



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

**AUDRIELLY MAYARA SILVA OLIVEIRA
CINTYA THAINÁ BARRETO DOS SANTOS**

**REFORMA SANITÁRIA E PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL
NO ÂMBITO DA SAÚDE: apontamentos para um debate contemporâneo**

SÃO CRISTÓVÃO-SE

2022.1

**AUDRIELLY MAYARA SILVA OLIVEIRA
CINTYA THAINÁ BARRETO DOS SANTOS**

**REFORMA SANITÁRIA E PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL
NO ÂMBITO DA SAÚDE: apontamentos para um debate contemporâneo**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Rosangela Marques dos Santos

SÃO CRISTÓVÃO/SE

2022.1

**AUDRIELLY MAYARA SILVA OLIVEIRA
CINTYA THAINÁ BARRETO DOS SANTOS**

**REFORMA SANITÁRIA E PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL
NO ÂMBITO DA SAÚDE: apontamentos para um debate contemporâneo**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em: 17/11/2022

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Rosangela Marques dos Santos (DSS/UFS)
Orientadora

Prof^ª. Dr^ª. Vera Núbia Santos (DSS/UFS)
Examinadora

Prof^ª. Dr^ª. Maria Cecília Tavares Leite (DSS/UFS)
Examinadora

SÃO CRISTÓVÃO/SE

2022.1

AGRADECIMENTOS

Durante toda minha caminhada acadêmica, tive o apoio de diferentes pessoas que foram fundamentais em diversos aspectos para a concretização de mais um ciclo da minha vida. Sendo assim, quero prestar meus mais sinceros agradecimentos a todos que contribuíram direta ou indiretamente. Em especial, agradeço o apoio dos meus pais, Lucimary Vieira da Silva e José Francisco de Oliveira, que não só me incentivaram financeiramente, como também emocionalmente durante toda a minha caminhada acadêmica, além disso, não posso deixar de enfatizar que grande parte do que sou é graças a vocês. Agradeço também a minha irmã, Audry Maysa Silva Oliveira, que foi uma das pessoas que me acompanhou de perto durante esse trajeto acadêmico, sempre esteve cotidianamente, em casa, auxiliando-me, possibilitando, assim, que o meu foco pudesse prevalecer nos estudos.

Obrigada Tia Mari Lucia e Vó Lúcia, por me apoiarem e respeitarem os meus momentos de ficar mais quieta no meu quarto estudando. Gratidão aos meus sobrinhos (Eryck Raphael e Matheus Felipe) por todo auxílio e carinho, por serem meu respiro de leveza. Muito obrigada a todos que me auxiliaram, incentivaram e motivaram durante todo este processo, não somente durante a graduação, mas ao decorrer de todas as etapas vividas até aqui. A pessoa que sou agora e a profissional que estou me tornando é resultado de vários processos vividos, da soma das mais diversas experiências, aprendizados e conhecimentos adquiridos através de pessoas que foram fundamentais. Logo, mesmo tentando, não tenho como mencionar todos que contribuíram de algum modo para isso. Portanto, falo, agora, de uma forma mais abrangente, mas, ainda assim, significativa: muito obrigada, amigos, familiares e professores (as) por toda a contribuição, motivação, auxílio e cuidado.

Dando continuidade aos agradecimentos, não poderia deixar de mencionar minha gratidão àqueles que vivenciaram comigo a experiência do PET-Saúde Interprofissionalidade, principalmente aos usuários do CAPS II João Bebe Água, aos profissionais dessa unidade, as preceptoras maravilhosas desse programa, ao coordenador do GT 05, aos estudantes petianos do GT 05 e a tutora e também professora do departamento de Serviço Social, Vera Núbia. Prof^a Vera é uma inspiração de pessoa e profissional, compartilhou comigo um pouco dos muitos conhecimentos que possui e eu sou muito grata por todas as experiências que tivemos a oportunidade de vivenciar juntas e por todo incentivo.

E, como não poderia faltar, agradeço a minha dupla de vida acadêmica e minha grande amiga (apesar de baixinha) Cintya Thainá. Como a gente costuma dizer: a nossa amizade é o

presentinho que a UFS nos deu. Minha companheira de provas em dupla, trabalhos em grupo, aulas, disciplinas e de quase todas as vivências que tive na UFS. Obrigada por toda cumplicidade, companheirismo e amizade, dentro e fora da universidade.

Por fim, agradeço a Prof^a Rosangela Marques dos Santos, principalmente por toda a orientação, dedicação, compreensão e cuidado conosco e com nossa pesquisa durante o processo de elaboração do TCC I e II.

Muito Obrigada!

Audrielly Mayara S. Oliveira.

AGRADECIMENTOS

A cada caminho trilhado surgem pessoas que contribuem direta ou indiretamente em nossos ciclos de vida, por isso, neste momento, quero agradecer imensamente a todos aqueles que contribuíram, de alguma forma, na minha caminhada acadêmica. Principalmente a Deus, por orientar e guiar meus passos.

Agradeço aos meus pais, Renilde dos Santos e Cesar Barreto dos Santos pelos valorosos ensinamentos, em especial, a minha, por sonhar comigo e sempre fazer o que está/estava além do seu alcance para me ver conseguir realizar tudo que almejo, obrigada por todos momentos dedicados a mim, com a senhora a minha caminhada é mais leve. Às minhas avós Maria Josefa dos Santos e Irene Barreto dos Santos por apoiarem de todas as formas minhas decisões e estarem sempre ao meu lado. Aos meus irmãos e grandes amores, Afonso Henrique Barreto Dos Santos e Kinolly Fernanda Barreto dos Santos por me motivarem e mostrarem o quanto sentem orgulho de mim, o amor de vocês foi, é, e sempre será fundamental. Quero agradecer também a Osmar S. de Jesus pela motivação nos momentos difíceis, compreensão nos momentos de ausência e todo companheirismo durante o tempo em que passamos juntos. A vocês serei eternamente grata.

Mesmo sabendo da importância de cada pessoa que convivi no decorrer desses anos de curso, não tenho linhas suficientes para mencioná-las. Em vista disso, agradeço, de maneira geral, as minhas tias, amigos e demais familiares, muito obrigada a todos pelos incentivos e compartilhamento de experiências. Quero também externar meu sentimento de gratidão a minha querida professora do ensino médio, Isabel Campos, por acreditar em mim até hoje e ter me ensinado que “se eu quero, eu posso e eu consigo” (jamais esquecerei esse mantra) a senhora foi/é uma luz no meu caminho.

Com muito carinho, registro meu agradecimento a minha amiga e companheira de curso, Audrielly Mayara, o presente que a UFS me deu para vivenciar e compartilhar as experiências acadêmicas (quase todas, por sinal) e pessoais. Obrigada por todos os momentos de troca, você foi e é muito importante para minha formação tanto pessoal quanto profissional e que venham mais ciclos. Por fim, mas com grande importância, agradeço a Prof^ª e Orientadora Rosangela Marques por nos acompanhar nessa significativa etapa da graduação, pelos ensinamentos e dedicação durante todo processo de elaboração e pesquisa do TCC I e II, a leveza da senhora foi muito significativa.

A todos, a minha gratidão! Cintya Thainá B. dos Santos.

RESUMO

Este trabalho apresenta apontamentos para o debate contemporâneo sobre a Reforma Sanitária e o Projeto Ético-Político do Serviço social no âmbito da saúde, com o objetivo de identificar de que modo os princípios da Reforma Sanitária, de 1980, relacionam-se com o Projeto Ético-político do Serviço Social, na práxis profissional das (os) assistentes sociais na área da saúde. Trata-se de pesquisa bibliográfica e documental com abordagem qualitativa. Para a coleta de dados, utilizou-se de livros, artigos científicos, periódicos, anais de eventos, dissertações, entre outros. A coleta se deu por meio de sites e portais de pesquisa, tais como: Google acadêmico, site do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), acervo de universidades/bibliotecas virtuais, Katalysis, Temporalis, Serviço Social e Sociedade, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A coleta foi realizada por mecanismos de buscas através de palavras chaves: Serviço Social e Reforma Sanitária, Projeto de Reforma Sanitária Brasileira e Projeto Ético-político do Serviço Social. O método para análise e interpretação dos dados foi o materialismo histórico dialético. Os resultados apontaram para uma correlação entre os princípios do projeto da Reforma Sanitária de 1980 e os princípios do Projeto Ético-político do Serviço Social, os quais possuem como principais pontos em comum: a defesa dos direitos inalienáveis do homem, do público, do Estado Laico e democrático. Propostas articuladas pela busca da construção de uma sociedade mais justa, igualitária, sem exploração e dominação. Apresentam, portanto, caráter político-emancipatório, que possui como perspectiva a transformação social, o projeto civilizatório e a luta de caráter democrático popular. Assemelhando-se na concepção de mundo e do homem, com vinculação a um projeto societário não capitalista.

Palavras-Chave: Reforma Sanitária. Projeto Ético-político do Serviço Social. Saúde.

ABSTRACT

This work presents notes for the contemporary debate on the Sanitary Reform and the Ethical-Political Project of Social Work in the field of health, with the objective of identifying how the principles of the Sanitary Reform of 1980 are related to the Ethical-Political Project of the Social Work, in the professional praxis of social workers in the health area. It is a bibliographic and documentary research with a qualitative approach. For data collection, books, scientific articles, periodicals, event annals, dissertations, among others, were used. The collection was carried out through research websites and portals such as: Google academic, website of the Federal Council of Social Service (CFESS), collection of universities/virtual libraries, Katalysis, Temporalis, Social Service and Society, Virtual Health Library (BVS). The collection was carried out by search engines for the keywords: Social Service and Sanitary Reform, Brazilian Sanitary Reform Project and Ethical-Political Social Service Project. The method for analyzing and interpreting the data was dialectical historical materialism. The results pointed to a correlation between the principles of the Sanitary Reform project of 1980 and the principles of the Ethical-political Project of Social Service, which have as main points in common: the defense of the inalienable rights of man, the public, the State Secular and democratic. Proposals articulated by the search for the construction of a more just, egalitarian society, without exploitation and domination. Therefore, they have a political-emancipatory character, which has the perspective of social transformation, the civilizing project and the struggle of a popular democratic character. Resembling the conception of the world and of man, linked to a non-capitalist societal project.

Keywords: Sanitary Reform. Ethical-Political Project of Social Work. Health.

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

ACS -Agente Comunitário de Saúde
AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIR Análise de Impacto de Regulatório
AMA- Assistência Médica Ambulatorial
ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar
ASSETANS - Associações dos Servidores das Agências Reguladoras Federais
BM - Banco Mundial
BNDES - Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
BVS - Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS - Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEBE - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEBRAP - Centro Brasileiro de Análise e Planejamento
CF - Constituição Federal
CFESS - Conselho Federal de Serviço Social
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS - Conferência Nacional de Saúde
CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
COVID - Corona Virus Disease
EC- Emenda Constitucional
EPI - Equipamento de Proteção Individual
EQSF - Equipe de Saúde da Família
ESB - Equipe de Saúde Bucal
FHC - Fernando Henrique Cardoso
FNCPS - Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde
FMI - Fundo Monetário Internacional
GEPS - Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde
IAPS - Institutos de Aposentadoria da Previdência
IDEC - Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor
INAMPS - Instituto Nacional de Atenção Médica da Previdência Social
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

MPC - Modo de Produção Capitalista

OMC - Organização Mundial do Comércio

OSS - Organizações Sociais da Saúde

PET - Programa de Educação pelo Trabalho

PAS - Plano de Atendimento à Saúde

PL- Projeto de Lei

Plano Diretor da Reforma do Estado - PDRE

PIB - Produto Interno Bruto

PMAQ - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade

PSF- Programa Saúde da Família

PMM - Programa Mais Médicos

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SindHosp - Sindicato dos Hospitais, Clínicas, Laboratórios e demais Estabelecimentos de Saúde

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

STF - Supremo Tribunal Federal

STJ - Superior Tribunal de Justiça

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

USF - Unidade de Saúde da Família

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1 – Reforma Sanitária de 1980 e o Projeto Ético-Político do Serviço Social com apontamentos acerca da práxis profissional.....	18
1.1 Aspectos do Movimento Sanitário Brasileiro	18
1.2 A trajetória sócio-histórica do Projeto ético-político do Serviço Social.....	22
1.3 A práxis e as dimensões essenciais do Serviço Social.....	26
1.4 As dimensões essenciais do Serviço Social.....	28
CAPÍTULO 2 – O contexto de contrarreformas do Estado e as disputas dos projetos de saúde.....	32
CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
APÊNDICES.....	62
APÊNDICE A- TABELA COM OS DADOS DAS REFERÊNCIAS UTILIZADAS.....	62

INTRODUÇÃO

Ao pensarmos na atuação profissional do (a) assistente social no âmbito da saúde, podemos observar diferentes possibilidades de debates e apontamentos que podem e necessitam ser discutidos. Posto que esse campo de atuação, assim como os demais (assistência, previdência, entre outros) colocam esses profissionais diante de diversas expressões da questão social, exigindo uma postura de atuação que possibilite respostas às demandas apresentadas.

A proposta de realizar essa pesquisa partiu, entre outros fatores, da vivência no Programa PET-Saúde Interprofissionalidade¹ da Universidade Federal de Sergipe, no município de São Cristóvão. Programa que tem como pressuposto a promoção da integração ensino-serviço-comunidade e educação pelo trabalho, com destaque para a interprofissionalidade através da atuação em conjunto de várias profissões.

Dessa forma, o PET-Saúde colaborou para a nossa formação ao proporcionar uma aproximação e inserção em diferentes esferas da área da saúde, através das atividades realizadas nos grupos tutoriais e Unidades de Saúde, nas quais atuamos com nossos grupos. Para isso, estivemos constantemente em um processo de aprendizagem em relação a interprofissionalidade, aos processos de trabalho nas Unidades, a política de saúde e saúde mental, ao Sistema Único de Saúde (SUS), ao conceito ampliado de Saúde, entre outros. Essa experiência, portanto, ocasionou maior interesse pelas temáticas que envolvem o SUS, dentre elas a Reforma Sanitária Brasileira, somada ao fato de observarmos que a saúde é uma das áreas que mais vem sendo desafiada, principalmente pelas contrarreformas implementadas pelo Estado que recaem sobre as instituições e a atuação dos profissionais, inclusive os (as) assistentes sociais.

Logo, surgiu o interesse em buscar um aprofundamento científico do tema. Diante desses desafios, sobretudo no que se refere à forma como os princípios do Projeto Ético-político do Serviço Social se relacionam com os da Proposta de Reforma Sanitária da década de 1980, no âmbito da atuação do (a) assistente social na saúde. Tendo em vista que, para atender as demandas dos (as) usuários de maneira efetiva para além das respostas imediatas, faz-se necessário que a ação profissional dos (as) assistentes sociais estejam assentadas em uma

¹ As atividades desse programa foram desenvolvidas de março de 2019 a março de 2021, e teve como um de seus produtos o livro “Integração entre Universidade e Serviços de Saúde” que expõe experiências desenvolvidas pelos diferentes grupos tutoriais do PET-Saúde Interprofissionalidade em São Cristóvão. Esse livro tem a versão física, que pode ser encontrada na Biblioteca Central da UFS e a versão online presente no seguinte link: <https://ri.ufs.br/handle/riufs/14421>.

direção teórica, política e social congruente com os princípios da Reforma sanitária e do Projeto Ético-político do Serviço Social.

Portanto, para abordar essa temática, precisa-se, obrigatoriamente, mencionar e refletir a respeito da política de saúde, bem como do SUS e da Reforma Sanitária brasileira. Pois há entre eles uma relação intrínseca. Deve-se também levar em consideração a existência do Projeto Ético-político do Serviço Social, a disputa atual entre os três projetos de saúde existentes no Brasil (Projeto de Reforma Sanitária de 1980, o Projeto Privatista de Saúde e o Projeto de Reforma Sanitária flexibilizado) e a relação desse Projeto ético-político profissional com esses projetos de saúde. Em que se pode observar uma congruência entre esse Projeto Ético-político profissional e o Projeto de Reforma Sanitária da década de 1980. O que, conseqüentemente, exige uma prática profissional em que a (o) assistente social formule seu projeto de trabalho de acordo com os princípios da Reforma Sanitária para atuar de forma adequada ao Projeto Ético-político Profissional do Serviço Social.

No entanto, devido aos processos históricos que compõem a profissão e a própria política de saúde, pode-se observar diferentes conflitos de interesses, lacunas no fazer profissional do (a) assistente social e disputas ideológicas que podem ser identificadas a partir da análise dos aspectos que constituem o processo de Renovação do Serviço Social no Brasil e na formação do Projeto Ético-político Profissional do Serviço Social e do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira. Por meio dos quais pode-se observar a criação de consensos, inflexões, resistências, disputas de projetos políticos, entre outros.

Dessa forma, observando os anos que se passaram desde o surgimento do Projeto de Reforma Sanitária Brasileira, a situação atual da política de saúde do Brasil, as expressões da questão social que impactam os serviços de saúde que interferem na atuação profissional das (os) assistentes sociais e a relação entre o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Ético político da profissão fazem com que surja a problemática da presente pesquisa: “De que forma os princípios do Projeto Ético-político do Serviço Social se relacionam com os da Proposta de Reforma Sanitária da década de 1980, no âmbito da atuação do (a) assistente social na saúde?”

Para isso, tem-se como objetivo geral desta pesquisa identificar de que modo os princípios da Reforma Sanitária da década de 1980 se relacionam com o Projeto Ético-político do Serviço Social, na práxis profissional das (os) assistentes sociais na área da saúde. E formulou-se como objetivos específicos: I- Estudar a correlação entre o Projeto Ético-político do Serviço Social com a Proposta de Reforma Sanitária de 1980; II - conhecer como a atuação dos (as) assistentes sociais da área da saúde se relacionam com os princípios do SUS; III –

Identificar como as disputas dos projetos políticos de saúde no contexto da contrarreforma do Estado interferem na atuação do assistente social.

Com a finalidade de alcançar esses objetivos, este trabalho foi norteado a partir dos seguintes questionamentos: 1- Qual a importância e necessidade de uma atuação profissional do (a) assistente social que seja congruente com o Projeto Ético-Político do Serviço Social e com a Proposta de Reforma Sanitária na área da saúde?; 2- Como a forma de operacionalização das dimensões teórico-metodológicas, ético-política e técnico-operativa no cotidiano do trabalho das (os) assistentes sociais no âmbito da saúde podem indicar estratégias de enfrentamento das expressões da questão social em um contexto de disputa dos projetos de saúde?.

A presente pesquisa pertence ao campo das Ciências Sociais Aplicadas, associada à linha de pesquisa do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde- GEPS, mais especificamente a referente à formação profissional, trabalho e saúde coletiva. Utilizou-se, nesta pesquisa, uma abordagem qualitativa exploratória, julgou-se que a escolha dessa abordagem possibilitou maior aproximação com o objeto de pesquisa, justamente por ser um estudo que precisou levar em consideração o contexto e as características da sociedade. Sobre esse assunto, Gil (2002) aponta que, entre seus objetivos, a pesquisa exploratória visa proporcionar maior familiaridade com o problema estudado a fim de torná-lo mais entendível, levando em conta as diversas questões do objeto de estudo.

Com base nos procedimentos técnicos utilizados na elaboração de uma pesquisa bibliográfica,² que é a modalidade de pesquisa em que se busca encontrar a resolução de um problema através de referenciais teóricos publicados para analisar e discutir as diversas contribuições científicas. A pesquisa bibliográfica propicia subsídios para o conhecimento sobre o objeto pesquisado, em relação a como e sob qual perspectiva e/ou o foco foi abordado no assunto na literatura científica (BOCATTO, 2006).

Foram utilizados, como instrumentos para coleta de dados, os livros, artigos científicos, periódicos, anais de eventos, dissertações, entre outros. Essa coleta foi feita por meio de sites e portais de pesquisa sendo eles: Google acadêmico, site do Conselho Federal de Serviço Social- CFESS, acervo de universidades/bibliotecas virtuais como: Katalysis, Revista Saúde em Debate, Physis Revista de Saúde Coletiva, Serviço Social e Sociedade, Biblioteca Virtual em Saúde- BVS, entre outras, conforme consta na tabela em APÊNDICE A.

² Tendo em vista o contexto pandêmico que estamos vivenciando por causa do novo coronavírus (COVID-19), no qual especialistas da área da saúde recomendam o distanciamento social a fim de evitar a disseminação desse vírus.

A coleta foi realizada por mecanismos de buscas pelas palavras chaves: Serviço Social e Reforma Sanitária, Projeto de Reforma Sanitária Brasileira e Projeto Ético-político do Serviço Social. O material levantado e selecionado foi compilado em pastas de arquivos em pdf e em pen-drive para consecutiva análise de conteúdo fundamentada no materialismo histórico-dialético que realizamos.

Conscientes de que não há ciência sem o emprego de métodos científicos, como evidenciado por Lakatos e Marconi (2003), e que o método “[...] é o conjunto das atividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar o objetivo - conhecimentos válidos e verdadeiros -, traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do cientista” (LAKATOS; MARCONI, 2003, p. 83), tivemos como base para a nossa pesquisa a teoria social de Marx e o método do materialismo histórico-dialético, composto pelo método de abordagem³ dialético e pelos métodos de procedimento⁴ o histórico e o comparativo.

O método dialético leva em consideração a contradição inerente ao fenômeno, concomitantemente à mudança dialética que ocorre tanto na sociedade quanto na natureza. Enquanto o método histórico constitui-se da investigação dos processos, acontecimentos e instituições do passado para verificar a sua influência na sociedade de hoje, em que se deve remontar aos períodos da formação e das modificações do fenômeno pesquisado, assegurando a percepção da continuidade e do entrelaçamento dos fenômenos. Assim como permite a comparação de sociedades diferentes. No que diz respeito ao método comparativo, pode-se destacar a sua capacidade de viabilizar a análise do dado concreto, extraindo dele os elementos constantes, abstratos e gerais. Com a realização de comparações com o intuito de constatar similaridades e explicar divergências. Sendo empregado em estudos de largo alcance como o elaborado por Marx sobre o desenvolvimento da sociedade capitalista (LAKATOS; MARCONI, 2003).

O materialismo histórico-dialético é um método em que tem como algumas de suas características: o fato do sujeito e do objeto serem historicamente situados, em que o objeto da pesquisa tem existência objetiva sem depender do sujeito (pesquisador) para existir; uma perspectiva crítica, histórica e ontológica; procura alcançar a essência do fenômeno, capturando

³ O método de abordagem corresponde àquele que se caracteriza por uma abordagem mais ampla, com um nível de abstração maior, tanto dos fenômenos da sociedade quanto da natureza (LAKATOS; MARCONI, 2003).

⁴ Os métodos de procedimento referem-se às etapas mais concretas da investigação, que possui o objetivo mais específico em relação à explicação fenômenos de forma geral e menos abstrata (LAKATOS; MARCONI, 2003).

a estrutura e dinâmica do objeto, em que, através dos procedimentos analíticos e da sua síntese, o (a) pesquisador (a) reproduz no plano do pensamento; sem perspectivas de neutralidade; considera o antagonismo de classe, a produção social, a mais-valia, o trabalho, a consciência social, entre outros (NETTO, 2011). Assim, podemos destacar que, diante dos aspectos expostos, o materialismo histórico-dialético foi o método mais adequado para a pesquisa.

Por fim, considera-se a realização dessa pesquisa relevante para o Serviço Social por tratar de questões que se relacionam diretamente ao campo de atuação das (os) assistentes sociais em uma das áreas que mais empregam esses profissionais, que possuem como alguns de seus deveres a viabilização de direitos sociais e a luta pela autonomia dos sujeitos. Nesse sentido, faz-se necessário refletir acerca da relação entre Serviço Social e Reforma Sanitária para pensar o modo como essa relação implica na atuação profissional da (o) assistente social na área da saúde. De maneira que mostre a importância do (a) assistente social formular seu projeto de trabalho de acordo com os princípios da Reforma sanitária para que sua atuação esteja correspondente ao Projeto Ético-político da profissão.

Além disso, espera-se contribuir com o debate sobre a atuação profissional do Serviço Social na área da saúde e futuramente na formulação de estratégias de enfrentamento das problemáticas identificadas na intervenção profissional. Uma vez que, para criar novas estratégias e intervenções de maneira qualificada, é necessário identificar e entender essas questões, além de trazer novos apontamentos para a discussão.

A discussão deste trabalho segue a estrutura de dois capítulos, sendo o primeiro capítulo dividido em quatro tópicos: inicialmente com apontamentos referente a Proposta de Reforma Sanitária de 1980 com apoio nas fundamentações teóricas de Miotto; Nogueira (2006), Borba (1988), Souza; Costa (2010), Cunha (2010) e Silva (2014). Que nos possibilitou maior aproximação com a trajetória percorrida pela Reforma Sanitária Brasileira, expondo as mudanças no conceito de saúde, criação do SUS e os percursos que pelos quais esse movimento passou, pode ser identificado alguns dos princípios dessa proposta de Reforma Sanitária, como: a defesa dos direitos da humanidade, caráter emancipatório-político, defesa do público. Bem como, a existência de projetos de saúde em disputa, que abordamos de forma mais específica no segundo capítulo desse trabalho.

No segundo tópico evidenciamos a trajetória sócio-histórica do projeto ético-político do Serviço Social com base nas discussões teóricas de Bravo; Matos (2004), Santos (2005), entre outros. A partir do qual, podemos destacar o processo que proporcionou o surgimento do projeto ético-político do Serviço Social atual, identificando a existência da ruptura com Serviço Social

Tradicional e a adoção de uma postura mais crítica, não tecnicista, alinhada a Teoria Marxista, entre outros diversos aspectos. Com base na leitura dos autores citados anteriormente, foi possível identificar a relação entre os princípios da Proposta de Reforma Sanitária Brasileira e o Projeto Ético-Político do Serviço social.

Esse capítulo abrange, também o terceiro e quarto tópico com relação a práxis do Serviço Social e as dimensões da profissão com base nas reflexões de Araújo (2012), Costa; Madeira (2013), Oliveira; Esquizatto (2013), Cardoso; Pereira (2018), Black; Santos; Guerra (2008) e Iamamoto (2012). Através dos quais transitamos sobre alguns impasses sobre a formação e o trabalho do assistente social pontuadas pelos autores sendo uma das discussões o distanciamento entre o trabalho intelectual, teórico-metodológico e o exercício da prática profissional cotidiana. Mesmo diante disso foi possível, entender que a práxis do Serviço Social está inscrita na divisão sociotécnica do trabalho, bem como no âmbito da sociedade capitalista, que tem em sua configuração o trabalho abstrato assalariado. O que implica diretamente nas atribuições e competências profissionais. Levando em consideração esse apontamento, percebe-se a intrínseca relação e a condicionalidade da atuação profissional com as dimensões essenciais do Serviço Social: teórico-metodológicas, técnico-operativas e ético-políticas da profissão, com vistas a construir respostas profissionais efetivas nos espaços sócio-ocupacionais.

Já no decorrer do segundo capítulo, sobre o contexto de contrarreformas do Estado e as disputas dos projetos de saúde dialogamos com autores como: Mota (2009), Netto; Braz (2012), Paniago (2009), Pelaez (2020), Silva; Ruiz (2020), Melo et al (2018), França Junior; Silva (2015), entre outros. Esses autores apresentaram análises quanto aos projetos de saúde em disputa (projeto de Reforma Sanitária, Reforma Sanitária flexibilizada e o projeto privatista de saúde), além de apresentarem mudanças que ocorreram na política de saúde desde o Governo Temer até o Governo Bolsonaro. Bem como, expor aspectos relacionados à atuação profissional da(o) Assistente Social no contexto de pandemia. Articulando esses autores, com dados obtidos no portal do governo, matérias de jornais e documentos de entidades da saúde, conseguimos constatar como os processos de saúde e o contexto de contrarreformas interferem na política de saúde e conseqüentemente na atuação profissional da(o) assistente social. Por fim, concluímos esse trabalho constatando a relação existente entre os princípios de reforma Sanitária e o do projeto Ético - político do Serviço Social.

Por fim, concluímos esse trabalho apresentando a nossa constatação acerca da existência de uma relação entre os princípios da Reforma Sanitária de 1980 e o do projeto Ético-político do Serviço Social. Além de identificar a participação popular e a articulação entre profissionais

e entidades como pontos estratégicos/centrais da ação profissional de Serviço Social, somada a defesa intransigente pela operacionalização das dimensões essenciais do Serviço Social de forma articulada.

CAPÍTULO 1 - Reforma Sanitária de 1980 e o Projeto Ético-Político do Serviço Social com apontamentos acerca da práxis profissional

Neste capítulo, serão abordados inicialmente tópicos que expõem aspectos históricos sobre o Movimento Sanitário brasileiro, alguns apontamentos com relação à estrutura da política de saúde do Brasil e o Movimento de Renovação do Serviço Social brasileiro. De modo que possibilite contextualizar esses dois movimentos, além de explicar seus principais aspectos e a relação entre ambos.

Ao considerar que, durante o decorrer deste estudo será realizada a abordagem dos aspectos relacionados ao Projeto Ético-político do Serviço Social e da Reforma Sanitária brasileira, é fundamental expor algumas observações acerca da práxis do Serviço Social. Desse modo, será construída uma base teórica sobre a temática para fornecer subsídios que viabilizarão o alcance do objetivo geral do trabalho, que é identificar de que modo os princípios da Reforma Sanitária, da década de 1980, se relacionam com o Projeto Ético-político do Serviço Social, na práxis profissional das (os) assistentes sociais na área da saúde. Por fim, discutiremos acerca das dimensões essenciais do Serviço Social, que são fundamentais para entender a totalidade que constitui o exercício profissional do assistente social e o significado social de sua ação.

1.1 Aspectos do Movimento Sanitário Brasileiro

A partir do período da colonização até aproximadamente 1930, os ricos e proprietários pagavam para serem atendidos pelos médicos, diferente deles os pobres tinham suas necessidades atendidas pelas Santas Casas de Misericórdia, que tinham ações de caráter religioso e filantrópico. Só foi possível visualizar algumas ações e medidas do governo com relação a saúde, no Brasil, no início da República, voltadas para a urbanização das áreas afetadas pelas endemias e moléstia infecto-contagiosas, pois abalaram significativamente o processo agroexportador brasileiro, como sinaliza Borba (1998).

Sendo assim, o autor destaca também que o Estado mantinha a saúde estruturada por um padrão de organização de prática médica que era orientada visando a lucratividade do setor da saúde, promovendo a capitalização da medicina e o privilégio do produtor privado desses serviços, uma prática clientelista, com o fornecimento de uma atenção médica curativa. Alguns elementos e instrumentos importantes dessa estrutura de política de saúde, que se originou a partir de 1921, com a Reforma Carlos Chagas, e que se prolongou por décadas, são as Caixas

de Aposentadorias e Pensões- CAPs, criadas em 1923, com a Lei Elói Chaves, eram caixas contributivas na qual só tinha acesso aos serviços quem trabalhava, e o financiamento era constituído pelos empregadores e trabalhadores. Já na década de 1960, houve a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (unificação dos Institutos de Aposentadoria da Previdência (IAPs), em consequência da ditadura militar). E em 1977, é criado o Instituto Nacional de Atenção Médica da Previdência Social (INAMPS), cuja gestão era tripartite, ou seja, constituída por trabalhadores, empregadores e Estado.

Nos anos de 1930, no governo de Getúlio Vargas, a política de saúde, no Brasil, esteve vinculada às demandas dos setores secundários e terciários da economia, em que se apresentava como um modelo de seguro social ao qual quem tem direito de usufruir dos benefícios é somente quem contribui, um sistema de dualidade da população, sobre que estava no mercado formal ou informal de trabalho, nesse ponto de vista:

Os de primeira classe eram os que integravam o mercado de trabalho, tendo acesso à medicina previdenciária. Os de segunda classe tinham suas necessidades de saúde atendidas unicamente através de um precário sistema constituído pelas Santas Casas de Misericórdia, pela boa vontade da classe médica e pelos raros serviços mantidos pelo Ministério e Secretarias Estaduais de Saúde. (MIOTO; NOGUEIRA, 2006, p.5)

Assim, o Estado só atuava na questão da saúde para regular o mercado de produção e consumo de serviços de saúde, além de oferecer respostas às pressões que sofressem dos consumidores, técnicos e empresários. Como enfatizado por Borba (1998), ao tratar sobre as políticas de saúde e democracia, destacando as estratégias, os impasses e as contradições do movimento sanitário brasileiro.

Diante de todo esse contexto, a partir da década de 1970, durante a ditadura militar, no Brasil, crises econômicas (como a crise do petróleo, o fim do “milagre econômico brasileiro”, e a crise fiscal) e políticas (como o esgotamento do regime militar e da legitimidade do regime autoritário), duas correntes político-ideológicas delimitam-se em relação ao setor da saúde. Uma que se fundamenta na privatização da saúde, formada basicamente por representantes da indústria de medicamentos, de laboratórios e de hospitais, ou seja, o complexo médico-industrial. Enquanto a outra era formada principalmente por intelectuais, profissionais de saúde e pelo movimento estudantil, que foi denominada de Movimento Sanitário.

Essa segunda corrente surge nos âmbitos das universidades, que se tornam um espaço de enfrentamento dessa lógica dominante de saúde instaurada no Brasil. Em que, notoriamente, privilegiavam-se os interesses econômicos-corporativos e empresariais. Como integrantes

desse movimento, tinham indivíduos de diferentes posições político-ideológicas. Mas possuíam o propósito similar de romper com essa lógica dominante da saúde, sendo, dessa maneira, uma alternativa contra a hegemonia. Dessa forma, foi surgindo, nos departamentos de saúde pública das Universidades brasileiras, uma visão mais crítica acerca da saúde, baseada no modelo privatista. Durante um bom período, o movimento desenvolveu-se fazendo oposição ao modelo de saúde vigente, tendo alguns de seus integrantes ocupando quadros técnicos do Ministério da Saúde. Além do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde — CEBE, como um dos principais instrumentos de socialização das propostas do Movimento Sanitário.

Assim, a partir de 1985, alguns membros do Movimento Sanitário Brasileiro começaram a assumir posições consideradas “chave” no plano federal e, em março de 1986, o movimento tem o seu marco histórico na VIII Conferência Nacional de Saúde (CSN). De acordo com Souza e Costa (2010), foram cinco dias de debate que contaram com uma grande participação popular de mais de quatro mil pessoas, nas quais mil dessas pessoas contaram com direito de voz e voto. Tendo como eixos temáticos: “A saúde como dever do Estado e direito do cidadão”; “a reformulação do Sistema Nacional de Saúde”; “a necessidade de ampliação do conceito de saúde” e “o financiamento setorial”.

Além disso, em setembro deste mesmo ano, foi instalada a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, que preparou uma proposta para um novo sistema de saúde. Sendo aprovada em 1987, como projeto do setor para a Constituinte. E, no ano seguinte, a Constituição Federal de 1988 - CF é aprovada com o tema da VIII CNS, tendo em um dos seus artigos a determinação da saúde como direito de todos e dever do Estado (artigo 196).⁵ Resultando na criação do Sistema Único de Saúde – SUS. Com seus princípios norteadores definidos pela VIII CNS, reafirmados na CF de 88 e nas leis nº 8.080⁶ e nº 8.142⁷ (BRASIL, 1990) sendo elas sua base Jurídica, Constitucional e Infraconstitucional. Princípios esses que (CUNHA, 2010, p.34) expõe muito bem:

⁵ “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988, art.196).

⁶ Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990- Lei Orgânica da Saúde-, dispõe acerca das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes, mostrando de forma clara os objetivos do SUS, suas competências e atribuições, assim como as funções da união, dos Estados e Municípios. (BRASIL, 1990 apud SOUZA; COSTA, 2010, p.511)

⁷ Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990- Instituiu as Conferências e os Conselhos de Saúde, instâncias de controle social. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. (BRASIL, 1990 apud SOUZA; COSTA, 2010, p.511).

O princípio da universalidade, que reconhece a saúde como um direito fundamental do ser humano, cabendo ao Estado garantir as condições indispensáveis ao seu pleno exercício e o acesso à atenção e assistência à saúde em todos os níveis de complexidade; a equidade, que é um princípio de justiça social, porque busca diminuir desigualdades [...] investindo mais onde a carência é maior; e a integralidade, que significa a garantia do fornecimento de um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos e coletivos exigidos em cada caso para todos os níveis de complexidade de assistência, e engloba ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Diante do exposto, é perceptível que os princípios do SUS divergem do modelo historicamente hegemônico que foi mencionado anteriormente, complexo médico-industrial.

No entanto, os princípios e diretrizes do SUS permanecem enfrentando diversas dificuldades para ter sua implementação efetivada, de modo que, de fato, garantam os direitos de universalidade à saúde da população brasileira, por exemplo.

[...] a simples ocupação de espaços institucionais no interior do Estado por sujeitos sociais progressistas não garante a concretização de uma proposta que se pretendia democratizante. Pode, quando muito, realizar-se enquanto uma proposta reformista (reforma administrativa, garantia constitucional). A democratização é acima de tudo um processo de mão dupla, exigindo transformações tanto no interior do Estado quanto na Sociedade. (BORBA, 1998, p. 26)

Destaca-se, a partir da escrita de Borba (1998), que, no Brasil, o movimento pela Reforma Sanitária se desenvolveu principalmente “de dentro para fora”, ou “de cima para baixo”. Ou seja, a proposta de Reforma Sanitária não advém inicialmente de movimentos sociais progressistas distintos, mas através principalmente do conjunto de técnicos da área da saúde. Havendo, ainda, muitos enfrentamentos que se fazem necessários para conquistar mais que uma reforma administrativa, mas sim o direito efetivo à universalidade da saúde, dentre outras conquistas.

Para além disso, ao analisar alguns aspectos mais atuais, pode-se observar que o projeto de Reforma Sanitária Brasileira, que foi debatido em 1980 e exposto no Relatório da VIII CNS, sofreu algumas alterações feitas por sujeitos políticos coletivos. De forma que podem ser encontrados sujeitos que mantêm o posicionamento com perspectiva de transformação social, projeto civilizatório e luta democrática popular. Em que defendem a necessidade de transformações no setor da saúde para além dos limites da reforma administrativa e financeira, como exposto anteriormente. Exigindo uma reformulação mais profunda, com amplitude do conceito de saúde e que consistia no marxismo. Defendem, assim, a radicalização da

democracia e a retomada do projeto de Reforma Sanitária de 1980, resistindo a mudanças de posicionamento quanto ao projeto de Reforma Sanitária Brasileira.

Paralelamente, tem-se os sujeitos políticos coletivos que apresentam propostas que são, segundo Silva (2014), incompatíveis com a universalidade e a integralidade do acesso à saúde. Pois apresentam enfoque maior no crescimento econômico com o desenvolvimento social, com focalização e compreendendo a Reforma Sanitária como Reforma “Solidária”. Preocupando-se com o acesso, cuidado e qualidade, justiça social e transformação por dentro do SUS. De modo que não traz consigo o caráter político-emancipatório, ignorando aspectos voltados à totalidade, modo de produção, contexto e classe social. Assim, visam o fortalecimento da tendência privatista e o processo de contra reforma que seguem orientações de organismos internacionais como o Banco Mundial.

Diante dessa correlação de forças, nessas últimas décadas, o projeto de Reforma Sanitária da Terceira Via⁸ tem sido o predominante, que são embasados na perspectiva neodesenvolvimentista. Baseada na ideologia da pós-modernidade e na ideologia social-liberal. O que enfraquece, de certo modo, o projeto de Reforma Sanitária Brasileira, criando consensos com políticas neoliberais que enfraquecem as políticas públicas e inviabilizam o alcance de princípios ideológicos defendidos pela Reforma Sanitária Brasileira de 1980.

Ao passo que segue, os acontecimentos históricos da Reforma Sanitária Brasileira, segue também a trajetória sócio-histórica do Projeto ético-político do Serviço Social, que será abordada no tópico a seguir.

1.2 A trajetória sócio-histórica do Projeto ético-político do Serviço Social

Antes da década de 1960, as (os) assistentes sociais tinham por prioridade atuar em ações de nível curativo e hospitalar. Mas, após 1964, o Serviço Social passou a enfrentar profundas transformações, que ocasionam consequências para a atuação profissional da (o) assistente social na área da saúde. A profissão tinha um bloco hegemônico conservador que dominava tanto as entidades organizativas, como o trabalho profissional e a produção do conhecimento. Mas, a partir de 1960, passou a ter um debate da profissão em relação ao seu conservadorismo. De modo que a modernização conservadora, que foi implementada no Brasil

⁸ Que corresponde ao projeto de saúde de Reforma Sanitária flexibilizada, caracterizada pela busca de construção de consensos e apassivamento.

durante o período da ditadura militar, acabou exigindo a renovação do Serviço Social em nosso país. Para lidar com as novas estratégias de controle e repressão da classe trabalhadora executadas tanto pelo Estado quanto pelo grande capital, além da necessidade de atender às novas demandas submetidas à racionalidade burocrática⁹. (BRAVO; MATOS, 2004)

Nesse momento, há uma variedade de correntes teóricas e ideológicas em disputa. Parte delas relacionadas à perspectiva modernizadora, que se orientava no sentido de adequar a profissão às exigências derivadas dos processos sócio-políticos emergentes no pós 1964, que se preocupavam em inserir a profissão em uma nova teoria e metodologia, mas sem questionar a ordem sócio-política. Perspectiva essa que influenciou o Serviço Social na saúde, sedimentando suas ações na prática curativa, como a assistência médica previdenciária. Com ênfase nas técnicas de intervenção, psicologização das relações sociais, a concessão de benefícios e a burocratização das atividades.

Desse modo, pode-se observar, a partir dos apontamentos evidenciados por Bravo e Matos (2004), que o Serviço Social passa, durante o período do Movimento de Reforma Sanitária, por um processo interno de revisão, em que a profissão sofre os impactos da conjuntura (crise do Estado, movimento de ruptura com a política de saúde vigente, construção de uma reforma sanitária brasileira), enquanto passa por um processo de negação do Serviço Social Tradicional e lida com uma disputa intensa por uma nova direção que orientará a profissão.

É nesse contexto que é possível observar a gênese do Projeto Ético-político do Serviço Social, que ocorre na metade da década de 1970 e, desde o início dela, existia uma construção de um projeto profissional no Serviço Social brasileiro com base em princípios e ideias do Movimento de Reconceituação, somando-se ao processo de redemocratização da sociedade brasileira, que foi alicerce para a transição para um Serviço Social renovado, através de um processo de ruptura teórica e política, tendo seu ápice no III Congresso Brasileiro de Assistentes

⁹ De acordo SANTOS (2015), os estudos de Max Weber sobre o capitalismo moderno indicam que “A burocracia deve ser apreendida como fenômeno histórico da realidade que a suscita e instrumento de dominação a serviço do capital, na medida em que ajusta o sistema para assegurar, por exemplo, a harmonização entre capital e trabalho ou entre administração e proletariado, de modo que extingue de forma impositiva e velada as possibilidades emergentes ou insurgentes para a democratização das relações de trabalho no interior do sistema socioeconômico.”(COVRE, 1993, p. 300 apud SANTOS, 2015, p. 109). Dessa forma, a racionalidade burocrática é entendida como processo de especialização científica e peculiar diferenciação da técnica, consolidada na organização da vida do trabalho, direcionada pela divisão e coordenação das atividades produtivas, que são orientadas pela articulação das ações humanas junto as suas ferramentas e meios de trabalho, com o objetivo de atingir maior eficiência e máximo rendimento operacional produtivo. Assim, a racionalidade burocrática determina regras e normas técnicas para organização administrativa das instituições, o que torna possível instituir a extensão do intelectual técnico-científico para as propostas de ação material, presentes nos princípios da administração clássica que está a serviço e em defesa dos interesses do sistema capitalista.

Sociais (CBAS) em 1979, conhecido como o “Congresso da Virada”, tendo avanço nos anos de 1980 e consolidou-se nos anos de 1990. (ABRAMIDES, 2016)

Sendo esse um elemento que pode ter contribuído para que o Serviço Social não tenha participado de modo mais efetivo na luta pela assistência pública na saúde nas primeiras décadas. Contudo, há uma relação entre o Serviço Social e a Reforma Sanitária brasileira na década de 1980, período em que a profissão passa pelo momento de intensa ruptura, que foi fundamental para a categoria profissional por possibilitar a ruptura com o conservadorismo e a interlocução com a tradição marxista, presente atualmente na profissão¹⁰. “[...] No entanto, os profissionais desta vertente se inserem, na sua maioria, nas Universidades, onde dentro do processo de renovação da profissão, pouco efetivamente intervêm nos serviços.” (BRAVO; MATOS, 2004, p. 8). O que proporcionou algumas lacunas no desenvolvimento das ações nos serviços de saúde desde 1980, pois as mudanças na intervenção acabaram sendo poucas. Sendo a intervenção a forma direta de raiar na realidade social e ir de acordo com o que Projeto Ético-político que a profissão defende. Para que seja uma intervenção eficiente, necessita estar bem fundamentada e consolidada teoricamente.

No entanto, Bravo e Matos (2004) mencionam que, de acordo com pesquisas, como a desenvolvida por Vasconcelos (1999), em que entrevistou 78 profissionais de Serviço Social, na prática do exercício profissional há um distanciamento entre a intenção e os discursos das (os) assistentes sociais e o trabalho que de fato é desenvolvido. Pois, apesar de expressarem verbalmente o compromisso com os usuários dos serviços de saúde, não conseguem efetivar isso na prática profissional. Proporcionando justamente o oposto, o reforço dos objetivos da instituição e contrariando o Projeto Ético-político da profissão.

Nesse sentido, Matos (2017) pontua que algumas pesquisas apontam que não há implantação efetiva do Projeto Ético Político do Serviço Social no cotidiano de trabalho desempenhado pelas (os) assistentes sociais nos serviços de saúde. E que isso pode ser explicado a partir de dois pontos: 1º a importância de se entender os determinantes do exercício profissional no âmbito do trabalho coletivo em saúde e o 2º é que a incorporação deste projeto não ocorre derivado da falta de conhecimento, mas sim da não existência de uma internalização pela categoria profissional dos valores contidos nele. Dessa forma, a categoria profissional precisa mais do que entender através do estudo o Projeto Ético-político do Serviço Social, é

¹⁰ Alguns/algumas autores/autoras, como Abramides (2016), consideram o Método BH como o marco do projeto de ruptura profissional do Serviço Social brasileiro, e o Congresso da Virada como o marco histórico do compromisso político e coletivo da categoria com a classe trabalhadora, impulsionada pela ação dirigente e organizada das entidades sindicais e pré-sindicais.

necessário incorporar seus princípios éticos e construir estratégias exequíveis e concretas de viver esse projeto.

Além disso, entende-se que os projetos profissionais que diferem do projeto societário hegemônico possuem mais dificuldades de se estabelecerem, mas não é impossível. Essa é justamente a situação do projeto profissional hegemônico no Serviço Social atualmente. E para analisar esse projeto, Matos (2017) aborda o entendimento de cada palavra do termo “Projeto Ético-político do Serviço Social”. Conseqüentemente, o autor evidencia que “projeto” remete à intencionalidade, à ideia de construção, além disso, é uma característica do ser humano.¹¹ Ao projetar a ação, a humanidade está realizando escolhas e, ao fazer isso, traz à tona seus valores. Enquanto “Ético” tem origem na palavra “ética”, dessa maneira, no caso de uma profissão, ela agrega duas dimensões: 1ª reflexão teórica da própria profissão em relação aos fundamentos da moralidade que são os valores e a 2ª é uma resposta consciente da categoria profissional que indica como deve ser e que é materializada pela construção, pelos sujeitos dessa categoria, de parâmetros de conduta (código de ética). A ética se relaciona, portanto, com a escolha consciente da categoria profissional sobre seus valores e os objetivos destes.

Por fim, o termo “político” ratifica que não há neutralidade no projeto de profissão. Conseqüentemente, esse projeto de profissão está vinculado a um determinado projeto societário. O Projeto Ético-político do Serviço Social, ao negar o conservadorismo da profissão, direciona-se à construção de um exercício profissional que esteja comprometido com a justiça social e a liberdade, valores centrais do atual Código de ética da profissão. Remetendo à intenção da crítica ao capitalismo, ao apontar a defesa de “uma socialização daquilo que é socialmente produzido, mas apropriado privadamente.” (MATOS, 2017, p. 98, grifos do autor)

Pensando nisso, pode-se destacar a relação entre o Projeto Ético-político dessa profissão e o da Reforma Sanitária, ao ressaltar que, caso esse (a) profissional de fato for desempenhar seu trabalho na área da saúde, tendo como direcionamento o Projeto Ético-Político do Serviço Social, deve articular ele ao projeto da Reforma Sanitária. Tendo em vista que:

As proposições do Projeto Ético-Político do Serviço Social estão articuladas ao projeto da Reforma Sanitária brasileira, visando efetivar a universalização do acesso à saúde. Para Bravo e Matos (2004) são projetos que enunciam princípios e diretrizes para a construção de relações democráticas, com base na liberdade e participação ativa dos sujeitos sociais, na perspectiva do desenvolvimento da autonomia e emancipação dos sujeitos, de ruptura com práticas autoritárias, centralizadoras e assistencialistas. (BETORLINO; BISPO; CÔRREA; LIMA; SARRETA, 2019, p. 5-6).

¹¹ “[...] já que só esse pode construir idealmente o resultado que pretende alcançar” (MATOS, 2017, p. 96)

Desse modo, os (as) profissionais estão, portanto, articulados (as) na construção de uma sociedade mais justa, igualitária, sem exploração e dominação, com base na emancipação e autonomia do sujeito, entre outros aspectos. Considerando, assim, a vertente da reforma sanitária que está vinculada ao projeto de Reforma Sanitária de 1980, que tem como perspectiva a transformação social, o projeto civilizatório e a luta de caráter democrático popular. Ambos os projetos possuem uma nítida concepção, com vinculação a um projeto societário não capitalista (MATOS, 2017).

1.3 A práxis do Serviço Social

Para tratarmos sobre práxis, precisamos nos remeter à Teoria Social de Marx, pois na construção marxista a práxis desempenha um papel central no método, sendo a orientação decisiva de maior peso na consciência teórica. Pode-se definir que ela, por essência, é uma relação teórico-crítica e permanente da prática. De modo que é, em sua completude histórica e intrinsecamente conectada com a prática, a produção subjetiva e objetiva (ARAÚJO, 2012). Sendo assim, a atividade da consciência que tem um caráter teórico (porque formula os fins e origina conhecimento) não é considerada práxis, pois é preciso que ultrapasse a esfera da consciência e se materialize através da atividade prática que é manifestada no trabalho (CARDOSO;PEREIRA, 2018).O Trabalho é considerado, aqui, em seu sentido ontológico, como categoria fundante do ser humano (COSTA; MADEIRA, 2013).

Nessa perspectiva, segundo Araújo (2012), a práxis corresponde às relações entre natureza e homens (humanidade) e dos humanos entre si, orientada enquanto ação consciente objetiva, direcionadas para determinados fins. Assim, o autor destaca que, de acordo com a teoria marxista, a característica fundamental de toda relação humana e sua base material é justamente a transformação da materialidade. Por consequência, há uma implicação na superestrutura espiritual (refere-se a cultura, teoria, ideias, entre outros) que é igualmente mutante. Pois, a partir do trabalho, o homem (humanidade) transforma a natureza e, ao transformá-la, transforma a si próprio, porque, ao desempenhar essa ação, o homem ganha novas experiências e conhecimentos, por exemplo.

Por conseguinte, a práxis em seu sentido denominado como restrito/primário limita-se e encontra-se na produção, nesse processo de trabalho. Enquanto no seu sentido amplo/secundário ela envolve: comércio, atividades derivadas, funções estatais, entre outras. Observa-se, assim, uma dualidade das atividades humanas, em que, com o surgimento da forma

mercadoria e consolidação da sociedade burguesa de forma organizada e madura, demanda mais atividades (principalmente de mediação e intermediárias, que não se situam especificamente na esfera de produção como as dos (as) assistentes sociais) que surgem e se tornam imprescindíveis e privilegiadas na divisão social e técnica do trabalho. (ARAÚJO, 2012)

Sendo assim, a prática do Serviço Social se modifica em modalidade de práxis, em que alguns autores se classificam na modalidade de práxis política (ARAÚJO, 2012) e outros na práxis social (COSTA; MADEIRA, 2013). O que se considera como relevante é evidenciar que o (a) assistente social pode assumir em sua atividade profissional o método crítico-dialético como instrumental analítico para “leitura” da realidade da sociedade, como mencionado por Araújo (2012), como parte de sua prática profissional sob o direcionamento praxiológico. Com um elo indissociável entre teoria, prática e método, no desenvolvimento prático do (a) assistente social.

Dessa maneira, a práxis do Serviço Social está inscrita na divisão social e técnica do trabalho, bem como na complexa configuração do trabalho na sociedade capitalista em que se apresenta como trabalho abstrato e assalariado. O que, conseqüentemente, implica em suas competências, atribuições e capacidade técnico-profissional, subordinando as dimensões teórico-metodológicas, técnico-operativas e ético-políticas do fazer profissional. Por isso, há uma série de dificuldades para implementação das políticas sociais e para atuação profissional do (a) assistente social nos espaços sócio-ocupacionais (COSTA; MADEIRA, 2013).

Por fim, pode-se exemplificar, brevemente, que, dentre os espaços sócio-ocupacionais, temos a atenção básica em saúde, em que a práxis do (a) profissional do Serviço Social direcionada pelo Projeto Ético-político da profissão encontra um espaço contraditório permeado de desafios, tais como: precarização e flexibilização das relações de trabalho, ampliação do mercado informal, restrição e mercantilização dos direitos sociais garantidos em legislações, políticas sociais fragmentadas, dentre outros. Assim, torna-se um espaço sócio-ocupacional que demanda profissionais com competência crítica para construir respostas profissionais de defesa desse espaço de trabalho (OLIVEIRA; SQUIZZATTO, 2013).

Para melhor entendimento acerca da práxis profissional do Serviço Social, é necessário pontuar alguns aspectos vinculados às dimensões essenciais dessa profissão. Pois as dimensões são intrínsecas ao exercício profissional do (a) assistente social. Dessa forma, esse será o próximo tópico que será abordado neste trabalho.

1.4 As dimensões essenciais do Serviço Social

No tópico anterior, mencionou-se que as dimensões teórico-metodológicas, técnico-operativas e ético-políticas do fazer profissional do assistente social detêm consequências referentes ao fato de a práxis do Serviço Social estar inscrita na divisão social e técnica do trabalho; bem como na complexa configuração do trabalho na sociedade capitalista em que se apresenta como trabalho abstrato e assalariado. Essas são as dimensões essenciais da profissão, que compõem a totalidade que constitui o exercício profissional do assistente social. Cada uma dessas dimensões possui particularidades, no entanto, as três são intrinsecamente relacionadas. Ao refletir sobre o exercício profissional a partir da premissa dessas três dimensões, é possível compreender o significado social da ação profissional. (BACKX, SANTOS, GUERRA, 2008)

Desde a década de 1980, o Serviço Social tem se firmado, tendo a questão social como base de fundação como uma especialização do trabalho. É, portanto, uma profissão que está inscrita na divisão social e técnica do trabalho coletivo da sociedade, como já foi mencionado. Por conseguinte, o (a) assistente social é um (a) trabalhador (a) especializado (a) que vende sua capacidade de trabalho para algumas entidades empregadoras. Logo, a atuação do (a) assistente social é uma manifestação do seu trabalho, que está inscrita como profissão no âmbito da produção e reprodução da vida. Dessa maneira, através dessa análise, recusam-se visões unilaterais que compreendem as dimensões de forma isolada da realidade. A preocupação é afirmar a ótica da totalidade na apreensão da vida social, identificando como o Serviço Social se relaciona com diversas dimensões da vida social. (IAMAMOTO, 2012)

Com as diversas expressões da questão social, os (as) assistentes sociais são desafiados (as) a buscar qualificações para que possam acompanhar, explicar e atualizar as particularidades da questão social nos diversos níveis (nacional, regional e municipal). Além disso, as expressões da questão social, bem como as mudanças no mundo do trabalho acometem, também, os (as) profissionais de Serviço Social. Como, por exemplo, a polivalência, terceirização, subcontratação, queda de padrão salarial, desemprego e ampliação de contratos de trabalho temporários. Portanto, não é uma realidade alheia e externa. (IAMAMOTO, 2012)

Partindo dessa premissa, exige-se um profissional qualificado, que esteja em constante processo de ampliação de sua competência crítica, que não só execute, mas que pense, analise, pesquise e decifre a realidade. Nesse sentido, o novo perfil profissional que se deseja estabelecer é de um (a) profissional com capacidade de análise dos processos sociais tanto na dimensão macroscópica quanto em suas manifestações cotidianas; um (a) profissional criativo (a) e

inventivo (a), capaz de entender a realidade presente e atuar nela, colaborando, também, para moldar os rumos de sua história. (IAMAMOTO, 2012)

O projeto profissional do (a) assistente social tem suas diretrizes norteadoras presentes no Código de Ética Profissional do Serviço Social de 1993, na Lei da Regulamentação da Profissão do Serviço Social e na Proposta de Diretrizes Gerais para o curso de Serviço Social de 1996. Sendo esse projeto de profissão e formação profissional hegemônico e historicamente datado. No cenário histórico do período do Movimento de Reconceituação e de lutas democráticas na sociedade, podemos encontrar a base social da reorientação da profissão nos anos de 1980. Nas décadas de 1980 e 1990, pode-se observar a solidificação da formação e do trabalho dos (as) assistentes sociais. (IAMAMOTO, 2012)

No entanto, diante de avanços, havia e ainda há alguns impasses que foram pontuados por Iamamoto (2012), ao tratar sobre o Serviço Social na contemporaneidade. Um deles é o distanciamento entre o trabalho intelectual, teórico-metodológico e o exercício da prática profissional cotidiana. Além da necessidade de estabelecer estratégias técnico-operativas para o exercício da profissão. É um desafio “[...] transitar da bagagem teórica acumulada ao enraizamento da profissão na realidade, atribuindo, ao mesmo tempo, uma maior atenção às estratégias, táticas e técnicas do trabalho profissional [...]” (IAMAMOTO, 2012, p. 52).

Na análise sobre a formação profissional realizada pela ABESS, visando à formulação do currículo mínimo, as principais dificuldades encontradas foram: teoricismo, politicismo e tecnicismo. Esses obstáculos podem ser explicados quando analisamos os pressupostos em que se basearam a busca em firmar novos pilares para o exercício profissional e a forma como eles se desviam no percurso, como Iamamoto analisou.

Conforme a autora, o primeiro pressuposto é o de que a apropriação teórico-metodológica no campo das grandes matrizes do pensamento social iria permitir desvendar novos caminhos para o exercício profissional. De fato, a procura de novos caminhos passaria por uma apropriação mais rigorosa da base teórico-metodológica. Já o segundo é de que o engajamento político nos movimentos organizados da sociedade e nas instâncias de representação da categoria avalizaria a intervenção profissional articulada com os interesses dos setores majoritários da sociedade. Dessa maneira, admite-se que a dimensão política da profissão, assim como as suas implicações mais além do campo da ação profissional, pensa a partir da inserção em movimentos organizados da sociedade. Por fim, o terceiro refere-se ao aperfeiçoamento técnico-operativo, avalia-se que ele se mostra como uma exigência para uma inserção qualificada da (o) assistente social no mercado de trabalho.

Essas são, portanto, dimensões essenciais do Serviço Social que são fundamentais e complementares entre si. Em contrapartida, quando elas não são utilizadas de forma articulada, ocasionam as dificuldades listadas anteriormente: tecnicismo, politicismo e teoricismo. Pois a fundamentação teórico-metodológica é necessária para construção de novas alternativas no exercício profissional, mas só o domínio dela, sem aproximação da realidade, do engajamento político, ou de uma base técnico-operativa não consegue atingir esse objetivo, atinge somente o teoricismo. Ademais, a dimensão política sozinha proporciona somente militância, que é insuficiente para apresentar novas perspectivas para a profissão. Enquanto que a técnico-operativa isolada das demais, proporciona o tecnicismo, pois sem o conjunto de fundamentos teórico-metodológico e ético-político para conhecer e decifrar o ser social, a vida em sociedade, a atuação não é crítica nem eficaz. (IAMAMOTO, 2012)

Em relação à dimensão técnico-metodológica, pode-se enfatizar, também, que, de acordo com Backx, Santos e Guerra (2008), ela é considerada como o “modo de ser” da profissão e como uma “síntese” do exercício profissional, pois é formada também pelo projeto profissional, pelo conhecimento da categoria, pela ética, pelas qualidades subjetivas dos agentes, bem como pelos valores da profissão. Os instrumentos e o conjunto do instrumental técnico-operativo movimentam as demais dimensões do exercício profissional. Pois os instrumentos estão vinculados a uma fundamentação teórica e a uma determinada direção ético-política, o que configura eles como ferramentas para o desenvolvimento dos procedimentos necessários no exercício profissional.

[...] a dimensão técnico-operativa não pode ser reduzida à questão dos instrumentos e técnicas. Ela mobiliza as dimensões teórico-metodológicas para analisar o real e investigar novas demandas – e ético-políticas – permitindo avaliar prioridades, as alternativas viáveis para a realização da ação, bem como projetar a ação em função dos valores e finalidades e avaliar as consequências da ação -, além das condições objetivas do trabalho e as condições subjetivas dos agentes profissionais. (BACKX; SANTOS; GUERRA, 2008, p.19)

Dessa forma, é possível concluir que as dimensões essenciais do Serviço Social compõem a instrumentalidade da profissão, sendo fundamental para orientar e subsidiar o exercício profissional do (a) assistente social. Assim, a operacionalização das dimensões irá interferir no alcance, ou não, dos objetivos definidos para determinada ação profissional.

Por fim, com o intuito de atingir o terceiro objetivo específico deste trabalho, que é identificar como as disputas dos projetos políticos de saúde no contexto da contrarreforma do Estado interferem na atuação profissional do (a) assistente social, apresentar-se-á, no próximo

capítulo, o significado da crise na dinâmica do capitalismo, o contexto de contrarreformas com a análise iniciada no período de 1929 e a as condições de trabalho das (os) assistentes sociais na saúde.

CAPÍTULO 2 – O contexto de contrarreformas do Estado e as disputas dos projetos de saúde

Para compreender os processos que determinam as mudanças societárias que ocorrem devido às mudanças na dinâmica do capitalismo, é imprescindível ter uma visão do significado das crises no desenvolvimento capitalista.

Sendo assim, salienta-se que as crises podem ter aspectos conjunturais ou mais globais, que atingem as esferas da política, da economia, da cultura e da ideologia, em outras palavras, a chamada crise estrutural. Em síntese, elas expressam uma instabilidade no movimento entre produção e consumo, pois “não basta produzir mercadorias, estas precisam ser transformadas em dinheiro para, rapidamente, retornarem ao incessante processo de acumulação do capital: produção/circulação/consumo.” (MOTA, 2009, p. 3)

Nesse sentido, as causas¹² mais determinantes da crise são: 1- A superacumulação de capitais, que é sempre acompanhada da superprodução de mercadorias; 2- O subconsumo das massas, pois muita gente sai da esfera do consumo devido à queda dos salários e o desemprego generalizado; 3- A anarquia (desordem) da produção, a desproporcionalidade entre produção e consumo; 4- A queda da taxa de lucro.

A respeito desse assunto, Netto e Braz (2012, p. 175) ressaltam que “as crises são funcionais ao modo de produção capitalista, constituindo-se num mecanismo que determina a restauração das condições de acumulação, sempre em níveis mais complexos e instáveis, assegurando, assim, a sua continuidade”. De acordo com a colocação dos referidos autores, compreende-se que, apesar das crises com grandes consequências, elas por si só não levam o capitalismo ao colapso. Tendo em vista a contradição do Modo de Produção Capitalista - MPC, que de um lado traz a depreciação do capital e do outro cria as condições para recuperação/reanimação do MPC.

Além disso, vale frisar que: “os impactos das crises se apresentam diferenciados para os trabalhadores e os capitalistas. Para os capitalistas, trata-se do seu poder ameaçado; para os trabalhadores, da submissão intensificada.” (MOTA, 2009, p. 4). Sendo os trabalhadores (as) os (as) mais afetados (as) na sua materialidade e subjetividade, tendo em vista as condições precárias do mercado de trabalho, devido ao aumento do desemprego, as perdas salariais e o crescimento do exército industrial de reservas, que faz com que o trabalhador seja mais um na

¹² As causas mais determinantes da crise têm uma explicação mais ampla no texto de Netto e Braz. Economia Política: uma introdução crítica. (2012, p. 173-174).

fila do desemprego, submetendo-se à precárias contratações para sair desse exército ocasionando, causando, assim, o enfraquecimento das lutas e organizações sociais. (MOTA, 2009)

Como já mencionado, a mudança na dinâmica capitalista, mais especificamente o processo crise-restauração, reflete-se nas relações sociais e redireciona toda intervenção do Estado. A esse respeito Mota (2009, p. 4-5) faz uma colocação precisa quando diz que o Estado

Redefine seus mecanismos legais e institucionais de regulação da produção material e da gestão da força de trabalho, instituindo renovadas formas de intervenção relativas aos sistemas de proteção social, à legislação trabalhista e sindical, além daquelas diretamente vinculadas à política econômica. Nesse contexto, se redefinem as relações entre Estado, sociedade e mercado, determinando medidas de ajustes econômicos e de reformas e contrarreformas sociais, que continuem garantindo a acumulação capitalista, em conformidade com as particularidades de cada formação social. (MOTA, 2009, p. 4-5)

Posto isso, é possível enfatizar que o movimento histórico do capitalismo ocorre nessa dinâmica. A exemplo da crise do ano de 1929¹³, uma das maiores crises econômicas, que ficou conhecida como “grande depressão”, em consequência teve o panorama mundial redefinido, tanto em termos econômicos como sociais. Como forma de solucionar a referida crise, foi implementado o Estado de Bem-Estar Social (ou também chamado de Welfare State), uma organização política e econômica que põe o Estado como principal agente de grandes responsabilidades sociais.

O capitalismo viveu do segundo pós-guerra até os anos de 1970, nos países centrais, uma onda longa e expansiva, cujas características são mencionadas por Mota (2009) nos termos de Mendel (1990), uma intensa centralização, concentração e expansão de capitais e as forças produtivas com um considerável avanço tecnológico, o que permitia um aumento da produtividade do trabalho e da produção de mercadoria, acarretando nas altas taxas de crescimento econômico. Bem como ampliação de empregos, salários, forte intervenção do Estado, maior controle da desigualdade econômica e menores conflitos de classe.

Nessa perspectiva, pode-se considerar que foi um período diferente na história do capitalismo. Um Estado mais incisivo nas demandas sociais da população. Porém, diferente dos países centrais que viveram os anos gloriosos do Welfare State¹⁴, os países periféricos, como o

¹³ Com base nas pesquisas realizadas, constatou-se que o Brasil também sentiu os impactos da crise econômica do período de 1929. A área que mais sofreu com a recessão econômica foi a de produção de café (que, à época, era o principal produto de exportação do país).

¹⁴ O Welfare State não acabou com a desigualdade social, mas incentivou um pensamento democrático, no qual era possível por limites na exploração do trabalho e conseguir uma sociedade mais justa por meio das conquistas

Brasil, assistiam a defesa do desenvolvimentismo “resultado de um processo de modernização conservadora que consolidou a industrialização e o crescimento econômico, mas que não redistribuiu os resultados dessa expansão com a maioria da população trabalhadora” (MOTA, 2009, p.7). Até que o ciclo longo e expansivo do capitalismo caminhava para o seu fim, com a queda no ritmo de crescimento da economia. Nesse momento, houve muitos debates sobre as razões da estagnação da economia e estratégias para a sua superação. (SADER, 2008)

Em 1970, há grandes dificuldades para o capitalismo manter seu movimento expansivo, quando a crise tem maior gravidade, afetando o sistema do capital global em todas suas dimensões fundamentais. (PANIAGO, 2009). Essa crise, da década de 1970, é colocada por vários autores como uma crise econômica cuja expressão é a depreciação do capital gerada pela superprodução. Apesar de sua utilidade, o capital investe contra o modelo regulador anterior que tem como base os mecanismos keynesiano e segue na defesa de um programa de ajuste neoliberal (organização política para sair da crise)

Assim, a ofensiva neoliberal se consolida na expansão da crise da dívida externa, logo a ação reguladora do Estado se retrai, fragmentando, dessa forma,

Os meios de atendimento às necessidades sociais dos trabalhadores entre organizações privadas mercantis e não mercantis, limitando sua responsabilidade social à segurança pública, à fiscalização e ao atendimento, através da assistência social, àqueles absolutamente impossibilitados de vender sua força de trabalho. A classe trabalhadora também é atingida pelos processos de privatização, inicialmente através da venda de empresas produtivas estatais, seguindo-se uma ampla ofensiva mercantil na área dos serviços sociais e de infra-estrutura, tais como o de saúde, previdência, educação, saneamento, habitação etc., amparados pela liberalização da economia, sob a égide da liberdade de mercado. (MOTA, 2009, p. 9-10)

Ações essas que visam a restauração do capital, pautadas no Consenso de Washington (medidas obrigatórias para todo governo), operacionalizado pelo Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional (FMI) e pela Organização Mundial do Comércio (OMC). Pondo em xeque o ajuste das economias periféricas, frente às necessidades do capitalismo internacional. No Brasil, a ideia neoliberal chega ao governo Fernando Collor de maneira branda e irreal, passando a ganhar impulso e consolidar-se no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC). Tendo como documento orientador o Plano Diretor da Reforma do Estado PDRE/MARE,

políticas, marcando a estratégia profissional do Serviço Social vinculado à luta pela emancipação da classe trabalhadora. (PANIAGO, 2009)

conduzido por Bresser Pereira. A princípio, é importante destacar e ter a visão que a dita reforma do Estado não deve ser reduzida à reforma administrativa, e sim ter uma visão para além do Estado, para a relação Estado/sociedade que se realiza de forma mais ofensiva e estruturada. (MACIEL, 2017)

Seguindo a mesma linha de raciocínio, Maciel (2017) destaca, conforme Soares (2013), que a saúde, no referido plano, foi situada como área não exclusiva do Estado, colocando os serviços dessa área, suscetível a serem prestados pela sociedade de direito privado, que administraram fazendo uso dos cofres públicos. Essas premissas apontam a ideologia que repassa à transferência das questões públicas que seria de responsabilidade do Estado ao terceiro setor, assim como o repasse de recursos públicos para o setor privado. Segue-se, até os dias atuais, esse processo de privatização da coisa pública e a focalização e seletividade da proteção social com a mercantilização das políticas sociais.

Sendo assim, temos, no contexto de contrarreformas do Estado, projetos políticos de saúde em disputa, no caso do Brasil, tem-se os seguintes projetos: o projeto da reforma sanitária, o projeto de reforma sanitária flexibilizada e o projeto privatista, projetos esses que foram mencionamos no primeiro capítulo desta pesquisa. Pode-se sintetizar, com base em Bravo e Pelaez (2020), que o projeto da Reforma Sanitária é construído desde os anos de 1970, em contraposição ao modelo médico assistencial previdenciário, em que a saúde possui caráter universal, sendo um direito social de responsabilidade do Estado.

Enquanto o Projeto da Reforma Sanitária Flexibilizada possui características próprias derivada das contradições inerentes à implementação do SUS, diante do contexto de reconfiguração do Estado brasileiro, bem como do crescente desmonte e subfinanciamento das políticas públicas, respondendo às demandas da política macroeconômica adotada em nosso país. Desse modo, a proposição do SUS considerada exequível é regulada por arranjos institucionais, mecanismos gerenciais e responsabilização dos profissionais para que adequem a política de saúde às exigências de uma “adequação” da proposta inicial da reforma sanitária¹⁵. Sendo esse um projeto que se consolidou durante os governos petistas.

Ademais, há o projeto privatista, que é norteado pelas regras do mercado e pela exploração da doença como fonte de lucro. Que tem como marco a proposta dos “Novos

¹⁵ Apesar do Movimento Sanitário de 1970-1980 ter a intencionalidade de resgatar a dívida social do país na área da saúde por meio da proposta de reorganização institucional para efetivar o direito em oposição às práticas o Processo de reforma sanitária que teve continuidade após 1988, foi inserido em um contexto mais amplo de reforma neoliberal do Estado brasileiro. Dessa maneira, há desigual distribuição dos recursos e de poder nos seus órgãos administrativos, de forma que proporcionou consequências para o conjunto de suas técnicas, sistêmicas e práticas sociais (FRANÇA JUNIOR; SILVA, 2015).

Modelos de Gestão”, durante a década de 1990, que visava à substituição da gestão estatal, vinculada a subversões e isenções fiscais para garantir acumulação de capital.

A disputa entre esses projetos ocorre em meio à fase neoliberal do sistema capitalista, com as suas mais variadas contrarreformas neoliberais, que tornam as políticas públicas restritas, focalizadas e indica a privatização e a terceirização como alternativas viáveis para a saúde da população (BRAVO; MATOS 2004). Com a diminuição de direitos para a classe trabalhadora e participação crescente no mercado, nos mais diversos aspectos da vida social.

Existem, assim, tensões entre projeto democratizante de saúde e projeto neoliberal que isenta o Estado da responsabilidade na efetivação de direitos. Consequentemente, a luta pela efetivação do direito à saúde está inserida em um contexto de disputa política por recursos públicos do orçamento estatal que é redirecionado para pagamento de juros e amortização da dívida pública. Assim, o subfinanciamento da seguridade social ocorre como consequência das exigências do mercado financeiro e das características “regressivas” da tributação. Desse modo, a seguridade social permanece pressionada pela privatização de serviços e pelo ajuste das contas públicas (FRANÇA JUNIOR; SILVA, 2015).

Quanto à dívida pública brasileira, é importante mencionar que ela é considerada ilegítima, devido ao fato de não ter sido executada com o intuito de proporcionar o crescimento e desenvolvimento social da população, objetivava salvar o capital financeiro¹⁶. Como resultado, tem-se os planos de ajuste fiscal que ocasionam essa redução de gastos sociais, consequentemente relacionada à retirada de direitos da classe trabalhadora. (ALVES; OLIVEIRA, 2017).

Em 2015, foram gastos 962 bilhões com juros e amortização da dívida pública, que representou 42,43% de todo o orçamento realizado no ano. Enquanto que para a área da saúde foi executado somente 4,14% do total dos recursos da União (ALVES; OLIVEIRA, 2017). Com os dados obtidos através do Portal da Transparência do governo brasileiro, verificou-se que o orçamento destinado para o pagamento da dívida pública permanece superior ao destinado para políticas públicas, dentre elas a da saúde. Segundo consta nos dados expostos no portal da

¹⁶ A partir do ano de 2008, o sistema financeiro entra em crise com a grande especulação e criação da bolha especulativa, de modo que as grandes instituições financeiras do mundo declararam o risco iminente de falir. Para “salvar” essas instituições, diversas medidas são adotadas, como a estatização parcial de instituições financeiras e a emissão de grandes quantidades de dinheiro foi transferida diretamente aos bancos, por exemplo. No Brasil, o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) participou ativamente na sustentação do capitalismo financeiro nesse período, com a criação de uma lei que permitia o repasse da União para este banco, de forma que os cortes do orçamento da União nas despesas sociais passam a ser aplicados, também, para financiar as grandes empreiteiras e a formação de grandes empresas monopolistas. É interessante destacar, também, que é durante esse período de crise que instituições como o Banco Mundial (BM) e Fundo Monetário Internacional (FMI) se consolidam mundialmente, como formuladores de políticas na área social (ALVES; OLIVEIRA, 2017).

transparência, o orçamento inicial para a saúde correspondia a R\$ 141.247.856.085,00, que foi atualizado para R\$ 153.453.092.238,00. Contudo, para o refinanciamento da dívida interna, o orçamento inicial foi de R\$ 1.814.518.745,00, que foi atualizado para R\$1.801.231.585.576,00; e em paralelo, para o serviço da dívida interna teve como orçamento inicial R\$ 557.349.246.949,00, atualizado para R\$ 570.654.115.002,00.

Os orçamentos mencionados anteriormente podem ser visualizados através de gráficos que ficam expostos no Portal da Transparência, que correspondem aos dados referentes ao ano de 2022. Desse modo, reunimos alguns dos gráficos que ilustram os dados existentes até o dia 08 de novembro de 2022:

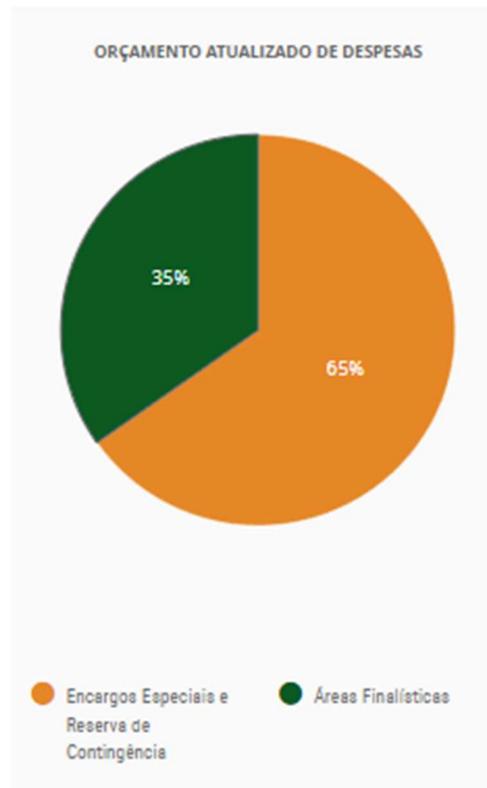


Gráfico 1: Orçamento atualizado das despesas
Fonte: Portal da Transparência, 2022.



Gráfico 2: Visualização dos Encargos Especiais e Reserva de Contingência
Fonte: Portal da Transparência, 2022.

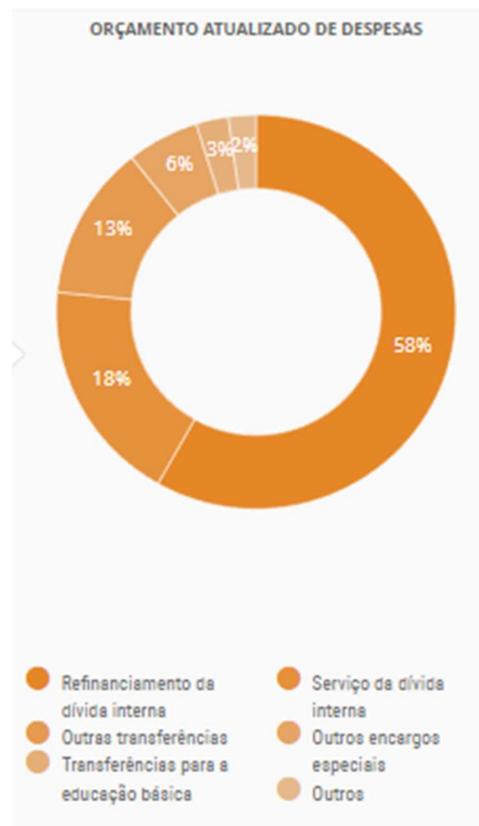


Gráfico 3: Distribuição do orçamento das subfunções para função Encargos Especiais
Fonte: Portal da transparência, 2022.



Gráfico 4: Visualização das áreas finalísticas
Fonte: Portal da transparência, 2022.

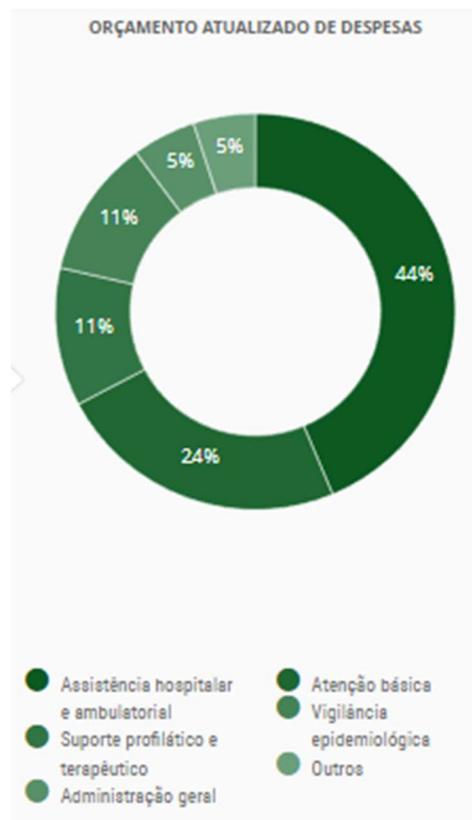


Gráfico 5: Distribuição do orçamento das subfunções para a função Saúde
Fonte: Portal da Transparência, 2022.

Como pode ser identificado através dos gráficos, o orçamento atualizado das despesas (gráfico 1) expõe que o orçamento destinado aos encargos especiais e reserva de contingência são 30% superior ao das áreas finalísticas. Sendo as despesas com encargos especiais superior a reserva de contingência (gráfico 2), esses encargos correspondem justamente as despesas com refinanciamento da dívida interna (58%) e ao serviço da dívida interna (18%) principalmente (gráfico 3). Em contrapartida, tem as áreas finalísticas que correspondem a previdência social, assistência social, saúde, educação, trabalho e outros (gráfico 4), com orçamento menor se comparado ao dos encargos especiais. Quando comparamos esses dados fica nítido como o orçamento das políticas públicas é prejudicado pelo orçamento de refinanciamento e serviço da dívida pública, pois há uma disputa política pelos recursos e o Estado prioriza o redirecionado para pagamento de juros e amortização da dívida pública. Por fim, na distribuição do orçamento das subfunções para a função saúde (gráfico 5), a assistência hospitalar e ambulatorial tem o maior orçamento de despesas (44%), sendo a atenção básica a 2ª maior (24%).

Além disso, é importante destacar que há o processo de subfinanciamento da saúde expresso nas diversas articulações entre o público e o privado. França Júnior e Silva (2015) citam como exemplos a dupla porta de entrada nos hospitais do SUS; as Organizações Sociais de Saúde (OSS); o consumo de insumos; os subsídios à produção tecnológica privada e aos serviços de alta complexidade e as fundações hospitalares. Tanto essas medidas, quanto outros mecanismos que são adotados consolidam uma realidade muito distinta da idealizada e priorizada pelo projeto de Reforma Sanitária.

Durante os anos de 1990, houve uma centralidade na política de transferência de gestão de serviços às OSS. Podemos exemplificar esse aspecto ao pontuar que, durante a gestão da prefeitura de São Paulo, nos anos de 1993 a 1999, o SUS foi abandonado e começou a ser implementado o Plano de Atendimento à Saúde (PAS), que era um programa que consistia na formação de cooperativas, pelos profissionais da saúde, para a prestação de serviços à população. Esse plano só foi abandonado a partir dos anos 2000, com a mudança de gestão da prefeitura, que retomou a construção do SUS. E, a partir de 2005, essa gestão da saúde através das OSS se repete com a instalação das Assistências Médicas Ambulatoriais (AMAs), que permanecem atuando até o momento atual (2022). As AMAs são fixadas nas unidades básicas de saúde (UBS) e tem sua gestão executada de forma compartilhada entre parceiros privados e públicos (FRANÇA JUNIOR; SILVA, 2015).

De acordo com o exposto, pode-se avaliar que não ocorre uma congruência entre o projeto político democratizante e participativo que é preconizado pela reforma sanitária

brasileira e o modelo neoliberal que se manifesta principalmente na gestão do sistema. Há um aumento dos custos administrativos e do abandono por parte das empresas parceiras, de mecanismos de licitação para utilizar recursos públicos, assim como na contratação de pessoal para os postos de trabalho do setor público (terceirização). Verifica-se que no projeto privatista de saúde consiste em uma lógica não participativa e de precarização dos serviços, com centralização das decisões e inadequações estruturais e organizacionais, é só analisar a implementação das AMAs. Em que no estudo de caso realizado em Heliópolis (uma favela localizada no município de São Paulo), foi exposto, através de lideranças da comunidade, que o desenvolvimento do trabalho preventivo foi prejudicado e que a lógica do pronto-atendimento se sobressai e subjuga a organização sistemática do SUS (FRANÇA JUNIOR; SILVA, 2015).

Em consonância a esses acontecimentos, a disputa entre os projetos políticos de saúde permanece atualmente, de modo que teve a aceleração e intensificação de políticas que contribuem para o desmonte do Estado brasileiro ao decorrer do governo de Michel Temer, enquanto que no governo de Jair Bolsonaro tem-se o aprofundamento das contrarreformas que foram iniciadas no governo anterior, considerando a proposta central da reforma da previdência¹⁷. Dessa maneira, ocorre durante o governo Temer a aceleração dos processos de contrarreforma e continuidade do processo de privatização na saúde que foi intensificado pela EC- 95/2016, cortes orçamentários na política de saúde, articulação com o setor privado¹⁸, mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) na sua terceira edição em 2017, a proposição dos planos de saúde acessíveis e propostas de retrocessos na política de saúde mental. Logo, foi um governo que seguiu na área da saúde a mesma lógica que implementou no conjunto de sua gestão, que foi o aprofundamento das contrarreformas e aceleração do desmonte das políticas públicas e universais (BRAVO; PELAEZ, 2020).

Em meio a este cenário, há, em 2016, destaque na agenda nacional para a revisão da PNAB, que sofre alterações e tem sua nova edição em 2017. A primeira edição da PNAB foi no ano de 2006, enquanto a segunda é de 2011. O movimento de mudança da 1ª edição da PNAB parte da necessidade de superar alguns nós críticos como: subfinanciamento, dificuldade de atração de profissionais médicos, modelo assistencial e infraestrutura inadequada. Conseqüentemente, em 2011, a PNAB apresenta o Requalifica Unidade Básica de Saúde (UBS)

¹⁷ Que teve seu texto base aprovado em outubro de 2019 pelo senado, por 56 votos a 19. Para mais informações acerca da “nova previdência”, acesse o portal do governo brasileiro.

¹⁸ Essa articulação com o setor privado/empresarial da saúde pode ser exemplificada através do documento “Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde”, em que apresenta propostas que objetivam constituir um novo sistema de saúde no Brasil, com maior participação da iniciativa privada na gestão dos serviços.

(reformas, ampliações, construções e informatização), o Programa Mais Médicos (PMM) e no Programa Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), a tentativa por superar os nós críticos que haviam permanecido após a PNAB de 2006 (MELO, et al. 2018)

Na edição de 2017, é possível algumas continuidades e descontinuidades em relação a PNAB anterior. Sendo assim, pontuamos de forma simplificada as descontinuidades mais significativas, que expressam esse processo de aprofundamento e aceleração do desmonte das políticas públicas, nesse caso em específico da política de saúde. Em contraste ao fato do texto da PNAB de 2017 afirmar a Saúde da Família como estratégia prioritária para se alcançar a expansão e consolidação da Atenção Básica (AB) no país, ele rompe com a sua centralidade e institui formas de financiamento para outros arranjos assistenciais que não possuem equipes multiprofissionais com agentes comunitários de saúde (ACS) inclusos, o que torna possível organizar a AB, fundamentada em princípios opostos aos preconizados como norteadores da Atenção Primária à Saúde (BRAVO; PELAEZ, 2020).

Com base na análise realizado por Andrade et al. (2018), os propósitos centrais que podem ser encontrados a partir da observação das alterações realizadas na PNAB são: a priorização da Atenção Básica Tradicional em detrimento da Estratégia da Saúde da Família, com aumento da autonomia e flexibilidade da gestão municipal, bem como a diminuição dos agentes comunitários da saúde e a mudança de seu perfil, com a possibilidade de inserir novas atribuições para esses (as) profissionais. Em virtude disso, avaliou-se que o principal efeito da PNAB na conjuntura existente, principalmente no momento de sua implementação, tende a ser o desmonte da estratégia saúde da família, e não o enfrentamento dos seus problemas, limites e desafios¹⁹.

Por fim, uma descontinuidade observada nessa edição que nos chama atenção é que, na edição anterior, havia previsto que até oito horas semanais dos (as) profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF) poderiam ser destinadas para participação em atividades de formação, educação permanente, apoio matricial e plantão na rede de urgência. No entanto, não está mais presente na nova edição. Portanto, verifica-se menor valorização da educação permanente, sendo que esta é um dos pilares fundamentais para o desenvolvimento e oferta de serviços de qualidade. Além dessas alterações, ao longo dos anos seguintes, houve o surgimento de novas portarias e programas, como a portaria nº 930 de 2019, que institui o Programa Saúde na Hora que tem como objetivo ampliar a cobertura da estratégia da família, bem como

¹⁹ “[...] desafios históricos de fixação dos profissionais, coordenação de cuidado e integração com outros serviços e níveis de complexidade, ampliação e melhoria do acesso e da base social, e o subfinanciamento” (BRAVO; PELAEZ, 2020, p.197)

umentar o quantitativo de usuários nas ações e nos serviços das Unidades de Saúde da Família (USF) e minimizar o número de atendimentos de usuários (as) com condições de saúde de baixo risco em unidades de pronto atendimento e emergências hospitalares.

Quanto à proposição dos planos de saúde acessíveis, destacam-se alguns aspectos que demonstram o quanto é uma proposta contraditória que não agrega na política de saúde preconizada pela reforma sanitária de saúde e que resultaria em desvantagens para os beneficiários dos planos e para o SUS. Para contextualizar, é importante apontar que na inauguração da gestão do governo Temer, o ex-ministro da saúde, Ricardo Barros, afirmou que seria necessária a redução do SUS.

Segundo Ricardo Barros, o país não conseguiria sustentar os direitos da Constituição Federal de 1988, como o acesso universal à saúde e, por isso, seria necessário repensá-los, em virtude da incapacidade financeira do país. Logo, propôs os Planos de Saúde Populares ou Acessíveis como uma das bases da sua gestão (BRAVO; PELAEZ, 2020). Por meio desse discurso, já é possível identificar o caráter neoliberal da proposta, em que se defende a retirada de direitos estabelecidos e garantidos pela Constituição Federal de 1988 e estabelece como pilar de sua gestão uma proposta baseada na saúde suplementar²⁰, que favorece as operadoras de planos de saúde.

Com base no relatório descritivo do GT de planos acessíveis, são apresentadas as seguintes propostas:

Plano Simplificado: cobertura para atenção primária, conforme Rol da ANS, incluindo consultas nas especialidades previstas no Conselho Federal de Medicina – CFM e serviços auxiliares de diagnóstico e terapias de baixa e média complexidade, resolvendo mais de 85% das necessidades de saúde. Nessa proposta não há previsão para internação, terapias e exames de alta complexidade, atendimento de urgência e emergência e hospital dia. Por meio do Plano Simplificado o beneficiário teria mais de 85% das necessidades de saúde atendidas. **Plano Ambulatorial + Hospitalar:** cobertura de toda atenção primária, atenção especializada, de média e alta complexidade. O paciente passaria obrigatoriamente por uma prévia avaliação realizada por médico da família ou da atenção primária, escolhido pelo beneficiário. Caberá a esse médico encaminhar o paciente para a rede especializada, caso julgue necessário. Havendo indicação para atendimento hospitalar, o beneficiário poderá ser encaminhado para uma segunda avaliação médica que reafirme a necessidade para encaminhamento do procedimento. Vale ressaltar que a cobertura do plano está adaptada à disponibilidade de infraestrutura no município e à capacidade operacional da rede particular. **Plano em Regime Misto de Pagamento:** oferece serviço por intermédio de contraprestação

²⁰ Segundo o Ministério Público do Estado do Ceará, a saúde suplementar corresponde ao conjunto de serviços e ações que são desenvolvidos por operadoras de planos e seguros privados de assistência médica à saúde, sem vínculo com o SUS. Mas que possuem a Agência Nacional Suplementar (ANS) como órgão que regulamenta, cria e implementa as atividades do segmento, em contraste com a saúde complementar, que é a atuação da iniciativa privada na área da saúde pública, vinculada ao SUS.

mensal para cobertura de serviços hospitalares, terapias de alta complexidade e medicina preventiva, bem como, quando necessário, atendimento ambulatorial. Fica sob a responsabilidade do beneficiário o pagamento do procedimento, de acordo com valores previstos em contrato. Os modelos de pré e pós-pagamento foram acordados, assegurando o Rol de Procedimentos da ANS. (ANS, 2017, p. 5-6, grifos do autor)

Nesse relatório, há o detalhamento das contribuições da consultoria pública, parte na qual podemos identificar aspectos e posicionamentos importantes acerca dessa proposta. Participaram dessa consultoria, acadêmicos, profissionais da saúde e entidades, que demonstram aspectos importantes que precisam ser analisados nessa proposta, além das contribuições da consulta interna com o corpo técnico da ANS.

Dentre esses aspectos, é evidenciado nas contribuições que os principais beneficiários dessa proposta serão as operadoras de planos de saúde. Dessa maneira, por meio da proposta aumentarão os seus lucros, sem precisar cumprir o Rol da ANS. Nessa perspectiva, além de arcar somente com os procedimentos de baixa e média complexidade, somados à não obrigatoriedade de promover investimentos nas regiões mais distantes e pobres e compartilhar os custos dos demais procedimentos de alta complexidade com os usuários dos planos com coparticipação de 50%. Portanto, essa configuração não apresenta nenhuma proteção ao (à) usuário (a), desrespeita normas em vigor, representando, em síntese, um retrocesso de direitos e garantias conquistadas.

Outrossim, é pontuada que alterações relevantes no processo regulatório devem estar subsidiadas por argumentos técnicos que sejam consistentes e com definição nítida dos problemas que devem ser enfrentados. Além disso, nenhum desses aspectos estão presentes na proposta apresentada. Assim, o projeto sinaliza a importância da elaboração de Análise de Impacto de Regulatório (AIR), no qual analisa-se, inclusive, os impactos sobre o SUS.

Por fim, a ANS conclui o relatório evidenciando que as propostas encaminhadas disputam com ações regulatórias já em andamento na ANS ao mesmo tempo outros itens necessitam ser mais detalhados e de estudos para mensurar seus impactos. Assim, finaliza mencionando os temas como coparticipação, diretrizes de utilização, atenção básica, segunda opinião médica e canais digitais já são ações que ocorrem sem a necessidade de qualquer uma das sugestões que compõem as propostas.

Em síntese, outra área da saúde que enfrentou mudanças durante o governo Temer, foi a da saúde mental. Nesse âmbito, por meio da Portaria 3.588/2017, foram implementadas mudanças na Rede de Atenção Psicossocial (Raps). Dessa forma, foram apontados o fortalecimento das internações em hospitais psiquiátricos, somado a criação de leitos em

hospitais gerais, e serviços ambulatoriais, subsidiados pela ampliação de recursos para essa finalidade. Em dezembro de 2017, a proposta foi aprovada sem consulta à sociedade. Observa-se então, propostas contrárias às conquistas da Reforma Psiquiátrica brasileira, e diminuição da participação popular (BRAVO; PELAEZ, 2020).

No governo Bolsonaro, segundo Bravo e Pelaez (2020), partindo da análise das propostas expostas no programa de governo e declarações à imprensa, ocorrem mudanças na área da saúde que indicam o aprofundamento das contrarreformas iniciadas no governo de Michel Temer. Os autores avaliam que há inconsistências e ausência de aprofundamento sobre a política de saúde e de propostas, no programa de governo. Em relação ao financiamento é evidenciada a defesa pela privatização em geral, em que possui somente uma menção ao termo SUS. Nesse ínterim, ao que corresponde à proposta de descentralização da concentração de médicos no Brasil, e disponibilização de mais atendimentos no interior, defende-se a criação da carreira de Médico do Estado.

Para concluir, na análise dos itens centrais do programa do governo vinculado à saúde, as autoras identificam, em relação às diretrizes que devem orientar as relações do governo com o setor da saúde suplementar e da questão da judicialização do SUS, a proposta existente é de efetuar o uso de toda força de trabalho da saúde pelo SUS. Nesse sentido, todo (a) médico (a) pode atender a qualquer plano, com o compartilhamento de esforços da área pública com o setor privado de modo que garanta acesso e minimize a judicialização.

Recentemente, houve uma mudança importante relacionada à saúde suplementar que foi a sanção do Projeto de Lei nº 2033/22 que altera a lei federal nº 9.656/1998 (que dispõe acerca dos planos e seguros privados de assistência à saúde), dia 19 de setembro de 2022 pelo presidente da República Jair Bolsonaro. O Projeto de Lei, acerca do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS, determina que os planos de saúde possuem a obrigação de arcar os tratamentos e procedimentos que não constam no Rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Sendo assim, o atendimento é obrigatório mediante comprovações científicas de eficácia, que tenham recebido parecer favorável pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), ou que algum órgão de avaliação de tecnologia em saúde internacional renomado.

Quanto a isso, a ANS manifestou, por meio do portal do governo, sua preocupação com a segurança dos usuários da saúde suplementar. Afirmando, portanto, que a cobertura de procedimentos e eventos em saúde que não forem submetidos a abrangente e criteriosa análise da ANS apresenta risco aos pacientes. Estes riscos resultam do fato de não levarem em

consideração diferentes critérios avaliados ao decorrer do processo de incorporação de tecnologias em saúde, como: eficácia, efetividade, acurácia, segurança, impacto orçamentário, custo-efetividade, disponibilidade da rede prestadora e da aprovação pelos conselhos profissionais quanto ao seu uso.

Por fim, ressaltam que o processo de revisão do Rol não será alterado. Além disso, a agência permanecerá recebendo, e analisando, propostas de inclusão de tratamentos e procedimentos, por meio do FormRol de forma contínua e com abrangente participação social. O posicionamento que reitera o exposto nos manifestos emitidos pela Associação dos Servidores e demais Trabalhadores da Agência Nacional de Saúde Suplementar (Assetans), manifestou durante o processo de aprovação e após a sanção.

O avanço representado pela instituição do Rol de procedimentos, enquanto instrumento regulatório de proteção ao consumidor de planos privados de saúde, não pode ser desconsiderado. Por isso, alertamos uma vez mais sobre a necessidade de discutir e respeitar as recomendações técnicas quando da edição de medidas que possam trazer quaisquer prejuízos ou insegurança aos próprios consumidores, sejam elas oriundas de qualquer esfera de poder. Enquanto entidade representativa dos servidores e trabalhadores da ANS, a Assetans vê com preocupação a aprovação deste projeto de lei e espera que as autoridades constituídas considerem em suas discussões, ao propor ou adotar medidas de impacto tão relevante como o projeto de lei aprovado, os impactos a curto, médio e longo prazos das mesmas e não apenas o “momento”, pois isso pode gerar, ao fim e ao cabo, breves ganhos para alguns, em detrimento do direito dos verdadeiramente interessados e impactados pelas decisões. Os servidores da ANS manterão, como sempre, seu trabalho responsável e tecnicamente referenciado em prol da garantia do direito dos cidadãos que adquirem um plano privado de saúde terem acesso efetivo aos serviços contratados, com a qualidade esperada e necessária ao atendimento de suas demandas, evitando trazer insegurança jurídica e garantindo a adequada avaliação para a incorporação de novas tecnologias. (ASSETANS, 2022, p.1)

Não obstante, as discussões acerca do caráter taxativo ou explicativo do Rol da ANS, foram provocadas, em suma, por entidades representativas de usuários e consumidores, por exemplo, a Associação de Mães dos Autistas. Esse agrupamento passou a se manifestar contra o rol taxativo²¹, devido ao receio do aumento das negativas por parte das operadoras de saúde aos tratamentos e procedimentos que não estão presentes no Rol da ANS, por conta do custo mais elevado desses. Inclusive, após a decisão do STJ, junho de 2022, sobre o rol de procedimentos.

Dessa forma, famílias se sentem desamparadas ao terem um tratamento, recomendado pelo médico responsável, que não seria coberto pelo plano de saúde por não estar inserido no

²¹ A partir do dia 08 de junho de 2022, o rol da ANS havia sido considerado pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ) como taxativo.

rol da ANS. Por conseguinte, algumas entidades avaliaram a aprovação do PL como uma vitória da sociedade civil, a exemplo do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec).

Portanto, é complexo avaliar se essa alteração no rol da ANS é positiva ou negativa, exige discussão e estudo acerca do tema, dado que há uma complexidade de fatores a serem avaliados. Pois, sem a alteração, havia o risco de não se ter acesso a tratamentos que podem ser fundamentais para saúde de alguns usuários dos planos de saúde. Dessa maneira, podendo ocorrer casos inclusive de interrupção de tratamentos que já estavam em curso. Entretanto, pode resultar no aumento das mensalidades dos planos de saúde e o risco à segurança dos usuários.

Uma medida adotada durante o início do mandato de Bolsonaro, que demanda atenção é o Decreto nº 9.759/2019, define a extinção de diferentes conselhos e colegiados da administração pública federal, além de definir novas diretrizes (BRAVO; PELAEZ, 2020). Diversas matérias jornalísticas informam a extinção de mais de 50 conselhos e colegiados que haviam sido criados principalmente no governo do petista.

Ademais, segundo matéria exibida no Jornal Nacional²², presente no portal da Globo e no site do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebap), 75% dos conselhos e comitês nacionais mais importantes foram extintos ou esvaziados no governo Bolsonaro. De acordo com pesquisa realizada por esse centro, a quantidade de extinção seria maior, caso o Supremo Tribunal de Federal (STF), não tivesse emitido a decisão que impedia a extinção de conselhos criados por lei. Dessa forma, o governo adotou outras medidas para diminuir a participação popular, criaram-se obstáculos para a eleição de novos membros, por exemplo.

O Ministério da Saúde teve alterações em sua estrutura, de forma que foram criadas a Secretaria de Atenção Primária à Saúde e a de Tecnologia da informação²³ – departamento de saúde digital. Em que a da tecnologia, tem como objetivo estimular a teleconsultoria, telediagnóstico e tele-educação. No entanto, foi extinta a Secretária de Gestão Estratégica e Participativa, que pode posteriormente acarretar em uma perda de espaço da participação social (BRAVO; PELAEZ, 2020). Desse modo, podemos perceber, com base nessas duas mudanças

²² Exibida dia 21 de outubro de 2021.

²³ Em fevereiro de 2022, o ministro da saúde, Marcelo Queiroga, comunicou que o Ministério da Saúde estuda implementar o sistema de “open health”, inspirada no “open banking”, que é basicamente um modelo de ampla entrega de dados de saúde para agentes privados. Alguns definem como o modelo que pode revolucionar os sistemas de saúde, no entanto entidades alertam para os riscos aos quais os cidadãos serão expostos dentre eles o da discriminação em relação ao acesso à saúde. Recomendamos que leiam a carta aberta da Frente pela Vida a respeito dos riscos do “Open health”, e o manifesto da ASSETANS.

(da extinção da secretaria e dos conselhos e colegiados), indicativos de que a participação social pode estar sendo cerceada.

Paralelo a isso, através de propostas realizadas por ministros, é possível constatar a defesa do setor privado e de lucro. Em que temos o Ministro da Economia, propondo a criação de um voucher para saúde e educação, que funcionaria como um “vale saúde”, em que o (a) usuário (a) entregaria nas empresas privadas para ter acesso a prestação de serviços básicos. Dessa forma, retiraria a obrigatoriedade do Estado de possuir estrutura pública para fornecer os tipos de atendimentos comprados nesse setor privado.

Acreditamos que desconsidera os princípios sob os quais o SUS se organiza, especialmente a integralidade e hierarquização, na medida em que desestrutura a organização do atendimento por níveis de atenção e desconsidera a atenção básica como porta de entrada. Além disso, repassa para o setor privado a atribuição do Estado de prestação dos serviços e ações de saúde e aumenta o risco de consultas e exames desnecessários (BRAVO; PELAEZ, 2020, p.202).

Outro exemplo é a proposta do Ministério da Justiça e Segurança Pública que publicou a Portaria nº 263, com o objetivo de avaliar a redução da tributação de cigarros fabricados no Brasil, com a justificativa de controle do contrabando. No entanto, ao fazer essa proposta, que beneficia o setor industrial produtor de tabaco, transfere um tema que é de saúde pública para a esfera da segurança. Desconsiderando as implicações de agravos à saúde da sociedade brasileira (BRAVO; PELAEZ, 2020). Essas premissas nos revelam similaridades com as propostas presentes no governo Temer, tal como na proposta de planos de saúde acessíveis, pois possuem a similaridade de beneficiar somente o setor privado.

Estamos em um período de aprofundamento das contrarreformas, e estas acarretam em consequências diversas, inclusive na manutenção contínua da economia, em que as transferências de valor são pautadas pela punção do fundo público realizada por meio de articulação entre as burguesias nacionais e internacionais. De outro modo, temos a efetivação desse processo através da retirada de direitos por meio das disputas orçamentárias, em que é materializado para aumentar a utilização do fundo público para o pagamento da dívida pública e financiamento de projetos capitalistas, por exemplo. Os recursos do fundo público não são direcionados de forma exclusiva para as políticas públicas, e passam a não permanecer no Brasil. Dessa maneira, os investimentos nacionais são destinados para outros países, e assim garante-se a possibilidade do setor privado atuar nas políticas públicas como a da saúde, que se tornam mercadorias. Por meio do repasse da gestão dos serviços para o setor privado, terceirização de contratos de trabalho, do poder das indústrias farmacêuticas, dentre outras maneiras (SILVA, RUIZ, 2020).

Para melhor exemplificar, a mercantilização da política de saúde, podemos mencionar uma das formas como o poder das indústrias farmacêuticas consegue fazer isso, tendo como base uma matéria publicada na *Veja Saúde*. Em síntese, a partir do ano de 2020, o mundo precisou lidar com a pandemia da Covid-19. Em sequência, em abril de 2021, ocorreu o desabastecimento de remédios nas UTIs no Brasil, ou seja, houve uma escassez de medicamentos críticos para enfrentar o aumento de internações por conta dessa doença. Em consequência disso, foi necessário que o governo federal fizesse uma requisição administrativa de milhares de doses de remédios fabricados em nosso país. Assim, a partir dessa crise, ficou evidenciada a facilidade que a indústria farmacêutica tem de lucrar de forma abusiva com as necessidades das pessoas.

Na matéria é exposto que foi realizado um levantamento por parte da Prefeitura de Porto Alegre, e foi constatado que alguns medicamentos obtiveram um aumento superior a 400%. Dessa maneira, por meio de um relatório do Sindicato dos Hospitais, Clínicas, Laboratórios e demais Estabelecimentos de Saúde (SindHosp), foi verificado que 79% dos gestores identificaram aumento no valor dos remédios durante a pandemia. Sendo esse um dos principais motivos para o desabastecimento. Diante do explorado, temos um exemplo nítido de mercantilização da saúde, em um contexto de pandemia, com altos índices de mortes e internações.

Com base nessa perspectiva, é importante abordarmos alguns aspectos vinculados à pandemia do covid-19, a crise sanitária e a gestão da política de saúde durante esse período. Pois isso, interfere na realidade atual vivida pela população brasileira, bem como nas condições de trabalho das (os) assistentes sociais. Desse modo, a pandemia causa consequências econômicas, políticas e sociais, de forma que se configura como a maior crise sanitária da humanidade, com elevados quantitativos de morte. No entanto, o presidente Bolsonaro questiona tanto a gravidade quanto o alto número de casos e óbitos registrados. De acordo com Correia et al. (2021), uma das características relevantes desse governo é a inexistência de intervenção nacional consolidada, que orienta os estados e municípios, o que ele proporciona é a fragmentação de decisões por partes dos governos municipais e estaduais.

Durante o ano de 2020, o governo disponibilizou R\$1,216 trilhão de reais para o sistema financeiro, alegando que era para enfrentar os efeitos negativos da pandemia, com o intuito de manter a continuidade das suas operações. Todavia, dos recursos destinados ao Ministério da Saúde para o enfrentamento da pandemia, somente 30% haviam sido de fato gastos até o final do mês de julho de 2020. Contudo, em se tratando do setor privado de saúde, o governo tem

sido eficiente para garantir o fortalecimento e estabilidade. A ANS beneficia planos de saúde e por vezes instituiu medidas de flexibilização das normas que regulamentam os planos e seguros privados de assistência à saúde, além disso, disponibilizou recursos, que poderiam ter sido direcionados para o SUS (CORREIA et al., 2021).

Em síntese, as medidas adotadas pelo governo, dificultam o enfrentamento da pandemia. Teve repasse de gestão de hospitais de campanha para modelos privatizantes com a contratualização de OS (com problemas inclusive de desvio de dinheiro público), troca de ministros da saúde, inexistência de articulação política em nível federal, compra tardia de vacinas, somados a discursos negacionistas que ampliaram as problemáticas que vinham sendo enfrentadas.

Em paralelo a esse conjunto de ações, temos a resistência de diferentes segmentos da sociedade, movimentos sociais e pesquisadores, que defendem os princípios da Reforma Sanitária brasileira. Houve nesse período a formação da Frente pela Vida, formada por diversas entidades da saúde coletiva²⁴, que realizaram junto com mais de 600 entidades a Marcha pela Vida (virtualmente) e elaboraram o Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19.

Dentre os trabalhadores da saúde que foram e são convocados para agir no enfrentamento da pandemia, temos os assistentes sociais. Esses, por sua vez, segundo Correia et al.(2021) com base nos dados fornecidos pelo Conselho Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) tiveram um aumento no ritmo de contratação dos profissionais de Serviço Social no período de dezembro de 2019 e julho de 2020, relacionados ao período de pandemia em que houve expansão de serviços de emergência, internamento e Unidades de Terapia Intensiva(UTI).

No entanto, a maioria desse crescimento dos serviços de saúde ocorre por meio da terceirização da gestão em saúde, que representa por consequência contratos precários, inseguros e temporários de trabalho, somados a baixas remunerações. Isso demonstra a precarização e o aprofundamento da privatização da política pública. Em que temos o aprofundamento da plantonização da organização do trabalho profissional, como exemplo de uma estratégia que intensificou a precarização das condições de trabalho, e de riscos e agravos à saúde, coloca em risco tanto a saúde de profissionais como a qualidade dos serviços ofertados.

Por isso, quando direcionamos o estudo dessas temáticas, com o objetivo de identificar como os projetos políticos de saúde em disputa impactam na atuação do profissional de Serviço

²⁴ Formada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), quatorze entidades científicas da saúde e bioética.

Social, podemos verificar que em contrapartida o Projeto ético-político do Serviço Social e o Projeto da Reforma Sanitária Brasileira de 1980 possuem um direcionamento emancipatório dos sujeitos sociais. Assim, identificam-se mecanismos de defesa em relação à manutenção do sistema capitalista, da supremacia do lucro e assim da saúde privatista.

Com isso, desde 1990 o Serviço Social lida com exigências de dois projetos políticos que disputam na área da saúde que é o democratizante que vai de encontro com o Projeto Ético-político do Serviço Social, e o neoliberal/privatista que se relaciona ao neoliberalismo e a lógica anteriormente dominante da saúde. De modo que o projeto privatista apresenta como demanda à (ao) assistente social, práticas que estão relacionadas à atuação do Serviço Social Tradicional. Como por exemplo: a ação fiscalizatória aos (às) usuários (as) dos planos de saúde, seleção socioeconômica dos (as) usuários (as), atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais (BRAVO; MATOS, 2004).

É justamente esse perfil tecnicista, conservador e voluntarista, que é requerido nesse contexto de contradições da política de saúde do governo Bolsonaro, principalmente nesse contexto pandêmico. Exemplos disso são as demandas não acordantes com as atribuições profissionais que as (os) assistentes sociais precisaram lidar durante a pandemia, como a demanda de repassadora de informação clínica e de comunicação de óbito. Desse modo, após o documento elaborado pelo Ministério da Saúde, “Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus covid-19”, que recomendava a realização da comunicação de óbito pelo Serviço Social tornou possível que todas as atividades relacionadas à informação e/ou comunicação com as famílias/responsáveis de usuários (as) em tratamento da covid-19, fossem requeridas aos assistentes sociais (CORREIA et al.,2021).

A precarização expressa através da plantonização e dos contratos trabalhistas, manifesta-se também por meio das dificuldades de acesso aos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), por exemplo. Houve pouca disponibilidade de EPI 's nos diferentes serviços. Além disso, há uma predominância de implementação de uma racionalização extrema que negava o uso de EPI para os profissionais que não estivessem em contato direto com os pacientes com covid-19, isso ocorreu principalmente durante a fase inicial de enfrentamento da pandemia (CORREIA et al.,2021).

Diante das condições expostas, deve-se destacar a importância da articulação²⁵ dos profissionais de Serviço Social, com o conjunto CFESS/CRESS, por meio dos quais foi possível denunciar violações de direitos e questionar a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que culminou na ratificação da necessidade de utilização do EPI pelas(os) assistentes sociais, resultando no Parecer Jurídico do CFESS nº 05/2020. Bem como, foi emitido através do CFESS/CRESS a Orientação Normativa nº 03/2020, em que salienta que a comunicação de óbito e transferência de informações clínicas não são atribuições de assistentes sociais.

A comunicação de óbito deve ser realizada por profissionais qualificados que tenham conhecimentos específicos da causa mortis dos/as usuários/as dos serviços de saúde, cabendo um trabalho em equipe (médico, enfermeiro/a, psicólogo/a e/ou outros profissionais), atendendo à família e/ou responsáveis, sendo o/a assistente social responsável por informar a respeito dos benefícios e direitos referentes à situação, previstos no aparato normativo e legal vigente, tais como, os relacionados à previdência social, aos seguros sociais e outros que a situação requeira, bem como informações e encaminhamentos necessários, em articulação com a rede de serviços sobre sepultamento, traslado e demais providências concernentes.[...] Ao/À assistente social não cabe informar ao/à paciente e/ou seus familiares sobre as condições clínicas de saúde, tratamentos propostos, evolução da doença e prognósticos, direitos estes que devem ser garantidos e assumidos por profissionais que tenham competência para tal. (CFESS, 2020, p.2)

Essa articulação entre os profissionais e entidades é fundamental para encontrar formas de responder e enfrentar demandas que são impostas ao Serviço Social, de forma que busque assegurar o exercício profissional congruente com o Projeto ético-político da profissão e com suas competências e atribuições. No campo da saúde, portanto, está relacionado também com a defesa do projeto de reforma sanitária brasileira.

Ao passo em que o projeto da reforma sanitária apresenta como demandas segundo Bravo e Matos (2004): a busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, acesso democrático às informações, interdisciplinaridade, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, ênfase nas abordagens grupais,

²⁵ [...] foi por meio da articulação coletiva no interior das equipes, da articulação com outros profissionais de saúde dentro dos serviços, da articulação externa aos serviços — com outras equipes de assistentes sociais, criação de grupos de whatsapp de assistentes sociais, articulação com o conjunto CFESS/Cress, com o Ministério Público, com movimentos sociais, com as universidades — que se tornou possível ampliar discussões e qualificar a fundamentação dos tensionamentos necessários, reafirmando-se a demarcação do campo de atribuições do Serviço Social e sua contribuição ao enfrentamento da pandemia no âmbito da política de saúde (CORREIA et al., 2021, p.128).

e estímulo à participação cidadã. Essas propostas vão de encontro ao projeto ético-político profissional e os princípios do código de Ética da Profissão, por exemplo.

Diante do exposto neste capítulo, podemos identificar que uma das problemáticas enfrentadas pelas (os) assistentes sociais em sua atuação na área da saúde é a necessidade de lidar com demandas contrárias, em meio a disputas de projetos políticos de saúde, e, principalmente, com medidas neoliberais que são justamente as responsáveis por manter e contribuir com o projeto político de privatização da saúde. Assim, fragmenta até mesmo os sujeitos políticos coletivos que defendem a reforma sanitária, já que alguns realizam consensos e seguem a perspectiva neodesenvolvimentista.

Além disso, outro desafio para as (os) assistentes sociais é o enfrentamento do distanciamento entre formação e trabalho. Mediante as contradições e conflitos existentes que demandam uma análise da realidade e a procura de soluções coerentes com os projetos societários defendidos pela categoria profissional. E assim, com o Projeto Ético-político Profissional do Serviço Social, relacionado a intervir na realidade social visando à construção de uma sociedade mais justa, sem exploração, igualitária, entre outros princípios comprometidos com a luta da classe trabalhadora. De modo que atenda às necessidades de saúde e não a do capital (BETORLINO; BISPO; CÔRREA; LIMA; SARRETA, 2019).

Ao avaliar os elementos aqui pontuados acerca da atuação profissional da (o) assistente social na saúde durante a pandemia, temos um exemplo de como os projetos de saúde em disputa e as contrarreformas do estado interferem na atuação profissional, e o quanto é essencial uma atuação comprometida com os princípios do Projeto ético-político do Serviço Social e da Reforma Sanitária, para que o Serviço Social não adote um perfil tecnicista, conservador e voluntarista. Pois, ao negar a demanda de repassador de informação clínica e de comunicação de óbito, e também esse tipo de perfil, os assistentes sociais contribuem com a capacidade propositiva e estratégica coerente com suas atribuições e competências²⁶.

²⁶ “[...] participar do planejamento de fluxos de informação nos serviços de saúde; com a defesa de direitos, inclusive o direito à informação e sua democratização; propor protocolos de atendimento qualificados no interior dos serviços, inclusive com minuciosos processos de identificação dos(as) usuários(as) e sua realidade social, dando visibilidade às expressões da questão social na saúde; criar fluxos de articulação com a rede de saúde nos diversos territórios, particularmente entre os diversos níveis de atenção (primária, secundária e terciária); realizar articulação com os diversos serviços socioassistenciais a fim de defender a garantia de direitos dos(as) usuários(as) e a intersectorialidade das políticas no contexto da pandemia; elaborar materiais educativos e de informação em saúde e sobre direitos; realizar ações socioeducativas e de orientação sobre direitos e benefícios, entre eles o auxílio emergencial;16 realizar ações socioeducativas que desvelam o discurso negacionista sobre a pandemia junto aos(às) usuários(as) e familiares; articular observatórios de defesa de direitos, junto com o Ministério Público e movimentos sociais; participar ativamente do movimento sanitário ou vincular-se a ele, acompanhando as pautas do movimento na defesa da garantia da vida de todos(as) — pessoa idosa, crianças/adolescentes, pessoas com deficiência, população em situação de rua, população negra, mulheres, homens, LGBTQIA+ etc.; elaborar documentos norteadores da defesa de direitos” (CORREIA et. al, p. 129-130, 2021).

Em meio a condições de trabalho precárias e, muitas vezes, como trabalhador(a) precarizado(a), com vínculos temporários, assistentes sociais em todo o país tiveram que lidar, inclusive, com demandas não condizentes com suas atribuições profissionais. Todavia, contraditoriamente, exercitaram sua relativa autonomia profissional com capacidade propositiva, a partir dos fundamentos do projeto ético-político profissional, na resistência em defesa da vida e dos direitos de todos(as). (CORREIA et al., 2021, p.119)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apresentou apontamentos para o debate contemporâneo sobre a Reforma Sanitária e o Projeto Ético-Político do Serviço Social no âmbito da saúde. Nesse sentido, o objetivo é identificar de que modo os princípios da Reforma Sanitária de 1980 se relacionam com o Projeto Ético-político do Serviço Social, sobretudo, na práxis profissional das (os) assistentes sociais na área da saúde. Para tanto, inicialmente, realizou-se uma discussão sobre a Proposta de Reforma Sanitária de 1980 e o Projeto Ético-político do Serviço Social. Em seguida apresentou-se a trajetória sócio-histórica do Projeto ético-político do Serviço Social, o contexto de contrarreformas do Estado e as disputas dos projetos de saúde, assinalando-se os processos contraditórios.

Durante o decorrer desse trabalho, foi possível constatar a existência de uma correlação entre os princípios do projeto da reforma sanitária de 1980 e os princípios do Projeto Ético-político do Serviço Social. Nesse âmbito, ambos possuem como principais pontos em comum, a defesa dos direitos inalienáveis do homem, a defesa do público, do Estado Laico e democrático. Dessa forma, são projetos que estão articulados pela similaridade não só nesses aspectos, como também pela busca da construção de uma sociedade mais justa, igualitária, sem exploração e dominação. Apresentam, portanto, caráter político-emancipatório, que possui como perspectiva a transformação social, o projeto civilizatório e a luta de caráter democrático popular. Assemelhando-se na concepção nítida de mundo e do homem, com vinculação a um projeto societário não capitalista.

A partir da ciência de que a (o) profissional de Serviço Social deve atuar fundamentado por seu projeto ético-político profissional, e que este está articulado ao projeto de reforma sanitária, não é possível para a (o) assistente social executar suas atribuições e competências profissionais de maneira eficiente se não atuar de forma congruente com esses projetos.

Entretanto, para atuar de forma congruente a esses princípios é necessário enfrentar diversos obstáculos que possuem sua gênese no capitalismo, e que se intensificam através de projetos políticos de saúde privatista/neoliberal e pelas contrarreformas do Estado.

Dessa maneira, é necessário que a (o) assistente social operacionalize as dimensões teórico-metodológicas, ético-política e técnico-operativa de modo que possibilite criar estratégias de enfrentamento das expressões da questão social. Tudo isso inserido no contexto de disputa entre projetos de saúde (projeto da reforma sanitária, projeto da reforma sanitária flexibilizada, projeto privatista) e de contrarreformas do Estado.

Em relação a esse aspecto, com base em toda leitura realizada para elaboração deste trabalho e por meio de algumas reflexões motivadas por elas, principalmente as que dizem respeito a participação popular na política de saúde na favela de São Paulo, bem como das contribuições realizadas através de consultoria pública quanto aos planos de saúde acessíveis, acreditamos que a participação popular e a articulação entre profissionais e entidades devem ser pontos estratégicos/centrais de sua ação profissional. Logo, é por meio deles que podemos fortalecer a política de saúde, subsidiar ações, proporcionar discussões e debates importantes. É provável que, por isso, o governo Bolsonaro tentou minimizar a participação social, com a extinção de diversos conselhos e colegiados.

Conclui-se que os princípios da Reforma Sanitária da década de 1980 se relacionam com o Projeto Ético-político do Serviço Social, na práxis profissional das (os) assistentes sociais na área da saúde e que no contexto de contrarreformas há necessidade de uma defesa intransigente pela operacionalização das dimensões essenciais do Serviço Social.

REFERÊNCIAS

- ABRAMIDES, Maria Beatriz Costa. 80 anos de Serviço Social no Brasil: a organização política e direção social da profissão no processo de ruptura com o conservadorismo, *Revista Serviço Social & Sociedade*, Sep-Dec 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.080>. Acesso em: 28 de novembro de 2022.
- ALVES, Pâmela Karoline Lins; OLIVEIRA, Leticia Assis Martins. O sistema da dívida pública e seus impactos na política de saúde brasileira. **in: Anais do 7º Seminário Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde**. out de 2017.
- ARAÚJO, Wécio Pinheiro. **A dialética da razão moderna: práxis e serviço social**. 2012. 219 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012. Disponível em: <<https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/7210>>. Acesso em: 27 de julho de 2021.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **Carta Aberta | Os perigos do “Open Health”**. ABRASCO [online]. Brasília, 20 set 2022. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/carta-aberta-os-perigos-do-open-health/68440/>. Acesso em: 21 de outubro de 2022.
- ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES E DEMAIS TRABALHADORES DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Inconstitucionalidade e violação de dados pessoais sensíveis: sua vida no balcão de negócios**. ASSETANS, abr 2022. Disponível em: https://www.assetans.org.br/social/wp-content/uploads/2022/04/Open-health_dados-sensiveis-no-balcao-de-negocios.pdf. Acesso em: 23 de julho de 2022.
- BETORLINO, Taciana Lopes; BISPO, Gabriela Cristina Braga; CORRÊA, Maíra Pereira de Oliveira; LIMA, Edilaine Dias; SARRETA, Fernanda de Oliveira. **O serviço social na saúde e os desafios da integração formação e trabalho em saúde**. In: Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, publicado em 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/index.php/abepss/article/view/27704>>. Acesso em: 14 de junho de 2021.
- BOCCATO, Vera Regina Casari. Metodologia da pesquisa bibliográfica na área odontológica e o artigo científico como forma de comunicação. **Revista de Odontologia da Universidade da Cidade de São Paulo**. São Paulo, p. 265- 274, set/dez. 2006. Disponível em: <http://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_odontologia/pdf/setembro_dezembro_2006/metodologia_pesquisa_bibliografica.pdf>. Acesso em: 19 de julho de 2021.
- BORBA, Julian. Políticas de saúde e democracia: estratégias, impasses e contradições do movimento sanitário brasileiro, **Revista Katalysis**, n.3, p. 19 - 27, jan. 1998. Disponível em.: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/5644/5093>>. Acesso em: 14 de junho de 2021.
- BRASIL, CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO – CGU. Orçamento Anual, 2022. Disponível em: <https://www.portaltransparencia.gov.br/orçamento>. Acesso em: 10 de setembro de 2022.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**, Seção II – Da Saúde, art.196. Disponível em:
https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf
 Acesso em: 19 de agosto de 2021.

BRASIL, **LEI Nº 9.656, DE 03 DE JUNHO DE 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656compilado.htm. Acesso em: 24 de julho de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma**. BRASÍLIA, DF, 2019. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma#:~:text=A%208%C2%AA%20Confer%C3%Aancia%20Nacional%20de,%20e%20O%20financiamento%20setorial>'. Acesso em: 14 de junho de 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 930, de 15 de maio de 2019**. Institui o Programa "Saúde na Hora", que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família. Diário Oficial da União. Brasília. 17 de maio de 2019. p. 122.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Posicionamento da ANS sobre sanção do PL 2033**. Brasília, 21 set 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/periodo-eleitoral/posicionamento-da-ans-sobre-sancao-do-pl-2033>. Acesso em: 21 de outubro de 2022.

BRASIL, Ministério Público do Estado do Ceará. **Saúde Complementar ou suplementar?**. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/caosaude/saude-suplementar/#:~:text=A%20sa%C3%BAde%20suplementar%20%C3%A9%20o,lei%20federal%20n%C2%BA%209.656%2F1998>. Acesso: 23 de julho de 2022.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Mauricio Castro de. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária**: elementos para o debate. 2004. Disponível em.: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-3.pdf>. Acesso em: 14 de junho de 2021.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger. **A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências**. SER Social ESTADO, DEMOCRACIA E SAÚDE. Brasília, v. 22, n. 46, janeiro a junho de 2020.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Orientação Normativa n. 3/2020, de 31 de março de 2020**. Dispõe sobre ações de comunicação de boletins de saúde e óbitos por assistentes sociais. Disponível em:
<http://www.cfess.org.br/arquivos/OrientacaoNormat32020.pdf>. Acesso em: 19 de agosto de 2021.

CARDOSO, Marisaura dos Santos; PEREIRA, Carla Alexandra. Reflexões sobre ética, cotidiano e práxis profissional da/o assistente social. **Revista Serviço Social em Perspectiva**. Montes Claros, v.2, n.1, p. 22-38, jan/jun. 2018. Disponível em:

<<https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/sesoperspectiva/article/view/357/389>>. Acesso em: 27 de julho de 2021.

CEBRAP. Pesquisa do Cebrap sobre desmonte nos Comitês e Conselhos Nacionais é destaque do Jornal Nacional. CEBRAP, São Paulo, 26 out 2021. Disponível em: <https://cebrap.org.br/pesquisa-do-cebrap-sobre-desmonte-nos-comites-e-conselhos-nacionais-e-destaque-do-jornal-nacional/>. Acesso em: 08 de outubro de 2022.

CORREA, M. V. C; SANTOS, V. M dos; SOARES, R.C. **Serviço Social na política de saúde no enfrentamento da pandemia da covid-19.** Serviço Social e Sociedade. São Paulo, n.140, p. 118-133. 2021.

COSTA, Renata Gomes da; MADEIRA, Maria Zelma de Araújo. Trabalho, práxis e Serviço Social. **Revista Katalysis.** Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 101-110, jan./jun. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/Q4rkMqtvqLdTKNZVMRryLkc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 de julho de 2021.

CUNHA, Carmen Lucia Nunes da. (2010). **Serviço Social na Saúde: os desafios para a garantia do acesso aos direitos sociais dos usuários.** Revista Da Graduação, 3(2). Porto Alegre, 2010. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/graduacao/article/view/7910>. Acesso em: 11 de janeiro de 2021.

FRANÇA JUNIOR, Ivan; SILVA, Hugo, Fanton da Silva. A combinação de projetos políticos distintos na atenção básica à saúde: impactos político-sociais e a desconstrução do SUS. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 25 [2]: 423-442, 2015.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar Projetos de Pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 23 ed. São Paulo: Cortez, 2012

INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. **Idec avalia como positivo projeto aprovado pela Câmara sobre rol da ANS.** ideo, 04 ag 2022. Disponível em: <https://idec.org.br/noticia/idec-avalia-como-positivo-projeto-aprovado-pela-camara-sobre-rol-da-ans-2#:~:text=Em%208%20de%20junho%2C%20o,negados%20pelos%20planos%20de%20sa%C3%BAde>. Acesso em: 22 de outubro de 2022.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica.** 5. Ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LIPORACE, Tereza; NAVARRETE, Ana Carolina. **Desabastecimento de remédios na UTIs: o abuso por trás da crise.** vejaSAUDE [online]. 13 abr 2021. Medicina. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/coluna/com-a-palavra/desabastecimento-de-remedios-nas-utis-o-abuso-por-tras-da-crise/>. Acesso em: 02 de setembro de 2021.

MACIEL, Sergiane Maia. REFORMA (CONTRAREFORMA) DO ESTADO: reflexos na política de saúde. in: **Anais da VIII Jornada Internacional Políticas Públicas.** Cidade

Universitária da UFMA São Luís/ Maranhã, 2017. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/anais-joinpp-2017.html>. Acesso em: 01 de novembro de 2022.

MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço social, ética e saúde: Reflexões para o exercício profissional**. 2 ed. São Paulo: Cortez Editora, 2017.

MELO, Eduardo Alves. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde em debate*. Rio de Janeiro, v. 42, p. 38-51, 2018.

MOTA, Ana Elizabete. **Crise contemporânea e as transformações na produção capitalista**. Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais- Brasília: CFESS/ABEPSSS, 2009, p. 1-17. disponível em: http://www.poteresocial.com.br/livro_para_download-servico-social-direitos-e-competencias-profissionais/> . Acesso em: 21 de outubro de 2022.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, v. 2012, 2011.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia política: uma introdução crítica**. São Paulo: Cortez Biblioteca básica de Serviço Social; v1. 8.ed, 2012.

OLIVEIRA, Juliene Aglio de; SQUIZZATTO, Ediléia Paula dos Santos. A direção do Projeto Ético-Político do Serviço Social na práxis do assistente social na atenção básica em saúde. **Seminário Integrado das Faculdades Integradas Antônio Eufrásio de Toledo**. ISSN 1983-0602, Presidente Prudente, v.7, n.7, 2013. Disponível em: <http://intertemas.toledoprudente.edu.br/index.php/SemIntegrado/article/view/4606/4372>. Acesso em: 27 de julho de 2021.

PANIAGO, Maria Cristina Soares. A crise estrutural do capital, os trabalhadores e o serviço social. **Anais do XIX Seminário Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social**. El Trabajo social em la coyuntura latino-americana: desafios para su formación, articulación y acción profesional. Universidad Católica Santiago de Guayaquil. 4-8 octubre, 2009.

JORNAL NACIONAL (Brasil). PESQUISA mostra que 75% dos conselhos e comitês nacionais foram extintos ou esvaziados no governo Bolsonaro. *Jornal Nacional g1 [online]*. 10 out. 2021. Economia. Disponível em: <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2021/10/25/pesquisa-mostra-que-75percent-dos-conselhos-e-comites-nacionais-foram-extintos-ou-esvaziados-no-governo-bolsonaro.ghtml>. Acesso em: 08 de outubro de 2022.

SADER, E. **Notas sobre a globalização neoliberal**. In: MATTA, GC., and LIMA, JCF. Rgs. Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, p. 35-47. ISBN: 978-85-7541-505-4. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/v4fx5/epub/matta9788575415054.epub>. Acesso em: 10 de outubro de 2022.

SANTOS, Flávio Reis. Max Weber e a racionalidade burocrática. **Revista Espaço Acadêmico**. ISSN 1519-6186, Maringá-PR, n.169, p.105-117, Jun 2015. Disponível em:

<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EpacoAcademico/article/download/27012/14/702/>. Acesso em: 01 de agosto de 2022.

SILVA, Alessandra Ximenes da. **A Reforma Sanitária brasileira na contemporaneidade: resistência ou consenso**. Estado e política social: saúde, v. 17, n.2, p. 159- 166, Dez, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/36188/28084>. Acesso em: 14 de junho de 2021.

SILVA, Welison Matheus Fontes da; RUIZ, Jefferson Lee de Souza. A centralidade do SUS na pandemia do coronavírus e as disputas com o projeto neoliberal. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30(3), e300302, 2020.

SOUTO, Lúcia Regina Florentino; TRAVASSOS, Claudia. **Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19: construindo uma autoridade sanitária democrática**. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 44, p. 587-592, 2020.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. **O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças**. Saude soc. [online]. 2010, vol.19, n.3, pp509-517. ISSN 0104-1290. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000300004>. Acesso em: 11 de janeiro de 2021.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TABELA COM OS DADOS DAS REFERÊNCIAS UTILIZADAS

TIPO DE DOCUMENTO	FONTE/QUANTIDADE
ANAIS	Anais do 7º Seminário Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (01) Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (01) Anais da VIII Jornada Internacional Políticas Públicas (01) Anais do XIX Seminário Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social (01) Seminário Integrado das Faculdades Integradas Antônio Eufrásio de Toledo (01) Seminário Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS (01)
ARTIGOS	CFESS/ABEPSS (01) Revista da Graduação (01) Revista Espaço Acadêmico (01) Revista Katalysis (03) Revista de Odontologia da Universidade da Cidade de São Paulo (01) Revista Saúde em Debate (02) Revista Saúde e Sociedade (01) Revista SER Social (01) Revista Serviço Social em Perspectiva (01) Revista Serviço Social e Sociedade (01) Physis Revista de Saúde Coletiva (01)
CARTA ABERTA	ABRASCO (01)
DISSERTAÇÕES	Repositório da UFPB (01)
LIVROS	Atlas (02) Cortez (03) Expressão Popular (01)
LEIS	Constituição da República Federativa do Brasil
MANIFESTO	ASSETANS (01)
MATÉRIA	Portal IDEC (01) Portal g1 (02) Portal Gov.br (02) Portal Ministério da Saúde (01) Ministério Público do Estado do Ceará (01)
ORIENTAÇÕES NORMATIVAS	CFESS (01)
PORTARIAS	Diário Oficial da União (01)