



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO (UFPE)
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS (CCSA)
PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

ÉRICA PEREIRA DE LIMA

**OS MODELOS DE GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E AS
INFLEXÕES NAS CONDIÇÕES DE TRABALHO DO (A) ASSISTENTE SOCIAL:**
tendências a partir da produção da área do Serviço Social (2014-2024)

RECIFE
2025

ÉRICA PEREIRA DE LIMA

**OS MODELOS DE GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E AS
INFLEXÕES NAS CONDIÇÕES DE TRABALHO DO (A) ASSISTENTE SOCIAL:**
tendências a partir da produção da área do Serviço Social (2014-2024)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, em cumprimento às exigências para obtenção do grau de Mestra em Serviço Social.

Área de concentração: Serviço Social, Movimentos Sociais e Direitos Sociais.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Maria Alexandra da Silva Monteiro Mustafá.

RECIFE

2025

.Catalogação de Publicação na Fonte. UFPE - Biblioteca Central

Lima, Érica Pereira de.

Os modelos de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e as inflexões nas condições de trabalho do (a) assistente social: tendências a partir da produção da área do Serviço Social (2014-2024) / Érica Pereira de Lima. - Recife, 2025.
133f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2025.

Orientação: Maria Alexandra da Silva Monteiro Mustafá.
Inclui referências.

1. Serviço Social; 2. Modelos de Gestão; 3. Precarização; 4. Neoliberalismo; 5. Política de Saúde; 6. Assistente Social. I. Mustafá, Maria Alexandra da Silva Monteiro. II. Título.

UFPE-Biblioteca Central

ÉRICA PEREIRA DE LIMA

**OS MODELOS DE GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE(SUS) E AS
INFLEXÕES NAS CONDIÇÕES DE TRABALHO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL:
tendências a partir da produção da área do Serviço Social(2014-2024)**

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

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria
Alexandra da Silva Monteiro Mustafá.

Aprovada em: 29/07/2025

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maria Alexandra da Silva Monteiro Mustafá
Presidente/Orientadora-PPGSS/UFPE

Prof^a. Dr^a Ana Cristina de Souza Vieira
Examinadora Interna-PPGSS/UFPE

Prof^a.Dr^a. Marina Guimarães Gondim Cardoso de Oliveira
Examinadora Externa-PPGSS/UFPE

Prof^a Dr^a Salyanna de Souza Silva
Examinadora Externa-PPGS/UFES

RECIFE
2025

Ao meu primo, Everton (in memoriam)
pela alegria e fé na vida.

AGRADECIMENTOS

São tantas pessoas que passaram e permanecem deixando marcas indeléveis na minha vida que fica difícil enumerar. A todos meu respeito e carinho.

Primeiramente, agradeço às forças do universo pela maturidade pessoal e enriquecimento intelectual ao longo desses anos na universidade.

Agradeço aos meus familiares por serem referência e acolhida nos momentos mais difíceis.

Agradeço à minha mãe, Gerusa, por tudo que tem feito por mim e pela pessoa que sou hoje. Muito obrigada pelo amor, apoio incondicional, conforto, carinho, dedicação, por ser referência, exemplo de força, fé, positividade e determinação, por ser tudo na minha vida.

Agradeço ao meu primo Everton (in memoriam) por ser exemplo de alegria, fé na vida e nas pessoas. Agradeço a minha avó Maria de Lourdes (in memoriam) por representar para mim, exemplo de simplicidade diante da vida.

Agradeço às minhas amigas e companheiras, Danubia, Ingrid e Cíntia, pessoas especiais que guardarei no meu coração, que me proporcionaram o prazer de compartilharmos nossa rotina tão singular de trabalho, experiências, aprendizado, vida.

Agradeço às minhas e aos meus queridos(as) colegas e amigas(os) da turma de mestrado, pelo aprendizado, solidariedade e trocas genuínas.

Agradeço à banca de qualificação, pelo carinho e educação com que me recebeu, as professoras, Dr^a Ana Cristina de Souza Vieira, Dr^a Salyanna de Souza Silva e a Dr^a Marina Guimarães Gondim Cardoso de Oliveira, pelas orientações e ponderações em relação às nossas escolhas com relação ao nosso trabalho. Agradeço às professoras, Dr^a Ana Cristina Brito Arcoverde e a Dr^a Gisele Caroline Ribeiro Anselmo por terem aceitado o convite para participar da minha defesa de mestrado.

Agradeço ao professor, Dr^o Walteir Silva, figura ilustre, pelos ensinamentos, respeito e por acreditar em mim.

Agradeço à Miriam Maia que sempre acompanhou minha trajetória, acreditou em mim, procurando me apoiar, me aconselhar e estar à frente em tudo que eu precisasse. Minha eterna gratidão e carinho.

Agradeço aos amigos e amigas com os quais tive o prazer de compartilhar tantos momentos importantes, pelo carinho, acolhida e respeito. Obrigada a todos(as) por tudo.

Agradeço à minha orientadora, a professora, Dr^a Maria Alexandra da Silva Monteiro Mustafá, pela relação respeitosa, pela simplicidade e pelas grandes contribuições para minha dissertação. Obrigada pela orientação ímpar, primordial para estruturarmos nossas ideias e nos organizarmos.

Agradeço ao departamento de Serviço Social da Pós-Graduação da UFPE por toda história, ensinamentos e acolhida.

Agradeço aos meus bichinhos, por todo amor incondicional.

A todos (as) que estiveram presentes nessa etapa tão importante da minha vida, meus mais sinceros, muito obrigada!

*“E aprendi que se depende sempre
De tanta, muita, diferente gente
Toda pessoa sempre é as marcas
Das lições diárias de outras tantas pessoas.”*
(Gonzaguinha, Caminhos do Coração)

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo identificar as tendências e direcionamentos do Serviço Social ao debate sobre as condições de trabalho dos (as) assistentes sociais inseridos nos espaços geridos pelos modelos de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), com destaque para as Organizações Sociais da Saúde (OSS) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Foi realizado um levantamento de teses e dissertações disponíveis no banco de dados do Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES, além das produções do Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), referentes ao tema, no período de 2014 a 2024. Tal período adotado contempla o estudo, ao abordar os últimos dez anos de produção da categoria profissional, estabelecendo uma relação com o cenário marcado pela crise pandêmica, a partir de 2020. O estudo foi desenvolvido através de pesquisa bibliográfica de natureza qualitativa, com procedimentos de análise de conteúdo. A perspectiva teórico-metodológica que orienta esse trabalho está referenciada no campo da teoria social crítica vinculada à tradição marxista. Para isso, realizamos uma discussão sobre a categoria trabalho, além de elementos teóricos que explicam a natureza das condições de trabalho no capitalismo, elementos que explicitam em que se dão tais condições de trabalho. Além disso, abordamos as mudanças provocadas sob a égide neoliberal e seus rebatimentos na gestão e controle da força de trabalho, com destaque para a pandemia. A pesquisa constata que o debate na área de Serviço Social sobre as condições de trabalho de assistentes sociais, inseridos nos espaços da saúde, que estão submetidos à lógica do público e privado, apesar de estar alinhado predominantemente a uma perspectiva crítica, ainda é insuficiente, mesmo quando nos referimos ao aprofundamento da contrarreforma do Estado, agravado na pandemia e no contexto de ampliação dos modelos de gestão do SUS. O quantitativo encontrado de produções foi parco em todos os bancos de dados e sinaliza a carência de trabalhos que abordam a discussão, a partir dos (as) assistentes sociais e suas reverberações para as condições de trabalho.

Palavras-chaves: Serviço Social; neoliberalismo; política de Saúde; modelos de Gestão; precarização; Assistente Social.

ABSTRACT

The present work aimed to identify the trends and directions of Social Work in the debate about the working conditions of social workers inserted in spaces managed by the management models of the Unified Health System (SUS), with a focus on the Social Health Organizations (OSS) and the Brazilian Company of Hospital Services (Ebserh). A survey of theses and dissertations available in the CAPES Thesis and Dissertations Catalog database was conducted, in addition to the productions of the Brazilian Congress of Social Workers (CBAS), related to the topic, from 2014 to 2024. The adopted period encompasses the study by addressing the last ten years of production in the professional category, establishing a relationship with the scenario marked by the pandemic crisis starting from 2020. The study was developed through qualitative bibliographic research, with content analysis procedures. The theoretical-methodological perspective that guides this work is based on the field of critical social theory linked to the Marxist tradition. To this end, we conducted a discussion on the category of labor, as well as theoretical elements that explain the nature of working conditions under capitalism, elements that clarify how such working conditions arise. In addition, we addressed the changes brought about by neoliberal governance and its repercussions on the management and control of the workforce, with a focus on the pandemic. The research shows that the debate in the field of Social Work regarding the working conditions of social workers, who are integrated into health spaces subjected to the logic of the public and private sectors, despite being predominantly aligned with a critical perspective, is still insufficient, even when referring to the counter-reform of the State, the deepening during the pandemic, and the context of the expansion of management models of the SUS. The quantitative results found in all databases were meager and indicate a lack of work addressing the discussion from the perspective of social workers and their reverberations on working conditions.

Keywords: Social Work; neoliberalism; health policy; management models; precarization; Social Worker.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Corpus de análise da pesquisa.....	99
Quadro 2- Corpus de análise.....	101
Quadro 3- Categorização inicial da pesquisa	103
Quadro 4- Categorização final da pesquisa.....	103

LISTA DE SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Escolas de Serviço Social
ABESS	Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social
BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
BM	Banco Mundial
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CBAS	Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
CEDEPSS	Centro de Documentação e Pesquisa em Política Social e Serviço Social
CELATS	Centro de Estudios Latinoamericano de Trabajo Social
CF	Constituição Federal
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
DRU	Desvinculação da Receita da União

EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda Constitucional
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESPI	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
FEDPs	Fundações Estatais de Direito Privado
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FINEP	Financiadora de Estudos e Projetos
FMI	Fundo Monetário Internacional
FNCPS	Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde
FSE	Fundo Social de Emergência
HGV	Hospital Getúlio Vargas
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IAPs	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias

LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MP	Medida Provisória
NAF	Novo Arcabouço Fiscal
OMC	Organização Mundial do Comércio
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OS	Organizações Sociais
OSCIPS	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PDRE	Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
PEP	Projeto Ético-Político
PIB	Produto Interno Bruto
PLATS	Pós-Graduação Latinoamericano de Trabajo Social
PLOA	Projeto de Lei Orçamentária
PPPs	Parcerias Público-Privadas
PUC	Pontifícia Universidade Católica

RFS	Regime Fiscal Sustentável
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIS	Síntese de Indicadores Sociais
SUS	Sistema Único de Saúde
TICs	Tecnologias de Informação e Comunicação
UFPI	Universidade Federal do Piauí
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USAID	United States Agency for International Development
VIGISAN	Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 FUNDAMENTOS ONTOLÓGICOS DO TRABALHO, CRISE ESTRUTURAL DO CAPITAL E PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO.....	29
2.1 O trabalho na perspectiva marxista.....	29
2.2 Dupla dimensão do trabalho em Marx.....	35
2.3 Neoliberalismo e desestruturação de direitos.....	41
3 CONTRARREFORMAS NEOLIBERAIS E OS “NOVOS” MODELOS DE GESTÃO DO SUS.....	52
3.1 Trajetória de construção do SUS.....	52
3.2 A relação público/privado na assistência à saúde no Brasil.....	59
3.2.1 Gerencialismo e as incidências na política de saúde.....	67
3.3. Contextualização do governo Bolsonaro e seus rebatimentos na saúde e nas condições de trabalho dos(as) assistentes sociais.....	71
4 O DEBATE SOBRE AS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS(AS) ASSISTENTES SOCIAIS INSERIDOS NOS MODELOS DE GESTÃO DO SUS.....	85
4.1 O Serviço Social e a produção de conhecimento.....	85
4.1.1. Dimensões teórica-metodológica, ética-política e técnico-operativa do Serviço Social.....	92
4.1.1.1 Dimensão teórica-metodológica.....	92
4.1.1.2. Dimensão ético-política.....	93
4.1.1.3 Dimensão técnico-operativa.....	96
4.2 Caminhos metodológicos.....	97
4.3 Resultados da pesquisa.....	105
5 CONSIDERAÇÕES CONCLUSIVAS.....	115
REFERÊNCIAS.....	120

1 INTRODUÇÃO

A presente dissertação objetiva identificar a aproximação do Serviço Social ao debate das inflexões dos modelos de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) nas condições de trabalho dos (as) assistentes sociais, a partir das produções da área, tendo como referência as dissertações e teses defendidas por assistentes sociais, identificadas por meio do Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES, além das reflexões das experiências profissionais apresentadas no Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS) nos últimos 10 anos. Este lapso temporal contempla um intenso processo marcado pela crise do capital iniciada em 2008, e a partir de 2020, intensificada em sua totalidade, pela crise econômica, política, do coronavírus e pelo contínuo processo de supressão dos direitos da classe trabalhadora. Tal período escolhido, compatível com os objetivos da referida dissertação, é marcado por um complexo cenário político-econômico, com repercussões no direito à saúde.

Tal interesse surgiu a partir da experiência profissional, enquanto assistente social da saúde, desde 2013, numa organização social que atua na gestão de serviços de saúde da rede do SUS, e nos últimos anos na linha de frente da covid-19. A experiência de trabalho, assim como a compreensão crítica da política de saúde sob a ótica do público-privado, nos permite vivenciar os desafios do exercício profissional atravessado pelas condições de trabalho, o que acaba incidindo tanto na qualidade dos serviços prestados, quanto no desempenho das atribuições profissionais, surgindo assim, a motivação para estudar o objeto ora proposto. Nossa proposta é também fruto de pesquisas, estudos sobre o modelo de gestão da saúde, em nível local, que suscitaram questionamentos acerca do compromisso deste modelo com a saúde pública, além da participação em eventos relacionados ao assunto em questão.

Ao analisarmos as produções teóricas dos últimos anos no campo do Serviço Social, fica evidenciado que o debate com relação às condições de trabalho na saúde, vinculado ao contexto de crise do capital, sob diferentes ângulos, vem sendo discutido amplamente. Percebe-se, ao longo das produções, que embora se venha discutindo sobre os efeitos nefastos da precarização das condições de

trabalho da classe trabalhadora, ainda é insuficiente o debate sobre a análise das produções da categoria profissional no período supracitado. Neste sentido, partimos dos seguintes questionamentos: as produções do Serviço Social apontam quais as inflexões dos modelos de gestão do SUS nas condições de trabalho dos (as) assistentes sociais? Como as mudanças no mundo do trabalho, em especial durante a pandemia, afetaram as condições de trabalho dos (as) assistentes sociais? As produções analisadas concebem o objeto de estudo numa perspectiva crítica, na direção efetiva do Projeto Ético-Político Profissional? A partir de uma pesquisa bibliográfica, nos propusemos a identificar e analisar as questões surgidas nestas produções. Nossa pretensão foi identificar quais são os aspectos ou enfoques dados pelos(as) pesquisadores(as) assistentes sociais sobre as condições de trabalho nesse campo de atuação.

A política de saúde é um espaço sócio-ocupacional histórico do(a) assistente social, com constantes disputas, visando a subordinação do setor à lógica do mercado, no sentido de legitimar a desigualdade na oferta dos serviços. As inovações no setor de saúde, advindas do padrão de intervenção do Estado, estabelecem novas modalidades de gestão, como por exemplo, as Organizações Sociais da Saúde (OSS) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), foco de estudo da dissertação.

Ressaltamos que tivemos desde o início da pesquisa o objetivo de lançar luz sobre o tema das condições de trabalho de assistentes sociais e os modelos de gestão do SUS, e como vem sendo abordado tanto na produção acadêmica, em nível de pós-graduação, quanto nas experiências dos (as) assistente sociais, não a pretensão de produzir um conhecimento de natureza meramente instrumental acerca do tema.

Inicialmente, em nosso projeto de pesquisa, havíamos definido como objetivo geral da pesquisa analisar as implicações da pandemia da covid-19 nas condições de trabalho dos (as) assistentes sociais inseridos nas Organizações Sociais da Saúde em Pernambuco, levando em conta, especialmente, o período da pandemia (2020-2023). Pretendíamos realizar um estudo teórico sobre a problemática da pesquisa, além da aplicação de um questionário direcionado aos(as) assistentes sociais inseridos nas Organizações Sociais da Saúde em

Pernambuco, a partir de critérios previamente definidos. Esta pesquisa empírica teria como finalidade coletar dados sobre a existência ou não, e o quantitativo de assistentes sociais contratados na pandemia e que permanecem atualmente nas instituições, especificamente nas OSS, bem como os tipos de vínculos contratuais desses profissionais, ou de gestão, as principais atividades desenvolvidas no âmbito da política e um conjunto de outras questões relacionadas às condições de trabalho dos profissionais de Serviço Social.

A estes procedimentos somava-se ainda outro: problematizar o recrudescimento do neoliberalismo na Política Pública de Saúde no Brasil e seus rebatimentos para os(as) assistentes sociais inseridos nas Organizações Sociais da Saúde em Pernambuco, em um contexto de pandemia da covid-19; contextualizar os impactos da pandemia de covid-19 nas condições de trabalho dos(as) assistentes sociais das Organizações Sociais de Saúde em Pernambuco; identificar as implicações da pandemia de covid-19 para os processos de trabalho dos(as) assistentes sociais inseridos nas Organizações Sociais de Saúde em Pernambuco. Portanto, tratava-se de uma proposta bastante ampla.

A partir das ponderações realizadas pela banca de qualificação, estes objetivos foram redefinidos, alterando, inclusive, o percurso metodológico proposto inicialmente. As colocações sobre as ousadas pretensões apresentadas foram de suma importância, tendo em vista o prazo que tínhamos disponível para dar conta do referido plano de trabalho. Tais questionamentos voltavam-se, especificamente, à viabilidade do estudo e aos procedimentos com relação aos objetivos propostos, levando em conta os prazos que deveriam ser respeitados.

A banca examinadora advertiu sobre a necessidade de refinamento do objeto de estudo. A partir das alternativas apresentadas e ponderações despendidas, decidimos, em conjunto com a orientadora, acatar integralmente algumas delas. Neste caminho, optamos por realizar uma pesquisa bibliográfica, cujo recorte seria a produção teórica na área do Serviço Social sobre as condições de trabalho de assistentes sociais inseridos nos modelos de gestão do SUS, tendo como fontes privilegiadas o Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES, além das reflexões sobre as experiências profissionais apresentadas no Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS) entre os anos de 2014 e 2024.

Neste sentido, nosso recorte analítico, e consequentemente nosso objetivo geral, foram reformulados nos seguintes termos: identificar quais aspectos sobre as condições de trabalho de assistentes sociais inseridos no modelo público-privado de gestão da saúde vem sendo problematizados na produção da área. Este objetivo orientou toda a elaboração do estudo realizado, cujos resultados são apresentados na dissertação. Os objetivos específicos da pesquisa também foram redefinidos, sendo eles: a) Evidenciar as perspectivas teóricas que têm orientado as discussões sobre as condições de trabalho de assistentes sociais na política de saúde, com enfoque nas Organizações Sociais da Saúde e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, tendo como norte a direção social da profissão. b) Elencar as questões suscitadas dos estudos realizados por assistentes sociais sobre as condições de trabalho de assistentes sociais inseridos no modelos de gestão gerencialista da saúde.

Frente às ponderações, consideramos que existe a necessidade de serem realizadas pesquisas sobre a produção acadêmica da temática proposta, haja vista as contradições presentes na realidade, especialmente quanto ao trabalho do(a) assistente social na saúde. Conforme procuramos mostrar na referida dissertação, as produções acadêmicas existentes na área revelam que o tema das condições de trabalho na saúde possui uma extensa produção. Porém, quando nos referimos à análise das produções da categoria profissional, nos deparamos com uma insuficiente problematização.

O estudo em questão possibilita a compreensão de que no capitalismo, no quadro atual, a exacerbação da precarização das condições de trabalho ocorre a partir do incremento de intensas modalidades de exploração. Nessa dissertação defendemos que, embora a precarização não esteja restrita à conjuntura da crise mundial do capital, é nesse período histórico que há uma exploração intensiva da classe operária. Concordamos com Alves (2007, p.115) ao afirmar que “a precarização é um processo social de conteúdo histórico-político concreto, de natureza complexa, desigual e combinada, que atinge o mundo do trabalho, principalmente setores mais organizados da classe do proletariado.”

O autor afirma que “a precarização não apenas desvela uma condição ontológica da força de trabalho como mercadoria, mas explicita novos modos de

alienação/estranhamento e fetichismo da mercadoria no mundo social do capital”(Idem, p. 115). Dito isto, não podemos abordar a condição de trabalhador assalariado do(a) assistente social, sem problematizar, com base na teoria marxista, os fundamentos do trabalho na era do capitalismo dominado pelas finanças e, sobretudo, as metamorfoses no mundo laboral, além das estratégias de enfrentamento, como o neoliberalismo e reestruturação produtiva, mudanças que estão vinculadas ao enfrentamento pelo capital da crise capitalista.

É por meio da transformação da natureza que o trabalho se consolida como condição do gênero humano na satisfação das necessidades. Ou seja, através do trabalho, o indivíduo confronta a natureza, de modo que possa controlar o processo de trabalho na totalidade (Marx, 1985a). Nesse caminho, o homem extrapola os limites naturais transformando a si mesmo como sujeito. No entanto, no capitalismo, o trabalho adquire contornos totalmente distintos, ou seja, a atividade em que o homem controlaria a totalidade do processo, se transforma em mercadoria, na relação de compra e venda da força de trabalho, se configurando em uma atividade alienada e precarizada.

É evidente que, na medida em que ocorre a mercantilização da força de trabalho, diante da relação de assalariamento, o trabalho adquire outra dimensão, ao transformar-se, perde sua dimensão humanizante. Ou seja, “com a modernidade do capital, pela primeira vez na história humana, a força de trabalho torna-se mercadoria e constitui-se um trabalhador de novo tipo, o ‘trabalhador livre’, ou seja, o trabalhador assalariado, integrado ao regime do salariedade”(Alves, 2007, p.85).

É necessário ressaltar que o trabalho está no centro do processo de acumulação de riquezas no sistema capitalista, por intermédio da produção de riqueza e mais-valia. Operando como auxiliares no processo de produção e reprodução das relações sociais, os(as) assistentes sociais, embora não produzam mais-valia, possuem uma importância na reprodução do sistema capitalista.

Enquanto classe trabalhadora, os(as) assistentes sociais sofrem os efeitos nefastos das mudanças no mundo do trabalho, o aprofundamento da precarização, intensificação da exploração, destruição de direitos sociais,

desregulamentação do mercado de trabalho, sob o aval do Estado. Dessa maneira, o(a) assistente social que trabalha no campo da saúde, vivencia os efeitos nocivos, ao estar submetido ao processo de mercantilização da força de trabalho.

Em decorrência da crise de superprodução do sistema capitalista, Antunes(2015) afirma que o século XX foi delineado por diversas transformações na esfera laboral, através da adoção de estratégias para reestruturação e a garantia da acumulação nos países, dentre os quais, o Brasil. Entre o final dos anos 1960 e começo de 1970, ocorria uma crise no padrão taylorista/fordista e a chegada de um novo padrão, o toyotismo, cujo objetivo seria a recuperação do seu ciclo de reprodução, ao mesmo tempo em que se buscava a recuperação de um projeto de sociedade, o qual apresenta repercussões negativas para a classe trabalhadora.

Mészáros defende que a crise é “um continuum depressivo, que exhibe as características de uma crise cumulativa, endêmica, mais ou menos permanente e crônica, com a perspectiva última de uma crise estrutural cada vez mais profunda e acentuada” (2011, p. 697, grifos do autor). Na contradição do sistema capitalista, o trabalho concreto, que contém um sentido “estruturante para a humanidade”, torna-se “desestruturante para o capital” (Antunes, 2018, p.27). No debate atual sobre as condições de trabalho é fundamental a discussão sobre o neoliberalismo e uma nova cultura do trabalho dele decorrente, o que significa transformações na divisão internacional do trabalho.

Estamos nos referindo, segundo o autor, ao processo de reorganização do capital, na busca de respostas a essa conjuntura, através do advento do neoliberalismo, privatização do Estado, desmontagem do setor produtivo estatal e a desregulamentação dos direitos trabalhistas. Acrescido a isto, se seguiu “um amplo processo de reestruturação do trabalho e da produção, com vistas a dotar o capital do instrumento necessário para tentar repor os patamares de expansão anteriores”(2009, op.cit., p. 33).

A intensificação da exploração é assegurada, por exemplo, através do controle da força de trabalho, favorecida pelo uso da tecnologia. A superexploração é utilizada para, num pequeno intervalo de tempo, se produzir

cada vez mais e alcançar metas de produtividade no trabalho, somado ao trabalhador polivalente e rotinização. Como resultado desse quadro, destaca-se um aumento no adoecimento dos trabalhadores, com doenças como depressão, estresse e síndrome de burnout.

Podemos afirmar que o surgimento do neoliberalismo ampliou o processo de precarização do trabalho. Harvey (2008) afirma que, numa conjuntura marcada por profunda recessão, em 1970, além da alta inflação e pouco crescimento, o neoliberalismo foi a resposta dada, por meio de medidas neoliberais, para a recuperação do poder do capital. O neoliberalismo trouxe o aumento da desigualdade social, destruição de direitos sociais, redução de políticas públicas, diversas formas de flexibilização do trabalho, além de várias outras estratégias que contribuam para a superexploração da força de trabalho.

A crise estrutural do capitalismo introduziu uma “temporalidade histórica do desenvolvimento civilizatório, caracterizada por um conjunto de fenômenos sociais qualitativamente novos que compõem a fenomenologia do capitalismo global com seus ‘trinta anos perversos’ (1980-2010)” (Alves, 2012, n.p.). O autor afirma que “a década de 70 significou, no plano histórico-mundial, a inauguração de um ‘corte histórico’ no processo civilizatório do capital” onde emergiram “novos fenômenos sociais radicalmente novos que merecem ser investigados numa perspectiva rigorosamente dialética”. Enfim, alterou-se o *timing* da luta de classes e da dinâmica sócio-reprodutiva do sistema do capitalismo mundial” (idem).

O modelo hegemônico neoliberal produziu mudanças nas relações e condições de trabalho de forma global, abrangendo os(as) trabalhadores dos serviços, dentre os quais, os(as) assistentes sociais. Iremos demarcar o processo de precarização das condições de trabalho, a partir dos anos de 1990, levando em consideração as mudanças no mundo do trabalho, no capitalismo em crise, até as implicações na gestão da saúde, com a introdução dos “novos” modelos de gestão.

A década de 1990 é marcada pelas conquistas da Constituição de 1988, ao mesmo tempo em que, vivencia-se um contexto de contrarreformas que recaem nas políticas sociais. O cenário de aumento da inflação e alta de juros contribuem para o desemprego, empobrecimento da classe trabalhadora, fragilização das

condições e relações de trabalho, ampliação da terceirização, redução de direitos, dentre outros, que afetam as condições de vida e de trabalho da classe trabalhadora, dentre os quais, os(as) trabalhadores(as) da saúde.

O(a) assistente social, ao estar inserido numa das maiores esferas de atuação que é o campo da saúde, não passa incólume ao intenso processo de mudanças na esfera laboral. A esse respeito, Cavalcante e Prêdes (2010) afirmam que as condições de trabalho dos(as) assistentes sociais estão precarizadas devido ao fato de que, desde a sua gênese, as políticas sociais são precárias.

É necessário ressaltar que as políticas sociais fomentam profissionais com qualificações específicas, para operacionalizar e formular os serviços, tais como, os(as) assistentes sociais. Logo, no interior da divisão social e técnica do trabalho do capitalismo monopolista, com base em Netto “tem sua base nas modalidades através das quais o Estado burguês se enfrenta com a ‘questão social’, tipificadas em políticas sociais” (2011a, p. 74).

Evidente que, no quadro das transformações, os(as) profissionais de Serviço Social são afetados no exercício profissional, o qual é tensionado pelas mudanças nas políticas e no Estado, ou seja: “a política social está subordinada à política econômica, interferindo na qualidade dos serviços públicos que são prestados à população, bem como reflete nas condições de trabalho dos profissionais que atuam na área social” (Cavalcante e Prêdes, 2010, p. 01).

Os (as) assistentes sociais, enquanto trabalhadores(as), vendem sua força de trabalho, em troca de um salário, tendo em vista que não detém condições de trabalho e dos meios disponíveis. Desempenham seu trabalho de forma assalariada, apesar do Serviço Social ser regulamentado como uma profissão liberal, o que faz com que vivencie os mesmos desafios e dilemas estendidos aos demais trabalhadores (Iamamoto e Carvalho, 2008).

A precarização das condições de trabalho alcança as mais diversas categorias, ao incitar a insegurança e a instabilidade nas relações de trabalho. As condições de trabalho do(a) assistente social encontram o substrato na condição de trabalhador(a) assalariado(a), que no seu âmago é precário por natureza. Contudo, o aprofundamento do processo ocorre através da flexibilização do

trabalho e do desemprego estrutural, ancorados na superexploração.

Frente a essas transformações, intensificadas no contexto de crise da pandemia, com o redimensionamento das condições e relações de trabalho do(a) assistente social, é pertinente discutir as condições de trabalho nos novos modelos de gestão do SUS, em especial nas OSS e EBSERH, tendo em vista que essas instituições se expandiram nos últimos anos, em decorrência do processo de privatização de saúde, representando um mercado de trabalho para os profissionais de Serviço Social. Sendo assim, o tema proposto a ser desenvolvido nesta dissertação é contemporâneo e necessita de problematização teórica, haja visto as metamorfoses nas relações de trabalho, que impactam diretamente no exercício profissional.

Dito isto, faz-se necessária a compreensão de que o capitalismo na pandemia, combinou velhas requisições postas aos (as) assistentes sociais, se espalhando nos espaços de trabalho, sob a hegemonia do neoliberalismo. Dessa maneira, o referido estudo partiu da hipótese de que a maioria significativa dos(as) assistentes sociais inseridos nos espaços submetidos à lógica gerencial na saúde, encontram-se submetidos a condições de trabalhos cada vez mais precárias e que o cenário de crise sanitária, econômica, social e política intensificou as tendências de precarização e exploração. Ressalta-se que a escolha pela temática proposta ocorre, sobretudo, pela relevância para a produção teórica do Serviço Social, ao problematizar as condições de trabalho, alinhada ao aprofundamento do projeto privatista na saúde.

É nesse contexto de grande complexidade que o Serviço Social é convocado a atuar, junto com os(as) demais trabalhadores(as) da saúde, no enfrentamento da covid-19. Contudo, é necessário destacar que as condições de trabalho dos(as) assistentes sociais no Brasil, antes da pandemia de covid-19, já eram marcadas pela precarização, uma vez que os trabalhadores vivenciam cotidianamente os efeitos nefastos do capitalismo.

O que este período de emergência sanitária reforça e traz de novo são “novos” argumentos para dar legitimidade a velhas requisições e antigas tendências, que estão no campo das continuidades na história, que prevalecem vez por outra, a depender das disputas no campo da política e do exercício profissional. E a política social é balizada pela intensidade da luta de classes (Freitas, 2021, p. 669).

A pandemia evidenciou as contradições enfrentadas pelos(as) assistentes sociais nos diversos espaços sócio-ocupacionais. Segundo Bezerra e Medeiros (2021) o contexto da crise sanitária realçou as exigências institucionais que ultrapassaram as competências e as atribuições privativas do Serviço Social. Além disso, os(as) assistentes sociais, ao integrarem as equipes dos serviços essenciais, enfrentaram superlotação, contaminações e óbitos na linha de frente, pois trabalharam durante toda a pandemia. Intensificaram contratos precários e temporários de trabalho e baixas remunerações, além das longas jornadas de trabalho e a necessidade de mais de um vínculo empregatício (Soares et al. 2020). Inicialmente, houve um número expressivo de assistentes sociais que precisaram enfrentar a escassez dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e tensionamentos com relação à reafirmação de suas atribuições no atendimento das demandas dos usuários e seus familiares(Ibidem).

No que se refere às OSS, por exemplo, faz-se necessário destacar, inicialmente, os instrumentos jurídico-legais, como a Lei nº 9.637/1998 (federal), e sua qualificação como “pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas à saúde, à assistência social, ao ensino, à pesquisa e à cultura”. Nesse sentido, as OSS, serão responsáveis pelos resultados pactuados mediante os contratos de gestão, tendo o Estado como o financiador das atividades públicas. Tais instituições possuem uma autonomia administrativa, o que significa, por exemplo, a contratação de pessoal com base nas condições de mercado e flexibilidade na execução orçamentária. Tal natureza interfere diretamente no quadro marcado, não pelo servidor concursado, mas pelo conjunto de trabalhadores, em geral, empregados de forma precária, com contratos temporários, por projetos ou regime celetista, além da redução dos direitos trabalhistas e previdenciários.

[...] a eliminação do concurso público para contratação de funcionários poderia abrir precedente para o clientelismo nesse tipo de relação de trabalho, bem como a precarização frente à flexibilização dos vínculos que podem possibilitar a formação de “currais eleitorais” em diversos estados e municípios do país, pelo fato de suprimir o caráter democrático e meritocrático do concurso público. Além disso, a gestão por cumprimento de metas, processos e produtividade gera uma situação de instabilidade para os trabalhadores por elas contratados e facilita a sua superexploração (Ximenes, 2015, p.104).

Esse contexto se aprofunda ainda mais quando, no cenário da pandemia, os(as) assistentes sociais estavam submetidos ao regime de trabalho *home office*, remoto, escalas de revezamento, somados ao prolongamento de jornadas de trabalho. No caso dos(as) assistentes sociais, os impactos nas respostas profissionais ficam evidentes quando há falta de seguimento dos serviços prestados pelos profissionais, frente à alta rotatividade, ocasionando uma ruptura na relação entre os profissionais e a população usuária e, consequentemente, descrença na efetividade dos serviços e das ações públicas.

Somados a isso, o risco de demissão, a fragilidade dos vínculos de contratação e, sobretudo, a ampliação no cotidiano de trabalho das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) são elementos que contribuem na exploração do tempo de trabalho que invade o tempo livre. As TICs foram introduzidas amplamente nos processos de trabalho dos(as) assistentes sociais. Os contatos com familiares, as articulações com os equipamentos públicos, as orientações, o diálogo com outros profissionais ocorreram através das plataformas digitais.

De acordo com o Conselho Federal de Serviço Social (2020), o uso das TICs incidiu nos processos de trabalho em que estamos inseridos, na relação com outros trabalhadores, com usuários e nas condições tanto ética, quanto técnicas de trabalho. Nesse sentido, destaca-se a importância de se estudar os impactos das TICs no exercício profissional, pois o cotidiano profissional tem sido mediado pelo uso de tecnologias digitais, que precisam ser mais bem conhecidas.

Na presente dissertação, parte-se do pressuposto de que as condições de trabalho dos(as) assistentes sociais são impactadas pelas transformações ocorridas com o neoliberalismo e a reconfiguração do papel do Estado, em especial pela sua efetiva redução no campo da proteção social e que a pandemia de covid-19, enquanto uma crise humanitária, social e sanitária, trouxe rebatimentos para as condições de trabalho de todos os trabalhadores, em particular para os(as) trabalhadores que estavam na linha de frente, tais como os profissionais de saúde, dentre eles, os(as) assistentes sociais.

Por esta razão, trabalhamos na fundamentação teórica os elementos teóricos que explicam a natureza das condições de trabalho no capitalismo, elementos

que explicitam em que se dão tais condições de trabalho, a saber, o setor da saúde, especificando a particularidade do SUS e os modelos de gestão, com destaque para as Organizações Sociais da Saúde e a EBSEH, como lócus privilegiados de análise e, por fim, contextualizamos o cenário em que ocorreram as transformações das condições de trabalho, a saber, a pandemia de covid-19.

Este trabalho de pesquisa tem como referência a teoria social marxista, que propõe um método de análise que utiliza uma visão dialética da realidade e da transformação social. Buscamos, portanto, compreender o objeto deste estudo articulado a uma dimensão de totalidade e as condições históricas que os perpassam. Utilizaremos, para o estudo bibliográfico, as categorias: trabalho, neoliberalismo, precarização e gerencialismo.

A pesquisa bibliográfica ocorreu, por meio de levantamentos de dados de domínio público, tais como: produções da área do Serviço Social, artigos, dissertações, teses, legislações e autores(as) marxistas que tratam a temática. Através do levantamento bibliográfico de pesquisas sobre modelos privatistas de gestão, incluindo-se os modelos de gestão adotados pelo SUS, comparando com a proposta de gestão do Sistema Único de Saúde, nas suas origens, a partir da análise histórica sobre a construção da saúde pública e os interesses privados, abordaremos os modelos de gestão e seu rebatimento nas condições de trabalho dos(as) seus(as) trabalhadores(as).

O trabalho dos(as) assistentes sociais é destinado ao trato das expressões da questão social e possui, desde suas origens, uma marcante dimensão que lida com indivíduos humanos e sociais. São trabalhadores(as) que possuem posição subalterna na divisão sociotécnica do trabalho e possuem dimensões de inserção de raça, gênero e pobreza que particularizam ainda mais as suas condições de trabalho. Compreendemos que não existe um mundo do trabalho apartado da totalidade da existência dos indivíduos particulares. Não existe um ambiente onde os seres humanos existem e, outro em que trabalham, não existem mundos separados. Daí surgiu a opção por tal apresentação teórico-analítica.

Dessa maneira, esta dissertação foi dividida em quatro capítulos e as considerações finais. No primeiro capítulo, apresentamos a introdução, contextualizando os principais elementos que serão aprofundados ao longo do

trabalho. No segundo capítulo, abordamos os fundamentos ontológicos do trabalho, as metamorfoses do trabalho no capitalismo na cena contemporânea e o contexto do neoliberalismo e desestruturação dos direitos. Iniciamos com a abordagem do trabalho como a relação entre o homem e a natureza que possibilita que o sujeito, através da transformação da natureza, se transforme e produza o substancial para sua vida. Foram problematizadas a dupla dimensão do trabalho: trabalho concreto e o trabalho abstrato, e a particularidade, na sociedade capitalista, da compra e venda da força de trabalho, e o assalariamento como condição hegemônica das relações sociais nesse modelo de sociedade.

Posteriormente, abordamos no terceiro capítulo, a contextualização da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a chegada do neoliberalismo e o impacto com a criação dos “novos” modelos de gestão. Além disso, apresentamos a configuração da assistência à saúde no Brasil, pontuando as lutas sociais e o papel do Estado nesse cenário. O capítulo finaliza com as constantes disputas pelo SUS, no que concerne a sua garantia enquanto direito social, bem como o cenário da pandemia e os impactos nas condições de trabalho dos(as) assistentes sociais. Ademais, tratamos sobre a perspectiva do Projeto Neoliberal, voltada, sobretudo, para a reforma do aparelho administrativo do Estado. Para finalizar, é debatido o projeto neoliberal no Brasil e as consequências para a classe trabalhadora, expressa na privatização dos serviços públicos, flexibilização das condições de trabalho e as mudanças no papel do Estado.

O quarto capítulo versa sobre os resultados encontrados no levantamento e análise das produções na área do Serviço Social que abordam o debate sobre as inflexões nas condições de trabalho dos(as) assistentes sociais, a partir dos modelos de gestão do SUS. Além disso, apresentamos o caminho metodológico traçado na presente pesquisa. E por fim, apresentamos as considerações conclusivas da dissertação, e a importância do debate para a produção teórica do Serviço Social.

2 FUNDAMENTOS ONTOLÓGICOS DO TRABALHO, CRISE ESTRUTURAL DO CAPITAL E PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO

O estudo das inflexões dos modelos de gestão do SUS nas condições de trabalho dos(as) assistentes sociais requer algumas mediações necessárias à sua compreensão. Assim sendo, este capítulo tem por objetivo a discussão dos fundamentos ontológicos do trabalho e a caracterização do trabalho no capitalismo contemporâneo, que ao se transformar em assalariado, assume a forma de trabalho alienado.

Desta maneira, partiremos da análise marxista sobre a concepção de trabalho, e a sua configuração no modo de produção capitalista, buscando também pontuar a dupla dimensão do trabalho (trabalho concreto e trabalho abstrato) e as medidas de reestruturação para garantia de reprodução e valorização do capital, sob a égide do neoliberalismo, com regressão no campo dos direitos.

As análises realizadas a seguir estão ancoradas em pesquisa bibliográfica dos(as) seguintes autores(as): Marx (1985, 2013), Lukács(1998), Harvey (2008), Mészáros(2011), Antunes(2018), dentre outros autores da tradição marxista.

2.1 O trabalho na perspectiva marxista

Consoantes Santos (2010, p. 698), “o entendimento das condições de trabalho dos assistentes sociais exige o pleno conhecimento das determinações e implicações da crise estrutural do sistema do capital, pois tudo o que acontece na vida cotidiana, por um conjunto amplo de mediações, é determinado pelas condições estruturais da sociedade e pela ação dos sujeitos. ”

O assalariamento é a forma hegemônica das relações sociais de trabalho no capitalismo. Dessa maneira, a análise do nosso objeto de pesquisa requer uma discussão sobre os fundamentos ontológicos do trabalho assalariado. Sendo assim, é necessário compreendermos o debate contemporâneo do Serviço Social e as condições de trabalho de seus agentes profissionais, pois o(a) assistente

social necessita vender sua força de trabalho em troca de um salário, estando condicionado a uma relação de assalariamento.

Desta forma, compreendemos que esses fundamentos iniciais são imprescindíveis, ao problematizar os elementos teóricos que possibilitam a análise da condição de trabalhador (a) assalariado (a) do (a) assistente social e fomentam o debate sobre os fundamentos ontológicos e as metamorfoses do trabalho no capitalismo na cena contemporânea.

Nas sociedades tribais, por exemplo, não existia relação de exploração, pois o trabalho era realizado de forma coletiva. Porém, no percurso histórico, o trabalho passou a se constituir como uma obrigação, deixando de ser uma realização do homem e abandonando seu sentido ontológico. Esse quadro advém do momento em que as sociedades estavam sendo estruturadas com base na apropriação privada dos meios de produção e na exploração do homem. No feudalismo, o trabalho foi pautado na exploração dos servos, ao mesmo tempo em que foram sendo formadas as classes sociais. O senhor feudal estava vinculado ao feudo, enquanto que o servo estava ligado à terra, e eram donos de suas ferramentas.

No entanto, Lessa (2016, p.45) destaca que existiam mais servos e a produção era muito maior do que o consumo, ocasionando a expulsão dos servos dos feudos. Esses ex-servos se empenharam no intercâmbio de excedentes. Diante disso, nos séculos XI e XIV, o comércio voltou a se desenvolver juntamente com as cidades, surgindo, portanto, duas classes sociais: os artesãos e os burgueses.

No sistema que sucedeu o modo de produção feudal, o Modo de Produção Capitalista, a concentração da riqueza está nas mãos de poucos, e, principalmente, o trabalho assume a forma de mercadoria. Nesse sentido, é submetido a esse modo de organização social que são incorporados os interesses de classe. Marx e Engels (2005, p.40) afirmam que novas classes sociais são estabelecidas no Modo de Produção Capitalista: os proletários, os quais não possuem os meios de produção e vendem sua força de trabalho para sobreviver e os burgueses, detentores dos meios de produção.

Logo, a categoria geral que dá substância à investigação do objeto de

pesquisa aqui apresentado é o trabalho. Abordaremos a concepção de trabalho com base em Marx e a sua configuração no modo de produção capitalista presente no livro “O Capital”. Marx (2013) define o trabalho como a relação entre o homem e a natureza que possibilita que o sujeito, através da transformação da natureza, se transforme e produza o substancial para sua vida. O homem se constitui como gênero humano através do trabalho, se diferenciando dos outros animais.

Na busca pela satisfação das suas necessidades, o homem se confronta com a natureza, por meio da aquisição de novas habilidades, para que só assim possa controlar esse ato, dominando o processo de trabalho em sua completude. É por meio dessa transformação que o homem realiza suas potencialidades, através da humanização do mundo e dos sujeitos.

Marx trata em *O Capital*, livro I, capítulo V, os elementos integrantes do processo de trabalho e os fundamentos ontológicos do trabalho. No entanto, Marx e Engels(2009) já apontavam que

O primeiro ato histórico é, portanto, a produção dos meios para satisfação dessas necessidades, a produção da própria vida material, e a verdade é que esse é um ato histórico, uma condição fundamental de toda história, que ainda hoje, tal como há milhares de anos, tem de ser realizado dia a dia, hora a hora, para ao menos manter os homens vivos (Marx e Engels, 2009, p. 40-41).

É por meio do trabalho que o homem produz os meios de reprodução da vida social e os meios de subsistência. Nesse sentido, a transformação da natureza é uma atividade fundamental para o atendimento das necessidades sociais, sendo o trabalho, portanto, o primeiro ato histórico dos homens objetivando satisfazer suas necessidades de reprodução social.

Através da transformação da esfera do ser natural que reside a existência do mundo dos homens. Tal processo só é possível por meio de uma atividade consciente, logo, conclui-se que, o trabalho possui uma dimensão ontológica, afastando os sujeitos da sua condição biológica.

A esse respeito, Marx(1985) evidencia que:

Antes de tudo, o trabalho é um processo entre o homem e a Natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a Natureza. Ele mesmo se defronta com a matéria natural como uma força natural. Ele põe em movimento as forças naturais pertencentes a sua corporalidade, braços e pernas, cabeça e mão, a fim de apropriar-se da matéria natural numa forma útil para sua própria vida. Ao atuar, por meio desse movimento, sobre a Natureza externa a ele e ao modificá-la, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza (idem, p. 149).

Sob essa ótica, o trabalho como elemento fundante do ser social é oriundo unicamente da relação do homem com a natureza, podendo surgir um novo ser, oriundo das atividades, que embora não sejam fundantes, são imprescindíveis para reprodução social. Todavia, para satisfazer suas necessidades, o homem transforma a natureza e a si próprio com a obtenção de novas habilidades.

A exteriorização ou objetivação são traços ontológicos da atividade do trabalho humano-genérico. O homem é um animal que produz objetos, isto é, se objetiva em produtos. É o que se denomina objetivação. É através do processo de objetivação (do trabalho) que o animal homem se tornou ser humano (Alves, 2007, p.19).

O homem domina a totalidade do processo de trabalho, controla, medeia e regula a troca com a natureza, produzindo a si como gênero humano. Evidencia-se que o trabalho é algo exclusivo da atividade humana, pois:

Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e a abelha envergonha mais de um arquiteto humano com a construção dos favos de suas colmeias. Mas o que distingue, de antemão, o pior arquiteto da melhor abelha é que ele construiu o favo em sua cabeça, antes de construí-lo em cera. No fim do processo de trabalho obtém-se um resultado que já no início deste existiu na imaginação do trabalhador, e, portanto, idealmente. (Marx, 1985a, p. 149-150).

O homem se diferencia dos animais através do processo de trabalho uma vez que transforma a natureza de forma consciente e livre, operando uma síntese entre ideação e execução da atividade. Os animais, instintivamente, produzem sempre o mesmo para sobreviver, ao contrário dos homens que, a depender das condições, produzem coisas novas, constituindo-se uma nova forma de ser social.

De acordo com Lukács (1998), o indivíduo projeta antes de efetivar

objetivamente. O homem, a depender das condições externas, naturais e sociais existentes, é capaz de produzir sempre o novo, ao contrário do animal que sempre produz de forma instintiva. Partindo desta perspectiva, o autor também nos mostra que o homem, através do trabalho, sem permanecer preso ao determinismo, fornece respostas às suas necessidades de modo consciente, ao contrário dos animais. Segundo o autor, ao produzir o objeto para o atendimento das suas necessidades, produz a si mesmo enquanto indivíduo e gênero humano. Sobre essa questão, ressalta-se que

Além do esforço dos órgãos que trabalham, é exigida a vontade orientada a um fim, que se manifesta como atenção durante todo o tempo de trabalho, e isso tanto mais quanto menos esse trabalho, pelo próprio conteúdo e pela espécie e modo de sua execução, atrai o trabalhador, portanto, quanto menos ele o aproveita como jogo de suas próprias forças físicas e espirituais (Marx, 1985a, p.150).

Evidencia-se que o homem transforma a natureza, ao mesmo tempo em que concretiza seu objetivo, através do planejamento de sua ação. Para isso é orientado por uma finalidade previamente definida. Em seu pensamento, Marx explicita, com base na citação, a vontade não de forma isolada, mas orientada para um fim, exigindo atenção em todo o processo. Sendo assim, a modificação da natureza pelo homem, ocorrerá do modo que a propriedade natural permitir, não da forma que desejar. Portanto, a satisfação das nossas necessidades ocorrerá se a transformação aspirada for compatível com as determinações do setor da natureza a ser transformado (Lessa, 2011, p.136).

Os elementos explicitados mostram ser o trabalho, o elemento fundante do mundo dos homens. Evidencia que os meios, seus objetos e a atividade orientada para uma finalidade são elementos do processo de trabalho. Sendo assim, Marx (1985a, p.150) afirma que

A terra (que do ponto de vista econômico inclui também a água), como fonte original de víveres e meios já prontos de subsistência para o homem, é encontrada sem contribuição dele, como objeto geral do trabalho humano. Todas as coisas que o trabalho só desprende de sua conexão direta com o conjunto da terra, são objetos de trabalho preexistentes por natureza.

Sobre meios de trabalho, o autor conceitua como sendo um complexo de coisas ou só uma coisa que serve ao trabalhador como condutor de sua atividade, sendo colocado entre si mesmo e o objeto de trabalho. Conforme afirma, quando o homem utiliza, para retirar da natureza algo que já esteja pronto, seus próprios órgãos do corpo como meios de trabalho, isto não se configura como meios de trabalho, não como objeto de trabalho. Marx mostra que o objeto do qual o trabalhador se apodera diretamente não é objeto de trabalho, mas meio de trabalho (ibidem). Desta maneira, a mediação entre o homem e seus objetos de trabalho são os meios de trabalho, que podem ser a natureza ou transformação em matéria-prima.

Com base na sua teoria, haverá sempre trabalho, em qualquer forma de organização social, e produtor de valor de uso. Atendendo a uma necessidade humana, o valor de uso é a utilidade de uma coisa, realizando-se no consumo. (1985a, p.153). Porém, no modo de produção capitalista, o trabalho produz valor de uso, como também se constitui em trabalho que produz valor, ou seja, trabalho abstrato.

No processo de trabalho como processo de valorização, o trabalho torna-se trabalho abstrato. Eis um dado crucial, ponto de inflexão decisivo na nova lógica societária posta pelo capital. O trabalho como atividade humano-genérica tende a tornar-se trabalho como atividade exclusiva, trabalho estranhado como mero meio de valorização do valor. Isto é, o trabalho é abstraído do homem (Alves, 2007, p. 40).

Em outras palavras, o caráter útil do trabalho pode ser abstraído ao deixar de lado o valor de uso das mercadorias. Por essa razão, caracterizamos o trabalho abstrato como aquele em que apresenta o valor, o conteúdo comum entre as mercadorias. Ou seja, entre essas mercadorias, o elemento comum é o consumo da força de trabalho humana e o valor de troca entre essas mercadorias surge como algo que independe do seu valor de uso.

O autor afirma que ao abstrairmos o valor de uso dos produtos “o que há de comum, que se revela na relação de troca ou valor de troca da mercadoria, é, portanto, seu valor” (Ibidem, p. 47). Portanto, a mercadoria, possui valor de uso e de troca, na sociedade capitalista, sendo assim, o trabalho é portador de uma

dupla dimensão: trabalho abstrato (valor de troca) e trabalho útil (valor de uso).

2.2 Dupla dimensão do trabalho em Marx

Inicialmente, apresentamos o trabalho, como a relação entre o homem e a natureza, para o atendimento das suas necessidades básicas. Entretanto, no sistema capitalista, o trabalho possui uma dupla dimensão (trabalho concreto e trabalho abstrato), conforme apresentado, sendo necessário aprofundarmos o debate para a compreensão do sistema capitalista.

Em *O Capital*, Marx inicia seu debate tendo como ponto de partida a análise da mercadoria. Em vista disso, para compreendermos o modo de produção capitalista, devemos compreender esse debate. Segundo o autor,

A mercadoria é, antes de tudo, um objeto externo, uma coisa, a qual pelas suas propriedades satisfaz necessidades humanas de qualquer espécie. A natureza dessas necessidades, se elas se originam do estômago ou da fantasia, não altera nada na coisa. Aqui também não se trata de como a coisa satisfaz a necessidade humana, se imediatamente, como meio de subsistência, isto é, objeto de consumo, ou se indiretamente, como meio de produção (Ibidem, p. 45).

A mercadoria atende a uma necessidade básica, possui uma utilidade, portanto, valor de uso, dotada de características que atendem às necessidades dos sujeitos. Por essa razão, o valor de uso ocorre unicamente no consumo. Qualquer que seja a forma social da riqueza, os valores de uso estabelecem o conteúdo material da mesma (Ibidem, p.46). O valor de uso, condição para o desenvolvimento da humanidade, existirá em qualquer sociedade. Porém, nos moldes do capitalismo, todo e qualquer objeto não se restringe ao seu valor de uso. Tendo em vista que os valores de uso são dotados de valor de troca, portanto é uma mercadoria.

O valor de uso de cada mercadoria encerra determinada atividade produtiva adequada a um fim, ou trabalho útil. Valores de uso não podem defrontar-se como mercadoria, caso eles não contenham trabalhos úteis qualitativamente diferentes. Numa sociedade cujos produtos assumem, genericamente, a forma mercadoria, isto é, numa sociedade de produtores de mercadorias, desenvolve-se essa diferença qualitativa dos trabalhos úteis, executados independentemente uns dos outros, como negócios

privados de produtores autônomos, num sistema complexo, numa divisão social do trabalho(Ibidem, p. 50).

Na citação acima, Marx afirma que sem a divisão social do trabalho não há produção de mercadorias. Na esfera da produção de mercadorias, o trabalho concreto é definido pela quantidade de tempo necessário utilizado para a produção de mercadorias. Assim, o trabalho abstrato é o trabalho solidificado na mercadoria com o objetivo de obter a mais-valia. “No interior deste próprio processo de trabalho capitalista ocorrem mudanças significativas, por conta do desenvolvimento das forças produtivas do trabalho social, que alteram sua própria natureza intrínseca” (Alves, 2007, p. 33).

O entendimento dos fundamentos ontológicos da precarização do trabalho no capitalismo exige a elucidação do caráter abstrato que o trabalho adquire na lógica do capital. Logo, Marx constata, ao analisar a dupla dimensão na sociedade, que o trabalho produz a mais-valia e mercadorias, conforme assinalamos. Segundo afirma Alves (2007, p.17) “a economia ou a esfera da produção de mais valia, no sentido preciso de base material da produção social, é a instância diretamente determinante da reprodução social desta sociedade mercantil complexa, que é o capitalismo.”

Simultaneamente, no capitalismo, existem o trabalho concreto e o trabalho abstrato, produzindo valor de uso e valor de troca. Como valores de uso, as mercadorias são de diversas quantidades e valor, enquanto valores de troca possuem qualidades diferentes. Ao abstrairmos o valor de uso da mercadoria, só resta ser fruto do trabalho, uma vez que:

[...] se abstraímos o seu valor de uso, abstraímos também os componentes e formas corpóreas que fazem dele valor de uso. Deixa de ser mesa ou casa ou fio ou qualquer outra coisa útil. Todas as suas qualidades sensoriais se apagam. Também já não é produto do trabalho do marceneiro ou do pedreiro ou do fiandeiro ou de qualquer outro trabalho produtivo determinado(Ibidem, p. 47).

Podemos afirmar que, de maneira geral, o trabalho abstrato configura-se como o trabalho em que se produz substancialmente através de sobretrabalho.

Assim, as mercadorias são produtos de dispêndio da força de trabalho, do trabalho humano abstrato, e o valor contido nelas é medido pela quantidade de trabalho.

Analisarmos a condição da força de trabalho, enquanto uma mercadoria, é imprescindível para análise da precarização do trabalho. No sistema capitalista, a lógica é que o capitalista é detentor da força de trabalho, uma vez que a comprou, sendo justamente através do valor de uso que a força de trabalho efetua a produção de mercadorias.

A valorização da força de trabalho e o valor são duas grandezas distintas, que o capitalista já tinha em vista essa diferença valorativa ao comprar a força de trabalho. Na produção capitalista, o fato da mercadoria produzir valores de uso não é crucial. Marx argumenta que, durante um dia inteiro, o valor da força de trabalho cria o dobro do seu valor de um dia. Assim sendo, a criação da mais-valia é operada através da exploração do trabalho excedente, trabalho que é propriedade do capitalista, pois foi comprado (Ibidem, p.159).

O trabalho concreto e o trabalho abstrato, por meio da duplicidade do trabalho, encontram-se imbricados a tal processo. A força de trabalho, enquanto trabalho concreto, é utilizada como trabalho vivo, ao transformar os meios de produção em valores de uso. No que se refere ao trabalho abstrato, a sua utilização corresponde ao processo de valorização do capital. Neste caso, a força de trabalho será utilizada como mercadoria para ser fonte de um valor.

O capitalista, como detentor dos meios de produção, que aumenta cada vez mais seus lucros na medida em que compra a força de trabalho, e o(a) trabalhador(a), dispondo unicamente da sua força de trabalho, sendo expropriado dos meios de subsistência, é a origem histórica da acumulação do capital. Para que seja realizada a compra da força de trabalho pelo capitalista é imprescindível que ela esteja em condições de ser explorada.

A compra e a venda da força de trabalho, para que ocorra, é fundamental que os(as) trabalhadores(as) vendam sua força de trabalho em troca de um salário e que sejam desprovidos de seus meios de produção. Essa condição exige que o(a) trabalhador(a) se encontre “livre” para vender sua força de trabalho, por meio de um contrato que regulamenta a relação. Dessa forma, o capitalista exerce

controle sobre o processo de trabalho, uma vez que não pertence mais ao(a) trabalhador(a).

O acesso às condições mínimas de subsistência para o(a) trabalhador(a) e sua família será possível através do salário pago, necessário à reprodução da força de trabalho. Assim, o salário não é o preço pago pelo trabalho, mas pela força de trabalho, mercadoria vendida ao capitalista para ser explorada. Contraditoriamente, o valor da força de trabalho não diz respeito ao que ela produz, mas ao cálculo das necessidades de reprodução do(a) trabalhador(a), sendo parte para o trabalho necessário, que responde pelas necessidades de reprodução da força de trabalho, e a outra parte será utilizada para produzir a mais-valia.

No regime do salariato, os meios de produção, que inclui objeto de trabalho e depois, meios de trabalho, tornaram-se propriedade alheia. Tal processo de despossessão primordial ou de acumulação primitiva, e ainda, de instauração do trabalho assalariado, é um tipo de operação sócio-produtiva que se disseminou com a modernidade do capital. Foi apenas com o modo de produção capitalista que a separação entre homem e meios de produção tendeu a se disseminar, assumindo diversas formas. Mais uma vez, é importante destacar: o trabalho assalariado, ou o regime do salariato é uma “invenção” da modernidade do capital(Alves, 2007, p.38).

No sistema capitalista, o trabalho assalariado assume a forma de trabalho alienado. “Seu trabalho é processo de objetivação de valor. Tal logo ingressa no processo de produção, torna-se ele, enquanto capital variável, um modo de existência do capital, a este incorporado” (Ibidem, p. 42). Dessa maneira, nossa dissertação parte do pressuposto de que o trabalho, enquanto mercadoria, é ontologicamente precário. A propriedade privada e o assalariamento configuram-se, no capitalismo, fontes das desigualdades sociais.

Tal percurso teórico e analítico realizado é necessário para a compreensão das relações fundantes do trabalho assalariado, sobretudo para o aprofundamento do nosso objeto de pesquisa, condições de trabalho. Ratificamos que a precarização alicerça todo o trabalho assalariado no capitalismo, em razão da relação de compra e venda da força de trabalho. Além disso, a teoria marxista nos oferece bases para afirmar que todo e qualquer trabalho assalariado está submetido à precarização. O assalariamento se configura enquanto determinação que origina esta precarização, na apartação do(a) trabalhador(a) dos seus meios

de produção e mercantilização da força de trabalho.

O trabalho deixa de ser uma atividade livre e consciente, conforme afirmado anteriormente, e passa a se constituir em atividade precária, haja vista a mercantilização da força de trabalho, assim como a ausência de controle total do processo, se configurando no fundamento ontológico da precarização do trabalho no capitalismo.

Todavia, outras expressões, as quais irão variar, a depender das condições e relações de trabalho nas quais o(a) trabalhador(a) está inserido, acentuam a precarização do trabalho no capitalismo. O assalariamento está presente nesse modo de produção, porém outras determinações que integram esta precarização não são similares, e se expressam, a depender da conjuntura econômica, política e social e relações de trabalho. Sob essa ótica, Druck (2011) afirma que

Isto é, força e consentimento são os recursos que o capital se utiliza para viabilizar esse grau de acumulação sem limites materiais e morais. A força se materializa principalmente na imposição de condições de trabalho e de emprego precárias frente à permanente ameaça do desemprego estrutural criado pelo capitalismo. Afinal, ter qualquer emprego é melhor do que não ter nenhum. Aplica-se aqui, de forma generalizada, o que Marx e Engels elaboraram acerca da função política principal do “exército industrial de reserva”(Druck, 2011, p. 41).

Existem diversas formas de ampliação da precarização do trabalho. Assim, nomearemos as determinações que definem a extensão da precarização de trabalho e que incidem subjetivamente e objetivamente sobre o trabalhador. No que refere à esfera objetiva, podemos perceber que se expressam por meio das condições de trabalho, vínculos empregatícios, condições de trabalho, instrumentos e meios de trabalho. Já no campo subjetivo, trata-se do controle exercido nos trabalhadores, física e psiquicamente.

A esse respeito, Alves nos mostra que, nos últimos trinta anos, o processo de precarização do trabalho, incide na objetividade do trabalhador, como também na sua subjetividade, pois o padrão toyotista de produção “tende a agir sobre o trabalho organizado e sua subjetividade, precarizando-a e buscando subsumi-la aos interesses da reprodução do capital como sistema sócio-metabólico”(Alves, 2011, p.91).

A ampliação da precarização do trabalho é ancorada por essas determinações, as quais são postas concomitantemente. Na conjuntura atual de crise do capital são numerosas as tendências com rebatimentos nas condições de trabalho, e que possuem em comum a condição de assalariamento ou mercantilização da força de trabalho.

Portanto, a precarização do trabalho, “não é algo estático, mas um modo de ser intrínseco ao capitalismo, um processo que pode tanto se *ampliar* como se reduzir, dependendo diretamente da *capacidade de resistência, organização e confrontação da classe trabalhadora*” (Antunes, 2018, p. 59, grifos do autor). O processo de precarização alcançou, em escala global, um nível perverso de exploração da força de trabalho, atingindo os(as) trabalhadores(as) da esfera da produção e dos serviços.

As formas de intensificação do trabalho, a burla dos direitos, a superexploração, a vivência entre a formalidade e a informalidade, a exigência de metas, a rotinização do trabalho, o despotismo dos chefes, coordenadores e supervisores, os salários degradantes, os trabalhos intermitentes, os assédios, os adoecimentos, padecimentos e mortes decorrentes das condições de trabalho indicam o claro processo de proletarização dos assalariados dos serviços que se encontra em expansão no Brasil e em várias partes do mundo, dada a importância das informações do capitalismo financeiro global. Constituem-se, portanto, numa nova parcela que amplia e diversifica a classe trabalhadora (Ibidem, p.64).

Os efeitos da precarização do trabalho não se restringem unicamente ao local de trabalho, estende-se para a esfera da vida do trabalhador. O capitalismo captura o tempo livre do trabalhador, não há mais tempo livre para existir enquanto ser humano portador de vontades. Avança, conforme afirma Alves (2007, p.129) a “reificação como princípio organizativo do fetichismo na vida social e a exacerbação do estranhamento como obstáculo irremediável à vida humano-genérica, que criam as condições sócio-reprodutivas da cooperação complexa.” Nesse caminho argumentativo, o autor defende que

O capitalismo é o único modo histórico de produção em que a força de trabalho é mercadoria. Aliás, é a transformação essencial da força de trabalho em mercadoria, através da instauração do trabalho livre, que dá-nos a chave da acumulação de mais-valia. Sem trabalho livre ou força de trabalho como mercadoria, não existiria produção de mais-valia (o D’). Só a força de trabalho como mercadoria é capaz de produzir mais-valia (Ibidem,

p. 19).

A força de trabalho torna-se mercadoria e forja-se um trabalhador de novo tipo que é o trabalhador assalariado, adaptado ao regime do salariedade (Ibidem, p.85). E havendo mercantilização da força de trabalho e expropriação dos meios de produção, a partir da relação de assalariamento, o trabalho deixa de ser uma fonte de humanização, constituindo-se em trabalho desumanizante e precarizado, conforme abordado anteriormente. E, dessa maneira, podemos afirmar que todo trabalho assalariado carrega consigo o elemento da precarização, intrínseco ao funcionamento do capital.

O trabalho assalariado não perde sua centralidade sociológica nas sociedades capitalistas, como supõem alguns analistas sociais (Claus Offe e André Gorz, entre outros). O que ocorre é a constituição de novas formas de salariedade por conta da crise estrutural do capital, que desmonta as implicações salariais vigentes no capitalismo global, buscando recompor a base de exploração da força de trabalho e produção de mais-valia(Ibidem, p.88).

Tais referências fornecem as bases para uma análise qualificada dos permanentes processos de exploração e espoliação por parte do capital frente às diferentes formas de vida. Portanto, é necessário, apropriar-se teoricamente para que a análise acerca das condições de trabalho dos(as) assistentes sociais não seja efetuada isoladamente. Trata-se de uma profissão, em que os(as) profissionais se inserem na condição de trabalhadores(as) assalariados(as), ao venderem sua força de trabalho, submetidos a processos de exploração e alienação. Dito isto, serão analisados na dissertação, elementos acerca da configuração do trabalho no capitalismo e os impactos do neoliberalismo, trazendo seu caráter predatório e de destruição de direitos, conforme debatido no próximo tópico.

2.3 Neoliberalismo e desestruturação de direitos

Embora suas bases doutrinárias remontam ao início do século XX, com os teóricos Hayek e Friedman e suas ideias sobre o intervencionismo keynesiano

como uma ameaça à liberdade individual e ao desenvolvimento do capital, o neoliberalismo constituiu-se como uma ideologia hegemônica nos países capitalistas desenvolvidos no final da década de 1970. Surge como uma teoria político-econômica que defende a propriedade privada e livre comércio, operando através das ideias de liberdades individuais.

Dardot e Laval(2016) conceituam o neoliberalismo enquanto um sistema normativo, expandido por todo o mundo, responsável pelo estabelecimento da lógica do capital em todas as esferas das relações sociais.

Da construção do mercado à concorrência como norma dessa construção, da concorrência como norma da atividade dos agentes econômicos à concorrência como norma da construção do Estado e de sua ação e, por fim, da concorrência como norma do Estado-empresa à concorrência como norma da conduta do sujeito-empresa, essas são as etapas pelas quais se realiza a extensão da racionalidade mercantil a todas as esferas da existência humana e que fazem da razão neoliberal uma verdadeira razão-mundo. A racionalidade neoliberal, ao mesmo tempo que se adapta perfeitamente ao que restou dessas distinções no plano da ideologia, opera uma desativação sem precedentes do caráter normativo destas últimas. Diluição do direito público em benefício do direito privado, conformação da ação pública aos critérios da rentabilidade e da produtividade, depreciação simbólica da lei como ato próprio do Legislativo, fortalecimento do Executivo, valorização dos procedimentos, tendência dos poderes de polícia a isentar-se de todo controle judicial, promoção do “cidadão-consumidor” encarregado de arbitrar entre “ofertas políticas” concorrentes, todas são tendências comprovadas que mostram o esgotamento da democracia liberal como norma política(Dardot e Laval, 2016, p.373).

Nesse campo de conceituação, Harvey (2008) argumenta que o neoliberalismo

é em primeiro lugar uma teoria das práticas político-econômicas que propõe que o bem-estar humano pode ser melhor promovido liberando-se as liberdades e capacidades empreendedoras individuais no âmbito de uma estrutura institucional caracterizada por sólidos direitos e propriedade privada, livres mercados e livre comércio(Harvey, 2008, p. 12).

A partir da citação, em especial de Harvey, podemos afirmar que a liberdade apregoada pelo capitalismo, não se efetiva. Sob essa ótica, as liberdades, para que haja progresso, devem estar conectadas a algum tipo de estrutura institucional. Trata-se dos “interesses dos detentores de propriedade privada, dos negócios, das corporações multinacionais e do capital financeiro” (Ibidem, p.17). Do mesmo modo, ressalta-se o interesse do capital no enfraquecimento das

organizações das classes trabalhadoras, tratando seus interesses como sendo interesses de toda a sociedade. Cabe o questionamento com relação às liberdades propostas, voltadas para o mercado e os indivíduos, enquanto elementos fundamentais para o progresso. Nesse caminho argumentativo, Carcanholo(2008) aborda que o neoliberalismo, de acordo com os neoliberais, é

[...] a concepção capaz de orientar políticas destinadas a superar as mazelas do atraso e permitir, mais rapidamente, alcançar as vantagens da globalização, o progresso e a modernidade, tais manifestações extremas de exploração e miséria seriam superáveis (Carcanholo, 2008, p.82).

Conforme o autor, tal ideia seria o fundamento das medidas a serem implementadas, tendo como referência o ideário neoliberal, porém isso não acontece. Consoante o autor, a realidade, na perspectiva neoliberal, é enxergada na seguinte perspectiva:

[...]se de fato esses extremos ocorrem, só podem ser o resultado do atraso, das políticas populistas anteriores, da ausência de uma prática liberalizante na medida adequada; tal situação só pode ser consequência de um Estado interventor ainda enorme, ineficiente e deformador(Ibidem, p.84).

Tal discurso é utilizado para que se retire o foco de toda destruição operada pelo neoliberalismo, ao mesmo tempo em que se trabalha para que as medidas neoliberais sejam aceitas mundialmente. As mudanças, nas mais diversas áreas da vida social, são evidentes, seja no campo das relações sociais, na divisão social e técnica de trabalho, na sociabilidade cotidiana, pois as relações entre os indivíduos possuem como base a mercantilização.

O pensamento neoliberal é uma estratégia do capital para impedir que a economia venha a declinar como ocorreu com a crise ocorrida em 1930. Para o progresso, ocorreu a criação do Estado de Bem Estar Social, produzindo para o mercado, nos países de capitalismo avançado, nas décadas de 1950 e 1960, o crescimento econômico. Consoante Harvey (2008) esse período é chamado de neoliberalismo embutido, marcado pelo início do crescimento que se faria presente posteriormente.

O neoliberalismo embutido começa a desmoronar ao final da década 1960.

Mundialmente, é a partir de 1970, que a onda neoliberal, devido a sua crise de superprodução, começa a ser implementada com o processo de reestruturação produtiva. Surgiu, como crítica ao Estado de Bem-Estar Social, a partir do pós Segunda Guerra Mundial. Para os seus idealizadores, os gastos sociais liderados pelo Estado seriam os responsáveis pela crise instalada.

No final da década de 1980, através do Consenso de Washington, algumas medidas são adotadas, sobretudo em países como o Brasil, tais como: privatização, ruptura de barreiras comerciais, reforma tributária, as quais trouxeram grandes reconfigurações no quadro econômico e político brasileiro, em especial para a privatização das estatais, dentre outras determinações estabelecidas com base no Consenso de Washington.

Nesse sentido, é necessário refletirmos acerca do modelo de Estado adotado para uma sociedade pautada no receituário neoliberal. O Estado, buscando garantir a propriedade privada, através do controle e da ordem, é fundamental, ao adotar medidas para assegurar a manutenção das práticas neoliberais.

Nesta dissertação, adotamos a concepção de Estado, que, embora esteja submetido a um direcionamento de classe, incorpora as demandas da classe trabalhadora, expressando a síntese dessas relações e a luta de classes. Sob a hegemonia do capital, o papel do Estado encontra-se entre a produção e reprodução da força de trabalho e nas refrações da questão social. Dessa forma, tendo como base a perspectiva marxista, as relações de poder ocorrem tanto através da repressão, quanto pelo consentimento

O Estado supõe, pois, uma aliança de segmentos sociais, cujos os interesses são conflitantes, embora não antagônicos. Porém, se o poder de Estado exclui as classes dominadas, não pode desconsiderar totalmente suas necessidades e interesses como condição mesma de sua legitimação. Assim, o Estado vê-se obrigado, pelo poder de pressão das classes sociais subalternas, a incorporar, ainda que subordinadamente, alguns de seus interesses desde que não afeta aqueles da classe capitalista como um todo, dentro de um 'pacto de dominação'(Iamamoto e Carvalho, 2014, p.88).

Ainda sobre o papel do Estado, Harvey(2008)afirma que

O papel do Estado é criar e preservar uma estrutura institucional apropriada a essas práticas; o Estado tem de garantir, por exemplo, a qualidade e a integridade do dinheiro. Deve também estabelecer as estruturas e funções militares, de defesa, da polícia e legais requeridas para garantir direitos de propriedade individuais e para assegurar, se necessário pela força, o funcionamento apropriado dos mercados (Harvey, 2008, p. 12).

Mandel (1982) afirma que no capitalismo tardio, o Estado apresenta não só instituições que regulam a dominação, como também “[...] o Estado desenvolve uma vasta maquinaria de manipulação ideológica para integrar o trabalhador à sociedade capitalista tardia como consumidor, parceiro social ou cidadão [...]” (Mandel, 1982, p. 341).

Frente a essa questão, defende-se que o Estado deve intervir minimamente no campo social, pois o entendimento é que o mesmo não entende os sinais do mercado, e que isso não seria interessante aos interesses capitalistas. Nesse sentido, é criada uma estrutura para beneficiar o desenvolvimento da economia. A acumulação capitalista é favorecida por meio das condições criadas pelo Estado, ao intervir na defesa dos interesses do capital financeiro. Harvey argumenta que esse tipo de aparelho de Estado é denominado Estado Neoliberal “(ibidem, p.17).

[...]deve favorecer direitos individuais à propriedade privada, o regime de direito e as instituições de mercados de livre funcionamento e do livre comércio. Trata-se de arranjos institucionais considerados essenciais à garantia das liberdades individuais. O arcabouço legal disso são obrigações contratuais livremente negociadas entre indivíduos juridicamente configurados no âmbito do mercado (ibidem, p. 75).

Desta maneira, ocorre a criação do Estado Neoliberal, estruturado, fundamentalmente, para atender os interesses do capital, marcado em especial, pelo processo de privatização, sucateamento, um Estado ineficiente, que não tem nada a oferecer à população. Em outras palavras, ocorre uma “satanização” do Estado, ao mesmo tempo em que se defende a privatização, em nome do mercado.

Porém, foi somente a partir da crise do capital, frente ao reduzido crescimento econômico, queda da taxa de lucros, alta da inflação, desemprego, recessão e estagnação, que as políticas sociais foram objeto de ataques. Ao mesmo tempo

em que as ideias neoliberais foram retomadas, visando a diminuição de gastos sociais e a desmobilização dos movimentos sociais, sobretudo o movimento sindical.

O questionamento do modelo de Estado de bem-estar social nos países centrais que passaram a difundir de forma ofensiva as estratégias para redução das funções do Estado e a privatização das políticas, coincide com o processo de institucionalização do sistema de seguridade social no Brasil. A dinâmica das reformas mundiais entrou em confronto com a concepção da saúde, enquanto direito, ocorridas na metade da década de 1970. No final do século XX, a crise do capital, desestruturou a acumulação mundialmente, ocasionando alterações em todas as esferas da vida social.

O entendimento desse processo requer a compreensão das mudanças ocorridas na conjuntura mundial, sobretudo a partir da segunda metade dos anos 1970, que mudaram as estratégias de acumulação e recomposição do padrão de produção do capital. Trata-se de uma crise direcionada para uma retomada das taxas de lucro, reestruturação da produção, caminhando entre as décadas de 1930 e 1970, para a ascensão do capitalismo.

De acordo com Meszáros(2011), ao afetar as condições de expansão do capitalismo, prejudicando sua tripla dimensão interna, a saber: produção, consumo e distribuição, trata-se de uma crise estrutural. Tal crise causa uma ruptura do caminho de crescimento, deslocando as contradições do sistema, e as condições internas são alteradas radicalmente. As disfunções antagônicas vão se tornando cumulativas, logo, estruturais.

Segundo o autor, todas as necessidades humanas estão subordinadas ao capitalismo, haja vista que o objetivo do capital é a autorreprodução. Ou seja, quando nos referimos à crise estrutural do capital, estamos falando de uma verdadeira crise de dominação geral. Todos os espaços da vida social, de produção e reprodução social são afetados, tais como, o meio ambiente, política, cultura, através da reorganização do processo produtivo, buscando recuperar as taxas de lucro e o processo de ampliação, determinando mudanças mundiais, por meio de medidas de reestruturação econômica(Ibidem, p.799).

Essas medidas de reestruturação do capital, as quais recaíram, sobretudo,

nos países em desenvolvimento, em especial os países da América Latina, foram mediadas por estratégias de ajustes estruturais de cunho neoliberal. Os grandes organismos internacionais, tais como: Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Mundial (BM), Organização das Nações Unidas (ONU), Organização Mundial do Comércio (OMC) foram subordinados às medidas de ajustes estruturais, através da redução dos recursos destinados às políticas sociais, privatização, liberalização do mercado e o pagamento da dívida pública por meio da manutenção do superávit.

No final dos anos de 1980, tais medidas de ajuste foram instituídas no Brasil, e chegaram para destruir as conquistas democráticas presentes na Constituição Federal de 1988, sendo o SUS atacado desde o surgimento, sobretudo no período marcado pela ampliação da privatização, abrindo espaço para planos e seguros privados de assistência à saúde.

Concomitantemente, os cortes nos recursos destinados às políticas contribuíram para ampliação da focalização e seletividade dos direitos sociais. As estratégias de ajustes estruturais do ideário neoliberal, através da imposição de uma reforma do Estado, carregou consigo: a ampliação da privatização, redução dos direitos sociais, flexibilização do trabalho e liberalização de capitais. Os princípios da reforma sanitária, inerentes à implantação do SUS, foram confrontados, especialmente quando nos referimos à universalização da saúde.

Como forma de garantir os mínimos sociais, o Estado intervém através de políticas precárias, focalizadas, de cunho paliativo, enquanto que o mercado passa a gerir os serviços e as políticas sociais, difundindo-se um projeto de favorecimento ao capital.

Setores antes geridos ou regulados pelo Estado têm de ser passados à iniciativa privada e desregulados (libertos de todo tipo de interferências). A competição – entre indivíduos, entre empresas, entre entidades territoriais (cidades, regiões, países, grupos regionais) – é considerada a virtude primordial. [...] Em situações nas quais essas regras não estejam claramente estabelecidas, ou em que haja dificuldades para definir os direitos de propriedade, o Estado tem de usar seu poder para impor ou inventar sistemas de mercado (Harvey, 2008, p. 76).

Assim, temos os que podem pagar para acessar os serviços de forma privada, e os que não podem pagar, ficando a mercê de políticas focalizadas

ofertadas por um Estado mínimo. Além disso, como parte desse cenário, contamos com o apelo à solidariedade e práticas filantrópicas do terceiro setor, enquanto práticas neoliberais e ofertadas pelo mercado.

Teixeira (1996, p. 233) afirma que para o neoliberalismo apenas o mercado é capaz de solucionar os problemas sociais e “[...]desde que o Estado cuide dos direitos de propriedade e reforce os contratos privados, o mercado, por si só, promoverá a distribuição eficiente dos recursos e, assim, o bem estar geral da sociedade.”

Netto (2011) pontua que para garantir a disponibilidade do trabalhador e a produtividade, o Estado é obrigado a proporcionar a reprodução da força de trabalho, através da execução de políticas públicas, operando como comitê executivo da burguesia.

As medidas adotadas, em 2003, pelos Estados Unidos, tais como a quebra das barreiras comerciais, privatização dos serviços públicos, participação das empresas estrangeiras, abriram caminho para facilitar o acesso ao processo de mundialização do capital, por meio da abertura de fronteiras, sobretudo, no que concerne ao serviços públicos, transportes, dentre outros, que venham a auxiliar o investimento estrangeiro no território americano.

Nos países latinoamericanos, preservando-se suas particularidades, ocorreu o processo de Reforma do Estado, flexibilização do mercado de trabalho, reestruturação produtiva e desregulação da economia. A contrarreforma do Estado no Brasil ocorreu a partir da década de 90, com os presidentes Fernando Collor de Mello e Fernando Henrique Cardoso(FHC) sob os ditames das medidas de ajustes estruturais do Consenso de Washington (Teixeira, 1996). Posteriormente, seguindo o caminho traçado anteriormente e dando seguimento à contrarreforma do Estado, tivemos os governos social-liberal de Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff e o governo ultraliberal de Michel Temer e Jair Messias Bolsonaro(Bravo e Correia, 2020).

As políticas neoliberais no Brasil, na década de 1990, são materializadas tanto através do desmonte da legislação trabalhista, quanto das políticas sociais. O cenário, após a redemocratização, incita o avanço das políticas focalizadas, que tiveram seu início no governo de Fernando Collor de Mello, com uma política

de ajuste fiscal e continuidade nos governos posteriores.

O país vivenciava um descontentamento, em virtude, sobretudo, da economia que estava em desequilíbrio, desde a crise dos anos 80, sendo esse um dos motivos pelos quais o governo Collor não possuía suas bases fortalecidas junto à burguesia. Com o objetivo de aumentar as reservas econômicas e equilibrar a economia foi adotado o Plano Collor, o qual teve como consequência o aprofundamento da recessão e o aumento do desemprego (Behring, 2008). Frente à tentativa de reestruturação da economia, ocorreu, desde o início da crise, a abertura comercial mais importante, com reforço das privatizações, além do avanço do ajuste fiscal, explicitando características semelhantes aos governos neoliberais.

Com o impeachment de Collor, Itamar Franco, o vice, assume a presidência, e sofre pressões para realizar uma reforma na Constituição Federal de 1988, em especial nos direitos relacionados à saúde (Soares, 2020). Contudo, as reivindicações dos movimentos sociais, impediram que isto se concretizasse. No governo Itamar ocorreu que “(...)parte dos recursos que seriam destinados à saúde foram retidos pelo Ministério da Previdência Social o que ocasionou uma queda dos investimentos da ordem de 36%, no período de 1990 a 1992” (Soares, 2020, p.64).

Após o governo Itamar Franco, tendo sua eleição pautada na criação de um modelo econômico, assumiu a presidência Fernando Henrique Cardoso. Todavia, o seu governo foi caracterizado pela adoção de medidas para contenção dos gastos públicos com a Seguridade Social, por meio da criação da Emenda Constitucional nº20/1998 junto à criação do Fundo Social de Emergência (FSE) que “subtraíram direitos à aposentadoria e recursos da Seguridade Social, para direcionar os trabalhadores a aquisição de fundos privados” (Silva et al, 2017, p.61).

De acordo com Behring (2008) o projeto neoliberal no Brasil, acarretou para a classe trabalhadora, um grande retrocesso e o agravamento das desigualdades sociais, expressa na privatização dos serviços públicos, flexibilização das condições de trabalho e a mudança no papel do Estado. No campo da proteção social, um ajuste fiscal com perdas de direitos sociais, em decorrência,

sobretudo, das orientações do Fundo Monetário Internacional e do Banco Mundial.

A partir disso, foi construído em 1995, o “Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado”, pelo ministro Bresser Pereira, que redefiniu o papel do Estado, ao agregar os pressupostos neoliberais. O documento traz que

[...] reformar o Estado significa transferir para o setor privado as atividades que podem ser controladas pelo mercado. Daí a generalização dos processos de privatização de empresas estatais. Neste plano, entretanto, salientaremos um outro processo tão importante quanto, e que, no entanto, não está tão claro: a descentralização para o setor público não-estatal da execução de serviços que não envolvem o exercício do poder de Estado, mas devem ser subsidiados pelo Estado, como é o caso dos serviços de educação, saúde, cultura e pesquisa científica. Chamaremos a esse processo de “publicização” (BRASIL, 1995, p.12-13).

Sob este prisma, através da privatização dos serviços públicos, desfinanciamento das políticas sociais e ajuste fiscal, ocorreu o processo de focalização, seletividade das políticas, além da refilantropização, pautada numa lógica de seletividade para acesso aos serviços, contando para isso, com o “terceiro setor”, Organizações Não-Governamentais (ONGs), fundações, Organizações Sociais(OS), associações, etc (Netto, 2004).

[...] o terceiro setor tem se revelado um importante instrumento do projeto capitalista de cortar ao limite as funções sociais estatais legitimadoras, mostrando-se não só compatível, mas funcional à reestruturação comandada pelo capital, ademais de haver claros indícios sobre o papel de desmobilização democrático-popular desempenhado pelas ONGs.” [...]” (Ibidem, p.74).

Montão (2002) afirma que o “terceiro setor”, no contexto da reestruturação do Estado, é um fenômeno que visa a mercantilização das políticas sociais e a redução do papel do Estado, realizado através de empresas “sem fins lucrativos”. Porém, o que realmente está por trás do conceito do “terceiro setor” é

[...] a diminuição dos custos da atividade social – não pela maior eficiência destas entidades, mas pela verdadeira precarização, focalização e localização destes serviços, pela perda das suas dimensões de universalidade, de não-contratualidade e de direito do cidadão – desonerando o capital (Montão, 2002, p. 47-48).

Fica evidente que, no mundo, o neoliberalismo ocasionou impactos no trabalho, sobretudo com a incorporação de novas (velhas) relações de trabalho, bem como a perda de direitos trabalhistas. Dessa maneira, podemos afirmar que as agendas governamentais são marcadas pelo desmonte do Estado e um amplo programa de privatizações, visando a recuperação dos lucros por parte do capital.

Depreende-se que a crise do capital é de superprodução, marcada, sobretudo, por superlucros. Carcanholo(2010, p.1) afirma que o modo de produção capitalista apresenta uma crise cíclica, enquanto fator inerente à sua reprodução. Frente à crise crônica e permanente do capital, a burguesia utiliza mecanismos que recaem nas diversas esferas da vida social, política, econômica e no campo do trabalho, evidenciando a miséria e o caráter destrutivo do capitalismo.

O mercado, tido como central no atendimento das necessidades da população, transforma os serviços públicos em mercadorias, ao mesmo tempo em que mostra o predomínio dos interesses do capital. Como exemplo, podemos citar, o governo do ex-presidente, Jair Messias Bolsonaro, no qual tivemos a expressão máxima do ultraneoliberalismo, pela via da ampliação dos serviços assistenciais através da iniciativa privada e o processo de contrarreforma do Estado.

Portanto, estamos diante do momento mais dramático para os trabalhadores(as) desta saga ortodoxa e destrutiva: o ultraneoliberalismo. O discurso é muito semelhante ao dos anos 90: a crise é do Estado e é necessário que “cada um faça a sua parte” no processo de socialização dos seus custos. Mas no mundo real, ontem e hoje ainda mais, quem paga a conta são os(as) trabalhadores(as), o que se evidencia no recrudescimento dos indicadores sociais brasileiros, destacadamente nos últimos quatro anos (Behring, Cislighi, e Souza, 2020, p 106).

Diante disso, no próximo capítulo será abordado o processo de construção do SUS, através da luta travada e da Reforma Sanitária, assim como os efeitos do neoliberalismo no campo da saúde pública, com especial destaque para os “novos” modelos de gestão, trazendo o cenário da crise sanitária.

3 CONTRARREFORMAS NEOLIBERAIS E OS “NOVOS” MODELOS DE GESTÃO DO SUS

Este capítulo tem por objetivo analisar a trajetória de construção do SUS, além das tendências de contrarreforma da política de saúde brasileira no cenário contemporâneo. Para isso, partimos das lutas em defesa de uma política de saúde universal, através de uma análise sócio-histórica no Brasil, procurando ressaltar os caminhos dessa política durante o governo negacionista do ex-presidente, Jair Messias Bolsonaro e os impactos na saúde e condições de trabalho de assistentes sociais na pandemia.

3.1 Trajetória de construção do SUS

Ao tratarmos especificamente dos modelos de gestão do SUS, faz-se necessário a contextualização da criação do SUS, a chegada do neoliberalismo e o impacto com a criação dos “novos modelos de gestão”. A Constituição Federal de 1988 (CF/88) encontra-se estruturada no reconhecimento de diversos direitos, dentre eles, o direito à saúde para todos, como dever do Estado, que é executado através de políticas públicas e sociais, alterando o modelo anterior, que dava cobertura apenas àqueles que fossem segurados da Previdência Social.

Apesar dos entraves, o SUS é uma conquista da sociedade e de um amplo processo de luta dos trabalhadores em prol do direito à saúde no Brasil. Foi implantado no país, como uma proposta resultante do Movimento de Reforma Sanitária, que lhe imprimiu o caráter de sistema em contínuo processo de aperfeiçoamento e que busca qualificar seus serviços, sendo composto por ações e serviços de saúde pública, cuja atuação perpassa as esferas municipal, estadual e federal.

Segundo Aguiar (2011), até meados de 1988, o sistema de saúde do nosso país estava dividido em três grupos: os serviços de saúde privados, os previdenciários, e os serviços que estavam voltados à filantropia. Neste cenário, o SUS foi criado com o objetivo de promover e cuidar da saúde de todos, bem

como oferecer um atendimento igualitário, colocando a saúde no patamar de direito social básico, e que se materializa através de ações para prevenção, promoção e assistência. Surgiu, portanto, do reconhecimento da saúde enquanto direito a ser efetivado e garantido mediante políticas públicas.

Dessa forma, tendo por base os preceitos fundamentais, contamos com a implementação do sistema e o direito à saúde sob os princípios da universalidade, equidade e da integralidade. Ademais, como princípios organizativos temos: descentralização, regionalização, hierarquização do sistema e a participação, objetivando a democratização das ações e serviços de saúde, buscando garantir o direito a todos independente de contribuição com a previdência social (BRASIL, 1990).

Diante do exposto, neste capítulo apresentaremos a configuração da assistência à saúde no Brasil, pontuando as lutas sociais e o papel do Estado nesse cenário. A explanação possibilitará o entendimento do caminho percorrido para a conquista da saúde enquanto direito, compreendendo que, desde o surgimento, o SUS apresenta diferentes projetos em disputa, e estamos nos referindo a um sistema em construção.

Com relação ao direito à saúde, do período da Colonização até a República, o foco da saúde era o controle de doenças, com baixa cobertura, conforme afirma Bertolli Filho (1996). Os indivíduos que possuíam baixo poder aquisitivo, a assistência era realizada pelas Santas Casas de Misericórdia. Em contrapartida, os que possuíam elevado poder aquisitivo, buscavam atendimento nas clínicas que estavam surgindo ou na Europa.

No decorrer do século XX, ocorreram as primeiras intervenções do Estado brasileiro e o surgimento das primeiras medidas no campo da proteção social, em especial, a partir da década de 1930 com o crescimento da urbanização (Behring e Boschetti, 2016). Nesse contexto, a classe trabalhadora estava sendo submetida a um amplo processo de exploração, jornadas de trabalho extenuantes, precárias condições de moradia e saúde. O Estado, frente às reivindicações da classe trabalhadora, precisou intervir na “questão social” para sua legitimação e do empresariado, além do controle da ordem. Entraram em cena, portanto, as demandas postas pela classe trabalhadora como questão

política, exigindo respostas para além da caridade, filantropia e repressão (Iamamoto e Carvalho, 2014).

No Brasil, particularmente no governo de Getúlio Vargas, a partir de 1930, temos uma legislação trabalhista, fruto de um processo de luta e pressões da classe trabalhadora, que garantiu o direito a descanso semanal, férias, redução da jornada de trabalho, dentre outros direitos. Esse período foi marcado por medidas pontuais e assistencialismo quando se trata da concessão de serviços de saúde. O Estado burguês, através de um caminho político que controlava a classe trabalhadora, pretendia integrar os trabalhadores à ordem burguesa. No Brasil, tivemos o getulismo, na Argentina, o peronismo, fenômenos políticos da expansão industrial que começava a dar os primeiros passos na América Latina (Antunes, 2011).

No que concerne à política de saúde no Brasil, podemos afirmar que a intervenção do Estado ocorreu no século XX, mais especificamente a partir de 1930, de forma desorganizada, tendo como eixos: saúde do trabalhador, saúde pública e a medicina previdenciária. A saúde do trabalhador, com a criação do Ministério do Trabalho, conseguiu se desenvolver, porém não recebeu, por parte dos órgãos responsáveis pela saúde pública, grandes enfoques ou destaques (Paim, 2009). A saúde pública possibilitou, através da criação de centros de saúde e propostas de educação sanitária, maior cobertura para a população, tanto rural quanto urbana. Com relação à medicina previdenciária, por meio da Lei Eloy Chaves criada em 1923, sucederam as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), e sua expansão com a criação do Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAPs) reunidas no Instituto Nacional de Previdência Social em 1966. Na esfera da assistência à saúde previdenciária, cada profissão possuía seu IAP, porém, a assistência médica era assegurada mediante contribuição mensal (Paim, 2009).

Portanto, os(as) trabalhadores(as) que não estivessem dentro dos critérios de acesso, poderiam buscar atendimento nas instituições filantrópicas ou procurar pelos serviços médicos. Cunha e Cunha (1998) pontuam a importância do Estado em prol da medicina previdenciária, deixando em segundo plano a saúde pública. Afirmam que a participação do Estado, tanto no financiamento, quanto na

administração dos institutos, expressava uma preocupação com o acúmulo de reservas financeiras, não com a efetiva prestação de serviços para a população. Logo, podemos compreender que os superávits se transformaram em instrumento do Estado.

De acordo com Bertolli Filho (1996), foram criados vários órgãos da saúde, tal como o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em 1942, cujo objetivo era assistência médica aos trabalhadores convocados para a produção da borracha na Amazônia. Tivemos, ademais, a ampliação dos serviços públicos vinculados ao setor privado por meio da compra de serviços para os segurados. O autor ressalta que, a ampliação dos serviços privados, através das vendas operadas pelos seguros de saúde, os quais ofereciam seus planos no mercado, contribuiu com a intensificação desse cenário. Nesse caso, era assegurado tanto aos sócios, quanto aos familiares, por meio de uma contribuição mensal, o acesso a consultas e exames, sobretudo a partir do golpe civil-militar no Brasil.

Os impactos do golpe militar na política de saúde puderam ser sentidos no financiamento, voltado para o atendimento individual, redução de verbas, em detrimento de medidas de saúde pública e de caráter preventivo. Bertolli Filho (1996) ressalta que a saúde era vista enquanto um fator de produtividade e de investimento econômico, e o Ministério da Saúde privilegiava a saúde como elemento individual e não como fenômeno coletivo.

Paim (2009) afirma que a desorganização, a ineficácia dos serviços públicos, baixa cobertura, má distribuição, se configuraram como as principais características da saúde pública. Segundo o autor, mesmo com a criação do Sistema de Vigilância Epidemiológica (1975) e do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), “o não-sistema” de saúde do período era corrupto, autoritário e injusto (Ibidem, p.39).

Durante o período de 1968 a 1975 contávamos com o restabelecimento da saúde individual e coletiva, por meio do financiamento da previdência social, realizada através construção e/ou reformas de hospitais privados e clínicas, a ampliação de faculdades de medicina pelo país, aumentando a demanda por consultas. Essas foram as principais orientações da política de saúde no período do “milagre” brasileiro (Luz, 1991).

É evidente que, com relação ao período anterior, houve pouca alteração no que concerne à assistência à saúde. A cobertura da assistência previdenciária foi ampliada para os trabalhadores da zona rural e domésticos, ficando de fora desse campo de proteção, os trabalhadores informais. É justamente neste período que, com a criação do INPS, ocorre a unificação dos IAPs, sem a representação da classe trabalhadora, desmobilizando o campo de forças políticas.

Além disso, na ditadura empresarial militar ocorria o investimento no setor privado, a partir do financiamento público da previdência social, mantendo, portanto, o seu caráter meritocrático. Conforme afirma Paim (2009), a saúde se apresentava de forma desorganizada, com certa omissão do poder público, uma espécie de “não-sistema de saúde”, cabendo aos sujeitos a responsabilidade pelos seus adoecimentos e acidentes, assim como de seus familiares, pois o direito à saúde e a condição de cidadania não caminhavam juntos. Percebe-se, portanto, uma baixa intervenção do Estado na assistência à saúde da população.

Bertolli Filho (1996) afirma que, no Brasil, as políticas públicas não eram prioridade na agenda do Estado ao longo dos anos, o que contribuiu com a crise da saúde pública, cujo cenário era marcado, por exemplo, por mortes sem socorro especializado e precário estado dos hospitais. Convivia-se com um cenário marcado pela ampliação de epidemias, além da dengue, surtos de cólera e um índice significativo de pessoas com doenças de chagas, tuberculose e problemas de saúde mental.

As lutas das organizações populares pela melhoria das condições de vida surgem justamente no contexto de precárias condições da classe trabalhadora na década de 1970. Tais lutas são organizadas através dos conselhos populares de saúde, enquanto espaço de organização e luta coletiva em prol dos serviços públicos, centros de saúde e construção de hospitais, assessorados por médicos e padres sanitaristas.

Nessa conjuntura, marcada pela redemocratização e efervescência dos movimentos sociais, no final da década de 1970, nasceu o Movimento Reforma Sanitária (RSB), com críticas, sobretudo, à ditadura empresarial militar. O movimento contou com a participação de diferentes entidades da sociedade civil que reivindicavam a responsabilidade do Estado frente ao agravamento das condições

de vida e trabalho da população, e, sobretudo, o acesso universal à saúde. Paim (2008) afirma que a RSB não é uma mera política social ou de saúde, é uma constituinte de um projeto de reforma social. Podemos citar como principais contribuições da RSB, o reconhecimento da saúde, e o foco na melhoria das condições de saúde da população. Segundo o autor, o movimento auxiliou na

[...] difusão da consciência do direito à saúde, vinculado à cidadania, e para a realização parcial de uma reforma democrática de Estado, sobretudo ao criar dispositivos de participação social e controle público sobre o Estado e governos (Conselhos e Conferências de Saúde), de descentralização e de pactuação das relações inter-governamentais no contexto da Federação[...] (Ibidem, p.326).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, representou um marco das lutas dos movimentos sociais pela saúde pública. Tal conferência foi aberta à sociedade e contou com a participação popular na construção da política de saúde, propondo a Reforma Sanitária, e ratificando a saúde como um direito de todos e dever do Estado e resultante das condições de vida e trabalho, alimentação, educação, renda, moradia, dentre outros (Bravo, 2006).

A conferência representou um marco, por meio dos debates, com a participação de entidades representativas, como sindicatos e associação de profissionais, assumindo outra dimensão, extrapolando os fóruns específicos, como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Associação Brasileira em Saúde Coletiva, Medicina Preventiva e Saúde Pública (Ibidem, 2006).

Por meio da construção do relatório final da conferência, tivemos a elaboração do artigo 196, direito à saúde, inscrito na Constituição Federal de 1988. O SUS foi criado, portanto, a partir da década de 1990. A saúde passa, portanto, a ser reconhecida como direito de todos e dever do Estado, mediante a formulação e execução de políticas sociais e econômicas, que possam garantir o acesso universal e igualitário. É dever do Estado a garantia do direito à saúde, conforme afirmado, ao mesmo tempo em que é uma responsabilidade da sociedade. A saúde possui como diretriz a descentralização político-administrativa, atendimento universal e a participação popular.

Art. 196. 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. Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1998).

Frente à conjuntura apresentada, observa-se que a saúde passou a ser compreendida considerando as condições de vida e trabalho, conforme o art.3º da lei 8.080/1990, “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”, os quais interferem no processo saúde-doença. Visando a promoção, prevenção e a recuperação da saúde, a política de saúde deve ser pensada a partir de uma perspectiva intersetorial, de articulação com as políticas sociais. Sob a execução das esferas federal, estadual e municipal, atendimento integral com destaque para a prevenção dos agravos à saúde, participação popular nos espaços de controle social, através de conselhos e conferências, é a partir desse conjunto de ações que o SUS é constituído.

A saúde passa a ser de responsabilidade do poder público, ficando a participação complementar para a iniciativa privada. O SUS engloba a atenção básica, média e de alta complexidade, assistência hospitalar e ambulatorial, urgência e emergência, vigilância epidemiológica, sanitária, farmacêutica, dentre outros. No mundo, o Sistema Único de Saúde é conhecido pelos cuidados gratuitos no combate ao câncer, doenças crônicas, combate ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), tuberculose, hanseníase, saúde mental, dentre outros.

O direito à saúde é fruto da luta e efervescência da classe trabalhadora e sua conquista foi atravessada por disputas de projetos opostos: a defesa da Reforma Sanitária de um lado, e de outro lado, a privatização dos serviços de saúde formada por grupo empresariais liderados pela Associação de Indústrias Farmacêuticas e a Federação Brasileira de Hospitais (Bravo, 2006).

Por se tratar de uma política pública universal, o SUS está em constantes disputas no que concerne a sua garantia enquanto direito social, se configurando como campo de luta dos movimentos sociais para a sua viabilização, o que será

abordado no próximo tópico

3.2 A relação público/privado na assistência à saúde no Brasil

Com a constituição Federal de 1988, as políticas sociais adquirem um novo patamar. De maneira inédita, tínhamos os direitos sociais garantidos, e o acesso universal às políticas, pois estas estavam inseridas na Constituição. Todavia, as inovações da Constituição se colocam na contramão da tendência mundial materializada na perspectiva neoliberal que vai ter implicações e rebatimentos no cenário sócio-político e econômico nacional, especialmente a partir da década de 90, que inicia um processo de desmonte desses direitos sociais com a chegada do neoliberalismo:

[...] se dá a integração do Brasil à ordem econômica mundial, nos anos iniciais da década de 90, sob os imperativos do capital financeiro e do neoliberalismo, responsáveis pela redefinição das estratégias de acumulação e pela reforma do Estado. Na prática, isso se traduz em medidas de ajuste econômico e retração das políticas públicas de proteção social, numa conjuntura de crescimento da pobreza, do desemprego e do enfraquecimento do movimento sindical, neutralizando, em grande medida, os avanços e conquistas sociais alcançadas pelas classes trabalhadoras nos anos 80(Mota et al, 2009, p. 4).

A Constituição Federal emergiu em uma conjuntura marcada pela contradição: de um lado, como resultante das lutas por direitos sociais da classe trabalhadora e, por outro, num cenário de reestruturação produtiva, caracterizado, no campo político, pelo avanço do neoliberalismo e, conseqüentemente, desmonte dos direitos sociais. O neoliberalismo, através das orientações do FMI (Fundo Monetário Internacional) e do BM (Banco Mundial), recomenda diversas propostas de ajustes sob a justificativa de retomada do desenvolvimento, mediante apropriação do fundo público para o capital e a redução do papel do Estado.

Com relação à política social no Brasil, Fagnani (2011) afirma que a mesma encontra-se inserida entre tensões e paradigmas que estão presentes desde a década de 90. A redução do papel do Estado na agenda das instituições internacionais não era compatível com alguns princípios da Constituição de 1988, tais como: focalização versus universalização; privatização versus serviço público;

contratação flexível versus direitos trabalhistas.

Os rebatimentos da contrarreforma do Estado são visíveis na política de saúde que tem convivido com ataques por parte do Estado neoliberal, dentre os quais, podemos citar a ampliação da privatização, que conta com a participação de organizações sem fins lucrativos para a gestão privada. No caso do Brasil, uma das formas operadas de contrarreforma na política de saúde ocorreu por meio dos “Novos Modelos de Gestão” operacionalizados através da criação das Organizações Sociais (OS) e das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs).

As Organizações Sociais são o ponto central do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRE). Tal plano afirma que a saída para incapacidade do Estado na administração das instituições encontra-se na gestão através das OS e Fundações. Com um discurso de crise fiscal do Estado se propõe um conjunto de medidas reformistas, que de acordo com Behring (2008), trata-se de um processo de contrarreforma, uma vez que a palavra reforma é pertinente às ações de contestação à hegemonia do capital, na finalidade de garantir direitos, reduzir desigualdades sociais.

Com o PDRE, defende-se que o objetivo é a transferência de bens e serviços públicos para o terceiro setor, visando o aprimoramento para atenuar disfunções operacionais, além de maximizar os resultados da ação social em geral (BRASIL, 1998). Além de apresentar como argumentos a ineficiência do Estado, propõe um “terceiro setor”, ou seja, entre o Estado e a sociedade emerge um novo setor público, novo, não-estatal. Nesse sentido, caberia ao Estado, portanto, a formulação das políticas sociais, e a execução, ficaria sob a responsabilidade do setor privado.

A chamada “parceria” não é outra coisa senão o repasse de verbas e fundos públicos no âmbito do Estado para instâncias privadas, substituindo o movimento social pela ONG. E essa verdadeira transferência de recursos públicos para setores privados não ocorre sem uma clara utilidade política governamental. O Estado é, portanto mediante legislação (leis como do “voluntariado”, do terceiro setor”, das Oscip, das “parcerias”) e repasse de verbas, um verdadeiro subsidiador e promotor destas organizações e ações do chamado “terceiro setor” e da ilusão do seu serviço (Montão, 2010, p. 146).

O objetivo é publicizar os serviços considerados pelo PDRE como não exclusivos do Estado, por meio do aumento da eficiência dos mesmos. A ideia é a transferência para o setor público não estatal, os quais assumirão a forma de Organizações Sociais.

Importa inicialmente destacar que as OS não se conformam como um novo tipo de pessoa jurídica, ou seja, esta condição significa ter apenas um título jurídico especial, conferido pelo poder público em vista do atendimento a requisitos gerais de constituição e funcionamento previstos expressamente em lei. O Estado permanece com o financiamento das atividades públicas, absorvidas pelas OS qualificadas para tal, e as mesmas serão responsáveis pelos resultados pactuados mediante os contratos de gestão (Moraes et al, 2018, p.4).

Com relação às instituições que pretendem ser qualificadas como OS, a Lei 9.637/98, art. 2º, estabelece que é necessário apresentar os seguintes requisitos:
I - comprovar o registro de seu ato constitutivo, dispondo sobre:

- a) natureza social de seus objetivos relativos à respectiva área de atuação;
- b) finalidade não lucrativa, com a obrigatoriedade de investimento de seus excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades;
- c) previsão expressa da entidade ter, como órgãos de deliberação superior e de direção, um conselho de administração e uma diretoria definidos nos termos do estatuto, asseguradas àquela composição e atribuições normativas e de controle básicas previstas nesta Lei;
- d) previsão de participação, no órgão colegiado de deliberação superior, de representantes do Poder Público e de membros da comunidade, de notória capacidade profissional e idoneidade moral;
- e) composição e atribuições da diretoria;
- f) obrigatoriedade de publicação anual, no Diário Oficial da União, dos relatórios financeiros e do relatório de execução do contrato de gestão;
- g) no caso de associação civil, a aceitação de novos associados, na forma do estatuto;
- h) proibição de distribuição de bens ou de parcela do patrimônio líquido em qualquer hipótese, inclusive em razão de desligamento, retirada ou falecimento de associado ou membro da entidade;

i) previsão de incorporação integral do patrimônio, dos legados ou das doações que lhe foram destinados, bem como dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, em caso de extinção ou desqualificação, ao patrimônio de outra organização social qualificada no âmbito da União, da mesma área de atuação, ou ao patrimônio da União, dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, na proporção dos recursos e bens por estes alocados;

II - haver aprovação, quanto à conveniência e oportunidade de sua qualificação como organização social, do Ministro ou titular de órgão supervisor ou regulador da área de atividade correspondente ao seu objeto social e do Ministro de Estado da Administração Federal e Reforma do Estado (BRASIL, 1998).

Com a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva (2003–2010), do Partido dos Trabalhadores, a esperança estava voltada para a afirmação dos direitos dos(as) trabalhadores(as) e expansão das políticas sociais, visto que, pela primeira vez, um representante da classe operária brasileira foi eleito. Todavia, como ressalta Menezes (2014), foi um governo de “conciliação de classes”, no qual a “sua orientação política geral é burguesa”.

Posteriormente, no governo de Dilma Rousseff (2011–2016), também do mesmo partido, foi incorporada uma posição de compromisso com o projeto neoliberal, caracterizada por medidas de enxugamento do orçamento público e ausência de medidas do governo para o social, tal como ocorreu no governo anterior.

A partir de 2016, teve início o governo do presidente ilegítimo, Michel Temer, após a destituição da presidenta Dilma Rousseff. Tal período foi marcado pela ascensão de um projeto de governo ultraneoliberal (Antunes, 2018), cujos princípios e caráter estavam articulados e projetados pela burguesia nacional e pelo capital internacional.

No Brasil, o neoliberalismo vem se materializando através da focalização, seletividade e precarização. Aliado a isso, o país contava com a Emenda Constitucional n.95 de 15 de dezembro de 2016 (BRASIL, 2016), que congelava os gastos primários com a Saúde e Educação por 20 anos, estabelecendo um regime financeiro caracterizado pela expropriação do fundo público para grandes

corporações financeiras.

Na época da aprovação da Emenda citada, o ministro da saúde afirmou que o país não conseguiria manter os custos que estavam previstos na Constituição Federal de 1988 (Bravo et al, 2018). Essa foi uma das principais medidas de austeridade fiscal adotadas pelo governo ilegítimo, ao assumir a presidência após o golpe midiático, jurídico e político.

Porém, o processo de privatização da saúde não teve início no governo ilegítimo de Michel Temer, uma vez que as disputas entre os distintos projetos na saúde ocorriam antes da Constituição Federal de 1988, e estavam conectadas às mudanças operadas mundialmente e à inserção do país na ordem econômica. Dentre os projetos em disputa podemos destacar: Projeto de Reforma Sanitária, Projeto Privatista e Projeto Reforma Sanitária Flexibilizada (Ibidem, 2018).

Com relação ao Projeto de Reforma Sanitária, merece particular atenção, pois foi constituído a partir de meados da década de 1970, tendo nas suas bases de estruturação as lutas populares em prol do direito público à saúde. Esse movimento defendia a saúde como direito social, garantido através de políticas públicas intersetoriais e ações qualitativas em saúde, buscando responder às necessidades da população, por meio da intervenção do Estado (Bravo, 1996).

No que se refere ao Projeto Privatista, o mesmo ganha corpo no período da ditadura militar, mais especificamente na década de 1960, sendo configurado pela lógica do mercado e vinculação ao capital financeiro internacional, tendo como base de intervenção os "Novos Modelos de Gestão".

E por fim, o Projeto de Reforma Sanitária Flexibilizada, configurado pelo Projeto do SUS é possível, e caracterizado por "... arranjos institucionais, mecanismos gerenciais e responsabilização dos profissionais para a adequação da política de saúde às exigências de uma política de rebaixamento da proposta inicial do Projeto da Reforma Sanitária "(Bravo et al, 2018, p. 2).

A contrarreforma no âmbito do Estado, adotada no governo de FHC, contou com continuidades durante o governo do Partido dos Trabalhadores(PT). Behring (2018) afirma que o governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) marca a primeira fase do neoliberalismo no Brasil, por meio da implementação do plano de ajuste fiscal, bem como a elaboração do Plano Real. Nesse processo, destacamos

a elaboração, por Luiz Carlos Bresser Pereira, do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, conforme citado anteriormente.

Nesse caso, o papel do Estado estaria voltado para o financiamento e oferta de serviços, sem ofertá-los diretamente. O caminho para ampliação dos interesses privados dentro do setor público foi a constituição de um terceiro setor público não estatal, surgindo os contratos de gestão e parcerias, ou seja, trata-se de uma privatização por dentro do SUS, através do repasse do fundo público e fortalecimento do setor privado, privatização não clássica vivenciada atualmente nas esferas estadual e nacional(Granemann, 2011).

Nesse formato, em prol da contratualização da gestão dos serviços realizados por terceiros, o Estado abdica de ser o executor da política de saúde. A partir disso, são instituídas as terceirizações, publicizações e parcerias público-privadas (PPPs) dos serviços públicos de saúde, uma vez que o Estado incorpora novas atribuições, e, no campo normativo, as parcerias público-privadas passam a ganhar espaço. A execução das PPPs na saúde pública suscita o debate sobre o fundo público e a alocação por parte do capital, além da transparência nos serviços de saúde(Soares, 2010).

É importante ressaltar que no governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, não ocorreu o rompimento da lógica de atendimento aos interesses do mercado, não sendo apresentado outro projeto alternativo ao país. No campo da saúde pública, a lógica funcional de atendimento às necessidades do capital persistiu, através das políticas focalizadas, vinculação com o mercado, e a continuidade da política de ajuste fiscal.

O Banco Mundial apresentou diversos documentos, tais como *“Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro: Fortalecendo a Qualidade dos Investimentos Públicos e da Gestão de Recursos”* e *“20 anos da Reforma do Sistema de Saúde do Brasil: uma avaliação do Sistema Único de Saúde”*. Tais documentos contribuíram com mudanças no SUS e foram aprovados no governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva.

No que concerne ao movimento sanitário, a partir de 2008, o debate em torno da atualização da Reforma Sanitária estava sendo pautado por entidades representativas da saúde, porém sem a preocupação com a superação do

capitalismo (Bravo e Menezes, 2013). Compreende-se que, durante o governo de Michel Temer, ocorreu um processo de aceleração da contrarreforma objetivando a destruição dos direitos historicamente conquistados pela classe trabalhadora.

Documentos como *Uma Ponte para o Futuro* (FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES, 2016), *Agenda Brasil* (Calheiros, 2006) e *Travessia Social* (FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES, 2016) vão se configurar como instrumentos importantes para aceleração desse processo de desmonte. É durante o governo ilegítimo de Michel Temer que o BM lança, em 2017, o documento *Um Ajuste Justo: Análise da eficiência e da equidade do gasto público no Brasil*, no qual é proposto um Estado mínimo, com uma política de saúde seletiva e focalizada.

Mais recentemente, o governo do ex-presidente Jair Messias Bolsonaro, ao se aproveitar dos caminhos trilhados por Michel Temer, pautou suas ações numa perspectiva de contrarreformas e destruição de direitos. Convivia-se com o aprofundamento do desmonte do SUS, através do desfinanciamento da política de saúde, além da ampliação das parcerias público-privadas e a extinção do Programa Mais Médicos.

Santos e Silva (2020) afirmam que o Brasil seguia as orientações dos organismos internacionais, como é o caso do Banco Mundial, ao defender a focalização, realizar críticas ao SUS e à universalidade da saúde. O documento do Banco Mundial, *Proposta de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro*, defende a importância da redução de investimentos na Atenção Básica, além da proposta de redução da cobertura universal da saúde, se contrapondo ao princípio de universalidade. O ex-presidente caminhava com a agenda de contrarreforma da saúde, legitimando a exclusão de grupos do acesso aos direitos. As críticas, tanto do presidente, quanto dos integrantes do governo, às pessoas LGBTQIA+, quilombolas, indígenas, portadores de HIV/Aids buscavam uma construção ideológica de destruição de direitos, típico de um governo neoconservador.

Se contrapondo a esse cenário de exclusão, o presidente Luiz Inácio Lula da Silva foi eleito em 2022, para representar os anseios da população e tentar, em parte, reverter os desmontes do governo anterior. Porém, desde o princípio, vem enfrentando inúmeros desafios, a começar pela correlação de forças, formada por

um Congresso Nacional de maioria conservadora e a política econômica de austeridade. Logo após a vitória nas eleições, o presidente pressionou imediatamente por uma alteração no orçamento de 2023 que criasse espaço para o retorno do programa social Bolsa Família e para a ampliação do investimento público e a reconstrução de vários programas sociais dos seus mandatos anteriores.

Inicialmente, contrariando a expectativa de que em 2023 o orçamento do SUS seria reduzido em cerca de R\$22,7 bilhões em relação a 2022, houve, em parte, a recuperação do financiamento do SUS. Esse aumento no orçamento do SUS se traduziu, em 2023, por exemplo, na ampliação do “Programa Farmácia Popular”, possibilitando o acesso gratuito a mais de 40 medicamentos para 55 milhões de pessoas, além de mais 28 mil vagas no programa “Mais Médicos”, trazendo benefícios para 96 milhões de pessoas (Narvai, 2023).

No entanto, concordamos com Behring (2023) ao afirmar que, desde a década de 1990, convive-se com um ambiente de ajuste fiscal permanente que se aliou ao desfinanciamento das políticas públicas. Embora o governo Lula tenha aprovado, em 2023, um novo regime fiscal que substitui a EC 95, ainda é uma regra que determina, ano a ano, a redução do peso do gasto público no Produto Interno Bruto (PIB). Somado a isso temos o compromisso com a obtenção de superávits fiscais primários crescentes (para pagamento dos juros da dívida pública) reforçando a austeridade e exigindo grande aumento da arrecadação tributária.

Uma coalizão liderada pela Presidenta do PT, Gleisi Hoffmann, e pelo Presidente do Senado, Rodrigo Pacheco, e, sobretudo, a pressão dos movimentos sociais, contribuiu com a extinção da EC 95, com a condição de que um novo regime fiscal fosse aprovado pelo Congresso Nacional até agosto de 2023. Porém, nesse embate, a proposta do Ministro da Fazenda Fernando Haddad, foi “vitoriosa”, com o chamado Regime Fiscal Sustentável (RFS).

Esse Novo Arcabouço Fiscal (NAF) limita o crescimento anual das despesas primárias federais a um novo teto móvel equivalente a 70% do crescimento anual previsto nas receitas tributárias, até um aumento máximo de 2,5% ao ano. Isso significa, por exemplo, que as pastas da saúde e da educação podem perder nos próximos nove anos, a depender da luta de classes, até 504 bilhões de reais

(Carta Capital, 2024).

O NAF, ainda que mais flexível no ajuste fiscal quando comparado à EC 95, segue a política de austeridade, ao impor entraves permanentes para o crescimento dos gastos públicos sociais no âmbito da União, como o impedimento de acompanhar a variação das receitas governamentais. Tudo isso para viabilizar a retomada de resultados primários positivos, a fim de garantir a sustentabilidade da dívida pública e a captura do fundo público para o pagamento de juros e encargos para os rentistas (Salvador, 2024, p.11).

3.2.1 Gerencialismo e as incidências na política de saúde

Ao analisarmos o processo de contrarreforma operada no âmbito da política de saúde, faz-se necessário destacar o papel do Estado na dinâmica de reprodução do capitalismo, sobretudo para a compreensão da lógica gerencialista e suas configurações. Como parte integrante das relações capitalistas, o Estado brasileiro expressa concordância com a dinâmica do capital, ao mesmo tempo em que, o mundo do trabalho também está em consonância com a fase contemporânea do capital, ou seja, existe uma relação orgânica entre o Estado e o sistema capitalista, conforme afirma Mascaro (2013), “[...] o Estado se revela como um aparato necessário à reprodução capitalista, assegurando a troca das mercadorias [...]” (Mascaro, 2013, p. 18).

Quando nos referimos ao gerencialismo, Dardot e Laval (2016) afirmam que a forma de técnicas contábeis e avaliativas de gestão da mão de obra são tomadas por uma disciplina do valor acionário, cujo princípio consiste em fazer de cada trabalhador uma espécie de centro de lucro individual. Tal tipo de gerência objetiva, de maneira intensa a partir de 1995, interiorizar as coerções da rentabilidade financeira na empresa, ou seja, fazer com que os trabalhadores interiorizem novas normas de desempenho individual e eficiência produtiva.

Abordaremos, na presente dissertação, o conceito de gerencialismo defendido por Lima(2019) ao abordar que trata-se de um conjunto de ideologias e práticas, baseadas em elementos, tais como: flexibilização administrativa, ampliação da eficiência da qualidade da gestão e descentralização no cenário neoliberal. A mudança no papel do Estado, em um cenário de privatização das políticas, a favor

do capital financeiro, é fundamental. O Estado, enquanto sustentáculo das relações sociais de produção capitalista, deve mover-se de “executor direto dos serviços públicos para apenas fiscalizador e financiador, não mais se responsabilizando pela execução direta das políticas sociais” (Correia, 2018, p. 23).

A ampliação do setor privado na saúde com apoio do Estado tem ocorrido através do fomento dos governos brasileiros, por meio de isenções somadas aos repasses para a iniciativa privada, por exemplo, que poderiam ser destinados ao financiamento do SUS. Segundo Correia (2018), o Brasil perde apenas para os Estados Unidos, pois é o segundo país no mercado mundial de seguros privados, o que evidencia o crescimento do setor privado no país. É no governo de Michel Temer que presenciamos o crescimento dos seguros privados de saúde, defendido pelos Ministros da Saúde, com falas que consolidaram o mercado dos planos de saúde.

Anteriormente ao governo ilegítimo de Michel Temer, o serviço público estatal já era visto como burocratizado e ineficiente, ao contrário do setor privado que tem como função desburocratizar e modernizar o serviço público, sob o prisma de efetivação das políticas sociais. Aciole (2006) refere que

(...)a distinção entre público e privado se cristaliza, além desta incompatibilidade, numa série de recortes estéticos-expressivos verdadeiros clichês que marcam pares de opostos: eficiência vs. Ineficiência, agilidade e dinamismo vs. Morosidade e burocracia, corrupção vs. Integridade moral, eficácia vs. Ineficácia, para um e para outro, respectivamente (p.34).

Em vista disso, a transferência do poder do Estado para o setor privado, de atividades que antes eram exclusivas da gestão do Estado, passou das vendas de empresas estatais para o poder privado, até mesmo para o gerenciamento das políticas sociais. Esse campo de tensionamentos, no que se refere ao gerenciamento do SUS pelo setor privado, ocorre desde o Projeto de Reforma Sanitária se contrapondo ao Projeto Privatista, e o surgimento da Reforma Sanitária Flexibilizada, conforme discutido no tópico anterior.

No tópico anterior, ressaltamos os governos brasileiros e a contribuição dos mesmos com a expansão do setor privado, a partir dos anos 1990. Todavia, é

importante salientar o intenso processo de privatização progressiva da saúde. Segundo Correia(2018) os interesses do capital foram fortalecidos com os governos, uma vez que a defesa é do SUS voltado para os mais pobres, além da refilantropização da assistência e a expansão do setor privado no campo das políticas sociais.

Apresentadas durante o governo Lula, na gestão da saúde de José Gomes Temporão, as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs) possuem como objetivo o gerenciamento das atividades nas áreas da assistência, saúde, dentre outras. No período da ditadura civil-militar no Brasil, no governo de Castelo Branco, esse modelo de gestão também já estava previsto na Lei nº 200 de 1967, artigo 4, que prevê a Administração Federal, compreendendo a administração indireta “Autarquias, Empresas Públicas, Sociedades de Economia Mista, Fundações Públicas” (Brasil, 1967).

Diante do exposto, faz-se necessário entendermos acerca do trato orçamentário, posto que, ao longo dos anos, o planejamento econômico presente na Constituição Federal de 1988 passa a ser modificado para favorecer o estabelecimento de “novos” modelos de gestão. Brettas (2019) afirma que entre os anos de 1994 e 2000, foram criados mecanismos com objetivo de facilitar a transferência do fundo público para a burguesia rentista, destacando a Desvinculação de Receitas da União, as metas do superávit primário e a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF).

A autora argumenta que a DRU tem sua origem em 1994, mas recebeu este nome em 2000, através da criação do Fundo Social de Emergência (FSE), em 1996, sendo rebatizada, posteriormente, como Fundo de Estabilização Fiscal (FEF). A Lei de Responsabilidade Fiscal, definida pela Lei Complementar n.101, 4 de maio de 2000, reforça a ideia de que a política fiscal deve avalizar o espaço de valorização do capital portador de juros. Em síntese, os objetivos estão voltados para liberação de recursos do fundo público, ao mesmo tempo em que aumenta a rentabilidade do capital portador de juros.

Nesse caminho de captura do fundo público, Sodré e Bussinger(2018) afirmam que “a saúde move uma ampla quantidade de capital em toda a rede de serviços ou indústrias, o que nos permite seguramente considerar a existência de

um complexo econômico industrial da saúde” (Sodré e Bussinguer, 2018, p. 39). Ou seja, o modelo de gestão das organizações sociais de saúde possui um alto custo, pois necessita de mão de obra especializada, equipamentos de alto custo e compra de patentes internacionais. Além disso, as autoras destacam que boa parte das organizações sociais no país nasceram de associações de empresários no campo da saúde ou grupo de hospitais filantrópicos, ou seja, de grandes empresas consolidadas no país.

Apesar dessas considerações, foi publicado em 2015 pelo Supremo Tribunal Federal o Acórdão relativo a Adin nº1.923, estabelecendo que os denominados serviços essenciais (educação, saúde, etc) também poderiam, de forma indireta, ser prestados pelas OS. Houve também uma Ação Direta de Inconstitucionalidade, em janeiro de 2013, que permitiu a criação da EBSEH(Santos, 2018).

A ampliação desses novos modelos de gestão, desde os anos 90, nos diferentes governos, começando no governo FHC com as OS e OSCIPS e no governo Lula, por meio da EBSEH, através de MP, sendo sancionada como lei no governo Dilma, expressam uma estratégia mundial de substituição do papel do Estado como executor das políticas sociais.

Sobre esses novos modelos, é importante realçar o debate construído pela Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS). Os problemas do SUS serão resolvidos, assegurando condições materiais e financeiras, não com a implantação de um novo modelo de gestão. As propostas de flexibilização de gestão na saúde, além de se constituírem um ataque ao caráter público e universal da saúde, seguem a lógica de mercado para gestão desses serviços(Soares, 2010).

De acordo com Soares, o que vem ocorrendo cada vez mais é um intenso entrelaçamento entre a mundialização do capital e a importância dos serviços de saúde como espaço que produz altos níveis de lucratividade, em conexão com o capital financeiro internacional. As Parcerias Público-Privadas se configuram como um espaço para a obtenção de lucros por ser “[...] um negócio com alta margem de segurança e sem riscos, pois o Estado garante a lucratividade” (Ibidem, p.105).

A partir do estudo realizado acerca da privatização da política de saúde, no próximo item abordaremos a discussão sobre o cenário do governo Bolsonaro e

seus rebatimentos na saúde e nas condições de trabalho dos(as) assistentes sociais.

3.3. Contextualização do governo Bolsonaro e seus rebatimentos na saúde e nas condições de trabalho dos (as) assistentes sociais

Podemos afirmar que, desde o início da pandemia, o negacionismo do governo Bolsonaro expressava uma política de morte, ou nos termos de Mbembe (2016), a necropolítica, como política oficial do Estado. Com base no autor, tal conceito aborda o extermínio de populações, ao ditar quem pode viver e quem deve morrer. A começar, por exemplo, pelo fato de que nos dois primeiros anos da pandemia, o orçamento da saúde contou com a aprovação de decretos extraordinários, e o decreto de calamidade pública, incidindo na flexibilização do Teto de Gastos. Apesar disso, as verbas de urgência não se repetiram no período, e o cenário comprometeu a qualidade dos serviços.

Quando nos referimos ao governo supracitado e ao período de crise sanitária, estamos nos debruçando em um momento, no qual, segundo dados apresentados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), ocorreram aproximadamente 14,9 milhões de óbitos no mundo (OPAS, 2022). Quando nos referimos ao Brasil, dados do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde mostram que até dezembro de 2021 ocorreram 617.395 mortes em decorrência do coronavírus, sem levarmos em consideração as subnotificações.

Sobre a pandemia, Wallace (2020) afirma que o surgimento de novos vírus está diretamente atrelado à produção de alimentos e à lucratividade das empresas. O autor afirma que as fazendas industriais geram a ruptura dos ecossistemas, com novos patógenos, e a transformação da cadeia alimentar em *commodities*, operados pela lógica do capital na busca dos superlucros. Segundo o autor, com o surgimento de novos surtos viróticos, tanto a mídia quanto o governo, abordam a situação descartando as causas estruturais que levam ao surgimento de novos patógenos, em diferentes períodos históricos, a se transformarem em novas ameaças, tais como a gripe aviária (H5N1), ebola, zika, e

mais recentemente, a covid-19.

O capital, por meio do agronegócio e ampliação da indústria alimentícia, possui influência direta na alimentação humana. Desde o século XX, a forma pela qual a indústria de alimentos, bem como a comercialização, vem se organizando, constitui-se em verdadeiras ameaças à soberania alimentar dos países. O comércio de agrotóxicos, bem como a concentração do mercado de sementes vem interferindo substantivamente no que se come, planta e cria, o que nos leva a acreditar na incidência na qualidade de alimentos. Podemos afirmar que há uma lógica de homogeneização, em cada cultura, no campo das diversidades alimentares (Machado et al., 2016).

É por meio do projeto ultraliberal que a indústria de alimentos e o agronegócio voltam os esforços para explorar as matérias-primas, os recursos naturais e saquear a terra, sobretudo dos países em desenvolvimento. Com isso, muitos dos patógenos, que estão sob controle de ecologias florestais, estão sendo libertados e ameaçando o mundo inteiro.

Dito isto, em 2020, o mundo foi surpreendido pelo novo coronavírus (SARS-Cov2), e logo após decretada Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPI), caracterizada pela Organização Mundial de Saúde, como pandemia da covid-19. A doença infecciosa tornou-se preocupação das autoridades de saúde, pois quanto mais o vírus circulava mais ele sofria alterações que poderiam agravar os sintomas (OPAS/OMS, s.d). Normalmente localizado em animais, o coronavírus é um grupo de vírus que em 2002 chamou a atenção do mundo com a descoberta da Síndrome Respiratória Aguda Grave na província de Guangdong, e em 2012 com o coronavírus da Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV)(Marques et al., 2020).

É nesse sentido que Marques et al. (2020) afirma a necessidade de respostas governamentais, buscando a redução da doença, como também das dificuldades sociais e fisiológicas. Merece destaque que, embora a OMS (2020) tenha realizado declarações para todos os países sobre as estratégias para contenção do vírus, cada país possui suas particularidades, suas construções sócio históricas e suas demandas populacionais, o que individualiza, assim, a forma como foram implementadas as políticas públicas para enfrentamento da covid-19. A crise do

capital, compreendida como crise econômica, ecológica e do coronavírus, acrescida, após o golpe de 2016, da sua dimensão política, encontrou no governo Bolsonaro a garantia para a destruição dos direitos da classe trabalhadora.

Ao longo de 2021, no Brasil, houve o agravamento da pandemia com o surgimento de novas variantes de coronavírus. O número de mortos, no período referido, contabilizava aproximadamente 652 mil, tendo, posteriormente, ultrapassado os 700 mil, número que se aproximava da quantidade de mortes dos Estados Unidos.

Apesar disso, esses dados não assustavam a classe dominante, uma vez que permanecia apoiando as ações do governo e o total descaso com que o governo lidava com a problemática. Diariamente, o presidente desdenhava dos malefícios do coronavírus, ao mesmo tempo em que desrespeitava o isolamento social, demonstrando total desprezo pela vida dos trabalhadores (Carnut, 2020). O discurso cristalizado de “salvar a economia” encontrava-se vinculado à verdadeira intenção que era a exposição da classe trabalhadora ao contágio, como uma alternativa para salvar os lucros da classe burguesa.

As intenções reais do governo foram reveladas ao observarmos a alocação pífia dos recursos para enfrentamento do coronavírus. Em 2020 foram gastos, apenas, 31,5% do orçamento do Ministério da Saúde, ou seja, R\$39,4 bilhões (CNS, 2020). Com base na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) do ano de 2021 foram retomadas as regras primárias da Emenda Constitucional 95, mesmo tendo sido suspensas em 2020 devido à pandemia, dando continuidade à austeridade fiscal do governo.

No que se refere ao Projeto de Lei Orçamentária (PLOA), houve uma perda de R\$37 bilhões com relação ao recurso de 2020, sendo assim, a saúde recebeu o mínimo obrigatório. Com a intensificação da covid-19, através de emendas parlamentares, o Congresso acrescentou um montante residual ao orçamento, que não foi utilizado no combate à pandemia. Dessa maneira, a proposta orçamentária ficou bem menor em comparação a 2020, não incluindo o crédito extraordinário de R\$20 bilhões para as vacinas nos últimos dias do ano.

Entretanto, o processo de desfinanciamento do SUS não se constitui a partir da posse de Bolsonaro, mas sim devido ao desenvolvimento histórico que

perpassa a constituição do Sistema Único de Saúde. É necessário, portanto, realizar uma síntese dos projetos que afetaram a política de saúde, para que assim possam ser analisadas com mais exatidão quais foram as mudanças entre os governos. Mendes e Carnut (2020) mostram que o SUS já vivenciava condições precárias de financiamento, e que a partir da EC 95, passou por um processo de desfinanciamento gradual em sua arrecadação. A EC 95, de 2016, que instituiu o Novo Regime Fiscal, congelava as despesas públicas por até 20 anos, conforme já afirmado anteriormente, não levando em conta os possíveis impactos nas políticas de proteção social.

O desfinanciamento está relacionado à redução significativa de recursos que deveriam ser destinados à saúde. Cerca de 654 bilhões seriam retirados do SUS no período de 20 anos, com o PIB a 2% ao ano (Bravo et al., 2018). Nesse sentido, a EC 95, que não estabelecia limite de juros e despesas financeiras, evidencia a crise na saúde influenciando também na gestão para garantia dos direitos constitucionais, conforme apontado por Menezes et al (2019):

Em sua essência, essa EC impossibilita ao Estado o cumprimento das obrigações constitucionais previstas desde 1988. A norma marca o fim do Estado garantidor de direitos, uma vez que a proposta impõe uma inversão de prioridades, impossibilitando o funcionamento dos serviços públicos e da rede de proteção social nos termos previstos na Constituição Federal (Menezes, et al., 2019, p. 61).

A situação de crise da política de saúde perpassa todo o contexto histórico de resistência à proteção social no Brasil. Isso devido à crise do capitalismo contemporâneo e sua reorganização na busca de superlucros, o qual na década de 1980, iniciou suas políticas econômicas neoliberais. Dessa maneira, existem projetos nesta fase neoliberal vivenciados no Brasil que, desde o princípio, ameaçaram os direitos sociais, como o ajustamento das políticas sociais, a mercantilização e a focalização delas, retirando-lhes o caráter universal.

De acordo com Bravo et al. (2018) o contexto da crise contribui com a ampliação dos interesses de grupos econômicos à saúde, assim, o SUS encontra-se constantemente ameaçado. Mendes e Carnut (2020) pontuam que, com o vice-presidente Michel Temer à presidência, após o golpe institucional, as práticas elencadas acima se tornaram evidentes em diversos projetos e programas vinculados à saúde, ganhando relevo a concepção do projeto privatista

para um SUS voltado aos mais pobres, ou aqueles que não teriam condições de pagar, diminuindo a responsabilidade do Estado na garantia dos serviços à população (Bravo, 2009). Tal ideia ressurgiu no governo de Michel Temer, que propõe a criação de planos de saúde populares.

Como parte dessa rede de privatização da saúde, posteriormente, o setor empresarial de saúde, criou o documento *Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde* que tinha o objetivo de realizar uma reforma no sistema de saúde, através de parcerias público-privadas, ficando evidenciada a relação médico-assistencial vigente nos anos 1980, o que caracteriza a relação de desmonte (Morais et al., 2019). Portanto, podemos afirmar que havia uma relação a favor do sistema privativo, o que retirava, em parte, o Estado do cumprimento dos direitos sociais da população.

O primeiro ponto que merece destaque é a mudança do Programa Mais Médicos, sancionado pela Lei nº 12.871/2013, que atendia aproximadamente “700 municípios, chegando a locais longínquos e de difícil acesso, em particular, no atendimento aos indígenas e populações tradicionais (Castilho e Lemos, 2021). O presidente Jair Bolsonaro criou o programa “Médicos pelo Brasil” através da Lei nº 13.958/2019 com objetivo de alterar o programa de 2013.

Algumas medidas, além de promoverem um aprofundamento do processo de privatização na saúde, desconsideram os princípios sob os quais o SUS se organiza, na medida em que ignoram, por exemplo, a Atenção Básica como porta de entrada e desestruturam a organização do serviço por níveis de atendimento. Além disso, repassa para o setor privado o papel que teria que ser desempenhado pelo Estado, através da prestação dos serviços e ações de saúde (Bravo et al. 2020).

O estado de calamidade pública no Brasil foi instituído, por meio do decreto nº 06 de 20 de março de 2020 (BRASIL, 2020). Desde então, tornou-se recorrente decretos legislativos advindos dos governos dos estados, que indicavam o fechamento de diversos locais não essenciais, tais como: cinemas, escolas, bares, academias, faculdades, dentre outros. Embora os fechamentos fossem essenciais para a diminuição de mortes, Araújo e Brandão (2021) afirmam que afetou a sobrevivência das famílias e o mercado de trabalho, pois os trabalhadores

informais sentiram mais os impactos da pandemia, visto que não possuíam os benefícios do trabalho formal e que a partir do isolamento social foram impedidos de realizar a atividade laborativa. Diante da pressão popular, o presidente Bolsonaro sancionou o benefício social “Auxílio Emergencial” visando a garantia de renda a pessoas em condição de vulnerabilidade social em tempo da covid-19. O auxílio foi instituído pelo art.2º da Lei nº 13.982/2020 mais a Medida Provisória nº 1.000/ 2020(BRASIL, 2020).

Concomitantemente, Costa, Rizzotto e Lobato (2020) mostram um quadro de demissões de técnicos do Ministério da Saúde e trocas dos ministros da pasta. O primeiro ministro foi o médico Luiz Henrique Mandetta, ortopedista, ligado aos planos de saúde da Unimed. Foi exonerado por não concordar com as medidas de flexibilização do isolamento social. Com a demissão, assumiu o médico Nelson Teich, oncologista, ligado ao lobby da indústria farmacêutica, o qual permaneceu no cargo de abril até maio de 2020. Em seguida, assume Eduardo Pazuello, militar do exército brasileiro, que ficou até março de 2021, sendo o quarto e último ministro da saúde do governo Bolsonaro, o médico Marcelo Queiroga.

Paralelo a isso, os casos de covid-19 aumentavam, com o agravamento da situação crítica do SUS e suas demandas, visto a alta taxa de contaminados e internações, gerando crise de lotações de leitos hospitalares. (Noronha et al, 2020). De acordo com o Ministério da Saúde (2021), o Brasil contabilizava no final do ano de 2020, 7.465.306 casos positivos de Covid-19 e com 190.795 mortes devido ao vírus, e para além disso, mesmo em um ano inimaginável, havia esperanças diante do anúncio da vacinação contra o coronavírus no mundo.

A pandemia ultrapassou o ano de 2021, e no começo de janeiro o país assistia ao colapso que se formava em Manaus, por exemplo, cerca de 2.195 óbitos em um mês, faltaram medidas eficazes para evitar a tragédia por parte do Ministério da Saúde e do governo do Estado do Amazonas, como comenta Barreto et al (2021). Pode-se considerar que essa situação está relacionada ao endurecimento na política de austeridade fiscal adotada durante a pandemia com consequências desastrosas para a vida e a saúde dos(as)brasileiros(as). O governo brasileiro agiu com total descaso, através do menosprezo à vida e à própria ciência, e não apresentou um plano eficaz de vacinação.

O início da vacinação contra covid-19 ocorreu no dia 17 de janeiro de 2021 em vários estados do país. Bezerra et al. (2021) aponta que os discursos do governo eram contrários à campanha de vacinação. O processo de vacinação no país caminhava a passos lentos, contabilizando menos de 2% da população vacinada. Diante disso, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), em nota pública de 2021, afirma que a situação era preocupante, e que o país levaria em média três anos e meio para que o governo vacinasse 90% da população, se continuasse nesse ritmo (CNS, 2021).

Assim, com a pandemia, a situação do SUS foi se tornando cada vez mais caótica, entre os profissionais de saúde, os(as) assistentes sociais não fugiram à luta, pois é dever do profissional participar de atendimentos a população em situação de calamidade pública (CFESS, 1993), e especificamente na área de saúde, a atuação volta-se para a compreensão dos aspectos sociais, econômicos, culturais que interferem no processo saúde-doença, para que assim pudessem buscar estratégias para os enfrentamentos das demandas dos(as) usuários(as) (Bravo e Matos, 2009).

Frente à situação de calamidade pública, os(as) assistentes sociais foram convocados(as), visto que a pandemia influenciou problemas de diversas ordens. Antes disso, os(as) profissionais de Serviço Social inseridos na saúde já vivenciavam inúmeros desafios, tais como, por exemplo, o modelo médico-hegemônico, além das condições precárias de trabalho e a crescente complexificação das diferentes demandas. Destacamos os desafios de serem submetidos a situações de teletrabalho, ausência de Equipamento de Proteção Individual (EPIs), além da solicitação de trabalhos que não são de competências e atribuições do(a) assistente social, como a comunicação de óbito (Soares et al. 2021).

Ademais, no que tange às condições de trabalho no cenário da pandemia, a falta de recursos materiais e de infraestrutura das instituições empregadoras, falta de insumos álcool e gel, sabão, luvas, tornaram-se desafios a serem enfrentados pelos profissionais de saúde. O CFESS, com base na Resolução n° 493/2006 se posicionou em defesa de condições de trabalho adequadas e na qualidade de serviços prestados à população.

O local de atendimento destinado ao assistente social deve ser dotado de espaço suficiente, para abordagens individuais ou coletivas, conforme as características dos serviços prestados, e deve possuir e garantir as seguintes características físicas: a- iluminação adequada ao trabalho diurno e noturno, conforme a organização institucional; b- recursos que garantam a privacidade do usuário naquilo que for revelado durante o processo de intervenção profissional; c- ventilação adequada a atendimentos breves ou demorados e com portas fechadas; d- espaço adequado para colocação de arquivos para a adequada guarda de material técnico de caráter reservado (CFESS, 2006, p. 2).

No contexto de ampliação do projeto privatista, seletividade de atendimentos e desfinanciamento das políticas sociais, a pandemia da covid-19 trouxe alterações na vida social e nas formas de trabalho. A crise sanitária evidenciou a importância da profissão e sua função social, a partir das suas respostas profissionais. O trabalho socioeducativo, por exemplo, é uma das maneiras de concretização do trabalho do(a) assistente social. No contexto da pandemia da covid-19, nas mais diversas áreas, esse tipo de trabalho foi requisitado, tanto na esfera pública quanto privada. Trata-se de um trabalho delimitado entre os sujeitos envolvidos e a serviço da população usuária na prestação de serviços e através da articulação com a rede socioassistencial.

Isto significa que o Serviço Social teve grande visibilidade no período da pandemia, que deveria servir para articular forças para os profissionais no sentido de que, ao reivindicar melhores condições de trabalho, ganhe consenso social e apoio institucional, tendo em vista a comprovada essencialidade da profissão em períodos de calamidade pública.

Nesse cenário, a população brasileira convivia com o vírus, e outras formas de adoecimento, além do desemprego e genocídio alimentar. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os índices de desemprego no primeiro semestre de 2021 atingiram números maiores quando comparados a 2012.

Dados do Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil (2022), mostram que a quantidade de pessoas em situação de insegurança alimentar grave praticamente dobrou em menos de dois anos. São 33,1 milhões de brasileiros, o equivalente a 15,5% da população,

14 milhões a mais de pessoas em comparação com o primeiro levantamento realizado em 2020.

Segundo dados da Síntese de Indicadores Sociais (SIS): uma análise das condições de vida da população brasileira, divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2020, o Produto Interno Bruto (PIB) sofreu uma retração de 4,8% e o consumo das famílias per capita 6,2%. Nesse mesmo ano, as taxas de desocupação e de subutilização alcançaram, respectivamente, 13,8% e 28,3%.

Esse estudo também ressalta que as desigualdades históricas do mercado de trabalho persistiram na pandemia. As atividades de maior informalidade e de menor remuneração foram, predominantemente, desenvolvidas por trabalhadores (as) pretos(as) e pardos (as), permanecendo a segregação racial nas ocupações, com destaque nas atividades de agropecuária (60,7%), de construção (64,1%) e de serviços domésticos (65,3%). Porém, nas áreas de saúde, finanças, de educação, de administração pública e de serviços sociais, houve uma concentração de pessoas de cor ou de raça branca.

O IBGE (2021) concluiu que o trabalho remoto, em função da pandemia, ocorreu com maior expressividade entre os meses de maio e agosto de 2020, com diminuição em novembro do mesmo ano, e que a crescente taxa de desocupação e de informalidade sucedeu um aumento da procura por programas e benefícios sociais. Em 2019, foi registrada uma média de 1,7%, já em 2020, os registros ficaram em torno de 5,9%, com maior concentração no norte e no nordeste, em razão dos níveis elevados de desigualdade e de pobreza dessas regiões brasileiras.

Esses dados quantitativos mostram que, no cenário de crise estrutural do capitalismo, a classe trabalhadora enfrenta os rebatimentos nos processos de trabalho, através da precarização, instabilidade, rebaixamento salarial, adoecimento, acidentes de trabalho, informalidade, desemprego estrutural, subcontratações, que expressam as diversas formas de degradação da vida na atualidade (Antunes, 2018; Druck, 2011).

Tal realidade escancara as desigualdades inerentes ao capitalismo, ao explicitar óbitos, intensa exploração, adoecimentos e aumento expressivo da

miserabilidade da população. Os dados mostram que o governo vinha, desde o início da pandemia, promovendo ações que expressam a naturalização da barbárie, bem como um projeto de destruição dos direitos.

Os(as) profissionais de Serviço Social não estão alheios a essa dinâmica complexa presente na sociedade brasileira, pois enfrentam cotidianamente nos seus espaços de trabalho, a agudização das expressões da questão social, a precarização das condições e relações de trabalho, além do aumento da exploração, impulsionando-os(as) a tecer resistências em suas atuações.

No contexto da saúde, sobretudo no quadro da crise sanitária, verificamos no cotidiano, os posicionamentos comprometidos com a defesa dos direitos da população usuária, orientações e acompanhamentos das famílias afetadas pelo coronavírus, encaminhamentos, sobretudo, para o acesso aos benefícios socioassistenciais, além da democratização de informações, criação de fluxos junto aos territórios, elaboração de materiais educativos, dentre outros.

Ao problematizarmos as condições de trabalho, a partir das produções da categoria profissional, tendo como referência os modelos de gestão do SUS, em especial, as OSS e a EBSEH, estamos nos referindo aos modelos caracterizados pela apropriação do fundo público e repasse para o setor privado. Através do repasse de equipamentos, pessoal e instalação, o Estado renuncia ao papel executor direto desses serviços, conforme afirmado.

A esse respeito, Fontes (2011) afirma que, “o avanço de entidades privadas no fundo público significa um processo crescente de privatização da gestão, e um aumento da exploração dessas atividades por empresas, que se responsabilizam por fazer uma parcela da política social com a contraparte dos recursos públicos” (Fontes, 2011, p. 21).

Esses “novos” modelos de gestão vêm sendo definidos por alguns autores como um tipo de privatização não clássica, uma vez que não se concretizam através do mecanismo de venda típico, abarcando, no plano argumentativo, se operam com mais ou menos Estado (Granemann, 2011).

Concebidas como instrumentos de viabilização de políticas públicas, a Lei das OSS (Lei Federal nº 9.637/98), qualifica que ela é considerada não estatal justamente por ser privada e, conseqüentemente, não faz parte da Administração

Pública. Rezende (2008) afirma que as OSS podem contratar funcionários sem concurso público, não prestar contas aos órgãos de controle da administração pública, tanto interno quanto externo, e adquirir bens e serviços sem qualquer tipo de processo licitatório.

Críticas com relação à privatização da gestão por OSS, por exemplo, ocorreu quanto às metas estabelecidas, as quais nem sempre estão atreladas às necessidades da população, tendo como consequência “gerar a seleção de riscos (em que se evitam casos complexos, crônicos e de alto custo), mecanismo idêntico ao dos seguros privados de saúde” (Borges et al., 2012, p. 120).

Com relação à criação da EBSERH, através da Lei 12.550/11, trata-se de uma empresa pública com personalidade jurídica, que possui como objetivo privatizar os serviços de saúde e educação dos hospitais universitários, a partir da Medida Provisória (MP) 656/14, que autorizava a entrada do capital estrangeiro para financiar a saúde.

As inflexões dos referidos modelos de gestão nas condições de trabalho dos(as) assistentes sociais, consideram os desdobramentos advindos desse modelo de prestação de serviço à saúde no cotidiano dos(as) trabalhadores(as). A pandemia modificou, em maior ou menor medida, a dinâmica de trabalho dos(as) trabalhadores(as) inseridos na política de saúde, em especial, dos(as) assistentes sociais. Os impactos atingiram desde o aumento da demanda, devido ao contexto de crise sanitária e econômica, até as alterações significativas nos equipamentos públicos e na organização do trabalho.

Buscando conter o contágio pela covid-19 foram adotadas inúmeras medidas de restrições no convívio social, sobretudo aglomerações, além do uso de equipamentos de proteção individual e uma maior higienização nos locais de trabalho. Para atender a essas medidas foram necessárias adaptações, sobretudo institucionais, conforme as novas descobertas. Apesar disso, as modificações realizadas, não só, em especial, na saúde, não foram dialogadas entre si, muito menos com os(as) usuários(as) do serviço e trabalhadores(as).

Na pandemia, isso acabou gerando um desencontro de informações, ocasionando inseguranças nos(as) profissionais, entraves no trabalho, principalmente devido às mudanças e as dificuldades de acesso dos(as)

usuários(as). A começar pelo próprio funcionamento dos serviços, que adotaram, embora de forma temporária, os modelos de atendimentos remotos, mudanças nas escalas de trabalho e horários de funcionamento.

As precárias condições de trabalho na saúde, no cenário pandêmico, ficaram ainda mais evidentes. Setores foram fechados, ao mesmo tempo em que ampliaram os números de leitos para atendimento dos casos de covid-19, os atendimentos eram realizados em instalações improvisadas, com pouca estrutura, sem espaços adequados de trabalho e com limitados recursos materiais, sobretudo tecnológicos.

Sendo assim, ficou explícita a dificuldade em ofertar o mínimo de distanciamento entre os usuários, e atender às demandas requisitadas pela instituição, em especial, na esfera da produtividade. O indispensável fornecimento de EPIs não ocorreu, inicialmente, para todos os profissionais, que não tiveram outra alternativa, senão arcar com os ônus dessa escassez.

As formas de comunicação, que antes ocorriam de forma presencial e passaram a ocorrer à distância, no quadro da pandemia tornaram-se imprescindíveis. Um meio bastante utilizado para o desenvolvimento de atividades, por permitir o distanciamento social, é a comunicação mediada pela tecnologia.

Tal atividade só pode ser, de fato, realizada, se houver condições de acesso a recursos orientativos e tecnológicos para os(as) assistentes sociais e a população. Entretanto, as mudanças no trabalho não caminharam juntas com a adequação dos espaços com os recursos necessários, em que há a combinação de trabalho presencial e atividades in loco, atividades remotas por mensagens ou videoconferências via aplicativos, reuniões de equipe, dentre outros.

Frente ao contexto, os(as) profissionais de saúde, em especial, os(as) assistentes sociais acabavam utilizando recursos pessoais para cumprimento da agenda de trabalho. O ônus da falta de recursos foi repassado para os(as) trabalhadores(as) que, por vezes, acabam por utilizar recursos pessoais, para cumprir as demandas do trabalho(Rodrigues, et al.2022). Da mesma maneira, dado o processo de exclusão digital no país e o não acesso ou de forma precarizada por parte da população usuária, a adesão a tais práticas fica

comprometida.

Outra expressão na esfera das condições de trabalho, ocorreu a partir da migração de assistentes sociais para o trabalho home office, para responder a questões de revezamento ou até mesmo por se enquadrarem no grupo de risco. Porém, ao transferir suas atividades para o domicílio, não dispuseram dos instrumentos necessários para realização do trabalho, precisando arcar com os recursos para a execução de suas atividades(Melatti e Masuet, 2022).

Se, anteriormente, a forma de contratação de um serviço era a mesma para boa parte dos seus trabalhadores, atualmente, contamos com nova morfologia do trabalho. No caso das OSS, por exemplo, podemos ter, no seu quadro de funcionários, variadas formas de contratos de trabalho, e principalmente, diversas formas de acesso aos direitos trabalhistas. No caso dos(as) assistentes sociais, contamos com profissionais que trabalham em regime celetista, contratados para projetos, feristas, plantonistas, dentre outros.

A partir disso, compreende-se que as OSS abrem precedentes para perda de direitos trabalhistas, flexibilização dos vínculos de trabalho, ocasionando uma ampliação da precarização das condições de trabalho, podendo essa instabilidade, guardada as devidas particularidades, ser vivenciada por parte dos(as) profissionais da EBSEH. Tal constatação pôde ser experienciada na pandemia, ao nos debruçarmos, por exemplo, com a incorporação crescente das TICs. A esse respeito,

Modalidades de teletrabalho, atendimento remoto ou home office estão em curso em diferentes instituições, como os Tribunais de Justiça, Defensorias Públicas e Ministério Público, no âmbito do Poder Judiciário, que aprovou resolução regulamentando o teletrabalho, sob o argumento de que essa prática melhora a qualidade de vida dos/as trabalhadores/as, proporciona economia de recursos naturais (papel, energia elétrica, água, etc.), além de colaborar com a mobilidade urbana, devido ao esvaziamento das vias públicas e do transporte coletivo (Raichelis, 2020, p. 28).

Quanto à gestão do trabalho em saúde nas OSS, prevalece a flexibilidade desde o processo de seleção, demissões e a perda de direitos trabalhistas conquistados historicamente. A lei das OSS materializa a flexibilização do trabalho, prevista na contrarreforma do Estado do governo de FHC. A lógica de

precarização de trabalho, em especial dos(as) assistentes sociais inseridos nos espaços geridos pelos novos modelos de gestão, no cenário pandêmico, se aprofunda quando atrelada às condições de trabalho com vínculos frágeis de proteção aos direitos trabalhistas. Além disso, particularmente as Organizações Sociais, ampliaram a nível nacional, o gerenciamento dos hospitais de campanhas, sendo transferida a prestação de serviços do Estado para as referidas organizações.

4 O DEBATE SOBRE AS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS(AS) ASSISTENTES SOCIAIS INSERIDOS NOS MODELOS DE GESTÃO DO SUS

Este capítulo objetiva articular os elementos relativos ao surgimento do Serviço Social como profissão e suas particularidades no Brasil, visando a caracterização das mediações estabelecidas pelos(as) profissionais no cotidiano. A abrangência desse objetivo parte da premissa de que o Serviço Social constitui, na divisão social e técnica do trabalho, um tipo de trabalho especializado, que possui como objeto de intervenção as múltiplas expressões da questão social.

A atuação profissional do(a) assistente social na saúde remonta ao surgimento da profissão no Brasil e, ao longo de seu percurso histórico e social, vale destacar que: a) as ações no campo refletem o movimento da profissão e a influência de diferentes vertentes e correntes teórico-práticas em seu interior; b) a consolidação como área de conhecimento e a sua expansão, ao ganhar reconhecimento na academia, sendo reconhecida na atualidade como profissão e área de conhecimento.

Diante disso, iremos apresentar as produções na área do Serviço Social que trazem o debate das condições de trabalho, no que diz respeito ao lócus da pesquisa, a saber, as Organizações Sociais da Saúde e a EBSERH, explicitando os posicionamentos da categoria profissional. Pretendemos identificar de que forma os(as) assistentes sociais têm apresentado tal debate para a categoria. Levando-se em consideração que o Estado é o maior empregador de assistentes sociais (Iamamoto e Carvalho, 2014) e considerando as mudanças a partir da contrarreforma, sobretudo com o aprofundamento do público e privado na saúde, conforme discutimos nos capítulos anteriores, é fundamental examinarmos os desdobramentos dessa temática na categoria profissional.

4.1 O Serviço Social e a produção de conhecimento

Os (as) assistentes sociais, ao venderem sua força de trabalho, estão submetidos às mudanças no mundo do trabalho, como qualquer outro(a)

trabalhador(a). Conforme afirmam Raichelis e Arregui “submetidos ao mesmo processo de degradação e violação de direitos que sofre o conjunto da classe trabalhadora no interior da heterogeneidade” (2020, p.144). Portanto, é oportuna a aproximação com as produções do Serviço Social, pois esse debate é fundamental para a categoria, haja vista a expansão do projeto privatista na saúde.

No cotidiano, os (as) assistentes sociais lidam com expressões singulares das vidas dos sujeitos, atravessadas por diversas determinações, tais como gênero, raça e classe. Cabe ao profissional desvelar as determinações particulares e universais, transportando-as da esfera privada para a pública na luta por direitos. Conforme afirma Iamamoto: “É na dinâmica das relações entre as classes sociais e destas com o Estado e a sociedade inclusiva – na práxis social – que se encontram a fonte das problemáticas a serem enfrentadas e a chave de suas soluções”(2010b, p. 221).

A prática profissional nos diversos espaços sócio-ocupacionais materializa-se na realização de atividades de profissionais de Serviço Social, que possuem diploma de graduação em nível superior em Serviço Social, inscritos no Conselho Profissional, cujas competências e atribuições privativas estão presentes na Lei de Regulamentação profissional, Lei nº 8.662/1993 (BRASIL, 1993).

De acordo com Matos (2013), o Serviço Social em suas protoformas, sem um questionamento ao modelo burguês de desenvolvimento, buscou a institucionalização da profissão. Os pioneiros da profissão, diante da sua notável capacidade política, angariaram vários ganhos para o Serviço Social, tais como: “regulamentação profissional e autonomia no seu exercício; a constituição de entidades representativas; a organização de congressos nacionais da profissão”(2013, p.56), dentre outros.

A inserção do Serviço Social nos serviços de saúde se deu por meio de uma busca de construção do exercício profissional a partir do modelo médico clínico. Assim, o assistente social foi identificado(em conjunto com outras profissões, no contexto da cooperação vertical) como aquele que podia contribuir com o aperfeiçoamento do trabalho do médico(Ibidem, p. 57).

No campo da saúde, o Serviço Social tinha como objetivo construir um elo entre a instituição, a família e o usuário, a fim de garantir o tratamento após a alta

e realizar um trabalho com a família para que não sofresse materialmente por causa da ausência do chefe (Pinheiro, 1985). Trata-se de uma profissão que, embora tenha avançado no sentido de compreender as determinações do surgimento vinculadas ao capitalismo, tem sua origem vinculada ao conservadorismo católico.

A institucionalização do Serviço Social como profissão advém das transformações societárias ocorridas na fase do capitalismo monopolista. A “questão social” passa a ser objeto de intervenção do Estado através das políticas sociais, configurando-se desse modo, o espaço sócio ocupacional para os(as) assistentes sociais (Netto, 2011).

Com o crescimento da classe trabalhadora e o desenvolvimento industrial na década de 1940, o destaque para o Serviço Social é o Serviço Social de grupo e de caso, e a influência do Serviço Social norte-americano, com abordagem de cunho conversador e psicossocial. O contexto de expansão dos centros urbanos, somado ao aumento dos trabalhadores das fábricas, demanda a criação de políticas que atuem no controle da força de trabalho.

Frente ao quadro, o Serviço Social, através de práticas higienistas e educativas com comunidades, tem sua incorporação na saúde pública. Segundo Sodré (2010) é através do controle de doenças infantis, natalidade, higiene bucal, além do saneamento para criação das políticas urbanas de saúde. Inicialmente, o papel do(a) assistente social, diante de um país que estava submetido a uma condição de profunda miserabilidade, além da baixa escolaridade, era voltado para educador(a) de práticas higienistas.

A partir dos anos de 1960, encorajado pelo movimento estudantil, começa a ocorrer uma crítica ao Serviço Social conservador. Tal período é denominado por Netto (2015) como “Erosão do Serviço Social Tradicional”, interrompido pelo Golpe de 1964. Nesse período, marcado pela ditadura militar, o Serviço Social, haja vista a necessidade de controle da população, foi convocado para gerir programas sociais em ampliação no país. A consequência é que cresceu, portanto, a demanda por aprimoramento técnico, ao mesmo tempo em que ocorreu o Movimento de Renovação do Serviço Social Brasileiro, demarcado sob três perspectivas: modernização, reatualização do conservadorismo e a intenção de

ruptura¹.

Duas perspectivas teórico-metodológicas se desenvolveram concomitantemente no Serviço Social, entre os anos de 1975 a 1985: a “Reatualização do Conservadorismo” assentada na Fenomenologia e a “Intenção de Ruptura” ancorada nas interlocuções com marxismo, apesar que essa aproximação, inicialmente, ocorreu de forma enviesada.

O início da maturidade intelectual do Serviço Social no país começa a ocorrer na década de 1980, com a tendência de intenção de ruptura e a interlocução real com a tradição marxista. Nesse período surgem no Brasil os primeiros Programas de Pós-graduação em Serviço Social, caracterizando o início do processo de produção do conhecimento nessa área.

Desde sua origem, a produção de conhecimento do Serviço Social vem passando por um processo de amadurecimento, ao mesmo tempo em que está relacionada à pesquisa. Ao ampliar sua função intelectual, ancorada num conhecimento crítico no campo das ciências humanas e sociais, as produções da categoria vêm ganhando reconhecimento de profissionais de outras áreas. (Mota, 2013).

A ditadura militar tinha como objetivo a construção de uma sociedade urbano-industrial, e enxergava na educação, sobretudo na Pós-Graduação, sua principal estratégia. A Pós-graduação no Brasil passa a ter o formato baseado na estrutura dos Estados Unidos da América, a partir de acordos com a United States Agency for International Development (USAID). Tal estrutura é marcada pelo treinamento para atender aos setores favorecidos pela ditadura e expansão de ensino e pesquisa para o mercado.

Frente ao exposto, vale ressaltar que a produção de conhecimento do Serviço Social vincula-se com a conformação dos programas de pós-graduação no Brasil e a partir disso, amplia-se a produção de conhecimento, conferindo um novo estatuto profissional (Prates, 2013). Os primeiros cursos de pós-graduação do Serviço Social foram implementados na década de 1970, na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ) e posteriormente na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). O primeiro curso de doutorado foi

¹ Para um aprofundamento da discussão, consultar o debate realizado pelo autor, José Paulo Netto, no livro “Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64” (2015).

criado em 1981 pela PUC-SP. Entretanto, as produções de tais cursos passam a ter evidência apenas a partir da década de 1980 (Ibidem).

De acordo com Sposati (2007) a instituição desses cursos foi importante para a profissão “[...] significou, por si só, a convalidação nos órgãos oficiais do campo do Serviço Social como área de estudo e pesquisa”(2007,p.17).No cenário latino-americano, ocorreu em 1975, a criação, na Universidade Nacional de Honduras, do primeiro curso de Pós-Graduação Latinoamericano de Trabajo Social (PLATS) fruto da vinculação entre o Centro de Estudios Latinoamericano de Trabajo Social (CELATS) e a Universidade Centro-Americana.

Marcadas pelos movimentos de efervescência política da sociedade, nos anos de 1980, ganham corpo novas exigências tanto teóricas, quanto práticas, advindas da necessidade de diálogo de assistentes sociais com outras áreas. Esse período marca o retorno dos intelectuais do exílio e da clandestinidade, além de demarcar a cidadania acadêmico-política dos(as) assistentes sociais (Iamamoto apud Guerra, 2011). Com a criação, em 1987, do Centro de Documentação e Pesquisa em Política Social e Serviço Social (CEDEPSS), a pesquisa ganhou força.

Em meio à uma conjuntura de lutas pela redemocratização brasileira, o Serviço Social encontrou um terreno fecundo, que contribuiu com a criação de um novo projeto profissional, consolidado em 1982 na Reforma Curricular do Serviço Social brasileiro, e em 1986 no Código de Ética. Nos anos de 1990, foi aprovado pela ABESS (Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social) o Projeto Ético-Político (PEP); em 1993, o Código de Ética foi reelaborado, e aprovada a Lei que Regulamenta a Profissão, n.8.662 de 07/06/93, tais documentos constituem a base jurídica à profissão. A referida lei que regulamenta a profissão do (a) assistente social em todo o território nacional, nos artigos 4º e 5º, define as competências e atribuições privativas do(a) profissional de Serviço Social.

O Conselho Federal de Serviço Social lançou em 2010 os “Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde”, demonstrando amadurecimento da profissão no que concerne ao exercício profissional na saúde. Com base no documento, os(as) assistentes sociais na saúde têm como objetivos: identificar/reconhecer as determinações sociais, culturais e econômicas que

interferem no processo saúde-doença; elaborar estratégias político- institucionais de enfrentamento a estas questões articulados com outros segmentos profissionais/sociais, cuja finalidade seja a consolidação do SUS (CFESS,2010).

A expansão da Pós-graduação em Serviço Social está relacionada, conforme afirmado anteriormente, ao processo de expansão da pós-graduação no país. Sobretudo após o Parecer Sucupira, nos anos 60, houve uma significativa ampliação dos Programas de Pós-Graduação no Brasil. Na atualidade, o Serviço Social é reconhecido como profissão e área de conhecimento, com artigos e livros publicados mundialmente, além da inserção em diversos espaços sócio-ocupacionais.

O fato de o Serviço Social constituir-se uma profissão, traz inerente uma exigência de ação na sociedade, o que não exclui a possibilidade e a necessidade de dedicar-se a investigações e pesquisas no amplo campo das ciências sociais e da teoria social, adensando o acervo da produção intelectual sobre intercorrências da questão social e das políticas sociais, contribuindo para o crescimento do patrimônio científico das Ciências Humanas e Sociais (Iamamoto, 2008,p. 239).

A partir do Movimento de Reconceituação, o Serviço Social passou por momentos de rupturas e questionamentos com relação ao pensamento conservador ao longo das décadas de 1960 e 1970. Contudo, a aproximação com o pensamento crítico, estabelecendo um novo projeto profissional, ocorreu na década de 1980. Nas décadas de 80 e 90, houve um grande esforço, por meio do processo de reconstrução crítica da profissão, para fortalecimento da base científica e profissional, tendo como norte a análise do real. Tal processo esteve presente nos centros de formação, encontros, debates, coletivos profissionais, congressos e a academia. Estávamos lidando com a construção efetiva de uma nova cultura crítica no âmbito profissional e da formação que possui o mérito desse fortalecimento da pesquisa para assistentes sociais(Sposati, 2007).

A pesquisa se tornará disciplina obrigatória para a formação dos(as) assistentes sociais, a partir da reforma curricular que ocorreu em 1982 (Sposati, 2007; Prates, 2013). Além disso, foi criado, visando incentivar a produção de conhecimento, o Centro de Documentação em Pesquisa, Políticas Sociais e Serviço Social(CEDEPSS). O material produzido seria divulgado através dos

Cadernos de Pesquisa do CEDEPSS e nos Cadernos da ABESS (Associação Brasileira de Escolas de Serviço Social) entre os anos 1986 e 1998 (Prates, 2013).

Logo, o Serviço Social consegue estabelecer bases mais sólidas para o desenvolvimento da pesquisa, a partir dos anos 1980. De acordo com Mota(2013), “[...] o desenvolvimento da pesquisa na área do Serviço Social encontra o alicerce sócio político necessário para o seu desenvolvimento, até mesmo operando um deslocamento do estrutural-funcionalismo em direção às vertentes histórico críticas [...]” (p. 21-22). A autora ressalta que o Serviço Social, gradativamente, foi alterando o trato de objetos de intervenção, e conferindo o estatuto de objeto de conhecimento.

Assim sendo, o exercício profissional do(a) assistente social possui vinculação direta com os objetos de pesquisa. A esse respeito, Prates (2013) ressalta que as pesquisas e o debate profissional, nos anos 80, voltavam-se para a discussão metodológica, nas controvérsias paradigmáticas nas ciências sociais e na produção de conhecimentos e intervenções do Serviço Social.

Com a Constituição Federal de 1988, as produções da categoria tratavam sobre direitos sociais, democracia, esfera pública, cidadania, Sistema Único de Saúde (SUS), Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), privatizações, globalização e ajuste macroeconômico(Ibidem).

Nos anos 2000, a produção de conhecimento no campo do Serviço Social apresenta outros eixos temáticos, tais como: transformações no mundo do trabalho, reestruturação produtiva, processo de trabalho e Serviço Social, novas configurações do Estado e da sociedade civil, avaliações sobre as políticas sociais da seguridade, saúde e assistência, aprofundamento sobre a questão social, defesa dos direitos humanos, cidadania, cultura, gênero, violência, crescimento da pobreza, controle social, questão agrária, crise dos padrões de proteção social (Simionatto, 2005 apud Prates, 2013).

O Serviço Social tem revelado seu adensamento crítico proporcionado pela aproximação com a teoria social crítica marxista, o que contribui para o avanço das produções. Assim sendo, a partir da teoria de Marx, demonstrando uma total

dissociação ao conservadorismo na gênese da categoria profissional, o Serviço Social se direciona de maneira hegemônica.

[...] significativo crescimento e produtividade da pós-graduação referente à área do Serviço Social tem suprido a área da graduação com pesquisas, periódicos e livros, que são fundamentais à formação dos profissionais da área, debatendo os mais diversos temas, enfrentando polêmicas, posicionando-se por meio do conjunto Conselho Federal de Serviço Social (CFESS)/Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) e da Associação Brasileira de Escolas de Serviço Social (ABEPSS)(Prates, 2015,p.3).

Dessa maneira, uma vez que esses espaços representam o amadurecimento profissional, ao mesmo tempo em que expressam uma vinculação com produções críticas da realidade e outras áreas do conhecimento, é fundamental a consolidação e ampliação desses espaços. Yazbek reitera que o Serviço Social:

[...] vem dialogando e se apropriando das Teorias Sociais e do debate intelectual contemporâneo, no âmbito das ciências sociais no país e no exterior. Também nesse espaço (da pós-graduação), o Serviço Social brasileiro desenvolveu-se na pesquisa acerca de seus fundamentos, da natureza da sua intervenção, de seus procedimentos, de sua formação, de sua história e, sobretudo acerca da realidade social, política, econômica e cultural onde se insere como profissão na divisão social e técnica do trabalho (Yazbek, 2009, p. 152 apud Prates et al., 2016, p.10).

4.1.1. Dimensões teórica-metodológica, ética-política e técnico-operativa do Serviço Social

4.1.1.1 Dimensão teórica-metodológica

O exercício profissional do(a) assistente social pressupõe uma gama de competências específicas, compreendidas no bojo dos desafios atuais. Essas competências devem estar articuladas a princípios de dimensões teórico metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas. Por outro prisma, o(a) assistente social na condição de trabalhador(a), depende de programas, recursos e rotinas estabelecidas pela instituição e/ou política, para realização das atividades cotidianas.

Este tópico propõe a discussão sobre as dimensões do Serviço Social,

compreendendo-as como indissociáveis e que conferem materialidade ao Projeto ético político profissional, buscando relacioná-las com o debate sobre as condições de trabalho nos espaços de saúde demarcados pela lógica do público/privado.

O Serviço Social é um tipo de especialização do trabalho coletivo que visa a intervenção no processo social. A perspectiva teórico-metodológica não pode ser limitada a etapas, procedimentos do fazer profissional. No que concerne ao movimento da teoria, trata-se no nível do pensamento, do movimento do real apreendido nas suas contradições e inúmeras determinações.

A adoção da teoria social crítica e do método materialista histórico-dialético estão presentes nas Diretrizes Curriculares para os cursos de Serviço Social no Brasil, como orientação teórico-metodológica. Sustenta-se uma leitura da realidade como uma totalidade formada por múltiplas determinações, em transformação, e suscetível de ser apreendida pela razão, embora seja de forma sucessiva, uma vez que a realidade é sempre mais rica do que pensamos.

Nessa perspectiva, o documento da ABESS traz que: [...] a capacitação teórico-metodológica é que permite uma apreensão do processo social como totalidade, reproduzindo o movimento do real em suas manifestações universais, particulares e singulares em seus componentes de objetividade e subjetividade, em suas dimensões econômicas, políticas, éticas, ideológicas e culturais, fundamentado em categorias que emanam da adoção de uma teoria social crítica (ABESS/CEDEPSS, 1996, p. 152).

4.1.1.2. Dimensão ético-política

Quando nos referimos à reflexão sobre a ética é praticamente impossível não levar em consideração a moral. Algumas filosofias consideram moral e ética com significados idênticos ou muito parecidos: ética compreendida como filosofia moral e a moral como concretização dos valores éticos. Para outras, a moral está vinculada ao indivíduo e a ética à sociedade. O termo moral é oriundo do latim *mores*, que designa costumes e ética deriva do grego *ethos*, refere-se ao modo de ser ou modo de vida (Barroco, 2006).

É inseparável do debate da ética e da moral a escolha dos princípios e

valores que vão dar concretude aos costumes e ao modo de viver em sociedade. Dessa forma, tem-se que o valor ético-moral fundamental é a liberdade, a qual é compreendida como a capacidade humana de realizar valorações e escolhas. Logo, em seu sentido mais amplo, agir eticamente é agir pautado pela liberdade, é poder escolher, com base nas necessidades humano- genéricas, de forma consciente entre alternativas e valores.

Todavia, as determinações só podem ser entendidas na totalidade social, ou seja, levando em consideração a complexa rede de mediações entre necessidades e interesses socioeconômicos e político-culturais, e as possibilidades de escolha dos indivíduos sociais (Idem, p. 29). Na sociabilidade capitalista, estão vigentes a moral conservadora e a moral liberal moldadas pela racionalidade formal-abstrata.

Enquanto que a primeira incorpora a autoridade e a ordem, por exemplo, como valores que devem ser legitimados na sociedade, a segunda fortalece tanto o individualismo nas relações sociais, quanto a coisificação das necessidades humanas. Apesar de serem orientadas por princípios antagônicos, ambas contradizem a liberdade, princípio fundamental da ética e da moral.

Todavia, diante das contradições postas na realidade social, apresenta-se com as demais, outra moral que almeja a construção de valores pautados na emancipação humana, e que assegura a liberdade nas escolhas. Essa moralidade ocorre no processo de lutas de classes, as quais contribuem com projetos de emancipação humana, habilitado no sentido de criar condições para a universalização da liberdade. Diante do exposto, pode-se considerar que a ética social tem uma intrínseca relação com a ética das profissões e os projetos societários.

É necessário considerar o caráter eminentemente político do exercício ou prática profissional, considerando a inserção da profissão no contexto das relações entre o Estado e a sociedade. Iamamoto (2004) alertava para um desafio intelectual e teórico-crítico – e também político: o de desvendamento da prática social como requisito para realizar a prática profissional, imprimindo-lhe uma direção consciente, tornando-se fundamental, para isso, a compreensão do sentido ou da natureza política da prática profissional.

Na década de 1990, nos marcos da crítica ao conservadorismo no Serviço Social, setores da categoria estabeleceram um projeto profissional. Os projetos profissionais apresentam a auto-imagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam os seus objetivos e funções. O Projeto Ético-político do Serviço Social, o qual assume essa nomenclatura apenas na década passada, se constrói baseado na defesa da universalidade do acesso a bens e serviços, dos direitos sociais e humanos, das políticas sociais e da democracia, em virtude, por um lado, da ampliação das funções democráticas do Estado e, por outro, da pressão de elementos progressistas, emancipatórios (Netto, 1999).

Os elementos norteadores do projeto profissional têm como respaldo as prerrogativas presentes no atual Código de Ética Profissional, o qual possui a liberdade como valor central, concebida historicamente como possibilidade de escolher entre alternativas concretas (Idem, p. 104). Isso significa compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais. Associa-se, ademais, a um projeto societário, através da construção de uma nova ordem societária, sem qualquer tipo de dominação ou exploração de classe, etnia e gênero, reiterando a defesa intransigente dos direitos humanos, a recusa do arbítrio e do preconceito e a defesa do pluralismo. Uma vez que se posiciona a favor da equidade e da justiça social, considera-se a dimensão política articulada à dimensão ética do exercício profissional, na ótica da universalização do acesso aos bens e serviços, da ampliação e consolidação da cidadania e da socialização da participação política e social da riqueza socialmente produzida.

O Código de Ética precisa ser legitimado junto à categoria profissional, ao ser incorporado, e os seus princípios devem ser vivenciados efetivamente em seu exercício profissional de forma consciente e responsável. Assim, considerando a heterogeneidade da categoria profissional, o Código representa uma referência imprescindível no diálogo travado entre os projetos profissionais envolvidos com a ampliação da liberdade, valor ético central e com a democracia.

4.1.1.3 Dimensão técnico-operativa

Ao nos referirmos à dimensão técnico-operativa, estamos falando a respeito, conforme afirma Trindade, da “articulação entre instrumentos e técnicas, pois expressam a conexão entre um elemento ontológico do processo de trabalho (os instrumentos de trabalho) e o seu desdobramento - qualitativamente diferenciado - ocorrido ao longo do desenvolvimento das forças produtivas (as técnicas)”(1999, p.65).

É por meio da técnica que é possível viabilizar esse aperfeiçoamento dos instrumentos, desde que não seja isolada, mas impregnada pelos referenciais teóricos e metodológicos. Com relação à utilização da palavra “ técnica” existe um consenso de que seu uso está voltado para denominar processos e procedimentos os mais diversos, sendo identificada como algo que acompanha o próprio homem, assumindo ao longo da história da humanidade significados diferentes.

O entendimento acerca da dimensão técnico-operativa está vinculado à esfera do fazer profissional, sobretudo com a prática, mas que ultrapassa instrumentos aplicáveis. Parte-se do entendimento de que o Serviço Social não possui um conjunto de instrumentos e técnicas, mas faz uso do instrumental técnico fundado pela ciência (psicologia, direito, antropologia, dentre outros), optando pelos instrumentos e técnicas que guia às suas finalidades e orientando, a utilização da técnica com sua intencionalidade.

Se contrapondo aos procedimentos ou práticas executados irrefletidamente, o instrumental técnico ancora-se em conhecimentos científicos, partindo de uma escolha consciente. A escolha leva em consideração as determinações específicas de determinada realidade particular, sendo necessário ser colocado em prática visando consolidar as ações propostas. A partir do momento em que os instrumentos e técnicas são utilizados por parte do profissional, é necessário que se tenha consciência da intencionalidade que se aplica no processo.

4.2 Caminhos metodológicos

O percurso metodológico de problematização do objeto da pesquisa demandou uma fundamentação investigativa ao procurar articular as contradições e as dimensões particulares, singulares e universais das condições de trabalho de assistentes sociais inseridos nos modelos de gestão do SUS.

Refletir a respeito de um nível de abstração, inserido no processo de produção e reprodução das relações sociais, tal como o Serviço Social brasileiro, reivindicou um método capaz de interpretar as particularidades dos processos na atualidade, ao mesmo tempo em que, articula, de maneira dialética, as contradições no cotidiano das instituições, na política de saúde e no trabalho de assistentes sociais.

Essa dissertação está referenciada na teoria social crítica vinculada à tradição marxista. Dessa forma, a abordagem metodológica, como forma de explicar a realidade social, está fundamentada no método materialista histórico-dialético. Nessa lógica, a fim de apreender a essência do objeto, dinâmica e estrutura, a pesquisa se expressa além da aparência imediata e empírica (Netto, 2011). Essa tarefa demandou uma abordagem teórica capaz de ofertar uma concepção geral da dinâmica social concreta, vinculada ao conhecimento do modo de produção capitalista e a particularidade da política de saúde.

Partindo dessas premissas, a proposta da dissertação teve como objetivo identificar os direcionamentos dos(as) profissionais nas suas reflexões e experiências profissionais, tendo como referência os elementos teórico-metodológicos, ético-político e técnico operativo que relacionam o Serviço Social com a política de Saúde no plano da compreensão das condições de trabalho dos(as) assistentes sociais. Tal escolha volta-se para a produção discursiva escrita dos trabalhos apresentados no Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES e no Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, no período localizado entre os anos de 2014 a 2024. Optamos, portanto, por estabelecer um recorte temporal condizente com a possibilidade de fazer, dentro do prazo estipulado, o mapeamento, estabelecido pelo Programa de Mestrado.

A realização da pesquisa foi baseada na análise das comunicações orais e

pôsteres apresentados nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais, nos anos de 2016, 2019 e 2022, cujo objetivo era a reflexão e o compartilhamento de experiências profissionais de assistentes sociais realizadas na política de saúde. A escolha metodológica de analisar as experiências profissionais tendo como referência os trabalhos apresentados nos CBAS e no Catálogo da CAPES, justificou-se pelos seguintes motivos: a) o CBAS é o maior evento do Serviço Social brasileiro que reúne profissionais de todas as regiões do país, cabendo destaque ao 3º Congresso, em 1979, chamado de “Congresso da Virada”, o qual representou um marco no processo de renovação do Serviço Social ; b) o catálogo de Tese da Capes é uma plataforma que, desde 1987, disponibiliza teses e dissertações de todo o país.

Com o objetivo de identificar as produções referentes ao tema da pesquisa, no âmbito da Pós-Graduação do Serviço Social no Brasil, e no Congresso Brasileiro de Assistente Sociais, esta pesquisa, de caráter qualitativo, executou um levantamento de teses e dissertações disponíveis no Catálogo de Teses e dissertações da CAPES. Através da barra de pesquisa avançada, foram introduzidos os termos “Organizações Sociais da Saúde”, “EBSERH”, “condições de trabalho”, “contrarreforma” e “hospital”. Para um maior refinamento da pesquisa, incluímos a definição da área de conhecimento (Ciências Sociais Aplicadas) e subárea de conhecimento (Serviço Social), nos últimos 10 (dez) anos (2014 a 2024). A definição temporal levou em consideração os objetivos da pesquisa, para estabelecimento de um comparativo com a pandemia, além do tempo hábil para realização da pesquisa.

Ao inserir os termos “Organizações Sociais da Saúde” e “condições de trabalho” não foi obtido nenhum trabalho. Em contrapartida, ao introduzir os termos “EBSERH” e “condições de trabalho” foram obtidos 09 (nove) trabalhos, sendo apenas 01(um) elegível para a pesquisa. Ao inserir os termos “hospital” e “condições de trabalho” foram obtidos 148(cento e quarenta e oito) trabalhos. E ao concluir a busca, inserimos os termos “contrarreforma” e “condições de trabalho” foram obtidos 12(doze) trabalhos.

A técnica de análise do conteúdo (Bardin, 1977) possibilitou a seleção dos temas, para que, posteriormente, fossem submetidos a uma análise qualitativa.

Após o estabelecimento das temáticas, buscou-se elencar questões significativas para a pesquisa. Na pré-análise, ocorre a leitura do material escolhido para a análise, sistematização das ideias apresentadas inicialmente e organização do material a ser examinado. Além disso, nesta etapa incorpora-se a leitura flutuante dos dados, definição do corpus de análise, através da escolha dos documentos, criação das hipóteses, objetivos e preparação do material.

Desse modo, após a leitura flutuante das produções de 12 (doze) trabalhos elegíveis para a pesquisa, ocorreu a definição do corpus de análise, empregando como critério de inclusão os materiais que fossem exclusivamente de cursos de pós-graduação em Serviço Social e que levantassem em suas produções o nexo entre condições de trabalho dos (as) assistentes sociais no Brasil e modelos de gestão do SUS, exclusivamente as OSS e EBSERH. Assim, apresenta-se um corpus de pesquisa, composto por (5) cinco dissertações, (2) duas teses e (6) artigos, sendo todas as produções selecionadas de assistentes sociais.

Quadro 1: Corpus de análise da pesquisa

Nº	Teses/Dissertações Publicadas	Autores(as)	Ano
D1	Saúde, Organizações Sociais e Trabalho: Os limites do “novo” modelo de gestão da saúde no Rio de Janeiro	Marcelo Augusto do Nascimento Muniz	2016
D2	O trabalho na Saúde Pública: uma análise a partir do Programa de Acreditação Hospitalar no Hospital Getúlio Vargas - HGV	Camila Fernandes Bezerra da Silva	2017

D3	Gestão Terceirizada nos Hospitais Universitários do RN e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares(EBSERH)	Antônia Ericélia Silva Almeida	2017
D4	Trabalho do(a) assistente social nas Organizações Sociais de Saúde do Pará em tempos de pandemia da covid-19	Jefferson Franco Rodrigues	2021
D5	As implicações da Gestão da EBSERH no trabalho dos/as assistentes sociais: uma análise dos Hospitais Universitários da Universidade Federal de Campina Grande.	Maria Helena Lima Costa	2023
T1	O trabalho do assistente social na política de saúde: o desvelar do cotidiano do exercício profissional nas instituições	Roberta Vilela Moreno Wilsing	2022
T2	O trabalho profissional da(o) assistente social na alta complexidade do Sistema Único de Saúde(SUS) e as repercussões dos modelos de gestão: particularidades em hospitais no estado do Pará	Thaize de Sousa Medeiros	2024

Fonte: elaborada pela autora.

Com relação ao CBAS, ao inserir os mesmos termos anteriores, “Organizações Sociais da Saúde”, “condições de trabalho”, “EBSERH”, “hospital” e “contrarreforma” foram obtidos 10(dez) trabalhos. Todavia, ao ler os resumos dos trabalhos e utilizar a ferramenta de pesquisa “ctrl” + “F” para identificar a presença dos termos no corpo do texto, apenas 06 (seis) estavam relacionados ao tema, são eles:

Quadro 2: Corpus de análise

Nº	Artigos Publicados	Ano	Autores(as)
A1	EBSERH na gestão dos HUS: burocratização e precarização	2016	Adriana Paula da Silva Eleutério e Joseneide Costa Soares
A2	Contrarreforma na saúde e as organizações sociais em Pernambuco	2016	Raquel Cavalcante Soares; Ana Cristina de Souza Vieira; Ruthely de Andrade e Edgar Gonçalves dos Santos
A3	Privatização do SUS no contexto de contrarreforma do Estado Brasileiro: o projeto do capital em curso	2016	Rafaela Vieira Lamenha
A4	Transformações no mundo do trabalho e os impactos no Serviço Social: Precarização das condições de trabalho dos/as assistentes sociais no Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus, BA	2019	Saene Santos Silva; Deise Maria da Conceição; Tais Brandão da Silva; Andréa Alice Rodrigues Silva e Anaíse Alves Fonseca Silva
A5	O Trabalho da assistente social na Política de Saúde: reflexões acerca da prática profissional da assistente social no Hospital Federal dos Servidores do Estado frente à precarização e retirada de direitos	2019	Matheus Oliveira de Paula e Cinthia de Mello Vítório
A6	A intensificação da precarização das condições de trabalho no contexto da pandemia da COVID-19 e suas repercussões no trabalho do/a assistente social	2022	Ana Carolina da Silva Bitencourt e Daniela Ribeiro Castilho

Fonte: elaborado pela autora.

A segunda etapa da análise de conteúdo é marcada pela construção de codificação e categorização. Na codificação, leva-se em conta os recortes dos textos em unidades de registros. Na presente dissertação, as referidas unidades equivalem a identificação das palavras-chaves, nos parágrafos dos textos, para realizar uma primeira categorização.

As categorias escolhidas derivam de palavras que são comuns à perspectiva conceitual da contrarreforma na política de saúde, condições de trabalho e Serviço Social aqui defendidas, e identificadas nas produções analisadas. Foram definidas 08(oito) categorias iniciais. Inicialmente, as categorias “contrarreforma”, “neoliberalismo ” e “precarização”. Porém, a categoria “trabalho”, “gerencialismo”, “ liberdade”, “dimensão socioeducativa”, “movimentos sociais”, não aparecem em todas as produções, mas foram selecionadas por serem consideradas fundamentais para a discussão do tema dentro da área de pesquisa. Os trabalhos serão identificados da seguinte maneira: “A” corresponde à artigo; “D” está relacionado à dissertação e “T” refere-se à tese, conforme quadro abaixo.

Quadro 3: Categorização da pesquisa

Nº	Categorias	A1	A2	A3	A4	A5	A6	D1	D2	D3	D4	D5	T1	T2
1	Contrarreforma	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	Neoliberalismo	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
3	Precarização	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	Gerencialismo	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X
5	Trabalho	X		X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
6	Liberdade								X	X	X	X		
7	Dimensão socioeducativa										X		X	
8	Movimentos Sociais	X				X	X	X				X	X	X

Fonte: elaborado pela autora.

Na fase posterior da pesquisa, as categorias iniciais foram organizadas em três categorias finais: teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, as quais estão vinculadas aos objetivos da pesquisa que condiz com os posicionamentos e direcionamentos, e possui como parâmetro a perspectiva crítica defendida pelo Serviço Social. Vale ressaltar que as dimensões embora estejam, por uma questão didática, separadas, são indissociáveis.

Sendo assim, a partir dessa concepção sobre as dimensões que constituem as categorias finais, as categorias iniciais foram organizadas para possibilitar a reflexão sobre a produção do Serviço Social, no que concerne às inflexões nas condições de trabalho de assistentes sociais inseridos nos modelos de gestão do SUS, estando organizadas de acordo com as dimensões que mais se encaixam:

- Grupo “Teórico metodológico” estão as categorias iniciais:
 1. “contrarreforma”, “neoliberalismo”, “gerencialismo”, “trabalho” e precarização;
- Grupo “Técnico-operativo” estão as categorias:
 2. “atividade e/ou ação de articulação e mobilização aos movimentos sociais” e “dimensão socioeducativa”;
- Grupo “Ético-Político” está a categoria inicial “liberdade”, conforme quadro, no qual estão presentes as definições utilizadas para cada categoria escolhida.

Quadro 4: Categorização final da pesquisa

Dimensão Ético-Política	Liberdade	A liberdade é considerada como valor central no Código de Ética do Serviço Social, se contrapondo à sociabilidade do sistema capitalista.
Dimensão Técnico-operativa	Movimentos Sociais	A articulação com os movimentos sociais possibilita a ampliação da participação da população. Além disso, representa uma intervenção comprometida com a construção de uma nova ordem societária.
	Dimensão Socioeducativa	Dimensão inerente à profissão do Serviço Social, que não pode ser vista de forma isolada, estando associada às dimensões ético-política, técnico-operativa e teórico metodológica da profissão. Trata-se de uma estratégia de trabalho, junto à população usuária dos serviços, voltada para o fortalecimento dos projetos societários direcionados à transformação social.

Fonte: elaborada pela autora.

No que diz respeito à fase referente ao tratamento dos resultados, evidencia-se a interpretação e a captação dos conteúdos presentes no material coletado. A terceira fase será abordada no tópico a seguir.

4.3 Resultados da pesquisa

A amostra da pesquisa foi composta por 13(treze)trabalhos (Quadros 1 e 2), encontrados na seguinte disposição: 15º CBAS(2016), 03 (três) comunicações; 16º CBAS(2019), 02 (duas) comunicações e 17º CBAS(2022), (01)uma comunicação. Com relação às teses e dissertações da CAPES, o corpus selecionado para a presente pesquisa é composto por 07(sete) trabalhos, sendo 01(uma) dissertação em 2016; (02) duas dissertações em 2017; (01) uma dissertação em 2021; (01) uma dissertação em 2023; (01) uma tese em 2022 e (01) uma tese em 2024.

Os trabalhos contam com a participação de 23(vinte e três) autores (as), sendo 20(vinte) do sexo feminino e 3(três) do sexo masculino. Apenas os autores da D4 e da T2 ressaltam que utiliza o método materialista histórico-dialético, tendo como norte a defesa de um Serviço Social crítico. As produções D2 e D3 apenas citam que estão baseadas numa perspectiva crítica, todas as outras, sem exceção, não citam o método adotado.

No que concerne à categoria “liberdade”, presente no grupo, “Ético-político”, é mencionada em apenas 25% das produções, sendo desenvolvida pelas autoras. Na D2, por exemplo, a autora aborda a categoria “liberdade” em consonância com a lei 8.080/90 que regulamenta o SUS e o atendimento à saúde de modo universal e em sua integralidade, reconhecendo todas as pessoas enquanto sujeitos de direitos. Segundo a autora, os princípios são totalmente compatíveis com o Projeto Ético Político Profissional do Serviço Social, e com o Código de Ética do (a) assistente social, que traz dentre onze princípios fundamentais: a defesa intransigente da liberdade, dos direitos humanos, da igualdade e da cidadania, como valores éticos centrais.

Dando continuidade, na produção D3, a autora enfatiza que no período de redemocratização do país, a consolidação do projeto ético-político do Serviço Social encontrou terreno fértil, ao priorizar os interesses da classe trabalhadora. Ademais, pontua que o PEP possui na sua base o enfrentamento e a denúncia do conservadorismo profissional, e como núcleo o reconhecimento da liberdade

como valor central, se expressando no Código de Ética de 1993, na Lei que Regulamenta a Profissão (Lei nº8.662/90) e nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS de 1996. Ademais, reforça a vinculação entre o Projeto Ético Político do Serviço Social com o Projeto da Reforma Sanitária, sobretudo a partir dos seus aportes teóricos e seus princípios.

Apesar do Serviço Social se configurar como uma profissão que possui “relativa autonomia” profissional, posto que dispõe de um Código de Ética, e uma regulamentação legal que aborda competências e atribuições privativas aos profissionais de Serviço Social, a condição de assalariamento subordina o(a) profissional às condições impostas pelo empregador.

A inserção dos (as) assistentes sociais na política de saúde está em concordância com os princípios fundamentais do Projeto Ético-Político Profissional presentes no Código de Ética (CFESS, 1993), que estabelecem: a liberdade como valor ético fundamental; a ampliação e consolidação da cidadania e o aprofundamento da democracia; a defesa dos direitos humanos, o posicionamento a favor da equidade e da justiça social; o empenho na eliminação de todas as formas de preconceito; a defesa de um projeto profissional vinculado a uma ordem social sem dominação e exploração; a garantia do pluralismo profissional; compromisso com a qualidade dos serviços prestados e a realização do exercício profissional sem qualquer tipo de discriminação; articulação com categorias profissionais que compartilham os mesmos princípios e a luta geral dos trabalhadores. Com base nos dados podemos afirmar que os valores éticos e os objetivos dos profissionais compõem apenas 25% das comunicações analisadas, revelando o insuficiente posicionamento ético-político dos (as) assistentes sociais ao sistematizar o trabalho e/ou a experiência profissional.

Com relação à categoria “contrarreforma”, presente na categoria final “Teórico-metodológica”, a crítica à reorganização do papel do Estado e seus impactos nas políticas sociais é enfatizada e problematizada em 100% das comunicações. A interface entre Estado e capitalismo tornou-se um eixo central para a análise dos trabalhos, ao avaliarmos que a cada possível cenário de crise, o capitalismo se tornou ainda mais fortalecido e expandiu suas alianças com o Estado.

A esse respeito, no artigo A1, as autoras abordam que o Estado neoliberal ou “Estado mínimo”, buscando retirar-se da responsabilidade na garantia dos direitos dos indivíduos, através redução de investimentos em políticas públicas, com a criação de políticas sociais focalizadas, concretiza uma nova organização nas suas funções, abrindo espaço para um processo de privatização das empresas estatais e atribuindo total “autonomia/liberdade” aos mercados.

No artigo A2, as autoras abordam que as contrarreformas do Estado brasileiro e a ofensiva neoliberal do capital ao trabalho, ocorridas a partir de 1990, estão longe de ser algo episódico e se mostram cada vez mais intensas. Além disso, destacam a importância de uma articulação com entidades, movimentos dos trabalhadores e forças políticas em defesa de condições objetivas de trabalho mais dignas.

A afirmação do horizonte social e ético-político do projeto profissional no trabalho cotidiano, compondo as lutas pela preservação e ampliação dos direitos mediante participação qualificada nos espaços de representação e fortalecimento das formas de democracia, além da articulação com os espaços de instâncias deliberativas é mencionada em 25% das produções. Nesse sentido, faz-se necessário a cultura de uma atitude crítica e ofensiva na defesa das condições de trabalho e da qualidade dos atendimentos, potencializando a nossa autonomia profissional.

A esse respeito, Vasconcelos (2009) salienta que as estratégias são necessárias para combater uma prática profissional pontual ou espontânea na saúde, buscando realizar o acesso dos (as) usuários (as) aos seus direitos, assim como contribuir para o fortalecimento e reconhecimento da profissão, nesta política pública, nos diferentes espaços sócio-ocupacionais. Sendo assim, deverão ser criadas estratégias que facilitem o acesso aos direitos e ao mesmo tempo contribuam para o exercício do controle social e da organização (Idem, p. 258).

Na D1, segundo o autor, não foram identificadas, nas Organizações Sociais da Saúde no Rio de Janeiro, associações de trabalhadores ou pauta de reivindicações. Com base nos dados coletados, o autor concluiu que os espaços institucionais de discussão entre os profissionais são ínfimos e insignificantes, ou

seja, não há espaços de discussões de casos entre os profissionais ou até mesmo construções coletivas de protocolos e rotinas institucionais. Não são desenvolvidas, por parte dos conselhos regionais das profissões representadas, nenhuma ação efetiva junto ao coletivo de trabalhadores, assistentes sociais, enfermeiros e médicos, fortalecendo a sensação de insegurança, segundo relato de 100% dos os profissionais entrevistados.

Dos trabalhos analisados 100% ressaltam as contradições postas pelos direitos consagrados na Constituição Federal de 88 e a reconfiguração das políticas sociais com a chegada do neoliberalismo no Brasil a partir da década de 1990, evidenciando a lógica mercantil na política de saúde, manifestada tanto na proliferação dos “novos modelos de gestão”, quanto nos poucos recursos destinados à saúde. A questão orçamentária não é analisada, apenas citada em algumas produções.

Os dados expressam as ponderações de Iamamoto(2010), Behring e Boschetti (2016), de que as conquistas presentes na Constituição Federal de 1988 criaram condições para a realização do exercício profissional, através da criação de novos espaços de legitimação da profissão. O reconhecimento dos direitos, com a defesa dos princípios éticos e políticos por parte da categoria de assistentes sociais, evidenciados no Código de Ética profissional, nas Diretrizes Curriculares (CFESS, 1993) e na Lei de Regulamentação da profissão (BRASIL, 1993), são elementos basilares para a ação profissional. Apesar do reconhecimento da relevância, quando nos referimos à dimensão legal-normativa, imprescindível para a construção do trabalho no cotidiano, as produções apontam que os instrumentos profissionais normativos ou orientadores do conjunto da categoria profissional são mencionados com menor frequência, quando comparados aos instrumentos legais.

Com relação à categoria inicial “ gerencialismo”, podemos afirmar que é tratada na maioria das produções. Os trabalhos, ao apresentarem o processo de contrarreforma do Estado, iniciado no Brasil, a partir da década de 1990, pontuam que a lógica gerencialista é parte constitutiva deste processo uma vez que visa a expansão da financeirização do grande capital em todos os setores da vida social, através da racionalização e instrumentalização das políticas sociais, fazendo uso

de discursos que se baseiam na eficiência, qualidade, produtivismo e tecnicismo. Nessa ótica, de acordo com Bravo (2010), tanto o gerencialismo, quanto o produtivismo surgem como instrumentos essenciais para a realização da reforma do Estado, que apresenta dentre as principais características, por exemplo, a ênfase nas modalidades de contratação de funcionários, por meio da flexibilização dos vínculos de trabalho.

O ponto em comum dos trabalhos analisados é a afirmação do debate acerca da contrarreforma do Estado, justificada sob os argumentos de crise fiscal, deterioração dos serviços públicos e incapacidade do Estado em administrar setores ligados à economia. O reordenamento do papel do Estado persiste nos governos, na gestão da presidenta Dilma Rousseff, do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, tendo como um dos seus objetivos a conciliação com o mercado, visando dar continuidade ao projeto de contrarreforma iniciado na gestão FHC.

No que tange às condições de trabalho, as produções mostram que os (as) assistentes sociais inseridos no espaço da saúde, particularmente nas OSS e na EBSERH, submetidos, portanto, à lógica do privado, possuem em comum: contratação por via da terceirização para a realização dos serviços; superlotação das unidades de saúde; relação verticalizada entre os profissionais, falta de infraestrutura; intensificação do trabalho; exposição à stress; assédio moral, fragmentação dos processos de trabalho; modelo de gestões centralizadas em pequeno número de profissionais que assumem a gestão/direção; ausência de participação nas representações e/ou decisões; aumento da produtividade; alcance de metas; burocracia; introdução de novas tecnologias; polivalência, dentre outros. Nas OSS, identifica-se, a partir dos trabalhos analisados, uma maior fragilidade dos vínculos, alta rotatividade, contratos temporários, padronização dos processos de trabalho, dentre outros.

Com relação às experiências de assistentes sociais que trabalham ou trabalharam na saúde e enfrentaram a realidade da pandemia, foi organizado, com o apoio da Universidade Federal do Piauí (UFPI), pelo Serviço Social, um material referente ao relato das experiências no período citado. Vale e Nascimento (2020), por exemplo, abordaram a experiência do cotidiano do trabalho no contexto da pandemia em um Hospital Universitário do Piauí,

administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, e comprovaram que a forma de gestão incide no processo de trabalho sobretudo devido à sua natureza, princípios e regras de uma empresa privada. O Hospital possui como diretriz a contenção de gastos e diminuição de despesas (Ibidem, 2020).

Em certa medida, os elementos referentes às particularidades das condições de trabalho dos (as) assistentes sociais inseridos nos modelos de gestão do SUS apontam que as produções indicam novos elementos que contribuem com a incorporação de novas formas de precarização nesses espaços. Isso ocorre devido à condição de assalariamento, determinação geral da precarização do trabalho, além das condições de trabalho aos quais estão submetidos, e que incidem tanto objetivamente, quanto subjetivamente na classe trabalhadora. Além disso, no caso específico dos (as) assistentes sociais, temos as condições dadas pela política social na qual estão inseridos: a política de saúde, na particularidade da relação público/privado.

Os trabalhos anteriores ao período da pandemia, referentes aos anos de 2016, 2017 e 2019, tanto com relação aos artigos dos CBAS, quanto com relação às teses e dissertações da CAPES, mostraram que, nos anos anteriores à decretação da crise do coronavírus, a incorporação de tecnologias de informação e comunicação é citada em algumas produções, porém as implicações no cotidiano profissional, na gestão, nas relações e condições de trabalho, e na vida e na saúde de assistentes sociais não são problematizadas, sendo ressaltada, unicamente, como parte das mudanças na estrutura das organizações.

Embora o tema da crescente incorporação das tecnologias não seja algo recente, na pandemia, as modalidades de trabalho home office, o teletrabalho, além das diversas formas de trabalho remoto, passaram a ser incorporados em larga escala atingindo o trabalho de assistentes sociais. Tais mudanças, orientadas por uma lógica produtivista, reconfiguram o modo de trabalho nos mais diversos espaços sócio ocupacionais.

Com as TICs, novos patamares de exploração da força de trabalho se instauram com destaque para as formas de controle e mecanismos que possibilitam transformar tempos de não trabalho em tempos de trabalho, a exemplo da ampliação das jornadas de trabalho que podem ser realizadas à noite, finais de semana, feriados e mesmo no espaço domiciliar. A ampliação da jornada não necessariamente implica aumento das condições salariais, pelo contrário, muitas vezes o custo do trabalho tem sido um ônus

para o/a trabalhador/a. Essa realidade tem sido vivenciada em vários espaços sócio-ocupacionais por uma ampliada parcela da classe trabalhadora, estando as horas de descanso cada vez mais subsumidas ao trabalho, contrastando com os baixos níveis salariais(Rodrigues, et al.,2022, p.109).

Na T2, a autora, ao analisar o trabalho profissional do (a) assistente social em hospitais de alta complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS), no estado do Pará, e as repercussões dos modelos de gestão, chama atenção para o fato de que os resultados expressaram como tendência o processo de novas formas de precarização das condições e organização do trabalho, e apontou, a partir das entrevistas realizadas, que a flexibilização das relações e condições de trabalho pôde ser sentida na introdução de novas tecnologias, novos processos de contratação de trabalho, sem qualquer caracterização de vínculo empregatício ou contrato por tempo determinado.

Ainda com relação à incorporação das novas tecnologias, a autora da D2, aborda que tal introdução expressa o gerenciamento da força de trabalho, das estratégias de maior envolvimento dos trabalhadores, do discurso da qualidade e eficiência. Almeja-se, portanto, o aperfeiçoamento dos processos de gestão da força de trabalho para que seja efetivada uma produtividade cada vez maior, com um número cada vez mais reduzido de trabalhadores. Dardot e Laval (2016, p. 314) afirmam que a mensuração do desempenho transformou-se na “tecnologia elementar das relações de poder nos serviços públicos, uma verdadeira ‘obsessão pelo controle’ dos agentes, uma fonte de burocratização e inflação normativas consideráveis”.

Dito isto, as produções enfatizam os impactos das mudanças do papel do Estado na esfera dos direitos, flexibilização e precarização das condições de trabalho dos (as) assistentes sociais. A categoria inicial, “precarização” é citada em todas as produções, assim como a categoria “trabalho” é abordada em parte significativa dos trabalhos. Porém, o aprofundamento de ambas e, em especial, a abordagem da concepção do trabalho na sua dimensão ontológica, foi problematizada em apenas 25% das produções.

Os (as) autores (as) mostram que o debate em torno da categoria “trabalho” nos modelos de gestão do SUS está vinculado às mudanças operadas no

capitalismo, provenientes do movimento de recomposição do capital em tempos de crise. Assim, é necessário refletir sobre a forma de ser do trabalho, a partir das implicações existentes entre as novas formas de exploração do público e privado na saúde. Desse modo, a compreensão do trabalho na contemporaneidade exige o resgate dos seus fundamentos ontológicos para apreender as contradições do sistema.

Uma das formas de concretização do trabalho do(a) assistente social é através da dimensão socioeducativa. Em especial no contexto da saúde, esse tipo de trabalho tem sido requisitado aos profissionais que atuam tanto na esfera pública como na privada. Compartilhado entre os sujeitos envolvidos, é um trabalho balizado pelo planejamento e execução, a serviço dos usuários (as) por meio dos serviços prestados pela rede socioassistencial. Com base no documento do CFESS, as ações desenvolvidas pelos(as) assistentes sociais devem ultrapassar o caráter emergencial e burocrático, sendo imbuída de uma direção socioeducativa. As principais ações a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais na Política de Saúde são:

Democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária; construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários, bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde; enfatizar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes por meio das abordagens individual e/ou grupal; facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação; conhecer a realidade do usuário por meio da realização de visitas domiciliares, quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos mesmos e esclarecendo os seus objetivos profissionais; conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social; fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde; organizar, normatizar e sistematizar o cotidiano do trabalho profissional por meio da criação e implementação de protocolos e rotinas de ação; formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários por meio do registro no prontuário único, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas em material de uso exclusivo do Serviço Social; elaborar estudos socioeconômicos dos usuários e suas famílias, com vistas a subsidiar na

construção de laudos e pareceres sociais a perspectiva de garantia de direitos e de acesso aos serviços sociais e de saúde; buscar garantir o direito do usuário ao acesso aos serviços; emitir manifestação técnica em matéria de serviço social, em pareceres individuais ou conjuntos, observando o disposto na Resolução CFESS nº 557/2009 (CFESS, 2010, p. 44-45).

Com relação à análise das comunicações, a dimensão socioeducativa do trabalho profissional dos(as) assistentes sociais aparece em apenas 16% dos trabalhos. É descrita de forma pontual, não constando articulação com as ações desenvolvidas no cotidiano das instituições. Vale salientar que, a depender da intencionalidade profissional, a realização de atividades coletivas pode contribuir com a organização e a mobilização de sujeitos. Contudo, a realização de atividades voltadas à organização social e mobilização ainda é um desafio para o (a) assistente social.

Ao analisarmos a D4, a autora afirma que apesar das ações socioassistenciais estarem presentes no processo de trabalho do (a) assistente social, essas podem voltar-se unicamente para a resolução de demandas imediatas, o que fortalece ações muito mais pontuais. Sob essa ótica, diante das dificuldades enfrentadas a partir da implementação da EBSERH, os (as) assistentes sociais dos HU's, segundo a autora, lutam cotidianamente para garantir o seu espaço, ao conviverem no dia a dia com dificuldades em relação a compreensão do fazer profissional, por parte da equipe, contribuindo com o engessamento no cumprimento de normas e aprofundamento da hierarquização.

Na T1, a autora desenvolve um estudo que possui como objeto central o trabalho dos (as) assistentes sociais atuantes na política de saúde na cidade de São Paulo, com o objetivo de discutir o trabalho nas instituições de saúde de referência para atendimento à covid-19, identificando as repercussões da pandemia no exercício profissional, em especial os rebatimentos nas atribuições e competências profissionais.

A respeito das ações profissionais desenvolvidas no exercício profissional do (a) assistente social, o resultado da pesquisa expressa que a grande maioria dos (as) assistentes sociais entrevistados informaram que desenvolvem ações socioassistenciais. Apesar disso, não foram mencionadas, por parte dos(as)

profissionais entrevistados, ações direcionadas para as atividades de participação social e socioeducativas.

Nesse sentido, a autora da T2 destaca que para os (as) assistentes sociais existem estratégias que podem ser viáveis em face da realidade do trabalho nos hospitais de alta complexidade geridos pelos modelos de gestão do SUS no estado do Pará, contudo, as dificuldades mostram uma categoria profissional desmobilizada. Dessa forma, constitui-se desafio político, teórico e operativo desvendar as mediações vivenciadas no cotidiano do trabalho articuladas com os processos macrossociais, a fim de que as ações obtenham respostas criativas e possam ser manifestadas no sentido de legitimar os valores do projeto profissional hegemônico.

5 CONSIDERAÇÕES CONCLUSIVAS

O estudo sobre os modelos de gestão do SUS e as inflexões nas condições de trabalho dos (as) assistentes sociais expressa as particularidades da política de saúde no Brasil, bem como a relação do sistema capitalista mediada pelo Estado. Assim sendo, as análises e os resultados da pesquisa mostram que nos modelos de gestão do SUS, com destaque para a EBSERH e OSS, podem ser identificados, em especial no período de crise sanitária, a incorporação de novos elementos no campo das condições e relações de trabalho, provenientes do aprofundamento do neoliberalismo, enquanto estratégia para responder a crise do capital, que conduziram a contrarreforma do Estado brasileiro, a qual incidiu nas políticas públicas, como por exemplo, a política de saúde.

De acordo com Moraes (2016), a realidade na qual o profissional encontra-se inserido tem capturado o pensamento crítico de muitos assistentes sociais, ao senso comum e privado de criticidade. Nos limites do capitalismo, vive-se uma “ameaça a dimensão intelectual do trabalho profissional na perspectiva do projeto ético-político do Serviço Social atual, o que produz drásticas implicações à dimensão teórica, metodológica, política e técnica do trabalho profissional” (Moraes, 2016, p.594).

Diante disso, é fundamental o registro de que os modelos de gestão dos hospitais do SUS possuem fragilidades oriundas do processo de contrarreforma do Estado Brasileiro. Efetivamente, vêm sendo criadas novas formas de gestão de instituições vinculadas ao SUS, sob o prisma do mercado, o que tem ecoado no trabalho dos (as) vários (as) profissionais, dentre os quais os (as) assistentes sociais.

Logo, os modelos adotados para gestão do SUS, lócus da pesquisa, incidem nas condições e relações de trabalho do (a) assistente social, interferindo nas respostas às demandas postas pelos usuários (as). Deste modo, as produções acerca dos modelos de gestão apontam que há uma repercussão sobre as condições de trabalho vivenciadas pelos (as) profissionais nesses espaços, em especial, quando nos referimos ao cenário da crise do coronavírus, e a incorporação de novas tecnologias.

Todavia, ao considerar as orientações dos preceitos neoliberais, as produções expressam que determinadas características aproximam as instituições com nítidas repercussões com relação às ações do Estado e a gestão da força de trabalho. Logo, pode-se afirmar, com base no resultado da pesquisa, que são geradas determinações, que atingem o conjunto dos profissionais inseridos na política de saúde, pois são modelos de gestão pensados para o mercado, pautados na lógica da privatização da política de saúde.

Portanto, as produções investigadas apontaram que as OSS e EBSERH, apresentam como tendência um trabalho marcado pelo gerencialismo, e que tal problemática necessita de um aprofundamento. Ao mesmo tempo, a partir das comunicações, verifica-se que o trabalho da categoria de assistentes sociais nos espaços da saúde, submetidos à lógica do público/privado, é complexo no sentido de viabilizar os direitos dos(as) usuários(as), criando repercussões sobre as demandas, atribuições e competências profissionais. Além disso, sobre o trabalho da categoria apresentado, identificou-se uma adesão insuficiente quando se refere a um trabalho orientado pelo Código de Ética (1993), Lei de Regulamentação da Profissão (Lei n. 8.662/93), e pelos Parâmetros para Atuação na área da Saúde (2010), normativas que não foram problematizadas em diversos trabalhos.

Em relação à dimensão socioeducativa do trabalho profissional dos (as) assistentes sociais, as produções mostram que é abordada de forma pontual, não constando articulação com as ações desenvolvidas no cotidiano das instituições. Com efeito, isso produz determinações específicas para o trabalho do (a) assistente social nos espaços, as quais estão vinculadas, sobretudo, às particularidades dos modelos de gestão.

No que concerne às condições de trabalho, as produções apresentaram como tendências nesses espaços de modelos de gestão do SUS, um trabalho cada vez mais precarizado da categoria com determinações gerais que expressam a realidade que foi objeto de estudo. No contexto das mudanças no mundo do trabalho, o intenso processo de precarização recai sobre o conjunto da classe trabalhadora, e em particular na política de saúde.

Neste sentido, as repercussões são relações e condições de trabalho precarizadas, as quais se expressam através da: maior fragilidade dos vínculos de trabalho; relação verticalizada entre os profissionais, falta de infraestrutura; intensificação do trabalho; exposição à stress; fragmentação dos processos de trabalho; modelo de gestão centralizada em pequeno número de profissionais que assumem a gestão/direção; ausência da participação nas representações e/ou decisões; aumento da produtividade; alcance de metas; burocracia; introdução de novas tecnologias; polivalência; alta rotatividade; contratos temporários; padronização dos processos e rotatividade e assédio moral.

Os resultados da pesquisa mostram que os elementos referentes às condições de trabalho dos (as) assistentes sociais das OSS e da EBSE RH são caracterizados por elementos se referem às condições de trabalho às quais os (as) assistentes sociais estão submetidos, que tendem a ecoar não só objetivamente, quanto subjetivamente sobre o conjunto da classe trabalhadora. Além disso, temos as condições dadas pela política social a qual os (as) assistentes sociais dos modelos de gestão do SUS estão inseridos: a política de saúde, na particularidade das OSS e EBSE RH.

Estabelecendo um comparativo com os anos anteriores à decretação da pandemia, as diferenças mais evidentes no campo do trabalho, e que contribuíram com uma expansão e precarização na esfera laboral, foram as

modalidades de trabalho home office, o teletrabalho, além das diversas formas de trabalho remoto, os quais passaram a ser incorporados, particularmente no cenário da pandemia, em larga escala, atingindo o trabalho de assistentes sociais.

Em outras palavras, são lançadas novas(velhas) formas de exploração e dominação da força de trabalho no cenário contemporâneo, pois novos elementos vão sendo incorporados na gestão da política de saúde nos diferentes níveis. Portanto, considerando a análise das comunicações destaca-se que existem tendências vinculadas à totalidade das mudanças no mundo trabalho, movidas pelo espraiamento do projeto neoliberal e, especificamente, no caso brasileiro, o aprofundamento da contrarreforma administrativa do Estado, por meio de vínculos mais precários e informais de trabalho.

Neste sentido, os modelos de gestão produzem determinações que repercutem no trabalho profissional dos (as) assistentes sociais. As possibilidades e estratégias, apontadas nas produções, como viáveis pelos (as) assistentes sociais, mostram-se como desafios urgentes e necessários, de maneira a ir na contramão do processo de privatização na área da saúde. Dentre as quais, destaca-se a organização dos (as) assistentes sociais, com repercussões no trabalho profissional, assim como, no trabalho com os (as) usuários (as) do SUS.

Por fim, as produções analisadas apresentam debates que estão de acordo com as prerrogativas das dimensões teórico-metodológica, ético-política, e técnico-operativa do Serviço Social, presentes no Código de Ética e no atual Projeto Ético-Político hegemônico da categoria profissional. São profissionais que apresentam suas reflexões e experiências profissionais, no contexto de privatização da saúde, destacando a importância do direcionamento para um fazer profissional crítico, ultrapassando a prática conservadora que ameaça a profissão.

Os resultados da pesquisa pretendem contribuir com os(as) assistentes sociais e os(as) profissionais que trabalham na política de saúde, para que possam construir estratégias nos espaços sócio-ocupacionais do SUS visando o enfrentamento do processo de precarização das condições de trabalho e seus desdobramentos.

Pretende-se contribuir, a partir das lacunas apresentadas, com o debate dos (as) profissionais para realização de ações e/ou atividades, visando organizar ações de caráter educativo, de modo a mobilizar os (as) assistentes sociais com relação à luta pela saúde pública e os enfrentamentos com relação às condições de trabalho. Logo, conclui-se, que esta dissertação pode contribuir para a criação de estratégias na esfera da organização de processos de resistência por parte da categoria profissional no campo da política de saúde, em concordância com o projeto da reforma sanitária e o projeto ético político da profissão.

As instâncias representativas da categoria profissional são imprescindíveis no processo de construção de alternativas mais democráticas para o conjunto da classe trabalhadora. Deste modo, salienta-se a importância dos resultados apresentados nesta dissertação, pois este é o cotidiano experienciado pela classe trabalhadora nos diversos espaços de trabalho.

Os resultados apresentados contribuem para a problematização sobre o tema, visto que trata das condições de trabalho da categoria de assistentes sociais e os modelos de gestão do SUS. Por fim, ressalta-se a necessidade e importância de pesquisas sobre temas correlatos ao trabalho profissional do (a) assistente social na esfera da política de saúde, que venham contribuir para novas produções, e para o trabalho da categoria profissional nos vários espaços socio-ocupacionais desta política pública, além da viabilização dos (as) usuários (as) ao direito à saúde pública no Brasil.

Reconhecemos os limites da presente pesquisa, pois essa discussão não se esgota nesta dissertação. A produção de conhecimento é uma estratégia de resistência. Diante de um cenário de aprofundamento da privatização das políticas sociais, em especial, a política de saúde, é imprescindível um debate consoante com a direção social contra-hegemônica, presente no projeto ético-político profissional.

REFERÊNCIAS

ABESS/CEDEPSS. **Proposta básica para o projeto de formação profissional.** Serviço Social e Sociedade. n.50. São Paulo: Cortez, 1996.

ACIOLE, Giovanni Gurgel. G. **A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado.** São Paulo: HICITEC, 2006, 357p.

AGUIAR, Zenaide Netto. SUS: Sistema Único de Saúde – Antecedentes, percurso, perspectivas e desafios – São Paulo: Editora Martinari, 2011. SANTOS, Marilene Silva dos. **O serviço social na conjuntura da Política social de saúde.** Ufpa, Belém, p.1-10, 20.

ALCANTARA, Juliana; FERREIRA, Ricardo Ribeiro. **A infodemia da “gripezinha”:** uma análise sobre desinformação e coronavírus no Brasil. Chasqui, Edimburgo, nº145,p.137-162,2020. Disponível em:<<https://revistachasqui.org/index.php/chasqui/article/view/4315/3381> >Acesso em: 22 fev. 2022.

ALVES, Giovanni. **Toyotismo e Subjetividade:** as formas de desefetivação do trabalho vivo no capitalismo global. Revista Organizações e Democracia, v.7, n.1/2, Jan.-Jun./Jul.-Dez., p. 89-108, 2006.

_____. **Dimensões da Reestruturação Produtiva:** ensaios de sociologia do trabalho 2ª edição, Londrina: Praxis; Bauru: Canal 6, 2007.

_____. **Trabalho e subjetividade:** o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório. São Paulo: Boitempo, 2011.

_____. **A crise estrutural do capital e sua fenomenologia histórica.** Blog da Boitempo, 2012. Disponível em: <https://blogdaboitempo.com.br/2012/09/21/a-crise-estrutural-do-capital-e-sua-fenomenologia-historica/> Acesso em: 04 dez. 2024.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao Trabalho?** Ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade do trabalho. 3ª. ed. São Paulo: Cortez; Campinas, SP: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 2015.

_____. **O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital.** São Paulo: Boitempo, 2018.

_____. **O Continente do Labor.** São Paulo: Boitempo, 2011.

ARAÚJO, Iara Soares; BRANDÃO, Viviane Bernadeth Gandra. **Trabalho e Renda no Contexto da Pandemia de COVID-19 no Brasil.** Práxis, Novo Hamburgo, v.2, p.96- 111, 2020. Disponível em: <
<https://periodicos.feevale.br/seer/index.php/revistapraxis/article/view/2545/2851>>
Acesso em: 20 fev. 2024.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 1977.

BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha et al. **Colapso na saúde em Manaus: o fardo de não aderir às medidas não farmacológicas de redução da transmissão da Covid-19.** Saúde Debate, Rio de Janeiro, v.45,n.131,p.1126-1139, 2021. Disponível em:
<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1862>. Acesso em: 27 de fev 2022.

BARROCO, Maria Lúcia Silva. **Ética e Serviço Social: fundamentos ontológicos.** São Paulo: Cortez, 2006. (p.09-41).

BEHRING, E.R. **Brasil em Contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos.** 2 ºed. São Paulo. Cortez,2008.

_____.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2016.

_____. **Neoliberalismo, ajuste fiscal permanente e contrarreformas no Brasil da redemocratização.** XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. Vitória, ES, 2018.

_____. **Arcabouço Fiscal – o mais novo capítulo de uma longa (e dolorosa) história.** Esquerda online, Rio de Janeiro, 24 agosto 2023. Disponível em:
Arcabouço Fiscal - o mais novo capítulo de uma longa (e dolorosa) história - Esquerda Online. Acesso em: 20 fev. 2024.

_____.; CISLAGHI, Juliana Fiúza; SOUZA, Giselle. **Ultraneoliberalismo e**

bolsonarismo: impactos sobre o orçamento público e a política social. Políticas sociais e ultraneoliberalismo. Uberlândia: Navegando Publicações, p. 103-121, 2020. BRASIL. Constituição da República Federativa Brasileira de 1988. Brasília:DF,1988.Disponívelem:<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em 25 jul. 2024.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 1996

BEZERRA, Angélica Luiza Silva; MEDEIROS, Milena Gomes de. **Serviço Social e crise estrutural do capital em tempos de pandemia**. Temporalis, Brasília (DF), ano 21, n. 41, p. 53-69, jan./jun. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.22422/temporalis.2021v21n41p53-69>>. Acesso em: 25 fev. 2024.

BORGES, Fabiano Tonaco [et al.]. **Anatomia da privatização neoliberal do SUS:** o papel das organizações sociais. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012.

BRASIL. **Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993**. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF,8 jun. 1993.

_____. **Constituição (1998)**. Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998. Brasília, 15 dez. 1998.

_____. **Decreto Lei Nº200**. Brasília, 25 fevereiro de 1967.

_____.**Lei 13.982, de 02 de abril de 2020**. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para dispor sobre parâmetros adicionais de caracterização da situação de vulnerabilidade social para fins de elegibilidade ao benefício de prestação continuada (BPC), e estabelece medidas excepcionais de proteção social a serem adotadas durante o período de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19) responsável pelo surto de 2019, a que se refere a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Brasília, 2020c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l13982.htm>. Acesso em: 22 fev 2022

_____. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção Disponível em<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 4 out. 2022.

_____. **Plano diretor da reforma do Estado**. Brasília, 1995. Disponível

em.: Acesso em: 3 nov. 2024.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Emenda Constitucional 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível: <<https://tinyurl.com/y84rm3he>>. Acesso em: 2 julho 2022.

_____. Presidência da República. **Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 18 maio 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9637.htm>. Acesso em: 3 ag.2022.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (org.). **Serviço social e saúde: Formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

_____; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate *in*: **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4. Ed. São Paulo: Cortez, p.197-217, 2009

_____. Prefácio. In: SILVA, L. B.; RAMOS, A. (Org.). **Serviço Social, Saúde e Questões Contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional**. Campinas: Papel Social, 2013.

_____; PELAEZ, E.; PINHEIRO, W. **As contrarreformas na política de saúde do governo Temer**. Argumentum, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr.2018. BRAVO, Maria Inês Sousa. Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas profissionais. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

_____; MENEZES, J. S. B. de. **A Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: Lutas e resistências**. SER Social, Brasília, v. 22, n. 46, p. 191- 209, jan-jun. 2020. Disponível em: Disponível em: file:///C:/Users/anacv/Downloads/64233.pdf. Acesso em 14 ago. 2022.

BRETTAS, Tatiana . **Podres Poderes do Grande Capital: a pilhagem do fundo público federal pós-1988**. In: MEDEIROS, Evelyne; NOGUEIRA, Leonardo; BEZERRA, Lucas (org.). Formação Social e Serviço Social: a realidade brasileira em debate. São Paulo: Outras Expressões, 2019. p. 145-164.

CALHEIROS, R. **Agenda Brasil**. Brasília: Senado Federal, 2006. Disponível em:

<<http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/385386/000766380.pdf?>>. Acesso em: 20 ag. 2022.

CARCANHOLO, Reinaldo A. A globalização, o neoliberalismo e a síndrome da imunidade auto-atribuída. In: MALAGUTI, Manoel Luiz. **Neoliberalismo: a tragédia do nosso tempo**. 4ª Ed. São Paulo: Cortez, 2008.

CARCANHOLO, Marcelo Dias. Inserção externa e vulnerabilidade da economia brasileira no governo Lula. In: MAGALHÃES, J. P. A. et al. **Os anos Lula: contribuições para um balanço crítico**. Ed. Garamond, 2010.

CARNUT, Leonardo. **Neofacismo como objeto de estudo**: contribuições e caminhos para elucidar este fenômeno. Seminário: Ciências Sociais e Humanas(on-line), Londrina, v.41, pp.81-108, 2020. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/38188>. Acesso em: 15 dez. 2023.

CASTILHO, Daniela Ribeiro. LEMOS, Esther Luíza de Souza. **Necropolítica e governo Jair Bolsonaro repercussões na Seguridade Social brasileira**. Katálysis. v. 24 n. 2, 2021, p. 269-279. Disponível em: scielo.br/j/rk/a/TyMKscqwjWfwpbScmWpwCvc/?format=pdf&lang=pt. Acesso em 24 jan. 2023.

CAVALCANTE. Girlene Maria Máti. PRÉDES, Rosa. **A precarização do trabalho e das políticas sociais na sociedade capitalista**: fundamentos da precarização do trabalho do assistente social. Revista Libertas, Juiz de Fora, v.10, n.1, p. 1 - 24, jan-jun / 2010.

CFESS. CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Resolução nº 493/2006, de 21 de agosto de 2006. **Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social**. Brasília: CFESS, 2007. Disponível em: <https://www.cressrj.org.br/wp-content/uploads/2016/05/088.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2024.

CFESS. CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília, DF: CFESS, 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuario_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 23 fev. 2023.

CFESS. CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão**. 10. ed. Brasília: CFESS, 2012. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf. Acesso em: 15 de janeiro de 2024.

CFESS. CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **CFESS Manifesta. Os**

impactos do Coronavírus no trabalho do/a assistente social. Brasília: CFESS, 2020a. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/2020CfessManifestaEdEspecialCoronavirus.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Comissão de Organização e Finanças. **Boletim Cofin, 2020/12/2021.** Elaboração de Francisco R. Funcia, Rodrigo Benevides e Carlos Ocké-Reis. 2020. Disponível em: [http://Boletim Cofin 2020/11/25 \(dados até 24/11/2020\) Comissão de Orçamento e Financiamento - CNS \(saude.gov.br\)](http://Boletim Cofin 2020/11/25 (dados até 24/11/2020) Comissão de Orçamento e Financiamento - CNS (saude.gov.br).). Acesso em: 13 jan. 2024.

CORREIA, Maria Valéria Costa (Org.). **Política de Saúde no Brasil e o fortalecimento do setor privado:** desmonte do SUS público, estatal e universal. Maceió: Edufal, 2018.

COSTA, Ana Maria; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. **Na pandemia da Covid-19, o Brasil enxerga o SUS.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.44, n.125, p. 289-296, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/PbzsnQF5MdD8fgbhmbVJf9r/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 22 fev. 2022.

CUNHA, J.P.P., CUNHA, R.E. Sistema Único de Saúde - SUS: princípios. In: CAMPOS, F.E., OLIVEIRA JÚNIOR, M., TONON, L.M. **Cadernos de Saúde. Planejamento e Gestão em Saúde.** Belo Horizonte: COOPMED, 1998.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo:** ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016.

DRUCK, Graça. **Trabalho, precarização e resistências:** novos e velhos desafios? Caderno CRH, Salvador, v. 24, n. spe1, p. 35-55, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.9771/ccrh.v24il.19219>. Acesso em: 11 jan. 2024.

FAGNANI, E. (2011) **A Política Social do Governo Lula(2003-2010):** perspectiva histórica. Ser Social, São Paulo, n.28, p.45-46, Jan./junho.

FONTES, Virgínia. Público e privado na saúde: o SUS e a filantropia. In: **Revista POLI: saúde, educação e trabalho.** Ano IV – Nº 20 – nov./dez. 201. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/EdicoesRevistaPoli/R22.pdf>. Acesso em: novembro de 2023.

FREITAS, Renata Martins de. **Serviço Social, Assistência Social e a pandemia da Covid- 19:** desafios e apontamentos. Revista Libertas, Juiz de Fora, v.21, n.2, p. 653-676, jul. / dez. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1980-8518.2021.v21.34059>. Acesso em: 10 jun. 2024.

FUNDAÇÃO ULLYSSES GUIMARÃES. **Ponte para o Futuro**. Brasília (DF), 2015. Disponível em: <<https://www.fundacaoulysses.org.br/blog/acervo/>>. Acesso em: 7 abr. 2022.

_____. **Travessia Social**. Brasília (DF), [2016]. Disponível em: <<https://www.fundacaoulysses.org.br/blog/acervo/>>. Acesso em: 7 abr. 2022.

GRANEMANN, Sara. Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, S. B. de. (orgs.). **Saúde na atualidade**: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. 1ª ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

GUERRA, Yolanda. **A pós-graduação em serviço social no brasil: um patrimônio a ser preservado**. Temporalis, Brasília (DF), ano 11, n.22, p.125-158, jul./dez. 2011.

HARVEY, David. **O neoliberalismo**: história e implicações. São Paulo, Ed. Loyola, 2008.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social**: ensaios críticos. 7 ed. São Paulo: Cortez, 2004.

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

_____. CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**: Esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 22ª Ed. – São Paulo, Cortez; [Lima, Peru]: CELATS, 2014.

INQUÉRITO NACIONAL SOBRE INSEGURANÇA ALIMENTAR NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19 NO BRASIL. Disponível em: <<https://pesquisassan.net.br/2o-inquerito-nacional-sobre-inseguranca-alimentar-no-contexto-da-pandemia-da-covid-19-no-brasil/>>. Acesso em: 18 set. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Indicadores de Desemprego no Contexto da Pandemia de COVID-19**. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/explica/desemprego.php>. Acesso em: 20 set. de 2022.

LESSA, Sergio. **Centralidade do Trabalho**: qual centralidade? In: Revista de Ciências Humanas, v.15, n 22, Florianópolis-SC: Ed. UFSC, 2º SEM, 1997.

_____. Serviço social e Trabalho. **Porque o Serviço Social não é trabalho**. 3.ed. Maceió: Coletivo Veredas, 2016.

_____. **Trabalho e proletariado no capitalismo contemporâneo.** São Paulo: Cortez, 2011.

LIMA, Júlio César França. **Dicionário de Empresas, Grupos Econômicos e financeirização na Saúde.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2019.

LUKÁCS, Georg. **II Lavoro, de Per l'ontologia Dell' essere Sociale.** Tradução para o português do professor Ivo Tonet(Universidade Federal de Alagoas), 1998.

LUZ, M.T. **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80.** Physis, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 77-96, 1991. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/hkt7TRS9SPNW4yrFGgnFkPG/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 3 jan. 2024.

MACHADO, P. P; OLIVEIRA, N. R. F. de, MENDES, A. N. **O indigesto sistema do alimento mercadoria.** *Saúde e Sociedade*, São Paulo, vol. 25, n.2, pp.505-15. 2016.

MANDEL.E. **O capitalismo tardio.** 2 edição. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política de morte.** São Paulo: N-1 edições, 2016, 80p.

MARQUES, Rita de Cassia; SILVEIRA, Anny Jackeline Torres; PIMENTA, Denise Nacif. A pandemia de Covid-19: intersecções e desafios para a história da saúde e do tempo presente. In: REIS, Tiago Siqueira et al. (eds.) **História do tempo presente**, v. III. Boa Vista: Editora da UFRR, 2020. p. 225-249.

MATOS,Maurílio Castro de. **Serviço Social, ética e saúde:** reflexões para o exercício profissional. São Paulo: Cortez, 2013.

MARX, K. **O capital:** crítica da economia política, Volume I, Livro Primeiro, Tomo I. Nova Cultural: 1985a.

_____. **O capital:** crítica da economia política, Livro I,: o processo de produção do capital. São Paulo: Boitempo, 2013.

_____.; ENGELS, F. **Manifesto Comunista.** 4a ed. São Paulo: Boitempo, 2005.

_____. **A Ideologia Alemã.** São Paulo: Expressão Popular, 2009.

MASCARO, A. **Estado e forma política**. São Paulo: Boitempo, 2013.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo. **Capital, Estado, Crise e a Saúde Pública brasileira: golpe e desfinanciamento**. SER Social, Brasília, v. 22, n. 46, p. 9–32, 2020. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25260/25136 . Acesso em: 20 fev.2024.

MENEZES, J. S. B. de. Os Governos do Partido dos Trabalhadores e as Políticas Sociais: “Nada de novo no front”. In: BRAVO, M. I. S; MENEZES, J. S. B. de. (org). **Saúde nos Governos do Partido dos Trabalhadores e as Lutas Sociais Contra A Privatização**. Rio de Janeiro: UERJ, 2014.

MENEZES, Ana Paula do Rego; MORETTI, Bruno; REIS, Ademir Arthur Chioro dos. **O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública-austeridade versus universalidade**. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v.43, n. especial 5, p.58-0, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JLN5qfhCmLh4ZwY4sm4KWpt/?lang=pt>. Acesso em: 22 fev. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Vacinação**. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/>. Acesso em: 27 fev 2024.

MÉSZÁROS, István. **Para Além do Capital**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2011.

MONTAÑO, Carlos. **Terceiro setor e a questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social**. São Paulo: editora Cortez, 2002.

_____.; DURIGUETTO, M. L. **Estado, Classe e Movimento Social**. São Paulo: Cortez, 2010.

MORAES, C. A. S. **O Serviço Social brasileiro na entrada do século XXI: considerações sobre o trabalho profissional**. In: Revista Serviço Social e Sociedade, n. São Paulo: Cortez, 2016, p. 587-607. Disponível em: . Acesso em: 05/03/2020.

MORAIS, Heloisa Maria Mendonça de; OLIVEIRA, Raquel Santos de; SILVA, Ligia Maria Vieira da. **A coalizão dos empresários da saúde e suas propostas para a reforma do sistema de saúde brasileiro: retrocessos políticos e programáticos (2014- 2018)**. Ciência & saúde coletiva, Rio de Janeiro, p.4479-4488, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/S5SYpsmH4DWcJJPRFxcwNYv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 março 2022.

MOTA, Ana Elizabete. Crise contemporânea e as transformações na produção capitalista In: **Serviço social: direitos sociais e competências profissionais**, Brasília, DF: CFESS/ABEPSS, 2009.

_____. **Serviço Social brasileiro:** profissão e área do conhecimento. Revista Katálysis, Florianópolis, v. 16, n. esp., p. 17-27, 2013.

NARVAI, Paulo Capel. **A saúde no governo Lula, um ano depois.** Outras Mídias, São Paulo, 15 dezembro 2023. Disponível em: A Saúde no governo Lula, um ano depois - Outras Palavras. Acesso em: 20 fev. 2024.

NETTO, José Paulo. A construção do Projeto ético político do Serviço Social frente à crise contemporânea. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social.** Módulo 01: Crise contemporânea, questão social e Serviço Social. Brasília: UNB, CEAD, 1999.

_____. **Introdução ao estudo do método de Marx.** 1.ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

_____. Notas sobre a reestruturação do Estado e a emergência de novas formas de participação da sociedade civil.. In: Ivanete Boschetti; Potyara Amazoneida Pereira; Maria Auxiliadora César e Denise Bomtempo Birche de Carvalho. (Org.). **Política Social: alternativas ao neoliberalismo.** Brasília: Editora da Universidade Nacional de Brasília, 2004.

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

_____; BRAZ, Marcelo. **Economia Política:** uma introdução crítica. São Paulo: Cortez, 2011.

NORONHA, Kenya Valeria Micaela de Souza et al. **Pandemia por COVID-19 no Brasil:** análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. Cadernos de saúde pública, 2020. Disponível em:<
<https://www.scielo.br/j/csp/a/MMd3ZfwYstDqbpRxFRR53Wx/?lang=pt>> Acesso em: 22 fev. 2024.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Histórico da pandemia de COVID-19.**[s.d]. Disponível em:<
<https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia.>>. Acesso em: 20 fev. 2024.

_____. **Excesso de mortalidade associado à pandemia de COVID-19 foi de 14,9 milhões em 2020 e 2021.** 2022. Disponível em:
<https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2022-excesso-mortalidade-associado-pandemia-covid-19-foi-149-milhoes-em-2020-e-2021>. Acesso em: 12 jan. 2024.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira:** contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

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

PINHEIRO, Maria Esolina. **Serviço Social: infância e juventude desvalidas**. São Paulo/Rio de Janeiro: Cortez/CEPUERJ, 1985.

PRATES, Jane Cruz. **A pesquisa social a partir do paradigma dialético-crítico: do projeto à análise do dado**. In: FERNANDES, Idilia e PRATES, Jane C. (Org.). **Diversidade e estética em Marx e Engels**. Campinas: Papel Social, 2016.

_____. **A produção de conhecimentos e a contribuição dos periódicos para o amadurecimento teórico do Serviço Social**. Textos & Contextos, Porto Alegre, v. 12, n. 2. p. 213-220, jul./dez. 2013.

_____. **Desafios à formação e ao trabalho profissional num contexto de crise**. Textos & Contextos, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 1-8, jan./jun. 2015.

_____ et al. **Programas de Pós-Graduação em Serviço Social no Brasil: tendências das áreas de concentração, linhas de pesquisa e disciplinas**. SERV. SOC. REV., Londrina, v. 18, n.2, p.05 - 33, jan. /jun. 2016.

QUEIROZ, Danielle Teixeira; VALL, Janaina; SOUZA, Ângela Maria Alves; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. **Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicação na área de saúde**. Revista Enfermagem, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-47566>. Acesso em: 20 jun. 2024.

RAICHELIS, Raquel (2020). **Atribuições e competências profissionais revisitadas: a nova morfologia do trabalho no Serviço Social**. Cfess. Atribuições Privativas do Assistente Social. Brasília, Cfess, v. 2. Disponível em: . Acesso em: fev. 2024.

_____; ARREGUI, C.C. **O trabalho no fio da navalha: nova morfologia no Serviço Social em tempos de devastação e pandemia**. São Paulo, 2020. Disponível em: scielo.br/j/sssoc/a/MVGcWc6sHCP9wFM5GHrpwQR/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: dez. 2024.

REZENDE, C. A. P. O Modelo de Gestão do SUS e as Ameaças do Projeto Neoliberal. In: Maria Inês S. Bravo; Débora de S. Pereira; Juliana S. B. de Menezes; Mariana M. do N. Oliveira. (Org.). **Política de Saúde na Atual Conjuntura: Modelos de Gestão e Agenda para a Saúde**. UERJ/ Faculdade de Serviço Social – Projeto Políticas Públicas da Saúde, 2007.

RODRIGUES, T. F; MELATTI, Kelly Rodrigues; MELO, Sabrina. Trabalho

profissional de assistentes sociais: a precarização do trabalho no contexto das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICS) In: RAICHELIS, Raquel(org). **Nova-velha morfologia do trabalho no serviço social - TICS e pandemia**, São Paulo: EDUC: CAPES, 2022, cap. 3, p.105-116.

SALVADOR, Evilasio. **O arcabouço fiscal e as implicações no financiamento das políticas sociais**. Revista Argumentum, Vitória, 2024. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/44218/29917>. Acesso em: 20 junho 2024.

SANTOS, C. M.; SOUZA FILHO, R.; BACKX, S. **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos**. Juiz de Fora: UFJF, p. 15-39, 2012.

SANTOS, G. G.; SILVA, A.X. **Intelectuais coletivos e o processo de contrarreforma na política de saúde brasileira**. *Ser Social*, Brasília, v.22, n. 46, p. 33-53, 2020. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25495/25137. Acesso em: 10 agosto. 2022.

SANTOS, J. A. **A ampliação do processo de privatização da saúde no Brasil**. – 1ª ed. – São Paulo: HUCITEC, 2018, 249 p.

SANTOS, S. M. de M. dos. **O CFESS na defesa das condições de trabalho e do projeto ético-político profissional**. *Serv. Soc. Soc.* [online], São Paulo, n. 104, p. 695-714, out./dez.2010.

SILVA, Camila da. **Deputada do PSOL protocola projeto para barrar cortes nos orçamentos da Saúde e da Educação** : Sâmia Bomfim mira mudanças promovidas pelo Novo Arcabouço Fiscal. Carta Capital, São Paulo, 25 abril 2024. Disponível em: [Deputada do PSOL protocola projeto para barrar cortes nos orçamentos da Saúde e da Educação – Política – CartaCapital](#). Acesso em: 26 abril 2024.

SILVA, Maria Geremias da; BEZERRA, Maria Clara Ezequiel. **O Processo de implantação dos modelos de privatizantes de gestão: a empresa brasileira de serviço hospitalares**. In: SILVA, Alessandra Ximenes da; NÓBREGA, Mônica Barros da; MATIAS, Thaísa Simplício Carneiro. **Contrarreforma, intelectuais e Serviço Social: as inflexões na política de saúde**. Campina Grande: Eduepb, 2017. p. 23-443.

SIMIONATTO, I. **Os desafios na pesquisa e na produção do conhecimento em Serviço Social**. *Temporalis*, v. 5, n. 9, p. 20-28, jan./jun. 2005.

SOARES, Raquel Cavalcante. **A Contrarreforma na Política de Saúde e o SUS**

hoje: Impactos e demandas ao serviço social. 2010. 209 f. Tese (Doutorado) - Curso de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010. Cap. 1

_____; CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos. **Serviço Social na política de saúde no enfrentamento da pandemia da Covid-19.** Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 140, p. 118-133, jan./abr. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.241>. Acesso em: 12 mar. 2024.

SODRÉ, Francis; BUSSINGUER, Elda Coelho de Azevedo. Organizações Sociais e Privatização da Saúde: a discricionariedade dos contratos de gestão com o terceiro setor. In: SODRÉ, Francis; BUSSINGUER, Elda Coelho de Azevedo; BAHIA, Lígia (org.). **Organizações Sociais: agenda política e os seus custos para o setor público da saúde.** São Paulo: Hucitec, 2018. p. 17-36.

_____. **Serviço Social e o campo da saúde:** para além de plantões e encaminhamentos. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n.103, p.453-475, jul./set. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-66282010000300004>. Acesso em: 20 mar. 2024.

SPOSATI, Aldaiza. **Pesquisa e produção de conhecimento no campo do Serviço Social.** Katálisis, Florianópolis, n. 10, p. 15-25, 2007.

TEIXEIRA, S. F. Reflexões teóricas sobre democracia e Reforma Sanitária. In: _____. (Org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria.** 2.ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995, p. 17-46.

TEIXEIRA, F. J. S.; OLIVEIRA, M. A. **Neoliberalismo e reestruturação produtiva – as novas determinações do mundo do trabalho.** São Paulo: Cortez, 1996.

TRINDADE, Rosa Lúcia Prêdes. **Desvendando o significado do instrumental técnico-operativo na prática profissional do Serviço Social.** Orientadora: Nabuco Kameyama. Rio de Janeiro: UFRJ/ESS, 1999. Tese de Doutorado.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.

VALE, M. E. G. do; NASCIMENTO, Y. B. Serviço Social e a covid-19 no hospital universitário do Piauí HU-UFPI: em cena os setores da oncologia e uti. In: PEREIRA, S. L. B. [et al.] (org.). **Serviço social em tempos de pandemia: provocações ao debate.** Teresina: EDUFPI, 2020. cap. 4, p. 101-122.

VASCONCELOS, A. M. Serviço Social e práticas democráticas na

saúde. In: MOTA, A. E.[et al.] (org.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília <DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. cap. 2, p. 242-272

WALLACE, Rob. **Pandemia e agronegócio**: doenças infecciosas, capitalismo e ciência. São Paulo: Elefante, 2020a.

XIMENES, Assuero Fonseca. **A apropriação do fundo público da saúde pelas Organizações Sociais em Pernambuco**. Recife, 2015.