las (PRATES, 2003).

Diante ao discutido consideramos, no contemporâneo contexto de expansão de desmonte de direitos sociais, que “é necessário formar um profissional versado no instrumental técnico-operativo, capaz de realizar ações profissionais, aos níveis de assessoria, planejamento, negociação, pesquisa e ação direta, estimuladoras da participação dos usuários na formulação, gestão e avaliação de programas e serviços sociais de qualidade” (IAMAMOTO, 1998, p. 144).

5 CONSIDERAÇÕES

O fio condutor da pesquisa realizada, no âmbito da gestão do Serviço Social na saúde inserido em uma instituição estruturada na lógica da reforma administrativa do Estado, foi impulsionado pela contradição ideopolítica com a implementação de uma experiência de gestão compartilhada do Serviço Social no interior de uma organização social da saúde, que representa um modelo de gestão terceirizada e privatizante da política de saúde e não envolve participação e controle social.

A trajetória percorrida com o questionamento sobre o Serviço Social implementar um modelo de gestão contraditório ao ambiente sociopolítico vigente, numa instituição produto da contrarreforma vinculada ao projeto de saúde privatista, e suas consequências na prática e direção social do Serviço Social no interior dessa organização, nos possibilitou a apreensão de elementos e determinações desse processo tenso de projetos profissionais e societários em confronto, aos quais podemos traçar algumas considerações.

A política de saúde expressa esse campo de tensão de projetos profissionais em disputa, dentro desse contexto a gestão do Serviço Social na instituição procura estimular/fomentar e promover estratégias de planejamento que favoreçam e estimulem a qualificação da intervenção profissional em seus diversos âmbitos e dimensões que busquem fundamentação no projeto profissional da categoria.

Procura-se direcionar a atuação do Serviço Social na instituição voltado à defesa dos direitos de cidadania e valores democráticos, na perspectiva da liberdade, da equidade e da justiça social, se contrapondo às concepções liberais e neoconservadoras do exercício profissional e procurando contribuir com a construção do projeto ético-político profissional, comprometido com a universalização dos direitos numa perspectiva teórico-metodológica apoiada na teoria social crítica, com princípios éticos radicalmente humanistas e históricos.

Para tal é reconhecido que o aperfeiçoamento teórico-metodológico fundamenta a base para fortalecer a instrumentalidade profissional, na atuação do Serviço Social, em harmonia e direcionada com o Projeto Ético-Político profissional da categoria, combatendo práticas burocráticas e pragmáticas da lógica privatizante dos serviços, em instituições gestoras da saúde pública revestidas pelo manto da filantropia, que representam passividade e adesão à contrarreforma na política, um

mergulho no fatalismo e naturalização da negação dos direitos sociais.

Sob a orientação ideopolítica neoliberal, vêm sendo implantadas mudanças na gestão de várias instituições de saúde através da terceirização, via novos modelos de gestão, cujos argumentos giram em torno da busca de uma suposta autonomia gerencial e modernização para as instituições.

A atual constituição e configuração da contrarreforma do Estado se expressa no aumento das formas/modelos e contratos de gestão dos setores públicos da saúde e consolida interesses contraditórios aos princípios do Sistema Único de Saúde, esses modelos de gestão têm sido introduzidos sob o discurso que a administração pública é ineficiente e a solução para a atual crise é a modernização do setor com a incorporação da capacidade e dos princípios do setor privado, um processo perpassado por conflitos e contradições, tensionado ainda pela prioridade que vem sendo dada pela tendência mundial de centralizar na “gestão” a solução para adesão à racionalidade hegemônica (SOARES, 2012), desconsiderando aspectos centrais como o financiamento, o acesso, a defesa da saúde eminentemente pública e de qualidade e a promoção de saúde.

Torna-se importante ressaltar que o modelo de gestão na saúde, através das organizações sociais, apresentado como eficiente, pautado no controle de resultados, tem em sua origem, e busca conservar, o status de instituição filantrópica, que se vincula a valores religiosos e difunde o estímulo ao voluntariado, onde é fomentada a ideologia da ajuda. Os (as) profissionais inseridos (as) na área da saúde são solicitados a fazer sempre mais oferecendo sua dedicação em favor do amor ao próximo, representando um retrocesso para a política de saúde na despolitização da saúde como direito social. Concordando com Yazbek (2001), quando afirma que o pensamento liberal estimula um vasto empreendimento de “refilantropização do social”.

Tal implementação de modelos de gestão privatizantes na saúde corresponde a estratégias, condizentes com a perspectiva política neoliberal, baseadas no alibi da necessidade de adotar uma trajetória de equilíbrio e sustentabilidade fiscal em tempo de crise, através da livre competição e concorrência do mercado de instituições/organizações/fundações gestoras, priorização da iniciativa privada e centradas na apropriação do fundo público através de transferências de ativos, desonerações, incentivos fiscais com o apelo para iniciativas de campanhas de

doações

Essas mudanças impõem desafios para o projeto profissional do Serviço Social e refletem tendências atuais no agravamento das expressões da questão social que se apresentam cotidianamente no setor saúde; com a restrição, seletividade e focalização na prestação dos serviços, com as demandas sendo reprimidas e/ou negligenciadas, afirmando a negação do direito social; na dificuldade de articulação das políticas sociais diante do subfinanciamento e conseqüente fragmentação da rede socioassistencial; na descontinuidade imposta pela lógica do atendimento regido pela necessidade de dar respostas imediatas às demandas dos usuários, de forma emergencial, individualizada e burocratizada; na necessidade de superação da subalternização profissional diante da hegemonia da profissão médica na saúde; nas mudanças nos processos, regimes e relações de trabalho no exercício profissional gerando descontinuidade na atuação, baixa remuneração, perdas de direitos trabalhistas, imposição de duplas jornadas, entre outros.

Fundamentada no projeto ideopolítico neoliberal a ofensiva da contrarreforma no setor saúde, atualmente hegemônica, expressa o corporativismo de um projeto de classe e se materializa nos modelos dos contratos de gestão dos serviços de saúde, com o alibi da necessidade de modernização se expande, a passos largos, um processo de “despolitização” com a refilantropização da questão social e assistencialização das políticas sociais, processos que refletem desafios no cotidiano institucional, nas correlações de força entre as profissões, nas respostas às demandas dos usuários e do serviço e geram dificuldades com a fragilização da unidade da classe trabalhadora no setor saúde.

O modelo gerencial da instituição reflete a lógica de hierarquia de poder extremamente verticalizante, antidemocrática e avessa à participação direta, sendo direcionado para o controle da força de trabalho, o que é uma expressão característica predominante nas empresas regidas pelo regime de controle de gestão da iniciativa privada. É compatível com o avanço das proposições ideopolíticas neoliberais, através dos modelos de gestão privatizantes na política de saúde, que ampliam as possibilidades de reprodução de espaços e ações inspiradas na reatualização do conservadorismo em contradição com o necessário movimento de democratização e participação da população na política de saúde,

Modelos que se estruturam em uma lógica institucional pautados na

racionalidade instrumental, formal e abstrata, em um padrão administrativo de viés conservador, difundindo o princípio cultural da associação sem mediações, do trabalhador das organizações com a própria organização em sua institucionalidade, proliferando o ideário do colaboracionismo.

Pode-se constatar que a gestão do Serviço Social adotou e prioriza, como estratégia de planejamento do setor, a elaboração e execução do processo de seleção dos profissionais do setor, e que as atividades desenvolvidas, pelo Serviço Social na instituição em estudo, têm a preocupação em adotar um norteamento comum na materialização efetiva, sua concretização, tanto como a busca da ampliação, do acesso aos direitos sociais e qualificação da atuação profissional do Serviço Social.

Entendo ser necessário estrategicamente adotar na prática dos procedimentos do Serviço Social, um direcionamento em função da apropriação do conceito de saúde ampliada como direito de cidadania, e, problematizando as situações, buscar criativamente ativar os meios e canais de exercê-la, procurando tensionar as regras e rotinas institucionais que comprimem o atendimento, dentro de seus muros de normalidade pautados na assistência médica, na inserção das rotinas possíveis e imediatas formatadas nos recursos disponíveis.

A elaboração do documento Parâmetros de atuação dos (as) Assistentes Sociais na instituição é uma estratégia de atuação da gestão do setor que fundamenta e organiza a atuação profissional da categoria, pois sua construção tem por base os Parâmetros de atuação dos (as) Assistentes Sociais na Política de Saúde, a lei de regulamentação da Profissão e o Código de Ética profissional, oferecendo subsídios para, além de organizar o processo de trabalho da categoria, constitui afirmativamente a implementação de uma legislação interna na instituição que regulamenta o exercício profissional em conformidade com o Projeto Ético-Político do Serviço Social.

Constata-se a importância, dada pela gestão do Serviço Social da instituição, com a qualificação profissional na utilização dos serviços de assessoria/consultoria no âmbito do Serviço Social de profissional do corpo docente da Universidade e/ou por outros (as) Assistentes Sociais com experiência na área da saúde, acreditando na importância de um direcionamento das atividades, por profissionais especializados, que possam contribuir com o aperfeiçoamento das práticas

profissionais.

Assim como o reconhecimento da relevância, do registro e sistematização da prática profissional, traz elementos para a reflexão do fazer profissional. Para a gestão a elaboração do planejamento do Serviço Social, construído anualmente, possibilita uma construção de novas estratégias de intervenção através da elaboração de proposições interventivas estrategicamente planejadas e, conseqüentemente, a realização de práticas profissionais mais qualificadas, fundamentadas em um direcionamento consonante com as proposições do Projeto Ético-Político do Serviço Social e com os Parâmetros de atuação.

Observa-se também na elaboração dos documentos do Serviço Social a importância de construir a compreensão sobre os fundamentos desses direitos, destacando seu caráter coletivo e necessidade compulsória de afirmação e avanço, trabalhando a dimensão político pedagógica profissional, para potencializar as demandas e direcioná-las para o tensionamento na perspectiva de transpor o funcionamento burocrático dos serviços, para promover e estimular o questionamento, problematizando os entraves para o funcionamento do sistema de saúde de forma integral e procurando ultrapassar as barreiras institucionais.

Coloca-se a exposição uma contradição entre a qualidade no atendimento e a preocupação de visibilidade da instituição caracterizada na lógica institucional, onde a aparência como centro de referência se torna mais importante que a real qualidade na assistência nos serviços prestados à população, pois as condições a que se submetem os (as) usuários (as) dos serviços de saúde para ter acesso aos serviços, diante da morosidade para conseguir realizar marcações, e a própria realização, de consultas clínicas de várias especialidades médicas, e/ou outras categorias de profissionais da saúde, como atendimentos e procedimentos a nível ambulatorial e/ou emergencial, internamentos, cirurgias, exames de imagens ou análises clínicas, assim como a adesão e continuidade a tratamentos de saúde específicos, diante a fragilidade da integralidade da rede.

Podemos constatar a divergência no direcionamento das propostas sobre os desafios estabelecidos nos Planejamentos Estratégicos, enquanto a Instituição preconiza a ênfase na gestão, no equilíbrio de gastos, na eficiência e eficácia, no gerencialismo administrativo empresarial pautado na lógica da contrarreforma, e os desafios definidos pelo Serviço Social que são defendidos e, estrategicamente,

direcionados pela orientação de seu projeto profissional.

Reconhecer e identificar os limites subjacentes de nossa atuação na ordem burguesa torna-se indispensável para procurar desenvolver práticas, fazendo o uso de nossa autonomia relativa em nosso exercício profissional, que exercitem o ir além da ação prática, como fim em si mesma, assim, o modelo de Gestão Compartilhada, como estratégia de atuação do serviço social na instituição, procura atender à necessidade de desenvolver as atividades profissionais do Serviço Social, de acordo com as diretrizes presentes no seu Código de Ética da categoria e outros documentos que balizam a prática deste profissional, como os Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na política de saúde, e fomentar o caráter do trabalho do Serviço Social para além do atendimento emergencial individualizado e praguimático imposto como tendência atual no cotidiano do trabalho na saúde.

Consideramos que a Gestão Compartilhada implantada no Serviço Social da instituição em estudo, em consonância com a nossa hipótese de trabalho, representa uma proposição estratégica de articulação da categoria, fundamentada no Projeto Ético-político, e pode possibilitar o tensionamento de uma atuação profissional crítica a direção política hegemônica na saúde.

Consideramos a proposição de estratégias no campo de atuação do serviço Social na saúde, fundamentadas no projeto profissional da categoria, além de importante é necessária, ante ao ambiente extremamente contraditório em tempos de avanço de perspectivas políticas defensoras dos processos de contrarreformas em curso atualmente, pois os aspectos éticos “não se esgotam na afirmação do compromisso ético-político, é preciso que esse compromisso seja mediado por estratégias concretas, articuladas a competência teórica/técnica e a capacidade de objetivá-las praticamente por meio da realização dos direitos sociais” (BARROCO, 2004, p. 31).

Esperamos que as reflexões aqui sistematizadas com o término desse trabalho, que sempre nos parece concluído provisoriamente e permanentemente inacabado, possam contribuir com o debate sobre a temática estimulando provocações que revertam em novas investigações e aprofundem estudos articulados com as proposições do projeto profissional, como: sobre as possibilidades e estratégias de práticas profissionais na saúde em tempos de contrarreforma; a dimensão político pedagógica no Serviço Social na

democratização das instituições de saúde; a instrumentalidade como mediação na práxis profissional na saúde; as dimensões ético-política e teórico-metodológica no planejamento da gestão do Serviço Social na saúde; entre outros.

REFERÊNCIAS

ABEPSS. Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, ABEPSS, 1996.

ABRAMIDES, M. B. C. O projeto ético político profissional do Serviço Social brasileiro. 2006, 401f. Tese (Doutorado em Serviço Social). Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social. PUC, São Paulo, 2006.

ALENCAR, Mônica. O trabalho do assistente social nas organizações privadas não lucrativas. In.: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

AMARAL, A. Reestruturação do capital, fragmentação do trabalho e Serviço Social. In A nova fábrica de consensos. São Paulo, Cortez, 1998.

ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir & GENTILI, Pablo (orgs.). Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

BARROCO, Maria Lúcia Silva. Ética e Serviço Social: Fundamentos Ontológicos. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. A inscrição da ética e dos direitos humanos no projeto ético-político do Serviço Social. Serviço Social & Sociedade. São Paulo: Cortez, n. 79, 2004.

_____. Ética e Serviço Social: fundamentos ontológicos. 6ª Edição. São Paulo, Cortez, 2008.

_____. Considerações sobre o Código de Ética dos assistentes sociais. In: Serviço Social e Ética: convite a uma nova práxis. BONETTI, D. A; SILVA, M. V; SALES, M. A; GONELLI, V. M.M. São Paulo: Cortez, 2010.

BATISTA, Alfredo. Reforma do Estado: uma prática histórica de controle social. Serviço Social e Sociedade, nº61. São Paulo: Cortez, 1999.

BAUMAN, Zygmunt. Globalização: as consequências humanas. Tradução Marcus Penchel. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

BEHRING, Elaine Rossetti. Brasil em contra-reforma – desestruturação do Estado e perda de direitos. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. Política Social no contexto da crise capitalista. In: Serviço Social: direitos profissionais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

_____. Expressões políticas da crise e as novas configurações do Estado e da sociedade civil. In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. – Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009a.

_____. BOSCHETTI, I. Política Social: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. Política Social: fundamentos e historia. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008. (Biblioteca Básica de Serviço Social, v. 2).

BEREZOVSKY, Nina. Serviço Social médico na administração hospitalar. São Paulo: Cortez & Moraes, 1977.

BERNARDINO, E. Mudança do modelo gerencial em um hospital de ensino: a reconstrução da prática de enfermagem. 2007. 176f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem dos Campi São Paulo e Ribeirão Preto da USP, São Paulo, 2007.

BORÓN, Atílio. A questão do imperialismo. In: BORÓN, A.; AMADEO, J.; GONZÁLEZ, S. (Orgs.). A teoria marxista hoje. Buenos Aires: Editora Expressão Popular, 2006.

BOSCHETTI, Ivanete. Expressões do conservadorismo na formação profissional. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 124, p. 637-651, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282015000400637&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 jun. 2017.

BOURGUIGNON, Jussara Ayres. A particularidade histórica da pesquisa no Serviço Social. Rev. Katál, Florianópolis, v. 10, n. esp., p. 46-54, 2007.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Relatório 8ª. Conferência Nacional de Saúde. Brasília-DF: MS, Março de 1986.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

_____. (1990a). Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2015.

_____. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Plano aprovado pela Câmara da Reforma do Estado da Presidência da República em setembro de 1995. Brasília: Imprensa Nacional, 1995.

_____. Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. - 10ª. ed. rev. e atual. - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, CFESS [2012].

_____. Programa de governo PMDB Uma Ponte para o Futuro. Instituto Ulisses Guimarães. 2015. Disponível em: <<https://www.fundacaoulysses.org.br/wp-content/uploads/2016/11/UMA-PONTE-PARA-O-FUTURO.pdf>> Acesso em: 20 jan. 2017.

BRAVO, Maria Inês Souza. Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais. São Paulo / Rio de Janeiro: Cortez / UFRJ, 1996.

_____. Serviço Social e Práticas democráticas. In: Bravo e Pereira. Política Social e Democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p. 113-138.

_____. Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais. - 2 ed. - São Paulo: Cortez, 2007.

_____. Política de Saúde no Brasil. In: Serviço Social e Saúde: Formação Profissional e Trabalho Profissional. MOTA, Ana Elizabete et al. Cortez, 2009.

_____. A saúde no Brasil e em Portugal na atualidade: o desafio de concretizar direitos. Coleção: Revista Serviço Social e Sociedade 102. Serviço Social e Saúde: múltiplas dimensões. Ed. Cortez, 2010.

_____; MATOS, Maurílio Castro. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal In: BRAVO, M. I. S. e PEREIRA, P. A. P. Política Social e Democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.p. 197-213.

_____. Reforma Sanitária e Projeto Ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, Maria Inês et alli. Serviço Social e Saúde. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

_____. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo. Participação popular e controle social na saúde. IN: Cadernos de saúde: Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo. – 1.ed. – Rio de Janeiro : UERJ, Rede Sirius, 2011.

BRAZ, M. O III CBAS de 1979: a virada e o seu legado às novas gerações. Serviço Social e Sociedade. São Paulo, n.100, p.709-719, out./dez. 2009.

CFESS, Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais, Brasília, 2010.

_____. Código de Ética do(a) Assistente Social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 9 ed. rev. e atual. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2011.

_____. Lei Nº. 8.662, de 7 de junho de 1993. Regulamenta a profissão de assistente social e dá outras providências. Diário Oficial da União (DOU) de 08 de julho de 1993.

CHESNAIS, François. A Mundialização do Capital. São Paulo: Xamã, 1996.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. Serviço Social e Intersetorialidade: a contribuição dos Assistentes Sociais para a construção da intersectorialidade no cotidiano do Sistema Único de Saúde. [Tese] Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, UFPE, Recife, 2010.

COUTINHO, Carlos Nelson. A época neoliberal: revolução passiva ou contra-reforma? *Novos Rumos*, Marília, v. 49, n.1, p.117-126, jan.-jun., 2012.

COUTINHO, Carlos Nelson. Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político. Rio de Janeiro: civilização brasileira, 2003.

COUTO, Berenice Rojas. Formulação de projeto de trabalho profissional. In: CFESS/ABEPSS. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

FILGUEIRAS, L.; PINHEIRO, B.; PHILIGRET, C.; BALANCO, P. Modelo liberal periférico e bloco de poder: política e dinâmica macroeconômica nos governos Lula. In: OS ANOS Lula. Contribuições para um balanço crítico: 2003 – 2010. Rio de Janeiro: Garamont, 2010. 423 p.

GIL, Antônio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. - 6 ed. - São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, R. Desempenho macroeconômico em perspectiva histórica: governo Lula (2003-2010). In: OS ANOS Lula. Contribuições para um balanço crítico: 2003 – 2010. Rio de Janeiro: Garamont, 2010.

GRAMSCI, Antônio. Cadernos do cárcere, volume 1 / edição e tradução, Carlos Nelson Coutinho; co-edição, Luiz Sérgio Henriques e Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

GRAMSCI, Antônio. Os Intelectuais e a Organização da Cultura. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1984.

GRANEMANN, Sara. 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. 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/ADUFRJ-SSind, 2008.

_____. Terceiro dia de Seminário debate relações público-privado no SUS. 2010. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2010/11_nov_semi_3dia.html>. Acesso em: 14 dez. 2016.

_____. Fundações Estatais: projeto de estado do capital. In: Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Bravo, Maria Inês Souza; Menezes, Juliana Souza Bravo (Org.). – 1.ed. Rio de Janeiro : UERJ, Rede Sirius, 2011.

GUERRA, Yolanda Aparecida Demétrio. O Brasil (do) real: Alguns elementos para pensar a reforma do Estado no Brasil. In: A racionalidade hegemônica do capitalismo

no Brasil contemporâneo: uma análise das suas principais determinações. (tese de doutoramento). São Paulo: PUC/SP, 1998.

_____. A instrumentalidade do Serviço Social. São Paulo: Cortez, 1995.

_____. Instrumentalidade do Processo de Trabalho e Serviço Social. Revista Serviço Social e Sociedade, n. 62, p.5-34, 2000.

_____. A Instrumentalidade no Trabalho do Assistente Social. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social, Módulo 4: O trabalho do assistente social e as políticas sociais, CFESS/ABEPSS- UNB, em 2000b.

_____. O projeto profissional crítico: estratégia de enfrentamento das condições contemporâneas da prática profissional. In: Serviço Social e Sociedade. São Paulo, n.91, p.5-33, set., 2007.

_____. A dimensão investigativa no exercício profissional. Conselho Federal de Serviço Social – CFESS. Serviço Social: direitos e competências profissionais. Brasília, CFESS/ABEPPS, 2009.

_____. Serviço Social: dilemas da precarização e estratégias de enfrentamento. In.: Crise Contemporânea e Serviço Social, org.: Gilmaisa Costa, Rosa Predes e Reivan Souza. EDUFAL, 2010.

HARVEY, David. O enigma do capital e as crises do capitalismo. São Paulo, Boitempo, 2011.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 10. ed. São Paulo: Cortez Editora, 1998.

_____. Serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1999.

_____. O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. - 3. ed. - São Paulo, Cortez, 2000.

_____. O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

_____. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo. In.: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 2006.

_____. Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. Serviço Social em tempo de capital fetiche. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. As Dimensões Ético-Políticas e Teórico-Metodológicas no Serviço Social Contemporâneo. In: MOTA, Ana Elizabete [et al.], (orgs.). Serviço Social e

Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 4. Ed.- São Paulo: Cortez; Brasília, DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

_____. O serviço social na cena contemporânea. In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília, CFESS/ABEPSS, 2009a.

_____. Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. 4 ed. Cortez: São Paulo, 2010.

_____. O Serviço Social na Contemporaneidade. Trabalho e formação profissional. 23 ed. São Paulo: Cortez, 2012.

_____. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade. In: Atribuições privativas do/a assistente social em questão. 1ª edição ampliada. Brasília: CFESS, 2012.

_____; CARVALHO, Raúl de. Relações Sociais e Serviço Social no Brasil, Esboço de uma interpretação teórico-metodológica. São Paulo: Cortez/CELATS, 1982.

_____. Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 34 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

KRÜGER, Tânia Regina. Serviço Social e Saúde: Espaços de atuação a partir do SUS. In.: Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas, v. IX, n. 10, Dez. 2010.

LAURELL, Asa Cristina. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. In: Estado e Políticas sociais no neoliberalismo. 2º ed.- São Paulo: Cortez, 1997.

MANDEL, E. O capitalismo tardio. Tradução de Carlos Eduardo Silveira Matos, Regisde Castro Andrade e Dinah de Abreu Azevedo. 2. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

MARTINELLI, Maria Lúcia. (Um novo olhar sobre os instrumentais em Serviço Social. Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo: Cortez, n. 45, 1994.

_____. Serviço social: identidade e alienação. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

MARTINS, José de Souza. Os camponeses e a política no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1986.

MARX, Karl. Contribuição à crítica da economia política. [tradução e introdução de Florestan Fernandes] 2 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

_____. Crítica da filosofia do direito de Hegel. [tradução Rubens Enderle e Leonardo de Deus; supervisão e notas Marcelo Backes]. 2.ed. São Paulo: Boitempo, 2010.

_____. A guerra civil na França. Seleção de textos, tradução e notas Rubens Enderle. São Paulo:, 2011 (Coleção Marx-Engels).

_____. A sagrada família, ou, A crítica da Crítica crítica contra Bruno Bauer e consortes. [tradução, organização e notas de Marcelo Backes] 1.ed. São Paulo: Boitempo, 2011b.

_____; ENGELS, Friedrich. Manifesto do partido comunista. 1 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MATOS, Maurílio Castro de. O debate do Serviço Social na Saúde na década de noventa: sua relação com o projeto ético-político profissional e com o projeto da reforma sanitária. Rio de Janeiro: Dissertação de Mestrado em Serviço Social, UFRJ, 2000.

_____. Cotidiano, Ética e Saúde: O Serviço Social frente à contra-reforma do Estado e à criminalização do aborto. Tese de Doutorado em Serviço Social. PUC / SP: São Paulo, 2009.

_____. Serviço Social, Ética e Saúde: reflexões para o exercício profissional. São Paulo: Cortez, 2013.

MÉSZÁROS, István. Para além do capital: rumo a uma teoria da transição. tradução Paulo Cezar Castanheira, Sérgio Lessa. 1.ed. São Paulo: Boitempo, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 28 ed. Petrópolis, RJ, 2007.

MIOTO, Regina Célia Tamasso.; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Desafios atuais do sistema único de saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais. In Serviço Social e Saúde / Ana Elizabete Mota.[et. al.], (Org.). – São Paulo: OPS; OMS, MS, 2006.

_____. Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde. In.: Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

MONTAÑO, Carlos Eduardo. A Natureza do Serviço Social. Cortez, São Paulo, 2007.

_____. Terceiro Setor e Questão Social: crítica ao padrão emergente de intervenção social. São Paulo: Cortez, 2002.

MOTA, Ana Elizabete. O Feitiço da Ajuda: as determinações do Serviço Social na empresa. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1987.

_____. A Nova Fábrica de Consensos (org.). Cortez: São Paulo, 1998.

_____. Questão social e serviço social: um debate necessário. in.: O mito da Assistência Social: ensaios sobre o Estado, Política e Sociedade. 4ed., São Paulo: Cortez, 2010.

_____. Crise contemporânea e as transformações na produção capitalista. In: CFESS/ABEPSS. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS\ABEPSS, 2009.

_____; AMARAL, A. Reestruturação do capital, fragmentação do trabalho e Serviço Social. In: A nova fábrica de consensos. São Paulo, Cortez, 1998.

NETO, F. C. B.; BARBOSA, P. R.; SANTOS, I. S. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. de V. C. Et al. (orgs.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

NETTO, José Paulo. Autocracia Burguesa e Serviço Social. Tese de Doutorado. PUC/SP. São Paulo: 1989.

_____. Capitalismo Monopolista e Serviço Social. São Paulo: Cortez, 1992.

_____. Ditadura e Serviço Social – Uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. 3ª edição. São Paulo: Cortez, 1996.

_____. Transformações Societárias e Serviço Social - notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. In: Serviço Social e Sociedade n. 50. São Paulo, Cortez, abril, 1996a.

_____. A Construção do Projeto Ético-político do Serviço Social rente à crise contemporânea. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo 1. Brasília: CFESS/ABEPSS/CEAD/UNB, 1999.

_____. A crítica da vida cotidiana. In: NETTO, JP e CARVALHO, MCB. Cotidiano: conhecimento e crítica. (5ª edição). São Paulo: Cortez, 2000.

_____. Ditadura e serviço social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós 64. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2002.

_____. A Construção do Projeto Ético-político do Serviço Social. In.: A prática profissional do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da Saúde. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. A construção do projeto ético-político do Serviço Social. In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2009.

_____. III CBAS: algumas referências para a sua contextualização. In: Serviço Social e Sociedade. São Paulo, n.100, p.650-678, out/dez. 2009.

_____. Introdução ao Estudo do Método de Marx. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NICOLETTI, Lenita. Planificação em saúde e participação comunitária. Serviço Social & Sociedade. São Paulo: Cortez, ano I, nº 1, set. 1979.

NOGUEIRA, Roberto Passos. Problemas de Gestão e Regulação do Trabalho no SUS. Revista Serviço Social e Sociedade, v.87, p. 147-177, 2006.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tamaso. Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais. In.: A prática profissional do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da Saúde. São Paulo: Cortez, 2006.

OTERO, Paulo. Coordenadas Jurídicas da Privatização da Administração Pública, in "Os Caminhos da Privatização da Administração Pública", Boletim da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Coimbra: Coimbra Editora, 2001.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. de V.C. et al. (orgs.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008a.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PINHEIRO, Maria Esolina. Serviço Social: infância e juventude desvalidas [Documento histórico]. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: CEPUERJ, 1985.

POLI, ANTUNES, André; GUIMARÃES, Cátia; MATHIAS, Maíra; JÚNIA, Raquel. 30 anos da 8ª Conferência Nacional de Saúde. In.: Revista POLI: saúde, educação e trabalho – jornalismo público para o fortalecimento da Educação profissional em Saúde, Ano IX – Nº 47 – set./out. 2016.

PONTES. Reinaldo Nobre. Serviço Social e Mediação Cortez, 1995.

PRATES, Jane Cruz. A questão dos instrumentais técnico operativos numa perspectiva dialético crítica de Inspiração Marxiana. Revista Virtual Textos & Contextos, n2, p.01-08, dez., 2003.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 1 UN Plaza, New York, NY 10017, USA, 2010. Edição e Produção: Communications Development Incorporated, Washington D.C. RELATÓRIO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO 2010. BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3) / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, Brasília: SDH/PR, 2010.

RAICHELIS, R. O trabalho do assistente social na esfera estatal. In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. CFESS/ABEPSS, Brasília, 2009.

_____. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. In: Serviço Social e sociedade. São Paulo: Cortez, n. 107, 2011.

RECIFE, Gov. Transforma Recife Capital da Solidariedade. Prefeitura da Cidade do Recife – PCR, 2015. Disponível em: <<http://www.transformarecife.com.br/#/login>> acesso em: 28.06.2017 às 18:00hs.

REZENDE, Conceição Aparecida Pereira. O Modelo de Gestão do SUS e as Ameaças do Projeto Neoliberal. In: BRAVO, Inês Souza [et al.], (orgs.). Política de Saúde Na Atual Conjuntura: Modelos de Gestão e Agenda Para a Saúde. Maria 2. Ed. Rio de Janeiro: UERJ/ Faculdade de Serviço Social – Projeto Políticas Públicas de Saúde, 2008.

RICHARDSON, Roberto Jarry. Pesquisa Social: Métodos e Técnicas. São Paulo: Atlas, 2010.

SANTOS, Silvana Mara de Moraes dos. O CFESS na defesa das condições de trabalho e do projeto ético-político profissional. In: Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortês, n 104, 2010.

SCHEFFER, M; BAHIA, L. Representação política e interesses particulares na saúde: a participação de empresas de planos de saúde no financiamento de campanhas eleitorais em 2014. Relatório de Pesquisa. <http://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/Planos-de-Saude-e-Eleicoes-FEV-2015-1.pdf> (acessado em 25/Fev/2015).

SENNET, R. A corrosão do caráter: As consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo. 8. ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.

SILVA E SILVA, Maria Ozanira da. O Serviço Social e o popular: resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura. 4. Ed. - São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, Márcia Cristina Freitas. Violência Estrutural e a interlocução com insuficiência renal crônica na classe trabalhadora. VII seminário de saúde do trabalhador e V Seminário o Trabalho em debate “Saúde Mental relacionada ao Trabalho”. Campus de Franca, Curitiba, 2010. Disponível em : http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC000000112010000100011&script=sci_arttext. Acesso em: 17, dez, 2015.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e (Coord.). O Serviço Social e o Popular: resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

SIMÕES Carlos. Na ilha de Robinson: a autonomia e a ética profissional no neoliberalismo. In: Serviço Social e sociedade. São Paulo: Cortez, 2009.

_____. Curso de Direito do Serviço Social. São Paulo: Cortez, 2007.

SOARES, Laura Tavares. O desastre social. Rio de Janeiro: Record, 2003.

SOARES, Raquel Cavalcante. A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social. [Tese] Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, UFPE, Recife, 2010.

_____. A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e Serviço Social. In: BRAVO, M. I. S. e MENEZES, J. S. B. de M. Saúde e Serviço Social,

Movimentos Sociais e Conselhos: desafios atuais. Editora Cortez, São Paulo, p. 85-108, 2012.

_____. As configurações da Política de Saúde na Atualidade e as Repercussões no Trabalho Profissional de Assistentes Sociais. In.: Revista do SASEAL, 30 anos SASEAL, Ano 17, nº 15 Set. de 2016.

SODRÉ, Francis. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 103, p. 453- 475, set. 2010 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282010000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 dez. 2016.

SORIANO, Raúl Rojas. Manual de Pesquisa Social. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

SOUSA, Charles Toniolo de. A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional Emancipação, Ponta Grossa, 8(1): 119-132, 2008. Disponível em <<http://www.uepg.br/emancipacao>>

TAVARES, Viviane. Capital estrangeiro na saúde. Revista Polis, Rio de Janeiro, a. 7, n. 38. jan./fev. 2015.

TEIXEIRA, Joaquim Barata; BRAZ, Marcelo. O projeto ético-político do Serviço Social. In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

TEIXEIRA, Leila Marçal Benício; SILVA, Stephanie Héllen Oliveira da; SILVA, Renato Urbano da; COSTA, Rafaela Ribeiro Saraiva da. Gestão Compartilhada como estratégia de atuação do Serviço Social na saúde: na luta pela garantia da implementação do projeto ético-político profissional. In.: 15º Congresso Brasileiro de Assistentes Social “80 anos do Serviço Social no Brasil”, Olinda PE, set. de 2016.

TERRA, S. H. Marcos legais e éticos do Serviço Social: construção dos parâmetros normativos do Serviço Social no Brasil. In: Serviço Social e Sociedade. São Paulo, n.99, p.405-424, jul./set., 2009.

TIMM, L. B.; TONIOLO, G. A aplicação do princípio da eficiência à administração pública: levantamento bibliográfico e estudo da jurisprudência do TJRS. In: Prismas: Dir., Pol. Publ. e Mundial., Brasília, v.4, n.2, p.43-54, jul./dez., 2007.

VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço Social e Práticas democráticas. In: Bravo e Pereira. Política Social e Democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p. 113-138.

_____. A prática profissional do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da Saúde. São Paulo: Cortez, 2002.

_____. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. In.: A prática profissional do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da Saúde. São Paulo: Cortez, 2006.

_____.A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. - 8 ed.- São Paulo: Cortez, 2012.

VERDÈS-LEROUX, Jeannine. Trabalhador social: prática, habitus, ethos, formas de intervenção. São Paulo: Cortez, 1986.

VIDAL, Dolores Lima da Costa. A gestão de equipes de Serviço Social em hospitais públicos no Rio de Janeiro. Tese (Doutorado em Política Social) – Universidade Federal Fluminense, Escola de Serviço Social, 2014.

XIMENES, Assuero Fonseca. A apropriação do fundo público da saúde pelas Organizações Sociais em Pernambuco. Tese doutorado do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, UFPE, Recife, 2015.

YAZBEK, M. C. O Serviço Social como Especialização do Trabalho Coletivo. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social. Brasília: CFESS/ABEPSS/CEAD/UNB, 1999, p.87-100.

YAZBEK, M.C. Pobreza e exclusão social: expressões da Questão Social no Brasil. Temporalis, Brasília, n. 3, 2001.

APÊNDICE A - Quadro de Objetivos, Questões e Fontes da Pesquisa

QUESTÃO PROBLEMA:

Como, em uma instituição produto da reforma administrativa do Estado vinculada ao projeto de saúde privatista, o Serviço Social implementa um modelo de gestão contraditório ao ambiente sócio político vigente?

OBJETIVO GERAL:

Analisar o modelo de gestão do Serviço Social de uma organização social da saúde em Pernambuco no atual contexto de contrarreforma na política de saúde.

Objetivos Específicos	Aspectos / Características / Questões	Fontes/ bases empíricas
<p>Discutir os principais desafios da gestão do Serviço Social</p>	<p>Qual a relação do quantitativo do quadro de profissionais seletistas com o quadro do voluntariado e os indicadores de atendimentos e procedimentos da instituição?</p> <p>Onde e como se expressa a Logica contencionista privatista da instituição para a Gestão do Serviço Social?</p> <p>Qual a relação do quantitativo do quadro de profissionais Assistentes Sociais e Indicadores de atendimentos?</p> <p>Existe, de alguma forma, comprometimento na instituição da</p>	<p>* Relatório mensal e anual com principais indicadores da Instituição.</p> <p>* Planejamento Estratégico da Instituição 2011/2012/2013/2014 Orientações Estratégicas Básicas.</p> <p>* Planejamento Estratégico da Instituição 2015/2016 SAF Orientações Estratégicas Básicas.</p> <p>* Planejamento da Instituição Desafios e Prioridades Setoriais 2008/2009/2010.</p> <p>* Relatório de avaliação 2014/2015 dos (as) Assistentes Sociais do da Instituição</p> <p>* Relação dos Profissionais do Serviço Social da Instituição setor de lotação.</p> <p>* Relatório Operacional do Serviço Social da Instituição – Indicadores por setor de encaminhamentos e informações aos usuários.</p>

	<p>continuidade nas atuações profissionais dos (as) Assistentes Sociais?</p> <p>Qual o lugar do Serviço Social no organograma da Instituição?</p> <p>Em que perspectiva é solicitada a atuação dos profissionais do Serviço Social nos setores?</p> <p>Quais as principais demandas ao Serviço Social na instituição?</p>	<p>* Projeto para Manutenção dos Profissionais do Serviço Social da Instituição 2015.</p> <p>* Organograma da Instituição</p> <p>* Avaliação dos (as) Assistentes Sociais do Serviço Social da Instituição 2016.</p> <p>* Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais da Instituição 2016.</p> <p>* Planejamento estratégico 2016 Serviço Social da Instituição orientações estratégicas básicas.</p>
<p>Investigar as principais estratégias de atuação do Serviço Social na gestão</p>	<p>Como e porque a gestão do Serviço Social prioriza e seleciona o perfil profissional dos (as) Assistentes Sociais da equipe?</p> <p>Como a gestão do Serviço Social organiza a atuação dos profissionais, da equipe do Serviço Social, no geral e nos setores específicos na instituição?</p> <p>Como vem se desenvolvendo o planejamento/organização da atuação do Serviço Social?</p>	<p>* Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde CFESS 2010.</p> <p>* Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social ABEPSS</p> <p>* Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais no IMIP 2016.</p> <p>* Relação dos Profissionais do Serviço Social da Instituição setor de lotação.</p> <p>* Planos de Intervenção Setoriais dos (as) Assistentes Sociais</p> <p>* Planejamento estratégico 2016 Serviço Social da Instituição orientações estratégicas básicas.</p> <p>* Planejamento Estratégico da Instituição 2011/2012/2013/2014 Orientações Estratégicas Básicas.</p> <p>* Planejamento Estratégico da Instituição 2015/2016 SAF</p>

	<p>Quais as prioridades para a gestão do Serviço Social?</p> <p>Como se fundamenta a atuação da gestão do Serviço Social na instituição?</p>	<p>Orientações Estratégicas Básicas.</p> <p>* Planejamento da Instituição Desafios e Prioridades Setoriais 2008/2009/2010.</p> <p>* Relatório com modificações adotadas no PCG do Serviço Social da Instituição.</p> <p>* Relatório de avaliação 2014/2015 dos (as) Assistentes Sociais da Instituição.</p> <p>* Relatório Quantitativo do Serviço Social Atividade de Gestão e Ensino e Pesquisa.</p>
<p>Examinar o modelo de Gestão compartilhada enquanto estratégia de implementação do Projeto Ético Político do Serviço Social</p>	<p>Sobre o modelo de Gestão Compartilhada do Serviço Social da Instituição: Como se constitui e é implementado? Como se estrutura a proposta de gestão compartilhada? Como se distribui equipe e quais as funções? Quais são as atribuições? Como e quais atividades e ações são desenvolvidas?</p> <p>Quais as fundamentações do modelo de Gestão? Qual a direção sociopolítica da proposta?</p>	<p>* Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais no IMIP 2016.</p> <p>* Artigo publicado no 15º CBAS 2016.</p> <p>* Avaliação das Comissões 2016 da Gestão Compartilhada do Serviço Social da Instituição.</p> <p>* Avaliação dos (as) Assistentes Sociais do Serviço Social da Instituição 2016.</p> <p>* Principais atribuições das Comissões da Gestão Compartilhada do Serviço Social do IMIP.</p> <p>* Código de Ética Profissional do (a) Assistente Social CFESS 1993.</p> <p>* Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde CFESS 2010.</p> <p>* Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social ABEPSS.</p> <p>* Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social. CFESS, Lei nº 8662/1993.</p>

Quais avanços e limites do modelo?
Estrategicamente contribui para a
implementação de uma atuação
profissional fundamentada no Projeto
Ético Político do Serviço Social?
Como?
Vincula-se a que princípios do Projeto
Ético Político do Serviço Social?

APÊNDICE B - Relação dos Documentos para Análise da Pesquisa

1. Artigo publicado no 15º CBAS 2016. (Artigo, escrito por Assistentes Sociais que desenvolveram atuação profissional junto a Gestão do Serviço Social na Saúde, intitulado: Gestão Compartilhada como estratégia de Atuação do Serviço Social na Saúde: na luta pela garantia da implementação do projeto ético-político profissional).
2. Avaliação das Comissões 2016 da Gestão Compartilhada do Serviço Social da Instituição.
3. Avaliação dos (as) Assistentes Sociais do Serviço Social da Instituição 2016.
4. Código de Ética Profissional do (a) Assistente Social CFESS 1993.
5. Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social. CFESS, Lei nº 8662/1993.
6. Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde CFESS 2010.
7. Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais da Instituição 2016.
8. Planejamento Estratégico 2016 Serviço Social da Instituição orientações estratégicas básicas.
9. Planejamento Estratégico da Instituição 2011/2012/2013/2014 Orientações Estratégicas Básicas.
10. Planejamento Estratégico da Instituição 2015/2016 SAF Orientações Estratégicas Básicas.
11. Planejamento da Instituição Desafios e Prioridades Setoriais 2008/2009/2010.
12. Planos de Intervenção Setoriais dos (as) Assistentes Sociais. (Tratam-se de projetos de atuação profissional, desenvolvidos pelos profissionais Assistentes Sociais com a Coordenação do Serviço Social, que são apresentados as Coordenações setoriais, para orientar e nortear a prática profissional do Serviço Social no setor específico de acordo com suas especificidades).
13. Principais atribuições das Comissões da Gestão Compartilhada do Serviço Social da Instituição.
14. Projeto para Manutenção dos Profissionais do Serviço Social da Instituição. (Documento, desenvolvido pela Coordenação do Serviço Social e Comissão de Gestão de Pessoas do Serviço Social, que realiza um levantamento e sistematização do quadro de profissionais Assistentes Sociais na instituição que aponta o grau elevado de rotatividade de funcionários e proposta de valorização profissional).
15. Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social ABEPSS.
16. Relação dos Profissionais do Serviço Social da Instituição setor de lotação.
17. Relatório com modificações adotadas para o Programa de Contenção de Gastos - PCG do Serviço Social da Instituição.
18. Relatório mensal e anual com principais indicadores da Instituição. (Números da Instituição sobre Macroestrutura física,

Recursos humanos, Consultas, Procedimentos, Atendimentos, Cirurgias, Internamentos, Exames).

19. Relatório de avaliação 2014/2015 dos (as) Assistentes Sociais da Instituição.

20. Relatório Operacional do Serviço Social da Instituição – Indicadores por setor de encaminhamentos e informações aos usuários.

21. Relatório Quantitativo do Serviço Social Atividade de Gestão e Ensino e Pesquisa.