



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL – FSSO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

POLYANA PALHARES MARTINS

**A INSTITUCIONALIZAÇÃO DE DEMANDAS SOCIAIS ATRAVÉS
DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL**

**MACEIÓ
2014**

POLYANA PALHARES MARTINS

**A INSTITUCIONALIZAÇÃO DE DEMANDAS SOCIAIS ATRAVÉS
DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL**

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

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rosa Lúcia Prêdes Trindade

**MACEIÓ
2014**

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico
Bibliotecário Responsável: Valter dos Santos Andrade

M386i Martins, Polyana Palhares.
A institucionalização de demandas sociais através da política de saúde no Brasil e a inserção do Serviço Social / Polyana Palhares Martins . – 2014.
119 f.

Orientadora: Rosa Lúcia Prêdes Trindade.
Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-graduação em Serviço Social. Maceió, 2014.

Bibliografia: f. 112-119.

1. Serviço social. 2. Política social. 3. Política de saúde.
4. Indicadores sociais - Brasil. 5. Indicadores de saúde - Brasil. I. Título.

CDU: 364.02



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL-MESTRADO



FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL-MESTRADO

ATA DA SEPTUAGÉSIMA PRIMEIRA
DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM SERVIÇO SOCIAL – MESTRADO.

Aos oito dias do mês de outubro do ano de dois mil e quatorze, às dez horas, na sala do Conselho da Faculdade de Serviço Social, realizou-se a septuagésima primeira defesa de dissertação do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – PPGSS, na qual foi apresentado o trabalho intitulado “*A institucionalização das demandas sociais na área da saúde no Brasil e a inserção do Serviço Social*” pela aluna POLYANA PALHARES MARTINS. A banca foi composta pelas professoras: Dra. Rosa Lúcia Prêdes Trindade, Dra. Maria Valéria Costa Correia e Dra. Yolanda Guerra, aprovada em reunião do Colegiado do PPGSS no dia 17 de setembro de 2014. Após a exposição de 30 minutos, a candidata foi arguida pelos membros da banca, tendo 30 minutos para responder. Após a defesa, os examinadores se reuniram e chegaram aos seguintes resultados:


Examinador1: Dra. Maria Valéria Costa Correia APROVADA
Examinador2: Dra. Yolanda Guerra APROVADA
Orientadora: Dra. Rosa Lúcia Prêdes Trindade APROVADA
Resultado final: APROVADA

Maceió, 08 de outubro de 2014.


Dra. Maria Valéria Costa Correia (UFAL)


Dra. Yolanda Guerra (UFRJ)


Dra. Rosa Lúcia Prêdes Trindade (UFAL)


Maria Virginia Borges Amaral
-Coordenadora do PPGSS/UFAL
SIAPE - 1119849

AGRADECIMENTOS

Ufa, chegou a hora de agradecer! Chegar até aqui não foi nada fácil, o processo tem sido muito denso e solitário, mas muito recompensador. Esse momento final demonstra que todos os esforços empreendidos por mim valeram a pena. No entanto, não cheguei até aqui sozinha. Para isso, pude contar com a contribuição de várias pessoas que me ajudaram tanto objetivamente quanto subjetivamente. Agradeço aos meus pais, Vicente e Divaci, pelo empenho em tentar sempre garantir o melhor para mim e, agora, para o meu filho Luan Mateus. Meu agradecimento será eterno;

Às minhas irmãs, Karol e Ingrid, que estão presentes em todos os momentos da minha vida. Sempre prontas a me apoiar no que eu preciso;

Ao meu bem maior, ao melhor presente que esta vida pode me dar, meu filho. A quem amo incondicionalmente;

Ao meu esposo Rostan, pelo apoio, incentivo de sempre e por todo amor dispensado a mim;

À minha digníssima orientadora Rosa Predes, por quem nutro respeito, carinho e admiração desde os tempos de sala de aula. Agradeço imensamente pelos 5 anos que vem me orientando, desde o grupo de pesquisa. Meu muito obrigada a você que está sempre presente quando solicitada, que sempre foi tão atenciosa e dedicada;

Aos meus familiares, em especial, uma pessoinha que mora no meu coração sem pagar aluguel, a qual considero como uma irmã, Márcia Wanessa;

Às professoras da Banca de Qualificação e Defesa, Prof.^a Dr.^a Maria Valéria (UFAL), Profa. Dar. Yolanda Guerra, pelas críticas e sugestões para o aprimoramento deste trabalho;

Às minhas companheiras de sempre, desde a graduação na Ufal: Clarisse, Márcia Valéria e Priscila;

Ao Grupo de Pesquisa Serviço Social, Trabalho e Direitos Sociais, em especial, a Dani, Juliana e Mayra.

À Fundação de Amparo à Pesquisa de Alagoas – FAPEAL, pela concessão da bolsa de estudo para a realização desta pesquisa;

Enfim, aos professores do Mestrado, pelo aprimoramento intelectual e fonte de inspiração para que eu prossiga neste caminho.

Muito obrigada à TODOS!!!

“Que as classes dominantes tremam à ideia de uma revolução Comunista! Os proletários nada têm a perder nela a não ser as correntes que os aprisionam. Tem um mundo a ganhar” (Karl Marx).

RESUMO

Nesta dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas, o objetivo foi entender como o Serviço Social se insere na área da saúde, a partir do processo de institucionalização das demandas sociais desta área no Brasil, entender o processo permeado pelo reconhecimento dos Determinantes Sociais da saúde do processo saúde-doença. Para tal propósito, buscamos desenvolver a investigação através da pesquisa bibliográfica e documental. Recorremos às produções teóricas que discutem a respeito dos seguintes conceitos: Necessidades Sociais, Demandas Sociais, Demandas Institucionais, Questão Social, Estado, Saúde, Determinantes Sociais da Saúde, Serviço Social, o Processo de Institucionalização das Políticas Sociais, com destaque para a Política de Saúde. Para a análise do material da pesquisa buscamos o aporte da perspectiva teórica materialista dialética de Marx. No que se refere à pesquisa documental, consultamos a Constituição Federal de 1988; as legislações e documentos pertinentes à área da saúde; a produção documental do Conselho Federal do Serviço Social (CFESS). Mediante as investigações, entendemos que o processo de institucionalização da saúde decorre das demandas sociais oriundas das necessidades sociais da classe trabalhadora na ordem atual. Partimos do pressuposto de que a saúde deve ser apreendida a partir de uma perspectiva crítica que possa subsidiar o entendimento desta a partir dos seus determinantes sociais, tendo como eixo referencial o direito à saúde, bem como as necessidades sociais em saúde. O Serviço Social se insere mais fortemente na saúde a partir 1945 e sua inserção se efetiva em todos os momentos históricos de consolidação da política de saúde no país. A pesquisa apontou que quanto mais a institucionalização das demandas da saúde apoia-se no seu conceito ampliado, mais se expandem as possibilidades de atuação do Serviço Social.

Palavras-chave: Serviço Social, Política Social, Questão Social, Saúde e Determinantes Sociais da Saúde.

ABSTRACT

This dissertation presented to the Graduate Program in Social Work from the Federal University of Alagoas, aims to understand how the Social Work fits in healthcare, from the institutionalization of social demands of this area in Brazil, process permeated by the recognition of the social determinants of health of the health-disease process. For this purpose, we seek to foster research through bibliographical and documentary research. We use the theoretical treatises that discuss the following concepts: Social Needs, Social Demands, Demands Institutional, Social Issues, State, Health, Social Determinants of Health, Social Services, Process Institutionalization of Social Policies, with emphasis on Health Policy. for the analysis of the research material we seek the contribution of materialist dialectics of Marx's theoretical perspective. With regard to documentary research, consult the Federal Constitution of 1988; documents and the laws of health; document production from the Federal Council of Social Service (CFESS). Through the investigation, we understand that the process of institutionalization of health stems arising from the social needs of the working class in the current social order demands. We assumed that health should be understood from a critical perspective that can support the understanding of this from its social determinants, using as reference axis, the right to health, and social health needs. Social work falls more heavily on health from 1945 and its insertion is effective in all historical periods of consolidation of health policy in the country. The survey showed that the more demands the institutionalization of health relies on the broad concept of health, longer amplify the performance possibilities of Social Work.

Keywords: Social Work, Social Policy, Social Issues, Health and Social Determinants of Health.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	09
1. NECESSIDADES, DEMANDAS SOCIAIS E QUESTÃO SOCIAL NA ORDEM DO SISTEMA DO CAPITAL.....	13
1.1 Necessidades e demandas sociais no capitalismo.....	16
1.2 “Questão Social”, Estado e a institucionalização das Demandas Sociais.....	26
2 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS DEMANDAS DA SAÚDE NA PRIMEIRA METADE DO SÉCULO XX E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL.....	39
3 O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DE DEMANDAS SOCIAIS NA SAÚDE NO BRASIL A PARTIR DA DÉCADA DE 1970, E A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL.....	62
3.1 Os Determinantes Sociais da Saúde a partir de 1978, a luta pela Reforma Sanitária no Brasil e o direito à saúde na Constituição de 1988.....	64
3.2 Crise do capital, políticas sociais no neoliberalismo e a política de saúde no Brasil na década de 1990.....	78
3.3 As demandas sociais da saúde e sua institucionalização no Brasil a partir dos anos 2000 e a inserção do Serviço Social.....	87
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	106
REFERÊNCIAS.....	112

INTRODUÇÃO

Neste trabalho, temos como objetivo entender como o Serviço Social se insere na área da saúde, a partir do processo de institucionalização das demandas sociais desta área no Brasil, processo este permeado pelo reconhecimento dos Determinantes Sociais da saúde do processo saúde-doença. Para tanto, buscaremos identificar as necessidades sociais, as demandas sociais e as demandas institucionais na área em foco, bem como a sua configuração na sociedade capitalista; investigaremos o processo de institucionalização da saúde no Brasil e a inserção do Serviço Social a partir das demandas institucionais; e realizaremos uma análise sobre as possíveis contribuições da ação do Serviço Social nas respostas às necessidades imediatas dos usuários do SUS. É importante situar que esta dissertação encontra-se vinculada à linha de pesquisa “Questão Social, Direitos Sociais e Serviço Social”, do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas – nível de mestrado -, e a pesquisa foi realizada no Núcleo de Pesquisa e Extensão em Serviço Social, Trabalho e Políticas Sociais, coordenado pela Professora Dr.^a Rosa Prêdes.

O interesse pela temática em pauta teve origem a partir dos estudos realizados no Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), apresentado à Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas, no ano de 2012 e intitulado: *A Saúde Pública Municipal como Área de Atuação do Assistente Social no Atual Mercado de Trabalho Profissional no Interior de Alagoas*. Esse estudo teve como objetivo identificar as particularidades do mercado de trabalho do Serviço Social nessa área, sendo uma continuidade da pesquisa de iniciação científica como aluna colaboradora no Projeto de Pesquisa: *“O mercado de trabalho do Serviço Social em Alagoas no contexto de descentralização e interiorização das políticas sociais no período do governo Lula, no período de agosto de 2010 a julho de 2011”*¹. Neste projeto, desenvolvi um plano de trabalho intitulado: *“O mercado de trabalho do Serviço Social em Alagoas no contexto de descentralização e interiorização das*

¹ Projeto de pesquisa realizado a partir da parceria entre a Faculdade de Serviço Social - FSSO da Universidade Federal de Alagoas e com o Conselho Regional de Serviço Social em Alagoas – CRESS 16ª Região com financiamento do CNPq.

políticas sociais no período do governo Lula”, orientado pela Prof^a. Dr.^a Rosa Lúcia Prêdes Trindade.

Desta investigação, surgiram inquietações que despertaram a necessidade de aprofundar os estudos acerca do processo de institucionalização das demandas sociais da área da saúde no Brasil e de como o Serviço Social vai se inserindo nesta área, especialmente, quando se adotou o conceito amplo de saúde na Constituição Federal de 1988, passando a ser compreendida não apenas como ausência de doenças, mas como resultado de um conjunto de fatores advindos das condições de vida e de trabalho, da falta de alimentação, da moradia, do transporte, etc. Para a pesquisa do mestrado, indagamo-nos a respeito da seguinte questão: Como se dá a inserção do Serviço Social na política de saúde no processo de institucionalização das demandas sociais e dos chamados Determinantes Sociais da Saúde?

Para responder ao questionamento acima, buscamos desenvolver a investigação através da pesquisa bibliográfica e documental. Recorreremos às produções teóricas que discutem os principais conceitos que pudessem fundamentar a pesquisa, a saber: Necessidades Sociais; Demandas Sociais; Demandas Institucionais; Questão Social; Estado; Saúde; Determinantes Sociais da Saúde; Serviço Social; o Processo de Institucionalização das Políticas Sociais, com destaque para a Política de Saúde; dentre outros temas que se fizeram pertinentes ao objeto de estudo proposto. Para a análise do material pesquisa buscamos o aporte da perspectiva teórica materialista dialética de Marx.

Utilizamos como fonte bibliográfica textos de Marx, Engels, Lessa, Tonet, Lenin, Pimentel, Heller, Engels, para entender a sociedade capitalista, a “questão social” e o Estado na sua essência; Trindade, Behring, Boschetti, Guerra, Iamamoto e Carvalho, Netto para entender o processo de institucionalização das políticas sociais e o Serviço Social; Bravo, Nogueira, Correia, Paim, Buss e Filho e outros para o entendimento da política de saúde. No que se refere à pesquisa documental, consultamos: a Constituição Federal de 1988; as legislações e documentos da saúde; bem como a produção documental do Conselho Federal do Serviço Social (CFESS).

Para expor o resultado da nossa investigação, dividimos a dissertação em três seções. Na primeira seção tratamos das necessidades sociais e das

demandas sociais na ordem do sistema do capital, conseqüentemente, abordamos a “questão social”, o Estado e o processo de institucionalização das demandas sociais apreendidas dentro da ordem em vigência. Entendemos que somente por meio da discussão sobre a “questão social” é possível entender que existem demandas que são oriundas do capital e aquelas que advêm do trabalho, entendendo, assim, a real configuração das necessidades sociais e das demandas sociais no capitalismo, e como o Estado as tem respondido. Isso, nos leva, primeiramente, a abordar os fundamentos ontológicos do Trabalho e do Estado para entender a configuração da sociedade capitalista, assim como entender o porquê o enfrentamento dos males que assolam a sociedade se dá de modo fragmentado, focalizado e minimalista, sem o objetivo de nem ao menos atender as necessidades sociais mínimas da classe trabalhadora.

Na segunda seção, discutimos acerca do processo de institucionalização das demandas sociais da saúde no Brasil e a inserção do Serviço Social na primeira metade do século XX. Entretanto, para tratar a política de saúde a partir desse momento histórico, sentimos a necessidade de pontuar no geral, e brevemente, como essa política se deu nos seus primórdios, passando por várias mudanças significativas no seu percurso. Tais como a sua prestação por meio da previdência, a adoção de um novo conceito de saúde, a luta do movimento de reforma sanitária e, por fim sua constituição como um “Direito Social de Todos e Dever do Estado”, sendo que este último ponto será discutido na terceira seção.

Na terceira e última seção tratamos do processo de institucionalização das demandas da saúde no Brasil a partir da década de 1970, sendo apresentado em três itens: o primeiro aborda os Determinantes Sociais da Saúde a partir da década de 1978, a luta pela Reforma Sanitária no Brasil e o SUS na Constituição de 1988; no segundo refletimos sobre o entendimento da configuração atual da política social, a partir da crise do capital. Nela buscamos apreender as mediações necessárias para o entendimento do processo de institucionalização das políticas sociais e da profissão. Por fim, no último bloco, tratamos das demandas sociais da saúde e sua institucionalização no Brasil a partir dos anos 2000 e a inserção do Serviço Social.

Por fim, ressaltamos que este estudo pretendeu contribuir para o entendimento sobre a particularidade do Serviço Social na área da saúde, por

meio da investigação histórica e teórica sobre as necessidades e demandas sociais e sobre a institucionalização de algumas dessas demandas na sociedade capitalista, dentre elas aquelas relativas à política de saúde. Vejamos agora, o detalhamento desse processo nas seções que se seguem.

1 NECESSIDADES, DEMANDAS SOCIAIS E QUESTÃO SOCIAL NA ORDEM DO SISTEMA DO CAPITAL

Nesta seção trataremos da relação existente entre as necessidades sociais e as demandas sociais², para entender o seu processo de institucionalização, através das políticas sociais, especialmente a política de saúde, objeto dessa pesquisa. Assim, temos a base para analisar como o Serviço Social, enquanto profissão institucionalizada pelo Estado, inseriu-se nas políticas sociais, em especial, na política de saúde, principalmente quando essa passa a se efetivar como direito e começa a ser entendida como resultado das condições de vida e de trabalho da população trabalhadora, próprias ao modo de produção capitalista. Tais necessidades e demandas surgem, na ordem do sistema vigente, reduzidas às necessidades de bens materiais, deslocando o seu real significado. Nesse sentido, as necessidades sociais no capitalismo derivam da “prática histórica das classes sociais” e “são marcadas pelas desigualdades sociais que estão na base de constituição da chamada *questão social*” (TRINDADE, 1999, p.35).

A “questão social” é um fenômeno oriundo do sistema capitalista, e está organicamente articulada ao fenômeno do pauperismo e da desigualdade social. O processo de industrialização, a inserção dos trabalhadores no processo de produção e a acumulação capitalista, assim como os meios utilizados para o seu desenvolvimento, transformam-se em formas de dominação e exploração. Nesse contexto, a intensificação do processo de extração da mais-valia do trabalhador termina por degradar ainda mais a situação de miserabilidade desta classe. Em decorrência disso, tem-se o pauperismo que coloca a classe trabalhadora em condições de vida cada vez mais degradante, uma vez que quanto mais ela produz riqueza social mais miserável ela se torna. Tal situação motivou a mobilização de segmentos mais organizados dos trabalhadores³ para a defesa dos seus interesses. Neste

² Para tratar das categorias necessidades sociais e demandas sociais, tomamos como ponto de partida as dissertações de Amorim (2010) e Barbosa (2012), que trazem uma proposta de aprofundamento teórico sobre as necessidades sociais e as demandas sociais, com o intuito de entender a institucionalização de demandas, através da ação do Estado via políticas sociais, e as requisições colocadas ao Serviço Social. Em nossa dissertação esse movimento teórico-metodológico será fundamento para entender a institucionalização de demandas sociais relacionadas à saúde.

³ A primeira forma de lutar que o operariado encontrou foi a destruição das máquinas nos anos 1810 e 1820, visto passaram a culpabilizar as máquinas por sua degradação social. Aos poucos, os trabalhadores foram entendendo que a maquinaria não era culpada por esta

momento, a “questão social” expõe seu aspecto político, exigindo a intervenção do Estado sobre suas expressões econômicas e políticas, a partir do capitalismo monopolista.

Tal fato, conseqüentemente, remete-nos a tratar brevemente sobre os fundamentos ontológicos do Estado para entender porque sua forma de enfrentar os males sociais se dá de modo focalizado, com políticas sociais que não atendem nem mesmo as necessidades sociais mínimas da classe trabalhadora. Vale frisar que as políticas sociais são o resultado de duras lutas⁴ empreendidas pela classe trabalhadora no sistema capitalista. Concordamos com Netto quanto este afirma que não existem dúvidas de que “as políticas sociais decorrem fundamentalmente da capacidade de mobilização e organização da classe operária e do conjunto de trabalhadores, a que o Estado, por vezes, responde com antecipação estratégica” (NETTO, 1992, p. 29). No entanto, mesmo se configurando como fruto de longas e árduas lutas, não se pode deixar de afirmar que ela surge dentro de uma ordem social desigual e conflitante.

De acordo com Behring e Boschetti (2009), o surgimento das políticas sociais foi gradual e se deu de modo diferenciado de país para país. Seu desenvolvimento dependia de uma série de fatores, tais como: dos movimentos sociais e da pressão exercida por parte da classe trabalhadora, do grau de desenvolvimento das forças produtivas, das correlações e composição de forças no âmbito do Estado. É importante pontuar que a demarcação do surgimento dessas políticas, no final do século XIX, dá-se através de alguns elementos: o primeiro deles foi a introdução de políticas orientadas pela lógica do seguro social na Alemanha, instituído por Otton Von Bismarck⁵ a partir de

situação e destruí-la não melhoraria a sua condição de vida, uma vez que o problema estava no modelo de produção e reprodução social que estava se implantando no momento. Nesse sentido, os trabalhadores começaram a direcionar suas lutas reivindicando por condições dignas de existência, atingindo, assim, o cerne da questão.

⁴ Somente por meio de árduas lutas, a classe operária, obteve alguns ganhos, tais como a redução da jornada de trabalho, algumas melhorias nas condições de vida e de trabalho, um aumento pequeno nos salários. Porém, a situação de vida desta classe ainda era degradante, pois as melhorias efetivadas continham algumas possibilidade de rebelião que abalasse as estruturas do novo sistema que se instalava.

⁵ O modelo bismarckiano de seguro social assemelha-se aos seguros privados, uma vez que está destinado na maioria das vezes aos setores de trabalhadores que estão inseridos de modo formal no mercado de trabalho, ou seja, aqueles que contribuem. O acesso a tal seguro é condicionado a uma contribuição direta anterior as prestações fornecidas aos segurados é proporcional à contribuição efetuada. A gestão desses serviços era organizada por meios de caixas de aposentadorias, caixas de seguro-saúde, sendo geridos pelos contribuintes, conforme apontam Behring e Boschetti (2009).

1883, cujo grande objetivo era desmobilizar as lutas de classes. Esse novo elemento influenciado pela socialdemocracia marcou o reconhecimento público de que a incapacidade para trabalhar se devia a problemas (idade avançada, enfermidade, desemprego) que precisavam ser protegidos.

Daí, a necessidade da articulação de forças econômicas do Estado para a manutenção da força de trabalho, para que a massa pauperizada não se rebelasse e coloque 'por água abaixo os propósitos do capital' (acumular e expandir sempre), conforme pontua Netto (1992). Esse é o Estado o *míni-max*, em que será mínimo para a classe trabalhadora e máximo para o capital. Tal fato já não é novidade no âmbito de uma sociedade que tem como fundamento a exploração do trabalho alheio, como é o caso da ordem que está em vigência, visto que nela a prioridade é o mundo dos negócios, o mundo dos humanos pouco interessa, pouco tem valor.

Conforme pontua Netto, o Estado funcional ao capitalismo monopolista é, no nível das suas finalidades econômicas, "o comitê executivo" da burguesia monopolista – operando para propiciar o conjunto de condições necessárias à acumulação e valorização do capital monopolista (NETTO, 1992, p. 22). Nesse sentido, o Estado "ultrapassava a fronteira de garantidor da propriedade privada dos meios de produção burgueses somente em situações precisas – donde um intervencionismo emergencial, episódico e pontual" (NETTO, 1992, p. 21). Vale destacar que no capitalismo monopolista as funções políticas do Estado se misturam às econômicas.

Esse Estado funcional ao sistema do capital institucionaliza as demandas sociais oriundas das necessidades sociais quando é posto em pauta a dimensão política da questão social, visto que, nesse momento, a classe dominada reage contra toda exploração sofrida e passa a lutar por condições dignas de existência e de trabalho. A classe trabalhadora demanda por melhores condições de vida, de trabalho, de saúde, de educação e etc., isso é institucionalizado pelo Estado, via políticas sociais, com vistas a amenizar os conflitos da ordem advindos da relação conflituosa que existe entre capital e trabalho⁶.

⁶ A sociedade capitalista tem como elemento fundante a extração da mais-valia por meio da exploração do trabalho, a apropriação da propriedade privada e a conversão de tudo em mercadoria. Essa exploração, oriunda da relação capital X trabalho, faz com que haja uma degradação nas condições objetivas e essenciais desta classe, visto que suas necessidades sociais são ampliadas e, por sua vez, atendidas apenas minimamente. Segundo Lessa e

No que concerne à saúde, sendo este o nosso recorte dentre as demandas sociais institucionalizadas pelo Estado, o estudo sobre as necessidades sociais e demandas sociais contribuirá para, mais adiante, demonstrarmos como a situação em que vive, mora, trabalha, se alimenta a classe trabalhadora interfere diretamente na sua situação de saúde. Para tanto, realizaremos uma reflexão acerca das necessidades sociais e das demandas sociais institucionalizadas dentro da ordem atual. Assim como, abordaremos a “questão social” através de suas expressões; o Estado em seu sentido ontológico, para demonstrar sua função e como ele responde as necessidades, institucionalizando-as via políticas públicas; o papel das políticas sociais, como forma prioritária da institucionalização das demandas sociais.

1.1 Necessidades Sociais e demandas sociais no capitalismo

Iniciamos este item tratando sobre a categoria trabalho em seu sentido ontológico, uma vez que a existência do ser social é fundada pelo trabalho, através do qual é possível explicar todos os nexos e causalidades das formas de sociabilidade. Sabemos que o trabalho é o elemento fundamental de toda e qualquer forma de sociabilidade. Na base do processo de constituição do homem enquanto ser social está o trabalho que se configura como uma forma de interação do homem com a natureza, sendo esta totalmente diferente da reprodução biológica. Destarte, de modo bem diferente da reprodução biológica, a reprodução social é um processo que se funda por meio do trabalho, configurando-se como uma atividade que antes de ser realizada é imaginada para depois ser materializada. Essa relação, como bem pontua Lessa (2011), recebe a intervenção da consciência e das relações sociais estabelecidas entre os homens.

Nesse sentido, como bem pontua Lessa (2011) baseado em Marx, o trabalho é caracterizado como a categoria fundamental do mundo dos homens, aquela que funda o ser social, por dois motivos:

Tonet, há uma enorme contradição entre a burguesia e a classe trabalhadora, uma vez que quem paga o salário quer rebaixá-lo ao menor valor possível, enquanto a classe trabalhadora almeja o contrário.

Em primeiro lugar, atende a necessidade primeira de toda sociabilidade: a produção dos meios de produção e de subsistência, sem os quais nenhuma vida social poderia existir. Em segundo lugar, porque o faz de tal modo que já apresenta, desde o seu primeiro momento, aquela que será a determinação ontológica decisiva do ser social, qual seja, a de que, ao transformar o mundo natural, os seres humanos também transformam a sua própria natureza, o que resulta na criação incessante de novas possibilidades e necessidades históricas, tanto sociais quanto individuais, tanto objetivas quanto subjetivas, (LESSA, 2011, p.142).

Independentemente da forma em que a sociedade se desenvolva, haverá trabalho e haverá lutas de classes⁷, visto que o trabalho é categoria fundante tanto dos homens quanto das classes sociais. O modo pelo qual os homens transformam a natureza determina a forma como a sociedade se reproduz. Cada modo de trabalho fundou um modo particular de sociedade, a saber: “o trabalho de coleta fundou o modo de produção primitivo; o trabalho escravo fundou o escravismo. O trabalho do servo fundou o modo de produção feudal e o trabalho proletário é fundante do modo de produção capitalista”, (LESSA; TONET, 2011, p. 10).

Nesse sentido, em qualquer forma de sociabilidade, seja ela escravista, feudal, capitalista ou comunista, o trabalho é e sempre será um processo que se estabelece por meio de uma troca orgânica entre o homem e a natureza. Nas palavras de Marx, esse é

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 à sua corporalidade, braços e pernas, cabeça e mão, a fim de apropriar-se da matéria natural numa forma útil para a 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 (MARX, 1985, p.149).

⁷ Sabemos que a história de todas as sociedades existentes até o momento se configura como a história da luta de classes, em que de um lado estão os opressores e do outro os oprimidos, sempre em oposição uns aos outros e envolvidos numa luta sem fim que culmina numa profunda transformação da sociedade. A última dessas transformações foi a derrocada do feudalismo que cedeu lugar ao grande império capitalista, e não diferente das sociedades anteriores, esta nova forma de sociabilidade também não removeu o antagonismo entre as classes, ao contrário, acentuou ainda mais, estabelecendo novas classes - a burguesia e proletariado. Nela foram estabelecidas novas e intensas condições de opressão e novas formas de lutas no lugar das antigas, como bem tratam Marx e Engels (2003) no Manifesto do Partido Comunista.

Conforme enfatizam Lessa e Tonet (2011), os homens são seres diferentes de qualquer outro ser existente na natureza, e um dos elementos que explicita essa diferença é a sua capacidade de trabalhar. Os animais também trabalham, mas ao realizar tal atividade eles permanecem sempre os mesmos, já os homens, por meio do trabalho, além de transformarem a natureza também se transformam, produzindo novas possibilidades e novas necessidades. Essas novas necessidades e possibilidades produzidas por meio do trabalho “impulsionam o desenvolvimento tanto da sociedade quanto dos indivíduos que a compõem. A história da humanidade é esse processo de desenvolvimento da sociedade e de seus indivíduos” (LESSA; TONET, 2011, p. 09).

Essas novas necessidades e possibilidades colocam em pauta as necessidades sociais, visto que, na medida em que os homens se criam e recriam por meio do trabalho no sistema do capital, há o agravamento da desigualdade social, gerando, assim, uma ampliação das necessidades sociais dentro da sociedade capitalista. Sob esse ponto de vista, entendemos que as desigualdades sociais são frutos do antagonismo e das contradições econômicas, políticas e ideológicas estabelecidas no âmbito da sociedade, que expõe tais necessidades. Sobre elas, Heller (1986) pontua que podem se configurar tanto como 'necessidades básicas' quanto como 'necessidades socialmente determinadas'. A primeira diz respeito às necessidades físicas ou biológicas; já as segundas correspondem às necessidades ditas sociais, que são instituídas pela ideologia imposta pela classe dominante.

As necessidades sociais e as demandas sociais, na forma de sociabilidade do capital, têm relação direta com o pauperismo da classe trabalhadora que não possui as suas necessidades reais atendidas. Por sua vez, o Estado institucionaliza tais demandas, enfrentando a “questão social” a partir de suas expressões mais aparentes, visto que no momento em que este reconhece e institucionaliza algumas demandas sociais, “responde a algumas reivindicações da classe trabalhadora, ao mesmo tempo em que atende aos interesses do capital através das políticas sociais, viabilizando serviços sociais” (BARBOSA, 2012, p.34). No entanto, as sequelas da “questão social” são entendidas como problemáticas específicas (o desemprego, a fome, a carência habitacional, o acidente de trabalho, a falta de escola, a incapacidade física e

etc.), e assim enfrentadas no seu caráter pontual, quando na realidade deveriam ser entendidas como parte de uma totalidade processual específica, remetendo-a a relação entre capital e trabalho, pois, eis aqui, o fundamento da sua origem.

Conforme pontuado anteriormente, o homem ao transformar a natureza se transforma e, na forma de sociabilidade capitalista, esse potencial transformador é utilizado para a valorização do capital através da extração da mão de obra do trabalhador, sendo obtida por meio da mais-valia. Essa relação conflituosa, oriunda do processo de exploração de uma classe sobre a outra, é a base para a produção capitalista, e existe para produzir de modo constante a reprodução do operário como operário e, do capitalista como capitalista. Como se não bastasse, é preciso entender essa relação totalmente antagônica e injusta como algo justo e natural, conforme aponta Marx (1978). A forma de sociabilidade tratada é perpassada por contradições, ela é inerente ao sistema, uma vez que se funda justamente por meio da exploração do homem pelo homem. A riqueza socialmente produzida não se realiza para suprir as necessidades do trabalhador, mas sim para as necessidades de acumulação constante de capital. Nas palavras de Marx (1985b), “assim como na religião o ser humano é dominado pela obra de sua própria cabeça, assim, na produção capitalista, ele o é pela obra de sua própria mão” (p.193).

A história da sociedade é permeada por alguns processos de transformação social. O processo de transição do feudalismo ao capitalismo é mais rico de mediações do que as transições anteriores. Diferentemente das formas de sociabilidade que antecedem à sociedade dos grandes monopólios - em que a propriedade privada estava limitada a sua proximidade com a natureza -, o capitalismo possui uma capacidade infinita de expansão e acumulação. Por isso, o escravismo e o feudalismo estiveram por muitos anos limitados apenas a uma parte do planeta, enquanto que o capitalismo se expande de modo sistemático e contínuo, pois sua essência é de acumulação e expansão. Segundo Lessa (2011-12), foi nesse momento que, pela primeira vez na história da humanidade a vida de todos os indivíduos foi integrada ao mesmo processo histórico mundial.

O processo de acumulação primitiva do capital, ou seja, o processo em que a sociedade transmuta de seu modelo feudal para o capitalismo, acarretou em diversos problemas para a vida da classe trabalhadora, entre eles a

intensificação da exploração do homem pelo homem e o agravamento da desigualdade social. É importante destacar que à medida que a capacidade produtiva do sistema do capital se desenvolve incrementa-se a exploração do trabalho pelo capital e há o agravamento da desigualdade social, gerando-se mais necessidades sociais dentro da ordem capitalista. No entanto, tais necessidades não são completamente satisfeitas, uma vez que o interesse maior do capital não é atender aos interesses da classe trabalhadora, mas sim, garantir a acumulação e a lucratividade do sistema⁸.

Para se reproduzir, o capital necessita de dois elementos de suma importância: a *força de trabalho* e os *meios de produção*. Ambos se encontram organicamente articulados a ponto de um não existir sem o outro. No entanto, para que o capitalismo se desenvolva conforme seus preceitos é necessário que haja a exploração do primeiro e a apropriação do segundo. A sociedade capitalista pressupõe que o trabalhador não possua nem meios de produção e nem matéria-prima, e ainda que necessite vender a sua força de trabalho para os donos dos meios de produção a fim de garantir sua sobrevivência e a da sua família. Esse elemento, tão fundamental ao desenvolvimento do sistema capitalista, faz com que os trabalhadores sejam submetidos à exploração massiva do capital, não restando para eles alternativa.

No capitalismo o trabalhador assalariado é considerado um homem livre, mas livre apenas para vender a sua força de trabalho e para escolher para quem irá vendê-la, pois ele não pertence a nenhum dono, como no período da servidão, e nem está preso a um solo, como no regime feudal. Mas essa liberdade⁹, na realidade, é considerada como uma pseudoliberalidade, visto que os trabalhadores são ditos livres, mas precisam vender a sua força de trabalho a um capitalista (detentores dos meios de produção) em troca de um salário para que possam sobreviver. Essa força de trabalho é o único bem que os trabalhadores dispõem e seu valor é determinado pelo custo mínimo de sua manutenção e a da sua família, pois para trabalhar o operário precisa se vestir, alimentar-se, enfim, manter-se vivo.

⁸ No que se refere ao atendimento das necessidades oriundas do trabalho o Estado é limitado, no entanto, para atender as necessidades do capital, este não tem limites. É por isso que Netto (1992) pontua que no sistema capitalista vigora o Estado do min-max, em que o mesmo é mínimo para o trabalho e máximo para o capital.

⁹ A liberdade entendida aqui é a capacidade de realizar uma determinada atividade dentro de limites concretos. Tais limites são impostos pelo próprio modo de produção capitalista, que pressupõe uma liberdade dentro de um limite possível.

Neste sistema, cujo objetivo primordial é a exploração da mão de obra da classe trabalhadora para a extração de lucros e a valorização de capital, tudo se transforma em mercadoria. Entretanto, o que se produz por meio do trabalho é de propriedade exclusiva do capitalista, visto que este compra a força de trabalho dos produtores de mercadorias e, portanto, detém o poder de usá-las da forma como julgar necessário. Nessa sociabilidade, o trabalho é alienado¹⁰, pois os trabalhadores não se reconhecem como produtores dos seus produtos e nem donos da riqueza por eles produzida.

Assim, é no processo de produção capitalista que estão as reais determinações do sistema de causalidades da pauperização do trabalhador e de suas famílias. O processo de desenvolvimento do sistema do capital põe a classe trabalhadora num grau bastante elevado de exploração e, a massa de trabalhadores se vê dependente desse processo, por necessitar garantir a sua subsistência e da sua família, conforme pontua Pimentel (2012). Como afirma Marx, “quanto maior, finalmente, a camada lazarenta da classe trabalhadora, e o exército industrial de reserva, tanto maior o pauperismo oficial. *Essa é a lei absoluta geral, da acumulação capitalista*” (MARX, 1985b, p. 109, *grifos do autor*). É por meio do trabalho que a matéria natural é convertida em valor de uso, sendo utilizado pelo homem para responder as suas necessidades primeiras de sobrevivência, tais como comer, beber, vestir-se, ter uma habitação e etc., para a reprodução de sua existência. Entretanto, na ordem vigente existe uma camada da população, gerada por ela mesma, que não tem as suas necessidades sociais atendidas, uma vez que a medida que o sistema se desenvolve há um crescimento das necessidades desses indivíduos.

Concordamos com Amorim (2010), quando pontua que as necessidades sociais são particulares em cada forma de sociabilidade, assim como o trabalho. Parafraseando Marx a autora afirma que “as necessidades concretas

¹⁰ “O trabalho alienado também trouxe novas necessidades. Como só é possível obrigar uma pessoa a produzir a riqueza que oprime a aplicação cotidiana da violência, tal atividade de controle tem na sua administração da violência (sob várias formas) o momento decisivo. A classe dominante irá, então, criar mecanismos e instituições de que necessita para o controle daqueles que produzem a riqueza. Entre eles, o mais importante é o Estado. Ele é um instrumento especial e imprescindível de repressão dos trabalhadores para a reprodução da vida da sociedade de classes, desde as mais antigas até a mais desenvolvida dos nossos dias” (LESSA; TONET, 2011, p.13).

do homem estão intrinsecamente interligadas ao trabalho que existe em todas as formas de sociabilidade historicamente determinadas” (MARX, *apud*, AMORIM, 2010, p.16). Nesse sentido, a configuração das necessidades sociais e das demandas sociais está intimamente vinculada à forma de sociabilidade do capital, ao pauperismo da classe trabalhadora e às necessidades reais da classe trabalhadora que não são atendidas, uma vez que a base material da “questão social” encontra-se no processo de acumulação capitalista, conforme pontua Pimentel (2012).

Mediante as afirmações realizadas até o momento, é possível informar que o desenvolvimento das forças produtivas é o que faz surgir às necessidades sociais, uma vez que elas “são postas primeiramente pelos indivíduos, os quais necessitam do meio social e das relações sociais para satisfazê-las, independentemente de sua classe social” (BARBOSA, 2012, p.30). Nesse sentido, à medida que o modo de produção se modifica também mudam as expressões das necessidades apresentadas pela classe trabalhadora, sendo elas de ordem existencial ou de ordem social, construídas pela ideologia dominante.

Heller (1986) pontua que é comum relacionar o conceito de necessidades apenas à carência de algo ou à privação dos bens necessários à vida. No entanto, é preciso entender que o sentido desse conceito é bem mais amplo do que o que pensa o senso comum a este respeito, uma vez que as necessidades sociais são geradas e satisfeitas no âmbito social, sendo resultado das relações sociais estabelecidas entre os homens e a natureza. “Sem dúvida a palavra necessidade designa carência, mas essa é uma maneira de pensar reducionista, pois restringe a concepção de necessidade ao aspecto puramente econômico, material” (AMORIM, 2013, p.19). Nesse sentido, é importante pontuar que as necessidades não podem ser pensadas apenas no seu aspecto econômico ou material, visto que elas também são sociais e, por isso, necessitam do meio social para se manifestar, podendo se expressar de diversas formas, a depender da forma de sociabilidade em vigência.

As necessidades se configuram como um “desejo consciente, aspiração, intenção dirigida em todo momento para certo objeto e que motiva a ação como tal” (AMORIM, 2010, p.18) e elas variam de modo de produção para outro, uma vez que “são sentimentos conscientes de algo que carece, socialmente relativo,

e expressam desejos que se diferenciam de indivíduo para indivíduo, de grupo para grupo” (idem). Em outros termos, a autora explicita que

As necessidades se manifestam primeiro nos indivíduos quanto ao desejo, à percepção ou à sensação, mas cada indivíduo é um ser em sociedade e, portanto, necessita do meio social e das relações sociais para satisfazer as suas necessidades comuns. Assim, todas as necessidades são sociais; todas as necessidades sociais são humanas; todas as necessidades humanas e sociais são também de indivíduos. Tal entendimento é fundamental para estabelecer a diferença entre a mera carência material e as necessidades sociais como um conceito complexo, avesso a naturalizações (AMORIM, 2012, p.18).

Ainda sobre as necessidades, Amorim (2010), baseando-se em Heller, destaca que elas se apresentam em dois tipos: as necessidades consideradas *existenciais* e as necessidades consideradas *propriamente humanas*. A primeira delas diz respeito a uma necessidade fundamental, como o próprio nome afirma é existencial, uma vez que se trata da necessidade de alimentar-se, da necessidade sexual, da necessidade de contato social e de cooperação, da necessidade de atividade. “Elas constituem o limite existencial para a satisfação das necessidades, pois são dirigidas à conservação das meras condições vitais do indivíduo” (AMORIM, 2013, p.173). No que diz respeito à segunda necessidade, ou seja, aquela propriamente humana, ela se distingue da primeira por estar vinculada aos desejos, às intencionalidades dirigidas para seus objetos, ao impulso natural. Os objetos dessas necessidades são, entre outros, “o descanso superior ao necessário para a reprodução da força de trabalho, uma atividade cultural, o jogo dos adultos, a reflexão, a amizade, o amor, a realização de si na objetivação, a atividade moral, etc.” (HELLER, 1986, p.171).

Além dessas duas categorias de necessidades, a autora informa que as necessidades humanas se subdividem em outras duas: as *necessidades humanas alienadas* – que estão relacionadas ao ter, ou seja, à quantidade, bem característico do modo de produção capitalista; e as *necessidades humanas não alienadas* – que estão relacionadas à qualidade. Para esmiuçar a diferença entre ela Agnes Heller (1986) destaca que a primeira é reduzida apenas a três elementos: a necessidade de dinheiro, poder e posse. Esse tipo de necessidade dificilmente alcançará seu o nível de saturação, uma vez que a

busca pelo ter é sempre infinita. No que tange às necessidades humanas não alienadas, a autora aponta que seu “desenvolvimento não se distingue por uma acumulação praticamente infinita de objetos úteis à satisfação das necessidades, mas pela evolução de sua multilateralidade, a qual Marx denomina sua “riqueza” material e espiritual” (HELLER, 1986, p.172).

Entretanto, no capitalismo se verifica uma inversão no entendimento das necessidades sociais, visto que há a transmutação de necessidades sociais em necessidades materiais, fazendo com que o capital as reconheça sob a forma de demandas sociais. Essa redução do conceito de necessidades ao seu aspecto puramente econômico nada mais é do que mais uma das estratégias do capital para que o processo de produção seja direcionado unicamente a sua valorização. Nesse sentido, cada vez mais, o homens produzem não os bens que necessitam para a sua sobrevivência enquanto ser social, mas sim aquilo que dê mais lucro, como bem pontua Amorim (2013).

Com uma gama de necessidades sociais não atendidas, segmentos organizados da classe trabalhadora lutam para que as mesmas sejam reconhecidas e atendidas de acordo com suas especificidades, é assim que elas se transformam em demandas sociais, necessitando de uma resposta urgente para quem demanda. Portanto,

As demandas sociais geradas pelas necessidades sociais, na sociedade capitalista, são necessidades referentes às classes sociais fundamentais (capitalista e trabalhadora), logo, são antagônicas e contraditórias. Tais demandas, por serem originadas pelas necessidades sociais, são reduzidas ao aspecto econômico que, para tanto, necessitou de um mercado, de serviços, bens materiais, etc, para sua satisfação (BARBOSA, 2012, p.33).

Nesse sentido, as necessidades sociais são falseadas, visto que não são reais, pois se apresentam como necessidade de ter aquilo que lhe é imposto pelo alto poder de consumo existente na ordem em pauta. “O indivíduo agora é valorizado pelo que consome, seu prestígio está vinculado precisamente ao que ele é capaz de consumir” (AMORIM, 2012, p.26). Então, reduzir as necessidades sociais a necessidades puramente econômicas faz parte do processo de alienação do capitalismo, cujo objetivo não é jamais a satisfação das necessidades humanas, mas sim as necessidades do sistema que tem como único fim o lucro. “Nesse sistema, toda necessidade real ou

potencial é uma fraqueza [...] uma isca por meio da qual o indivíduo pretende engordar a essência da outra pessoa, o seu dinheiro” (MARX, *apud*, AMORIM, 2010, p.33).

Conforme pudemos observar, as demandas sociais da classe trabalhadora decorrem do não atendimento das suas necessidades sociais, sendo estas a alimentação, a moradia, o lazer, condições dignas de trabalho, dentre outras, em que esta decide reivindicar por melhores condições de vida e de trabalho. Nesse momento, aparece a dimensão política da “questão social”, que se coloca como uma ameaça permanente ao pleno desenvolvimento da ordem burguesa, resultando em respostas sociais para atender às demandas sociais do trabalho, bem como, contribuir para o bom funcionamento do sistema.

Concordamos com Amorim quando pontua que as demandas sociais são produzidas por necessidades que têm como base as relações sociais circunscritas na sociabilidade burguesa. “Essas necessidades sociais, através de muitas mediações, são traduzidas em demandas para as profissões. No âmbito institucional, essas demandas expressam fundamentalmente as necessidades do capital e respondem a seus interesses de classe” (AMORIM, 2010, p. 10-11).

No capitalismo, as necessidades sociais se manifestam maquiadas, tendo em vista que o processo de produção é alienado e a relação social, que por ora se estabelece, aparece como uma relação entre coisas. Nesse processo,

O trabalhador produz bens que não lhe pertencem e cujo destino, depois de prontos, escapa a seu controle. Sendo assim, não pode se reconhecer no produto do seu trabalho; não há percepção daquilo que ele criou como fruto de suas capacidades físicas e mentais, pois se trata de algo que ao trabalhador não terá utilidade alguma. A criação (o produto) se apresenta diante dele como algo estranho e por vezes hostil, e não como resultado normal de sua atividade e do seu poder de modificar livremente a natureza. Nesse sentido, se o produto do trabalho não pertence ao trabalhador e, de certa forma, com ele se defronta de uma forma estranha, isso somente ocorre porque tal produto pertence a outro (o capitalista) que não o produtor. Desse modo: quem se apropria de parte do fruto e do próprio trabalho operário é o capitalista: o proprietário dos meios de produção (AMORIM, 2013, p.178).

Contudo, é justamente por meio dessa relação coisificada que o operário é levado a compreender que quanto mais riqueza ele produz mais miserável ele fica. Isso resulta num processo de lutas sociais constantes entre o capital e o trabalho, fazendo emergir a “questão social” em sua dimensão política. Esta, por sua vez, passa a ser enfrentada pelo Estado a partir de suas expressões e seu enfrentamento se dá através das políticas sociais. Destacando-se, mais uma vez, que seu intuito não é eliminar os males sociais oriundos da relação entre capital e trabalho, mas sim administrar os conflitos que podem destruir a ordem em vigência. No entanto, para tal feito, o Estado atende aqui e acolá as reivindicações dos trabalhadores através da prestação de serviços sociais. É o que veremos no próximo item desta seção, quando trataremos dos fundamentos da “questão social”, do Estado e sua forma de enfrentamento desta.

1.2 “Questão Social”, Estado e a institucionalização das Demandas Sociais

Conforme pudemos perceber por meio da explanação realizada no item anterior, as necessidades sociais e as demandas, sejam elas sociais ou institucionais, são elementos que fazem parte do processo de reprodução do capital, sendo este permeado por interesses antagônicos das classes sociais. Para tanto, é possível afirmar que na sociedade capitalista quando o Estado institucionaliza as demandas sociais por meio de políticas sociais, o interesse não será atender todas as necessidades sociais da classe trabalhadora, já que ele responde parcialmente e estrategicamente, a algumas dessas demandas. Seu objetivo não é atender à totalidade das reivindicações sociais, mas sim atender prioritariamente aos interesses da hegemonia dominante. Até porque se as necessidades sociais da classe trabalhadora fossem atendidas por completo, seria o fim da sociedade capitalista, visto que ela se funda exatamente na contradição que existe nas relações sociais no âmbito da produção social da riqueza. Em outras palavras, ela se funda no não atendimento dessas necessidades, ou seja, no agravamento da desigualdade social da classe trabalhadora.

Sob esse ponto de vista, verifica-se que as necessidades sociais adquirem um caráter que não faz parte da sua essência, porquanto são

transformadas em necessidades materiais. De acordo com Amorim (2010), as demandas sociais são produzidas por necessidades que têm como base as relações sociais circunscritas na sociabilidade burguesa. “Essas necessidades sociais, através de muitas mediações, são traduzidas em demandas para as profissões. No âmbito institucional, essas demandas expressam fundamentalmente as necessidades do capital e respondem a seus interesses de classe” (AMORIM, 2010, p. 10-11).

Concordamos com Pimentel (2012) quando afirma que na relação que se processa na produção, sendo esta regida pelo processo de acumulação capitalista, encontram-se as determinações mais significativas para o pauperismo que perpassa a vida da classe trabalhadora e de suas famílias. É importante destacar que a autora aponta que a “questão social” tem como fundamento três dimensões essenciais: a primeira delas é a sua base material que está na Lei Geral da Acumulação Capitalista de Marx; a segunda se refere a sua dimensão política, que já foi apontada anteriormente, sendo este o momento em que a classe trabalhadora reage mediante a sua condição de existência e de trabalho; e, por fim, a terceira se trata da sua dimensão social, ou seja, a intervenção do Estado em face das expressões da questão social. Para lidar com toda essa situação, a burguesia agiu estrategicamente de várias formas, a fim de manter viva a exploração da força de trabalho, “que vai desde a requisição direta da repressão pelo do Estado, até à concessões formais pontuais na forma de legislações fabris” (BEHRING; BOSCHETTI, 2009, p.54).

O processo de pauperização no século XIX, na Inglaterra, atinge as condições de saúde e de habitação da classe trabalhadora, que em virtude das precárias condições de vida era acometida por várias doenças. Com o crescimento do capital há um aumento da força de trabalho, ou seja, da sua parcela variável. No momento em que o processo de industrialização se consolida, o crescimento desta parte variável do capital se torna indispensável, adquirindo valor no processo de produção através da capitalização da mais-valia. Portanto, a acumulação do capital resulta em multiplicação do proletariado. Trata-se de uma lei universal: “com igual opressão das massas, um país é tanto mais rico, quanto mais proletariado ele tiver. [...] Em outras palavras, o próprio mecanismo do processo de acumulação capitalista, multiplica a massa dos “pobres laboriosos” (PIMENTEL, 2012, p.20).

Nesse caso, é importante afirmar que a produção de mais-valia ou produção de excedente se configura como a lei absoluta desse modo de produção. No capitalismo o trabalhador existe apenas e tão somente para atender às necessidades primeiras do capital, visto que a sua importância se dá pela valorização de valores reais, e não para atender às necessidades das condições essenciais para seu desenvolvimento humano, ou seja, as suas necessidades existenciais, conforme pontua Pimentel (2012). Assim, todo esse processo de acumulação do capital traz alterações que não se constituem como positivas para a classe trabalhadora, visto que a preocupação dos capitalistas está sempre voltada para a expansão e acumulação do capital.

O desenvolvimento do modo de produção capitalista e da força produtiva de trabalho, considerados ao mesmo tempo, causa e efeito da acumulação, habilita o capitalista a colocar em ação, com o mesmo dispêndio de capital variável, muito mais trabalho através da exploração das forças de trabalho individuais, seja de modo extensivo ou intensivo (MARX, *apud*, PIMENTEL, 2012, p.35).

Nesse sentido, as modificações empreendidas no novo modo de produção¹¹, tendem a desarticular os instrumentos de defesa da classe trabalhadora e alteram as relações de trabalho por meio de uma extração mais intensa de mais-valia, tendo como contrapartida o aumento da produtividade dentro de um clima de ordem e paz social. A consequência de tudo isso na vida dos trabalhadores é a uma queda, maior ainda, no padrão de vida, que se expressa no agravamento das condições de vida, com a incidência de: desnutrição, doenças infecciosas, aumento da taxa de mortalidade infantil e dos acidentes de trabalho, ou seja, o agravamento da miséria, conforme destaca Iamamoto (2000).

Essa é uma condição inerente ao sistema, uma vez que o mesmo necessita de uma superpopulação, que conseqüentemente se torna um exército industrial de reserva, para ter o controle absoluto da classe trabalhadora. A força produtiva do trabalho é a alavanca do modo de produção capitalista, faz com que ele possa sempre acumular e expandir. No entanto, isso não ocorre com a riqueza socialmente produzida, uma vez que a mesma

¹¹ O novo modo de produção impõe uma transformação radical nos processos e nas relações de produção, através da intensificação da exploração da força de trabalho, resultando numa maior extração de mais-valia e, conseqüentemente no agravamento das condições existenciais da classe trabalhadora.

crece apenas de um lado, ou seja, do lado dos detentores dos meios de produção e da força de trabalho. A riqueza socialmente produzida é descaradamente absorvida por quem nada fez para produzi-la, ou seja, os detentores dos meios de produção (capitalistas) são apropriadores dessa riqueza. Essa é a razão de existência da ordem vigente, a riqueza socialmente produzida jamais será distribuída aos dois polos, pelo menos não nesta forma de sociabilidade.

Mediante esse contexto, contrariando as expectativas dos proprietários privados dos meios de produção, à medida que as forças produtivas vão se desenvolvendo, os trabalhadores organizados começam a perceber a apropriação, pela burguesia, da riqueza socialmente produzida por eles e descobrem que quanto mais trabalham, mais produzem a riqueza de outrem. Nesse sentido, é possível afirmar que quanto maior a acumulação de riqueza de um lado, maior também a miséria de outro, ou seja, do lado da classe que produz seu próprio produto como capital, conforme pontua a autora (PIMENTEL, 2012).

As afirmações acima significam que nesta forma de sociabilidade, a riqueza de uns implica na miséria de outros. “Assim, a Lei Geral da Acumulação Capitalista expressa o grau de exploração do trabalho, tendo como consequência a pobreza que atinge a classe trabalhadora, ao tempo que garante a expansão, acumulação e reprodução do capital” (PIMENTEL, 2012, p.45). É exatamente na base da Lei Geral da Acumulação Capitalista¹² que reside a “questão social”, vinculada à exploração do trabalho no capitalismo e a luta da classe operária por igualdade de acesso à riqueza socialmente produzida.

Com o desenvolvimento dos meios de produção e com a consolidação do sistema capitalista, a recente classe operária urbana não tinha as suas necessidades atendidas, estabelecendo-se uma enorme distância entre suas

¹² Em linhas gerais, a lei absoluta geral da acumulação capitalista consiste no fato de que quanto mais o exército industrial de reserva cresce em relação ao exército ativo de trabalhadores, tanto mais se materializa a superpopulação relativa. Quanto maior for a camada miserável da classe trabalhadora e o exército industrial de reserva, maior será o pauperismo oficial. Esse pauperismo se constitui naquela camada social de perdeu a capacidade de vender sua força de trabalho e tem que mendigar a caridade pública. Ele se expressa na forma como o capital se apropria da força de trabalho da classe trabalhadora através dos diversos mecanismos de exploração e dominação, com a finalidade de assegurar a sua reprodução e a acumulação de riqueza por parte dos capitalista e, contraditoriamente, produz a acumulação da miséria, isto é, da classe que produz seu produto como capital (MARX, *apud*, PIMENTEL, 2012, p.44-5).

condições de vida e os interesses da burguesia que a contratava. A concorrência entre os trabalhadores e a máquina gerava a produção de um excedente de mão-de-obra, rebaixamento dos salários, aumento da jornada de trabalho acima da capacidade física dos trabalhadores, fazendo com que a mais-valia extraída pelo capital aumentasse, conforme pontua Pimentel (2012).

À medida que a pobreza se acentua na vida do operariado a sua família (mulheres e crianças) se vê induzida a ingressar no mercado de trabalho para ampliação da renda e para a manutenção da sua reprodução social e da sua família. Ao mesmo tempo em que a condição de vida do operariado degrada há um impulso para que se organizem em busca de melhores condições de existência, segundo Pimentel (2012). Essa pobreza de agora é originária do processo de industrialização com características daquela pobreza que antecedeu o capitalismo. Portanto, uma nova qualidade de pauperismo se torna uma preocupação de vários pensadores.

Esse fenômeno que se originou com o pauperismo constitui uma das primeiras expressões daquilo que se convencionou denominar “questão social”, considerando a dimensão imanente ao conflito de classes no capitalismo, manifesta na desigualdade social. Esta adquire caráter essencialmente político quando se torna uma ameaça à paz necessária à reprodução social nos moldes dos interesses das classes dominantes (PIMENTEL, 2012, p.154).

Nesse sentido, reafirmamos que a acentuação da miséria vivida pelo operariado coloca na esfera política a “questão social” e o fenômeno em pauta passa a ser reconhecido à medida que se ameaça o livre desenvolvimento do sistema capitalista, tendo em vista que a classe trabalhadora começa a se organizar e oferece resistência às más condições de existência em que vive, ou melhor, sobrevive.

Para o enfrentamento das questões que estavam sendo postas no âmbito social, o Estado é acionado pela burguesia para buscar mecanismos que amenizem os conflitos existentes entre a classe operária pauperizada e aquela responsável por esta situação. Assim, organizam-se formas institucionalizadas que passam a responder, de forma parcial, às sequelas das expressões da “questão social” em meio aos interesses conflitantes na ordem socioeconômica. Nesse sentido, a questão social passa a ser tratada por meio

da articulação entre repressão e assistência, com vista a manter a “paz armada” imposta pelo poder em vigência (IAMAMOTO, 2000).

Vale salientar que o Estado nem sempre existiu, ele aparece como uma necessidade das classes sociais e surge como um poder aparentemente acima destas. No entanto, como veremos mais adiante, esse ‘poder’ passa a desempenhar um papel primordial para sustentar e reafirmar o modo capitalista de produzir.

Nos primórdios da história da humanidade não havia a necessidade da presença do Estado, os homens se organizavam e decidiam tudo em comunidades, associações. Somente quando surge a propriedade privada¹³, a desigualdade social e as classes sociais é que a presença do Estado é necessária – para a manutenção da ordem. Na sociedade primitiva a economia sempre estava sob o controle de toda a comunidade, e todos tinham acesso à produção de acordo com as suas necessidades, não havendo, portanto, apropriação privada da riqueza e nem a presença do Estado, conforme apontam Lessa e Tonet (2011). A sociedade primitiva deu lugar à escravista que era baseada na posse de terra e no trabalho escravo. Nesta o escravo não era considerado como um ser humano, mas sim como qualquer outro instrumento de produção e trabalhava para os senhores de escravos sem nenhuma forma de pagamento em troca. Aqui era inaugurada a exploração do homem pelo homem e o Estado já se fazia presente como instrumento de dominação dos escravos.

Como vimos, a história da sociedade é perpassada por uma gama de fatos históricos, que em cada fase, demonstra uma forma diferente de desenvolvimento social. A transição do escravismo para o feudalismo faz surgir uma nova forma de trabalho desenvolvida nos *feudos*. “Com a crise geral, [...] ao longo de 4 ou 5 séculos os feudos foram se transformando e se generalizando até se converter numa nova forma de trabalho”, (LESSA; TONET, 2011, p.20). Neste novo modelo de produção, os trabalhadores ficavam com uma parte da produção e ainda eram donos das suas ferramentas, o que possibilitou um desenvolvimento das forças produtivas bem

¹³ A propriedade privada surge a partir da Revolução Neolítica, quando há a descoberta da agricultura, da criação de gado, da produção do excedente, dentre outros. Ela se configura como uma relação de exploração em que um produz toda a riqueza material da sociedade (classe dominada) e o outro se apropria dela (classe dominante).

mais rápido do que as do passado, o comércio se desenvolveu, ampliou-se o emprego da energia eólica e, assim, a sociedade foi se desenvolvendo. Essa nova forma de sociabilidade esteve no auge em meados dos séculos XI e XII.

Contudo, nos séculos seguintes, mais precisamente nos séculos XIV e XV a crise começou a se instaurar. “O aumento da produtividade do trabalho, decorrente do desenvolvimento das forças produtivas, fez com que cada feudo passasse a produzir mais do que conseguia consumir”, (LESSA; TONET, 2011, p. 21). Com esse excedente de produção os produtos começaram a ser trocados entre eles. O desenvolvimento dessas trocas, por meio do comércio, fez surgir uma nova classe social, a classe de comerciantes em que a produção de mercadorias poderia se generalizar, base para a nova classe social, a burguesia, que liderou econômica e politicamente o processo revolucionário de superação do modo de produção feudalista pelo modo capitalista de produzir¹⁴. Este último movimento de alteração na forma da sociabilidade – transição do feudalismo para o capitalismo - dá origem às novas classes sociais, com interesses conflitantes e antagônicos, a burguesia e o proletariado.

Na história da humanidade, é possível verificar que o surgimento das classes sociais faz emergir a necessidade da criação de mecanismos e instituições, por parte da classe dominante, para controlar aqueles que produzem a riqueza material da sociedade, o mais importante desses mecanismos foi o Estado. “Ele é um instrumento especial e imprescindível de repressão dos trabalhadores para a reprodução da vida da sociedade de classes, desde as mais antigas até a mais desenvolvida dos nossos dias”, (LESSA; TONET, 2011, p.13).

Assim, o Estado surge para conciliar os conflitos existentes entre as classes sociais de interesses opostos, no intuito de preservar a força de

¹⁴ Foram necessários 4 ou 5 séculos de amadurecimento da nova relação de produção que substituiu o feudalismo. Nesse meio tempo os trabalhadores foram separados dos seus meios de produção e, estes não tinham mais nada a não ser a sua força de trabalho para ser vendida aos detentores dos meios de produção, que explorava essa força de trabalho para extração de um trabalho excedente. Nesse sentido, esse tipo de trabalho, ou seja, o trabalho assalariado passa a ser a mediação entre a sociedade e a natureza. O novo trabalhador será o proletariado, conforme afirma Lessa e Tonet (2011). Assim, “foi na etapa final deste complexo, rico e longo processo histórico, a Revolução Industrial (1776-1830), que assistimos ao surgimento do proletariado e da burguesia em suas formas maduras, plenamente desenvolvidas”, (LESSA; TONET, 2011, p.23).

trabalho, configurando-se como um conjunto de forças sociais separado de toda população e colocado a serviço da burguesia. Ele emerge como poder que está ‘aparentemente’ por cima das classes sociais, portanto, neutro, servindo principalmente para mediar os conflitos inerentes à ordem social em pauta. Porém, diferentemente da sua proposta de criação, o Estado é totalmente funcional ao sistema estabelecido e se configura como “o comitê executivo” da burguesia monopolista, como pontua Netto (1992).

Vale ressaltar que o surgimento desse poder não se dá por acaso, ele surge de uma demanda que é própria da sociedade, visto que quando a sociedade chega a um determinado grau de desenvolvimento reclama o surgimento do Estado, é o que nos informa Engels (2002). Nesse sentido, podemos reafirmar que o Estado nem sempre existiu, ele tem origem, data de nascimento e requerimento. Como ele surge de uma necessidade mediar os conflitos sociais garantindo a reprodução social, sendo o grande defensor da propriedade privada, é, por regra, o Estado da classe mais poderosa, da classe economicamente dominante, classe que,

Por intermédio dele, se converte em classe politicamente dominante e adquire novos meios para a repressão e opressão da classe oprimida. Assim, o Estado antigo foi, sobretudo, o Estado dos senhores de Estado para manter os escravos subjugados; o Estado feudal foi o órgão de que se valeu a nobreza para manter a sujeição dos servos e camponeses dependentes; e o Estado moderno representativo é o instrumento de que se serve o capital para explorar o trabalho assalariado, (ENGELS, 2002, p.215-216).

Lenin (1986) em seu livro “*Estado e Revolução*” informa, com base em Marx, que o Estado representa um órgão de dominação de classe, um órgão que deixa uma classe a mercê da outra. Sua função é impor limites, uma vez que na sociedade de classes ele será sempre um Estado de classes, porém, um Estado da classe economicamente dominante.

Portanto, a criação desse complexo social denominado de Estado tornou-se extremamente necessária para perpetuação da exploração da força de trabalho da classe trabalhadora pela classe dominante. Nesse sentido, ele se configura como “a organização da classe dominante em poder político” (LESSA; TONET, p.31). Em diversas fases da história essa organização do

Estado adquire uma variedade de formas, porém, o seu fundamento ontológico¹⁵ é o que determina quem ele é.

No capitalismo dos monopólios há a necessidade de reformular a intervenção do Estado, um Estado que intervenha diretamente na economia e no social. O Estado burguês, diferentemente do Estado absolutista¹⁶, reconhece os direitos individuais dos cidadãos. Porquanto, “ao ignorar as desigualdades reais entre as pessoas e gerenciar apenas sua igualdade imaginária como cidadãos, o Estado deixa o capital livre para controlar a reprodução da sociedade”, (LESSA; TONET, 2011, p.49). Nesse sentido, é fato que um Estado pode mesmo ser diferente do outro, porém, a sua essência é única, não muda, é, e sempre será a mesma, o que muda é apenas a sua forma de apresentação na sociedade, mas a sua essência não muda jamais, como destacam Lessa e Tonet (2011).

Segundo Lessa e Tonet (2011), o Estado tem a função de garantir a reprodução do capital. O Estado não está presente para servir aos interesses classe dominada – ao menos não todos -, seu interesse é claro e objetivo, sua defesa primordial é pela propriedade privada, pela perpetuação da exploração do homem pelo homem, ou seja, pelo desenvolvimento cada vez mais eficiente do sistema em vigência. Muito embora, ela atenda aqui e acolá, de forma estratégica, algumas das reivindicações da classe trabalhadora. No entanto, ele jamais estará acima das classes sociais, conforme alguns teóricos afirmam, visto que o mesmo são forças sociais separadas da comunidade, objetivadas em determinadas instituições, como o exército, a polícia, todo o aparelho repressivo, a burocracia, o sistema jurídico-político, colocados a serviço dos detentores originais desta força – a burguesia.

O sistema capitalista é um sistema ávido por lucro, seu lucro só pode ser obtido por meio da extração da mais-valia dos trabalhadores. Essa lógica perversa do capital faz com que a massa de trabalhadores produza cada vez

¹⁵ Conforme pontua Marx (2010), o Estado repousa sobre a contradição entre a vida pública e privada, sobre a contradição entre os interesses privados e particulares e esses dois são o que caracterizam a sociedade civil. Ele é uma expressão e um instrumento de reprodução dos interesses das classes dominantes, portanto, um instrumento de opressão de classe.

¹⁶ Com a passagem do modo de produção feudal para o capitalismo “o Estado absolutista foi convertido no Estado burguês (que é o Estado que hoje conhecemos). O Estado burguês se diferencia dos outros porque ele não interfere direta e cotidianamente para estabelecer quem será o ganhador ou perdedor no mundo de concorrência que é o capitalismo. [...] Essas questões são normalmente resolvidas pelo mercado” (LESSA; TONET, 2011, p.47).

mais mercadorias. Essa produção desenfreada é quem põe o capitalismo em perigo, visto que o mercado é conduzido a uma situação de superprodução que pode levar o sistema a uma crise econômica. É por esse motivo que Mészáros (2002) afirma que o capital não se configura como uma entidade material, mas sim como uma forma incontrolável de controle sociometabólico que se sobrepõe a tudo.

Esse movimento de crise do sistema sociometabólico do capital solicita uma intervenção estatal a fim de que as consequências do antagonismo entre as classes sociais sejam amortecidas. Nesse sentido, uma das intervenções do Estado ocorre por meio das políticas sociais, que atuam como instrumentos de enfrentamento das expressões da “questão social” sempre latentes. Entretanto, tais expressões são entendidas como problemáticas particulares (o desemprego, a fome, a carência habitacional, o acidente de trabalho, a falta de escola, a incapacidade física e etc), e assim enfrentadas, quando na realidade estas deveriam ser entendidas como uma totalidade processual específica, remetendo-a a relação entre capital e trabalho. Nesse sentido, seu enfrentamento se dá de modo insuficiente, visto que não visa atingir o cerne da questão, que é a relação capital x trabalho. No entanto, não se pode deixar de pontuar que não “há dúvidas de que as políticas sociais decorrem fundamentalmente da capacidade de mobilização e organização da classe operária e do conjunto de trabalhadores, a que o Estado, por vezes, responde com antecipação estratégica” (NETTO, 1992, p. 29).

Assim, é possível afirmar que o capital necessita da presença do Estado para sobreviver, uma vez que este possui um papel de vital importância para o funcionamento do sistema, servindo para garantir a sua reprodução social, protegendo as mais variadas formas de extração da mais-valia, do trabalho excedente (MÉSZÁROS, 2002). Sua função dentro da ordem é clara e objetiva, uma vez que serve para amortecer os conflitos e não resolvê-los. Para facilitar a perpetuação do sistema, o Estado passa a intervir nos interesses conflitantes entre a ordem do capital e a classe trabalhadora, que tem objetivos totalmente distintos dos do capitalista. Essa intervenção realiza-se a partir de um reconhecimento das necessidades sociais dos trabalhadores, que se transformam em demandas sociais e, por sua vez, são respondidas por meio das políticas sociais fragmentadas, minimalistas e focalizadas.

Nesse contexto, as necessidades/demandas sociais geradas pelo capitalismo monopolista são frutos das disparidades sociais imanentes desse sistema e se manifestam por meio das expressões da “questão social”. À medida que esse sistema se perpetua e desenvolve, a condição de miserabilidade da classe trabalhadora se amplia, visto que “como vendedor livre da sua força de trabalho – a certo estágio de desenvolvimento da produção capitalista – sucumbe inexoravelmente à exploração desmedida do capital” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2003, p.143). No momento em que percebem que estão sendo submetidos a essa condição de explorados, os trabalhadores se organizam e lutam para garantir e ampliar as suas condições de existência. No entanto, as lutas empreendidas pelo operariado “aparecerão, em determinado momento, para o restante da sociedade burguesa, como uma ameaça a seus mais sagrados valores, “a moral, a religião e a ordem e pública”” (idem).

A consolidação do capitalismo monopolista fez com que a burguesia alcançasse a sua plenitude de poder, mantendo a desigualdade político-econômica preexistente. Com isso, o proletariado adquire novo peso político e nova força social dentro da sociedade. Dessa forma, a nova correlação de forças surgidas com a nova forma de sociabilidade tende a adequar o poder do Estado às novas necessidades de acumulação, como o objetivo de favorecer a grande unidade de produção.

Nesse momento, a questão social torna-se alvo de intervenção contínua e sistemática por parte do Estado, através das políticas sociais. Ressaltamos que as necessidades sociais se transformam em demandas sociais para o Estado, que as institucionaliza através de tais políticas. Conforme pontua Netto (1992), o Estado burguês no capitalismo monopolista tende a administrar as sequelas da questão social, buscando atender, prioritariamente, às demandas da ordem demandante conformando o proletariado, pela adesão que recebe de categorias e setores cujas demandas incorporam, sistemas de consenso variáveis, mas operantes. No entanto, não podemos esquecer as contradições existentes nesse processo, visto que tais políticas sociais se configuram como fruto da mobilização e organização da classe trabalhadora. Quando esta decide ir à luta por melhores condições de existência e, para o Estado, não resta saída, senão, atender boa parte dessas reivindicações.

O Estado passa a intervir por meio de serviços sociais e políticas sociais que se constituem como “um conjunto muito rico de determinações econômicas, políticos e culturais” (BEHRING e BOSCHETTI, 2009, p.25), com intuito de estabelecer a ordem e enfrentar as questões postas pelo operariado, mediante os conflitos existentes entre as classes sociais. Nesse sentido, a política social é entendida como uma mediação entre a esfera econômica e política, decorrente de contradições geradas por meio das lutas entre as classes e delimitada pelos processos de valorização do capital (BEHRING, 2009).

No que tange à formação da política social brasileira é possível informar que esta não acompanha a mesma formação das políticas sociais instituídas nos países de capitalismo central. No Brasil não houve uma radicalização das lutas operárias, sua constituição em classe para si, com partidos e organizações fortes, em decorrência do regime escravista implantada ainda no século XIX. A questão social já estava consolidada nos países centrais, enquanto no Brasil houve uma imensa dificuldade de incorporação dos escravos libertados no mercado de trabalho. Esta só se colocou como questão política a partir da segunda metade do século XX, com as primeiras lutas dos trabalhadores e as primeiras iniciativas de legislações criadas para atender o mundo do trabalho, conforme afirmam as autoras.

Nesse sentido, a instauração da política social brasileira se deu de forma frágil, uma vez que o Brasil é um país fortemente marcado pelo escravismo, pela informalidade nas relações de trabalho e pela fragmentação/cooptação política dos trabalhadores e de suas organizações. Até o ano de 1887, dois anos antes da Proclamação da República no Brasil (1889), não se formou nenhum tipo de proteção social. Em 1888, cria-se uma caixa de socorro para a burocracia pública; em 1889 a Imprensa Nacional e os Ferroviários conquistam o direito a pensão e 15 dias de férias; em 1891, cria-se a primeira legislação para assistência à infância no Brasil; em 1892, os funcionários da Marinha também adquirem o direito a pensão. A partir de 1907, adquire-se o direito a organização sindical; em 1911, a jornada de trabalho é reduzida legalmente para 12 horas; em 1919, é regulamentada a questão dos acidentes de trabalho no Brasil. O marco para a formação das políticas sociais no Brasil é o ano de 1923, quando é criada a Lei Eloy Chaves que institui a obrigatoriedade à criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões para uma categoria

estratégica de trabalhadores – marítimos e ferroviários. Em 1926, surgiram as protoformas da previdência social brasileira, junto com os Institutos de Aposentadoria e Pensão. Por fim, em 1927, fora aprovado o famoso Código de Menores, com características altamente punitivas, que só se modificaram em 1990 com a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente. Sobre esse assunto, detalharemos mais nas próximas seções.

A função social da política social é clara na ordem do sistema do capital, ela “é um componente da relação salarial pactuada com os trabalhadores, que se instaura com o fordismo, no sentido de regular o *processo de reprodução da força de trabalho*” (BEHRING, 2009b, p.313, grifos do autor). Nesse aspecto,

é possível afirmar, com base na crítica marxista, que a política social não se fundou nem se funda, sob o capitalismo, numa verdadeira redistribuição de renda e riqueza. Observa-se que a política social ocupa certa posição político-econômica, a partir do período histórico *fordista-keynesiano*. Percebe-se que a economia política se movimenta historicamente a partir de condições objetivas e subjetivas e, portanto, o significado da política social não pode ser apanhado nem exclusivamente pela sua inserção objetiva no mundo do capital nem apenas pela luta de interesses dos sujeitos que se movem na definição de tal ou qual política, mas, historicamente, na relação desses processos na totalidade. Sem esse olhar, pode ficar prejudicada a luta política em torno das demandas concretas dos trabalhadores, freqüentemente obstaculizadas, hoje pela alardeada “escassez de recursos” (BEHRING, 2009b, p.316).

Mediante a explanação realizada até o momento, é possível afirmar que o capital exerce uma dominação hierárquica e totalizante sobre o trabalho, sendo esta uma condição imprescindível da forma de sociabilidade capitalista. “Enquanto permanecerem as condições materiais dessa dominação o capital não desaparecerá, e isso se aplica a todos os tipos de sociedade capitalista ou pós-capitalista”, (PANIAGO, 2012, p.26).

Outro fator que podemos afirmar é que o Estado não faz parte da natureza humana, ele pode e deve ser eliminado. Entretanto, antes da eliminação desse poder é preciso que os trabalhadores se enxerguem como classe em si e como o único sujeito que produz a riqueza, dando início a uma revolução verdadeiramente proletária, rumo a uma forma de sociabilidade onde o livre desenvolvimento de um é condição para o desenvolvimento de todos.

Na próxima seção abordaremos especificamente a saúde, entendendo-a articulada às expressões da “questão social”, demonstrando como o Estado

transforma as demandas da saúde em demandas institucionalizadas para o Serviço Social.

2 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS DEMANDAS DA SAÚDE NA PRIMEIRA METADE DO SÉCULO XX E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

A partir do que foi exposto até agora, podemos destacar que as necessidades sociais da classe trabalhadora, circunscritas na sociedade do capital, determinam a situação de saúde de cada indivíduo. Isso significa afirmar que a saúde está para além do processo de estar ou não doente, visto que a situação social dos membros desta sociedade, em sua inserção de classe social, determinará tal condição. Será importante demonstrar como a saúde é uma mediação fundamental na totalidade da vida social, considerando-se as particularidades da sociedade capitalista e da sociedade brasileira, o que inclui a institucionalização das demandas, via políticas sociais, sendo este um processo lento e intensificado a partir do capitalismo monopolista.

Segundo Nogueira (2011), o direito à saúde é mediado pelas políticas públicas¹⁷, sendo estruturado através de um patamar determinado pela relação Estado e Sociedade, operacionalizado através dos sistemas e serviços de saúde. No que tange às necessidades sociais em saúde, Nogueira (2011) afirma que elas se constituíram pela posição das classes sociais e segmentos de classe e situadas entre a natureza e a cultura. Nesse sentido, configura-se não apenas como necessidades médicas ou problemas de saúde, mas sim como carências decorrentes do modo de vida de cada indivíduo social. Entendemos que a condição de saúde da população depende da forma com que a sociedade está organizada, ou seja, do seu modo de produção.

Nesta seção retomaremos a lógica de articulação entre as necessidades e demandas sociais, a institucionalização de demandas, privilegiando a análise das demandas relativas à saúde. Desta forma, pretendemos entender as determinações que levaram à inserção do Serviço Social como uma das profissões nesta área, desde a década de 1940. A pesquisa desenvolvida abordou as particularidades brasileiras da saúde e do Serviço Social a partir da década de 1930, contexto em que se fortalece a institucionalização de

¹⁷Vale ressaltar que o que se verifica na atualidade da realidade brasileira é um crescente processo de judicialização da saúde. Isso significa afirmar que, mesmo a saúde sendo um direito constitucional garantido, para se ter acesso a um tratamento de saúde, a um procedimento ou medicamento se faz necessário a utilização de processos judiciais para que os mesmos sejam garantidos.

demandas através de políticas sociais, com a expansão do capitalismo no país. Na estrutura dessa seção, foi necessário apresentar uma introdução mais geral, que cumprisse o papel de situar a saúde antes desse período.

Conforme pudemos observar mediante o que foi tratado até o momento, a produção social na sociedade capitalista realizou mudanças significativas nas relações dos produtores com os meios de produção, visto que estes não mais lhes pertenciam, a única coisa que passa a lhes pertencer é a sua força de trabalho, que por sua vez será negociada com os únicos donos dos meios de produção, ou seja, com a classe dos capitalistas. Nesse aspecto, “a contradição entre a produção social e apropriação capitalista veio à luz do dia como antagonismo de proletariado e burguesia” (ENGELS, 1982, p.84).

Por conseguinte,

A acumulação da riqueza num dos polos é ao mesmo tempo, portanto, a acumulação da miséria, de tormento, de trabalho, de escravidão, de ignorância, de bestialização e de degradação moral no polo oposto, ou seja, por parte da classe que *produz o seu próprio produto como capital* (MARX *apud* ENGELS, p.89, grifos do autor).

Isso significa dizer que o processo de desenvolvimento do sistema do capital pôs a classe trabalhadora num grau bastante elevado de exploração. A massa de trabalhadores se torna dependente desse tipo de exploração, uma vez que somente através da venda da sua força de trabalho para esses exploradores é que eles conseguem, ao menos, garantir os meios de sua subsistência e da sua família, conforme já pontuado. Desse modo,

O comando do capital sobre o trabalho opera, assim, uma “subversão” da relação sujeito-objeto [...] porque, na relação de dominação que estabelece com o trabalho alienado, usurpa do sujeito real da produção todo poder de decisão e substitui as necessidades humanas conscientemente definidas [...] (PANIAGO, 2012, p.26).

As modificações empreendidas pelo amadurecimento da sociedade capitalista repercutem diretamente sobre o trabalho humano, agravando cada vez mais a exploração massiva de uma classe sobre a outra, cujo objetivo maior é a produção de bens destinada a render mais dinheiro do que o custo da produção, conforme aponta Vasconcelos et. al. (2009). Nesse sentido,

partimos do pressuposto de que as condições de trabalho exercem forte influência na saúde das populações.

A maioria das práticas profissionais em saúde foi iniciada a partir da emergência e desenvolvimento do capitalismo. Antes disso a saúde não tinha quase nenhum tipo de intervenção estatal, uma vez que se estabeleciam outros tipos de práticas por meio da filantropia.

Na sociedade medieval, a Medicina tinha um caráter autônomo, a assistência social era de responsabilidade da Igreja, inclusive o cuidado aos enfermos, não havendo intervenção do Estado. Do século XII ao XVI, os hospitais chamados de “Hotéis de Deus”, funcionavam como hospedarias para peregrinos, pobres e inválidos que recebiam assistência genérica. Na Idade Média, o número de “desvalidos” era menor e poderia ser assumido pela Igreja. Com o capitalismo comercial e depois o manufatureiro, a ordem feudal se decompôs. No século XVII, o Estado é forçado paulatinamente a intervir, criando hospitais gerais para ministrar tratamento especializado aos problemas de saúde (BRAVO, 2013, p.17).

É importante frisar que do século XVIII ao XIX, o foco estava apenas na prevenção e em medidas de saúde pública; no XX, com as descobertas bacteriológicas e das ciências naturais, as doenças que assolavam a vida da classe trabalhadora foram passíveis de cura. A medicina científica tem seu auge nesse exato momento, conforme aponta Bravo (2013).

A primeira Santa Casa surgiu em 1543 em Santos-SP, depois foram criadas as de Olinda-PE, Salvador-BA, Rio de Janeiro, Belém-PA e São Paulo. Nesse caso, a assistência aos pobres ficava por conta da caridade cristã, que abrigava indigentes, viajantes e doentes, conforme relata Paim (2009). “A metrópole fomentou a criação das Santas Casas de Misericórdia, através de acordos, para atendimento da população pobre. Tais casas de misericórdias eram de caráter religioso, sem finalidade lucrativa” (BRAVO, 2013, p.111). A saúde, nesse período, ainda não estava relacionada aos médicos, pois não existia ensino superior no Brasil. Somente a partir do século XIX é que esse quadro começa a sofrer alterações, quando se modificam as características da sociedade, sendo marcada por profundas transformações políticas e econômicas. As condições de saneamento básico eram muito deficientes, pois embora existisse água canalizada desde o século XVII, não existia sistema de esgoto.

No século XVIII, enquanto os países de capitalismo central incrementavam o desenvolvimento da sociedade capitalista, o Brasil ainda era uma sociedade rural que tinha o estatuto de colônia de Portugal, voltada para a exportação agrícola e de minerais. O sistema político dessa colônia era dominado pelos grandes latifundiários e ainda estava articulado, em seu aspecto econômico, com o regime escravista. Nesse período, a organização sanitária do Brasil se inspirava na da metrópole, em que

Os serviços de saúde das tropas militares subordinavam-se ao cirurgião-mor dos Exércitos de Portugal. Já o físico-mor, diretamente ou por meio dos seus delegados nas capitâneas, respondia pelo saneamento e pela profilaxia das doenças epidêmicas e às questões relativas ao trabalho de médicos, farmacêuticos, cirurgiões, boticários, curandeiros etc. Os problemas de higiene eram problemas das autoridades locais. Assim, as câmaras municipais se preocupavam com a sujeira da cidade, a fiscalização os portos e o comércio de alimentos (PAIM, 2009, p.25-26).

A partir da década de 1828, tais responsabilidades foram transferidas para as municipalidades. “O Serviço de Inspeção de Saúde dos Portos passou para a esfera do Ministério do Império e, com os casos de febre amarela no Rio de Janeiro, foi criada em 1850, a Junta de Higiene Pública” (PAIM, 2009, p.26). Nessa ocasião, em decorrência das epidemias algumas reformas se efetivaram nos serviços sanitários. De acordo com o autor, a saúde era tratada mais como uma questão de polícia do que como uma questão social. “A realização de campanhas lembrava uma operação militar, e muitas das ações realizadas inspiravam-se no que se denominava polícia sanitária” (PAIM, 2009, p.29).

Assim, mediante o processo de organização da sociedade, predominava uma diversidade de doenças e pestilências, tais como hepatite, lepra, boubas, tuberculose, malária, escorbuto, varíola e a febre amarela. Os serviços de saúde eram organizados de forma precária e sua maioria eram prestados apenas no Rio de Janeiro, com uma assistência médica inserida em formas filantrópicas ou através da prática liberal.

Ainda em meados de 1850 é que a saúde pública começa a dar seus passos para a sua organização, por meio de normas e campanhas, ainda que de modo incipiente. Neste período, cria-se uma Junta de Higiene Pública, com vistas à conservação da salubridade para a Inspeção de saúde nos Portos do

Rio de Janeiro e do Instituto Vacínico. Em 1851, foram criadas as Comissões de Higiene Pública. Foi então que

Na metade inicial do século XIX, começaram a aparecer as primeiras associações mutuaras, que tinham como objetivo ações assistenciais: serviços médico-farmacêuticos, auxílio em casos de enfermidade, invalidez, velhices e funerais. Essas formas de defesa traduziram um primeiro movimento popular de solidariedade efetiva. Anos depois, algumas destas instituições começaram a ultrapassar seu simples papel assistencial, ao reivindicar melhores condições de vida e de trabalho para os seus associados (BRAVO, 2013, p.114).

Foi nas últimas décadas do século XIX que dois bacteriologistas, chamados de Koch e Pasteur, realizaram um trabalho e fundamentaram um novo paradigma para explicar como se dava o processo em discussão, até esse período o que predominava era a teoria baseada no hospedeiro, que explicava as mudanças sociais e práticas de saúde observadas até aquele momento histórico (Souza; da Silva; Silva, 2013). Sob esse enfoque os autores informam que

A história da criação da primeira escola de saúde pública nos Estados Unidos, na Universidade Johns Hopkins, é um interessante exemplo do processo de afirmação da hegemonia desse “paradigma bacteriológico”. Desde 1913, quando a Fundação Rockefeller decide propor o estabelecimento de uma escola para treinar os profissionais de saúde pública, até a decisão, em 1916, de financiar sua implantação em Johns Hopkins, há um importante debate entre diversas correntes e concepções sobre a estruturação do campo da saúde pública. No centro do debate estiveram questões como: deve a saúde pública tratar do estudo de doenças específicas, como um ramo especializado da medicina, baseando-se fundamentalmente na microbiologia e nos sucessos da teoria dos germes ou deve centrar-se no estudo da influência das condições sociais, econômicas e ambientais na saúde dos indivíduos? Outras questões relacionadas: a saúde e a doença devem ser pesquisadas no laboratório, com o estudo biológico dos organismos infecciosos, ou nas casas, nas fábricas e nos campos, buscando conhecer as condições de vida e os hábitos de seus hospedeiros? (BUSS; FILHO, 2007, p.79).

Desse modo, nas últimas décadas do século XIX foi inaugurada uma nova forma de entender o processo de saúde/doença, que tentava entender tal processo a partir de novo ângulo que estava para além do processo do adoecimento. Para tanto, no século XX, ocorreu um avanço no entendimento

da saúde, que antes era entendida apenas em seu aspecto puramente biológico, e passou a ser entendida a partir de seus determinantes sociais, gerando um conflito entre o 'velho' e o 'novo' modelo de entendimento desse processo inaugurado no final século anterior.

O conflito evidenciado esteve em debate por algum tempo e a influência desse processo e do modelo por ele gerado não se limita apenas à escola de saúde pública de Hopkins, ele se estende por todo o país e internacionalmente, como pontuam os autores. Ainda no século XX, esse embate entre diversas abordagens em relação à saúde se fazia presente, “observando-se períodos de forte preponderância de enfoques mais centrados em aspectos biológicos, individuais e tecnológicos, intercalados com outros em que se destacam fatores sociais e ambientais” (BUSS; FILHO, 2007, p.80).

No entanto, para adensar o conflito entre os modelos de saúde evidenciados, em meados da década de 1910, com os desdobramentos da expansão norte-americana, foi elaborado o Relatório de Flexner¹⁸ que inaugurou o flexnerianismo e ressaltou que a enfermidade tem sua causa individual e as respostas terapêuticas também estavam focalizadas apenas nos indivíduos. Este modelo enfatizava a perspectiva unifatorial do processo saúde-doença, ou seja, a perspectiva que enfatiza o aspecto individual, deixando de lado o coletivo, visto que tem como único foco a doença. O flexnerianismo teve repercussões rápidas e dramáticas, uma vez que a introdução de alguns métodos e novas descobertas, tais como o asséptico e o antisséptico (descobertos através de pesquisas laboratoriais), reduziu o número de mortos por infecção e o tempo de recuperação dos indivíduos doentes. Assim, a imagem dos hospitais passou a se modificar, pois não era mais aquele lugar em que os enfermos chegaram para morrer, mas sim para se curar. Nesse período, a mercantilização da saúde se iniciava, uma vez que os hospitais admitiam pacientes pagantes. No entanto, esses pagantes tinham tratamento diferenciado, inclusive, seu tratamento se dava em outras acomodações, separadas dos indigentes¹⁹.

¹⁸ Este foi um documento macro na transformação da medicina moderna que focalizada a experiência em laboratórios, estando orientado por conceitos e métodos da bacteriologia, conforme pontua Bravo (2013).

¹⁹ Os problemas de saúde da classe trabalhadora, inicialmente, não eram objeto de preocupação das classes emergentes. O cuidado médico se organizou e se ampliou, inicialmente, para a classe emergente, pois era comum à burguesia receber seu tratamento de saúde em casa. No entanto, como sempre ocorreu, ela se dá de forma diferenciada a depender

Bravo (2013) discute, com base em Navarro, que a medicina reproduzida no capitalismo é inspirada no liberalismo e no individualismo. Dito de outro modo, a medicina reproduzida no sistema do capital é aquela em que os profissionais reduzem os determinantes das enfermidades a uma categoria individual e o direcionamento da ação se dá apenas no doente, através da educação sanitária e do consumo do medicamento, fundamentado apenas no aspecto biológico do processo do adoecimento, quando, na verdade, os determinantes das enfermidades são originalmente sociais.

Nesse aspecto, dar-se início ao processo de institucionalização das demandas de saúde que ocorre com o objetivo de atender uma parte da população. Esse processo teve início nos fins do século XIX, ampliando-se logo após a Primeira Guerra Mundial nos grandes países europeus. Neste momento, consolidava-se a política de saúde, sendo esta resultado da intervenção estatal nas demandas oriundas da saúde, conforme pontua Bravo (2013). No entanto, a institucionalização dessas demandas não significou afirmar que todos os indivíduos teriam acesso a um sistema de saúde, ao contrário, ficou restrita a um contingente populacional, mais precisamente, àqueles que contribuem financeiramente por meio do trabalho. A saúde como uma política social, na qual todos os indivíduos devem ser atendidos, sem nenhuma contrapartida, só ocorreu depois de anos de intensas e duras lutas sociais. Com a institucionalização do seguro social pelo Estado houve uma extensão dos cuidados médicos sob a forma de consumo individual, segundo a autora.

Com o fim da Primeira Guerra Mundial²⁰, emergia os princípios que deram força ao Estado de Bem-Estar Social, em alguns países de capitalismo central, em que o Estado assume uma postura intervencionista e planificadora, instituindo as políticas sociais e criando instituições responsáveis pela prestação dos serviços sociais, conforme pontua Bravo (2013). “A crise de 29 foi um marco na política social, sendo criadas novas alternativas em nome do

da classe social que será atendida. “No capitalismo dos monopólios, esta diferenciação se acentua, com a criação de instituições médicas voltadas para diferentes “clientelas”, o que se expressa pelo seu caráter “privado” ou “estatal”” (BRAVO, 2013, p.18).

²⁰ Segundo Bravo (2013), o capitalismo quando entra em sua fase imperialista, acirra a rivalidade entre as grandes potências e o aumento das crises que se estabeleciam internacionalmente ameaçava desembocar um conflito armado, As grandes potências europeias dividiram-se em dois blocos: por um lado, Alemanha, Áustria, Hungria e Itália e, por outro, França, Inglaterra e Rússia – é quando tem início a Primeira Guerra Mundial, que se inicia em 1914 e só é finalizada em 1918.

“Bem-Estar Social”, visando diminuir os conflitos e tensões sociais²¹” (BRAVO, 2013, p.61). Ao término da Segunda Guerra Mundial, em 1945, houve uma grande destruição na história da Europa. As reivindicações dos trabalhadores, neste período, foram viabilizadas por partidos de esquerda e por partidos trabalhistas dos vários países que adotaram a socialdemocracia como proposta. Para tanto,

O capitalismo monopolista, na década de 1940, ganha uma nova dinâmica, com clara emergência do chamado “capitalismo monopolista de Estado”: ocorre a ampliação e consolidação das funções do Estado, no nível econômico e político, com sua intensa interferência na economia. As funções do Estado, ao se ampliarem e se tornarem mais complexas, exigiram de seus aparelhamentos correlata ampliação e diferenciação, alterando a matriz das relações entre as estruturas econômicas e político-ideológica (BRAVO, 2013, p.66, grifos do autor).

Entretanto, as políticas sociais surgem para atender aos problemas oriundos de várias áreas, como a saúde, educação, habitação, trabalho, lazer, dentre outras. Neste momento é que se ampliam os serviços de saúde, sendo institucionalizados pelo Estado, ainda que de modo incipiente e de acordo com cada formação social. Com a expansão dos serviços em saúde pelo Estado, emerge a medicina assalariada ou medicina liberal, que tinha como característica a liberdade de instalação, propriedade de consultório e, ainda, o pagamento direto pelo ato médico.

No Brasil, desde a década de 1920, como podemos identificar o incentivo ao processo de institucionalização das demandas sociais, quando se adotou um sistema baseado no seguro social, no início através das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Esta década representou o marco para a formação das políticas sociais no Brasil, visto que no ano de 1923 foi instituída a Lei Eloy Chaves que estabeleceu a obrigatoriedade da criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões para uma categoria estratégica de trabalhadores – os ferroviários. “A Reforma Carlos Chagas, também de 1923, tenta ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central, constituindo uma das estratégias da União de Ampliação do poder nacional, no interior da crise política em curso” (BRAVO, 2013, p.122). No ano de 1926, surgiram as

²¹ Na próxima seção traremos mais elementos a respeito desse momento.

protoformas da previdência social brasileira, junto com os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs). As CAPs foram instituídas como medidas de proteção social, visando o seguro e a prestação de serviços sociais e de saúde²² para os trabalhadores do setor privado, aqueles que davam lucro para o capital, como os ferroviários, os marítimos e outros. Tal iniciativa foi o primeiro e o mais importante passo para as organizações de serviços sociais no Brasil, conforme apontam as autoras Behring e Boschetti (2009).

As CAPs eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Elas eram organizadas por empresas, de modo que só os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las. O presidente das mesmas era nomeado pelo presidente da República e os patrões e empregados participavam paritariamente da administração. Os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médico-curativa e fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para dependentes e auxílio funeral (BRAVO, 2013, p.122).

Vale salientar que em 1923 apenas os ferroviários conseguiram esse benefício, e os estivadores e marítimos em 1926, os demais somente em 1930. Outro fator que merece destaque é que apenas as grandes empresas conseguiram estabelecer as CAPs, restando para a maior parte dos assalariados recorrerem à precariedade dos serviços de saúde filantrópicos e públicos, aos liberais ou às formas de medicina popular quando necessitavam de algum atendimento de saúde, uma vez que estavam excluídos deste sistema de saúde regido pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões.

No que tange à saúde, faz-se necessário entender que as políticas de saúde pública e a medicina previdenciária foram implementadas de modo diferenciado nos países centrais e nos países periféricos, visto que, no primeiro, elas surgiram no século XVIII e tiveram seu ápice nos séculos XIX e XX; no segundo, isso só ocorre um pouco depois, Bravo (2013). No Brasil, por exemplo, isso só corre de forma mais efetiva no início do século, com seu apogeu nos anos de 1920 e 1930. No entanto, ainda na década de 1940, verificou-se que alguns modelos de saúde foram adotados nesses países de capitalismo central. Os orientados pela socialdemocracia financiaram grande

²² Somente a partir de 1988, com a Constituição cidadã, baseada num sistema de seguridade social, é que a saúde passou a ser entendida como um direito de todos, embora a saúde seja livre a iniciativa privada e o sistema de saúde não seja majoritariamente público.

parte das ações de saúde, com base em dois modelos: 1) a assistência médica geral que foi direcionada para toda população, por meio do Serviço Nacional de Saúde, financiado em grande parte pelo Estado; e 2) a assistência médica compulsória, que se dava através de um seguro-saúde com participação em fundos gerenciados pelo Estado e com livre escolha dos serviços ou profissionais, como bem pontua Bravo (2013).

Como os problemas de saúde da população eram intensos no Brasil do início do século XX, criou-se o Ministério da Educação e Saúde, que estavam unificados, com vistas a atender às necessidades de saúde, sendo este composto por dois departamentos nacionais que foram denominados “Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-social”, conforme pontua Bravo (2013). Então, no período correspondente as décadas de 1930 e 1940, foram adotadas algumas medidas para atendimento da saúde pública, tais como: destaque nas campanhas sanitárias – que interrompidas de 1930 a 1934 e que, a partir de 1935, constituíram-se no elemento central das ações de saúde pública no Brasil; coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde; interiorização das ações nas áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão de obra para as cidades; criação dos serviços de combate às endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela, 1937 e Serviço de Malária da Baixada Fluminense, 1940, ambos financiados pela Fundação Rockefeller); reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública, conforme apresenta Bravo (2013).

De acordo Paim (2009), o sistema público de saúde no Brasil nasceu por meio de três vias: saúde pública, medicina previdenciária e medicina do trabalho. Inicialmente o órgão que cuidava da saúde era o Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Somente após a Revolução de 1930 é que foi transferida a responsabilidade para o Ministério de Educação e Saúde; até que em 1953 foi criado o órgão para cuidar exclusivamente da saúde, o Ministério da Saúde, que modificou as estruturas das campanhas sanitárias etc. Com a criação do Ministério da Saúde, o combate a determinadas doenças passou a ser realizado por serviços específicos e centralizados. O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) se transformou em Fundação Serviços de Saúde

Pública (Fsesp) e, alguns estudiosos dessa época denominaram a saúde pública de sanitarismo campanhista (com ênfase nas campanhas) e sanitarismo dependente (modelo americano da Fsesp). Vale destacar que este tipo de saúde pública não tinha nenhuma conexão com a medicina previdenciária implantada pelos IAPs, nem com a saúde do trabalhador.

Nessa fase histórica, pudemos entender a configuração do processo de institucionalização da saúde pelo Estado via políticas sociais, no período que compreende as décadas de 1930 a 1960. O marco para esse processo no Brasil se deu no Governo Vargas, por volta dos anos 30, quando temos as primeiras iniciativas de políticas sociais que pudessem dar respostas imediatas à questão social. No entanto, a assistência médica fornecida ainda era muito incipiente e destinada apenas àqueles que estivessem formalmente empregados, os demais membros da sociedade permaneciam sendo atendidos por meio de formas filantrópicas ou da prática liberal, além do mais, prevalecia o aspecto biológico da doença. Somente na década de 1940, a saúde começa a sofrer transformações com a criação de grandes instituições e o entendimento da saúde a partir do seu aspecto social organizado pela OMS a partir de 1948.

É nesse ínterim que emerge o Serviço Social no Brasil, visto que o processo de institucionalização da profissão se encontra vinculado ao momento de criação de grandes instituições assistenciais, estatais, paraestatais ou autárquicas, especialmente na década de 1940, portanto, vinculado ao processo de institucionalização de demandas sociais no Brasil²³. Este foi um período marcado pelo corporativismo do Estado e de uma política de incentivo à industrialização (1937).

²³ Quando as demandas sociais são reconhecidas, através de processos conflituosos que envolvem os diferentes interesses de classes, o capitalismo já alcançara sua fase monopolista. Nesse contexto, o Estado institucionaliza essas demandas, legitimando-as através dos serviços sociais. “Dentro da ótica do capital, os serviços sociais tornam-se ainda, um reforço para a garantia dos elevados níveis de produtividade do trabalho exigidos pela elevação da composição orgânica do capital” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2003, p. 101). Sua função é contribuir para a manutenção do equilíbrio psicofísico do trabalhador, canalizando e antecipando a emergência dos focos de tensão que afetem a paz necessária ao processo de exploração do trabalho, característica fundamental do capitalismo. Os serviços sociais atendem tanto aos capitalistas quanto aos trabalhadores, porém de modo bem diferente, uma vez que para o primeiro serve para manter a reprodução da força de trabalho a um menor custo; já para os trabalhadores estes servem como complemento à sua reprodução física, intelectual, espiritual e de sua família, visto que a base de sua sobrevivência está na venda do seu único bem - a sua força de trabalho.

A criação das grandes instituições assistenciais ocorre no momento em que o Serviço Social ainda é um projeto embrionário de intervenção social. Até esse momento, o Serviço Social constitui uma atividade profundamente à sua origem no interior do bloco católico e desenvolve sua ação em obras assistenciais implementadas por frações da burguesia paulista e carioca, principalmente seus segmentos femininos que se expressam através da Igreja Católica, com o objetivo de solidificar sua penetração entre os setores operários, dentro do projeto de recristianização da sociedade (IAMAMOTO, 2000, p. 93).

Nesse sentido, o surgimento das instituições assistenciais amplia o mercado de trabalho para os Assistentes Sociais e, conseqüentemente, rompe com suas protoformas para se tornar uma atividade institucionalizada e legitimada pelo Estado e pelo conjunto da classe dominante. Isso deixa claro que a profissionalização do Serviço Social não corresponde a nenhum tipo de evolução da caridade, uma vez que conforme afirma Netto (1992) o surgimento da profissão do Serviço Social “é, em termos histórico-universais, uma variável da idade do monopólio, enquanto profissão, o Serviço Social é indivorciável da ordem monopólica – ele cria e funda a profissionalidade do Serviço Social” (NETTO, 1992, p.70). Netto pontua que

Não é a continuidade evolutiva das protoformas do Serviço Social que esclarece a sua profissionalização, e sim a ruptura com elas, concretizada com o deslocamento aludido, deslocamento possível (não necessário) pela instauração, independentemente das protoformas, de um espaço determinado na divisão social (e técnica) do trabalho (NETTO, 1992, p.69).

É importante frisar que a origem do Serviço Social no Brasil encontra-se organicamente articulado à iniciativa da igreja católica, como parte de estratégia de qualificação do laicato, especialmente feminina, vinculada predominantemente a classe dominante. Mais adiante esses agentes profissionais são aproveitados pelo Estado e pelo empresariado, que vão, aos poucos, atribuindo novas determinações à legitimação e institucionalização do Serviço Social. Nesse sentido, o Assistente Social passa a receber um mandato por parte da classe dominante para atuar junto à classe trabalhadora,

com o objetivo de amenizar os conflitos inerentes à lógica do capital²⁴, conforme pontuam Iamamoto e Carvalho (2003)

Na saúde, os Assistentes Sociais estavam concentrados em Hospitais e Clínicas, Dispensários de Tuberculose, Departamento de Saúde dos estados, Hospitais e Clínicas particulares e na atuação médica da Previdência Social. Este foi o período em que os Assistentes Sociais se inseriram fortemente na área da saúde, sendo esta a área considerada historicamente a que mais absorve Assistentes Sociais, através da Previdência Social que incorporava a institucionalização de demandas da saúde.

O Serviço Social na Previdência teve, no seu início, como áreas prioritárias de ação, os conjuntos habitacionais e a atenção médica junto aos departamentos, hospitais e ambulatórios; só posteriormente é que atuou de forma sistemática na concessão de benefícios. A ampliação da assistência médica, no período, pode ser considerada como um dos fatores importantes para a expansão da ação dos profissionais e a normatização do Serviço Social no setor. Em 1946, o Serviço Social foi incluído dentre as prestações da Previdência, que o indicou como assistência complementar prestada através da ação pessoal junto aos benefícios quer individual, quer em grupo, visando a melhoria de vida (BRAVO, 2013, p.162).

As principais ações²⁵ desenvolvidas pelos Assistentes Sociais, considerados profissionais do chamado Serviço Social Médico, estavam direcionada à puericultura e à profilaxia de doenças transmissíveis e hereditárias, inicialmente. Suas funções eram realizar

²⁴ Vale frisar que sua atuação profissional não é demandada por aqueles que necessitam do seu serviço, ou seja, a classe trabalhadora, ao contrário é demandada pela classe que compõe o outro pólo.

²⁵ Nogueira (2011) define como ações profissionais como “um conjunto de procedimentos, atos, atividades pertinentes a uma determinada profissão, realizados por sujeitos/ profissionais de forma responsável, consciente. Contêm tanto uma dimensão operativa quanto uma dimensão ética, e salientam em sua realização a apropriação dos profissionais quanto aos fundamentos teórico-metodológico e ético-políticos da profissão em determinado momento histórico. A sua concretização em espaços particulares exige dos profissionais um movimento de apropriação dos saberes e valores construídos sobre estes mesmos espaços. Ou seja, a ação profissional, ao responder às demandas específicas, institui a possibilidade de construção de referências a partir dos fundamentos que delimitam o conhecimento particular necessário para o êxito da intervenção” (p.51).

Visitas aos enfermos após a alta, para verificar os efeitos do tratamento médico e dar instruções à família sobre dietas e a forma de administrar as prescrições médicas; verificação das influências das condições de vida, sociais e econômicas nas enfermidades dos pacientes, através de contatos com paciente e família e repasse dos dados coletados ao médico; explicação à família da natureza da enfermidade e orientação sobre as precauções específicas que devem tomar para evitar a reincidência da doença; obtenção de ajuda financeira para paciente, através das organizações sociais quando havia necessidade (BRAVO, 2013, p.92).

Assim, sua prática estava centrada nas necessidades imediatas da clientela, visando a solução dos problemas que ocorriam com a classe trabalhadora pura e simplesmente pela própria ação profissional, sem nenhuma teoria que pudesse lhe dar um suporte. “O nível técnico era elementar, com obediência a rotinas simples, como manutenção de fichário e tratamento individualizado para a prestação de auxílios aos clientes” (BRAVO, 2013, p.47). A sua prática se baseava na formação doutrinária e moral, fundamentada em valores humanistas, empiristas e iluministas, cujo objetivo era a ordem social e fazer o bem por amor ao próximo e a Deus, visto que a profissão era assumida por quem tinha vocação para tal. Só foi dada ênfase ao aspecto teórico da profissão quando orientação norte-americana passou a influenciá-la, assim como a de outras posturas teórico-filosóficas também.

Nesse sentido, a profissão teve um significado social político-conservador, com atividades descontínuas e dispersas, principalmente na saúde, que não tinha outro foco que não fosse a manutenção da ordem dominante, a disseminação da ideologia dominante e a pregação do amor ao próximo. As propostas progressistas formuladas na medicina acerca dos determinantes sociais da saúde, inaugurada por alguns médicos, nem de longe atingiu ao Serviço Social no momento de seu surgimento.

No Brasil, o Serviço Social se firma como uma profissão diretamente ligada ao setor público em especial, mediante o caráter legislador e controlador do Estado – das forças repressivas, essas duas condições asseguram o poder e a ordem estabelecida conforme os interesses dominantes -, mas também está vinculada às organizações patronais privadas, de caráter empresarial. Ao se considerar o Estado, é necessário acentuar a sua importância decisiva na reprodução das relações sociais, na sua condição de legislador e controlador das forças repressivas (IAMAMOTO; CARVALHO, 2003, p. 81). Desse modo,

ela se consolida como parte integrante do aparato estatal e de empresas privadas. A saúde foi o primeiro setor que contou com a presença de Assistentes Sociais, pois os médicos contribuíram para a criação das primeiras escolas. “A primeira Escola de Serviço Social na América Latina foi fundada por um médico – Alejandro Del Rio, em 1925, no Chile” (CASTRO E IAMAMOTO, *apud* BRAVO, 2013, p.97).

Segundo Bravo (2013), o Assistente Social costuma ser o primeiro profissional que o usuário tem contato nas instituições de saúde, atuando numa demanda que não é sua, complementando as atividades do médico. O objetivo da sua ação profissional é amenizar os conflitos dos “clientes” e evitar que estes venham a criticar o serviço que está sendo oferecido a ele. Ao desempenhar tal tarefa, o profissional “impõe os seus serviços, não havendo possibilidade de escolha por parte do usuário, com uma ação dominadora, que, contraditoriamente, tem como princípio norteador o respeito à pessoa humana” (BRAVO, 2013, p.93).

Desse modo, como o profissional é chamado a intervir diretamente no cotidiano da classe trabalhadora, especialmente de seus extratos mais pobres, atuando nos aspectos mais íntimos da situação de vida da classe trabalhadora em problemas que dizem respeito

A saúde, moradia, educação, relações familiares, infraestrutura urbana etc. é a partir dessas expressões concretas das relações sociais no cotidiano da vida dos indivíduos e grupos que o profissional efetiva a sua intervenção. Estando sua atividade referida ao *cotidiano*, enquanto *produto histórico* e enquanto *vivência pelos sujeitos*, ele é aqui apreendido como manifestação da própria história, na qual os agentes a produzem e reproduzem, fazendo-se e refazendo-se nesse processo social. [...] O profissional, em sua prática de campo, interfere, em graus diversos de intensidade, na vida das pessoas com quem trabalha, invadindo de certa forma a sua privacidade. Explicita-se aí a importância do compromisso social do Assistente Social, orientado no sentido de solidarizar-se com o projeto de vida do trabalhador ou de usar esse acesso à sua vida particular para objetivos que lhe são estranhos (IAMAMOTO; CARVALHO, 2003, p. 117, grifos do autor).

Aqui podemos traçar um paralelo com o Serviço Social na saúde, ainda no século XIX, especialmente na Inglaterra, o qual se centrava naqueles problemas sociais e emocionais dos indivíduos que pudessem atrapalhar o seu

processo de recuperação, sendo valorizados em seus aspectos econômicos. No entanto, em sua ação profissional atividades paternalistas e assistenciais eram predominantes, fundamentadas numa perspectiva setORIZADA e focalista. Inicialmente eram caracterizadas como visitadoras e seu papel era ajudar a equipe médica. Nesse período, as principais ocorrências da prática do Assistente Social foram:

Atendimento social realizado por visitantes que iam à casa do paciente com doença mental aconselhar a família e os amigos, sobre os cuidados de que o mesmo necessitava e as consequências das enfermidades que haviam sofrido, com finalidade de evitar recaída e reinternação; investigação social dos pacientes, com a finalidade de isenção da taxa hospitalar pelas damas de caridade (BRAVO, 2013, p.46).

O objetivo dessas visitadoras sociais era trabalhar com procedimentos assistenciais ou caritativos, na tentativa de defender a melhoria nas relações industriais, a harmonia social e a administração dos conflitos inerentes à ordem que se estabelecia. Estas foram requisições colocadas ao Serviço Social na área da saúde: visitas domiciliares, aconselhamento e seleção socioeconômica. Era um profissional que tinha como objetivo fiscalizar a pobreza, mas que também interferia na vida daquelas pessoas com quem trabalhava. No entanto, essa interferência era direcionada ao modo de ser, sentir, ver a agir dos indivíduos, buscando sempre sua adesão aos valores da ideologia dominante.

Em 1945, com as mudanças que ocorreram no nível estrutural e conjuntural no mundo e no Brasil, o Serviço Social começa a alterar sua ação profissional, apostando, agora numa atuação baseada numa neutralidade científica e na adoção de técnicas auxiliares como investigação social. Nesse sentido, a profissão passa a incorporar o conhecimento produzido por outras áreas do saber, como a Sociologia, Psicologia e Psicanálise para subsidiar sua prática. “Esta alteração está vinculada ao crescimento das grandes instituições de prestação de serviços sociais e assistenciais geridas ou subsidiadas pelo Estado que viabilizaram a expansão do mercado de trabalho para o profissional” (BRAVO, 2013, p.98). Nessa conjuntura, há uma ampliação da profissão no país, em decorrência das exigências de aprofundamento do capitalismo brasileiro. Na saúde algumas definições internacionais também vão impactar na institucionalização das demandas sociais relativas à saúde, como

veremos a seguir. O Serviço Social na saúde também se amplia, fazendo desta área a que mais absorve profissionais por um longo período de tempo.

Em 1946, no pós-II Guerra Mundial, “a saúde pública estabeleceu-se, através da assistência às populações devastadas pela guerra, com a administração de socorros e reabilitação das Nações Unidas” (BRAVO, 2013, p.67). Concomitante a esse processo, houve a elaboração do projeto que foi a base para a constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS), em Nova York, organismo vinculado à Organização das Nações Unidas (ONU), como descreve Bravo (2013). Segundo a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS, 2005), a criação da OMS mostra que os fundadores da organização tinham, não só, a intenção de proporcionar assistência médica eficiente, como também abordar as raízes sociais dos problemas de saúde. Nesse sentido, a saúde passa a ser entendida a partir de uma conotação diferente, visto que ficou definido que a saúde precisa ser entendida como “um estado de bem-estar físico, mental e *socia*l” e que se faz necessário que “todos os povos possam atingir o mais alto nível possível” desse estado. Algumas funções foram definidas para a Organização, dentre elas está o “trabalho junto aos Estados-Membros e agências especializadas no intuito de promover [...] a melhoria das condições sanitárias, econômicas e de nutrição, habitação, recreação, trabalho e de outros aspectos da higiene ambiental,” (CDNSS, 2005, p.08), para o desenvolvimento da saúde.

Em 1948, a saúde tem um novo direcionamento com a ocorrência da primeira Assembleia da OMS, que se realizou em Genebra. Após esse evento foi divulgado pela organização o entendimento de que a saúde se configura como um bem-estar físico, mental e social, portanto, não seria apenas ausência de doença. Assim, na área em foco, foram incorporadas novas técnicas para atender às novas implicações sociais, econômicas e emocionais da doença. Tendo em vista que no modelo anteriormente adotado, ou seja, no flexnerianismo, o qual o processo saúde-doença se baseava numa perspectiva unifatorial, entendendo e tratando a saúde de forma individualizada. Sob esse ponto de vista, o entendimento do processo em pauta dava um grande salto de qualidade, pois passava a se basear numa perspectiva multifatorial, sendo analisada a partir de suas múltiplas causalidades.

A definição de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade, inserida na Constituição da OMS no momento de sua fundação, em 1948, é uma clara expressão de uma concepção bastante ampla da saúde, para além de um enfoque centrado na doença. Entretanto, na década de 50, com o sucesso da erradicação da varíola, há uma ênfase nas campanhas de combate a doenças específicas, com a aplicação de tecnologias de prevenção ou cura (BUSS; FILHO, 2007, p.80).

Quando o processo saúde/doença passa a ser apreendido através dos nexos causais estabelecidos na sociedade capitalista, ou seja, a partir das suas determinações sociais, a saúde transforma-se em um objeto de investigação e intervenção. Tal processo se constitui como um movimento dialético, visto que, conforme pontua Medeiros (2008), ele parte da negação do pressuposto que entende a saúde sob o foco biologicista e individualista, introduzindo um novo conceito que pressupõe a história de vida do homem como ponto de partida para o entendimento do processo em pauta. No entanto, somente “através da Organização Mundial da Saúde, propagou-se intensamente a concepção de saúde vista como o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença”, (MEDEIROS, 2008, p.146).

A história natural das doenças constituiu um paradigma difundido em que a doença é vista como um processo resultante da interação entre agentes (fatores determinantes da doença, sejam substâncias químicas, nutrientes, elementos físicos e biológicos) e hospedeiros, em dado ambiente (físico, químico, biológico, econômico e social), movendo-se na busca de restabelecer o equilíbrio, ou seja, a saúde. Adquire a forma de rede de fatores causais, caracterizando a multicausalidade na inter-relação de fatores complexos atuantes na gênese das doenças e na sua evolução, cujo conhecimento dos agentes, hospedeiro e ambiente é dinamizado pelos instrumentais epidemiológicos e estatísticos (MEDEIROS, 2008, p.146).

É importante destacar que essa mudança impactou significativamente no processo de institucionalização das demandas na saúde no Brasil nas décadas de 1950 e 1960. Assim como, para as demandas profissionais do Serviço Social, tendo em vista que a instauração de um novo modelo de saúde estabelecia o desenvolvimento de novas atividades para o Assistente Social, realçando a necessidade de entender que a pessoa enferma é membro de uma família e de uma comunidade. Pois, a saúde, agora, estava associada a

“questão social”, entendida como uma de suas expressões. Esse novo conceito foi estabelecido por organismos internacionais, vinculado ao agravamento das condições de saúde da população em decorrência das condições sociais vividas, e teve alguns desdobramentos. Logo, no que tange ao Serviço Social, houve redimensionamento na sua prática profissional, um deles foi a ênfase no trabalho com equipe multidisciplinar, bem como a consolidação da sua “tarefa educativa com intervenção normativa no modo de vida da “clientela”, com relação aos hábitos de higiene e de saúde, e atuou nos programas prioritários estabelecidos” (BRAVO, 2013, 174-175).

Nesse contexto, como percebemos, tanto as relações profissionais foram se modificando quanto o sistema de saúde pública, tendo a partir de então uma adesão, tanto por parte dos pesquisadores quanto dos setores progressistas da saúde, do conceito ampliado de saúde, que passou a ser entendida a partir dos seus determinantes sociais (BRAVO, 2013).

No Brasil, essa perspectiva progressista, que se instalava no âmbito da saúde, teve reveses com a emergência da chamada autocracia burguesa²⁶ na década de 1960, pois tinha uma perspectiva fortemente conservadora de base militarista. No contexto da década de 1960, mais precisamente em 1964, o Brasil é comandado por uma nova forma de governar a sociedade brasileira, sendo a partir de agora comandada pelos militares. A Ditadura Militar fez parte de um cenário internacional, marcado como uma sucessão de golpes de Estado. Essa foi uma estratégia que teve como objetivo internacionalizar o capital, desmobilizar os atores sociais que resistiam a esse processo e mobilizar tendências contrárias à revolução e ao socialismo, conforme aponta Bravo (1996).

No entanto, o bloco do poder instalado em 1964 precisou modificar sua relação com a sociedade civil, tendo em vista que, ao longo de dez anos, o mesmo não conseguiu consolidar a sua hegemonia. “Daí, a necessidade de estabelecer novos canais de mediação, que legitimassem a dominação burguesa e suas consequências políticas, econômicas e sociais” (BRAVO, 1996, p.33). Esse foi um período que gerou uma série de contradições, tensões e conflitos entre os parceiros do pacto contrarrevolucionário, uma vez

²⁶ Cf. Netto (1992).

que as alternativas propostas eram inúmeras em relação às iniciativas econômicas e sociais e, também ao estabelecimento da ordem política.

Neste período, mais precisamente da década de 1964 a 1974, o Estado já tratava a questão social por meio da repressão e assistência, sendo esta última ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal, com vistas a aumentar o poder de controle da sociedade, amenizar as tensões, legitimar o regime, assim como perpetuar a acumulação do capital, segundo Bravo (1996). Dentre as medidas assistenciais tomadas para atender os objetivos propostos, estão: a unificação das instituições previdenciárias, o sistema habitacional, novos mecanismos de poupança compulsória, como o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), o Programa de Integração Social (PIS), dentre outros.

Com a ditadura, o modelo de atenção à saúde voltou a conceber a saúde no aspecto biológico da doença, havendo retrocessos em relação aos avanços da definição da OMS de 1948, pois a política de saúde organiza-se em torno do adoecimento individual. A dicotomia entre saúde pública e a curativa se acentuou, visto que às medidas de atenção coletiva à saúde da população foram menos priorizadas. O foco era a medicina previdenciária, o que fez com que o discurso privatista liberal cedesse espaço para o discurso estatal privatista, privilegiando o modelo do produtor privado.

Com o foco na medicina previdenciária algumas medidas foram tomadas no intuito de dar continuidade ao processo de institucionalização, que havia começado com o Ministério da Previdência Social (MPAS). Para tanto, criou-se o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), podendo ser compreendido como parte do processo de crescente universalização, bem como da implementação de um novo modelo de seguridade diferente do seguro social, ou seja, de um modelo baseado numa contribuição prévia dos trabalhadores por meio do salário. O SINPAS é um sistema composto por um conjunto de novas autarquias, a fim de subsidiar sua ação. São elas: o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), direcionado apenas à prestação de assistência médica; e o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS), que administrava financeiramente esse sistema. Não podemos deixar de situar que a criação de novas instituições previdenciárias amplia o mercado de trabalho para os Assistentes Sociais, mesmo num período em que a ditadura militar travava a

execução de alguns processos, tal como o movimento de renovação da profissão.

Nesse sentido, no contexto ditatorial, não se foi possível desenvolver, no Serviço Social brasileiro, o processo de crítica às influências norte-americanas no Serviço Social latino-americano. Este processo estava sendo impulsionado pelos acontecimentos econômico-sociais, políticos, ideológicos da década de 1960, e este movimento que questionava o Serviço Social tradicional teve um forte reflexo na profissão. A crítica ao Serviço Social, que ocorreu na América Latina, explicitou-se com o Movimento de Reconceituação, a partir de 1965, e estava articulada às condições sociopolíticas de superação do subdesenvolvimento²⁷.

O processo de modernização do Estado, com caráter modernizador, autoritário e centralizado, proporcionou mudanças nas instituições de saúde em que atuavam os Assistentes Sociais. Por exemplo, em 1972 foi aprovado o Plano Básico de Ação do Serviço Social na Previdência, que tinha como objetivo definir a política de ação do Assistente Social, caracterizando a profissão como uma das atividades-fim da instituição a fim de “mobilizar as capacidades próprias dos indivíduos, grupos e comunidades, com vistas à integração psicossocial dos beneficiários” (BRAVO, 1996, p.92).

Na década de 1970, ocorreu a difusão das propostas de medidas assistenciais para a área da saúde, com total apoio da OMS e da Organização Panamericana de Saúde, assim foram criados alguns programas, tais como: o PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste) que teve como objetivo implantar a estrutura básica de saúde públicas nas comunidades de até 20 mil habitantes, sendo este voltado à

²⁷ Conforme trata Netto (2005), em meio aos acontecimentos latino-americanos da década de 1960, os Assistentes Sociais passaram a indagar sobre qual seria o seu papel face às expressões da questão social, estremecendo a base da profissão em meios tais questionamentos sobre a sua função. Esse momento ficou conhecido como Movimento de Reconceituação, que tinha como objetivo criticar o Serviço Social Tradicional. Todo o movimento supracitado foi abortado no Brasil em decorrência da Ditadura Militar que se instaurou no país da década de 1964 e se estendeu por vinte anos, ou seja, até 1984. A passagem dos anos de 1970 a 1980 abriu novas perspectivas para aqueles Assistentes Sociais que pretendiam a ruptura do tradicionalismo. Entretanto, “não se tratou de uma simples continuidade das ideias reconceituadas, uma vez que as condições históricas, políticas e institucionais eram muito diversas das do período anterior” (NETTO, 2005, p. 18). Para tanto, no Brasil, esse período ficou conhecido como “Serviço Social Crítico” e, é este Serviço Social que altera radicalmente a imagem social da profissão por meio da aproximação desta com o marxismo. Atualmente, este é o Serviço Social reconhecido no âmbito da academia como área da produção do conhecimento, interagindo com as ciências sociais e intervindo ativamente no plano da formulação de políticas públicas (Netto, 2005).

atender a população de baixa renda, desprovida de atenção médico sanitária, com três áreas de atuação - assistência médica individualizada e integral à saúde, saneamento básico simplificado, alimentação e nutrição - ; em 1976 foi criado o Sistema Integrado de Saúde do Norte de Minas que tinha a finalidade de prevenir a implantação do Sistema Nacional de Saúde, tentando superar as ambiguidades e indefinições da lei nº 6.229²⁸; o PPREPS (Programa de Preparação estratégica de Pessoal e Saúde) objetivou promover a adequação da formação de pessoal de saúde às necessidades e possibilidades dos serviços, entendendo a necessidade de melhorar a qualidade do pessoal técnico e auxiliar, como também a necessidade de sua expansão, conforme pontua Bravo (1996).

Conforme aponta Bravo (1996), no período de 1974 a 1979, a política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses oriundos da disponibilidade das conexões burocráticas, entre os setores estatal e empresarial médico, e a emergência do movimento sanitário (BRAVO, 1996). Vale destacar que nesse mesmo período emerge um movimento de luta pela saúde, organizado por setores progressistas de profissionais de saúde, teve início na década de 1970, quando houve no Brasil um crescimento considerável de encontros e produção teórica na saúde coletiva, incorporando o instrumental das ciências sociais. Os estudos deram destaque às transformações que vinham ocorrendo no âmbito da saúde, relacionando-as com os efeitos de uma economia centralizadora, que dificultou ainda mais o acesso da população ao sistema de saúde, tornando-as mais vulnerável às enfermidades e outros danos à saúde, conforme pontua a autora.

Na próxima seção trataremos com mais afinco a respeito desta década, assim como as décadas seguintes, em especial a década de 1980, representando o marco para a implementação do Sistema Único de Saúde, que prevê um acesso universal, equânime, integral e democrático – ao menos previsto em lei, pois na prática há um abismo entre a legalidade e a realidade -, pelo qual tanto lutou o setor progressista da saúde.

²⁸ Revogada pela Lei nº 8.080, de 19.9.1990, que trataremos mais adiante.

3 O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DE DEMANDAS SOCIAIS NA SAÚDE NO BRASIL A PARTIR DA DÉCADA DE 1970, E A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

Nesta seção trataremos do processo de institucionalização das demandas de saúde no Brasil, no contexto de crise do capital, e de como o Serviço Social se insere na política de saúde, a partir do final da década de 1970 até os dias atuais. Continuaremos com a análise sobre o processo de institucionalização das demandas sociais através da política de saúde no Brasil, tendo nesse momento como referência a continuidade das discussões e definições internacionais sobre os determinantes sociais de saúde (DSS), especialmente a partir da Conferência da OMS em Alma Ata, em 1978. Partimos da premissa de que a determinação social da saúde está sustentada nas categorias trabalho e reprodução social da vida e procuraremos mostrar que há um debate em torno dessa definição.

Conforme pudemos perceber a sociedade do capital transforma as necessidades sociais em demandas sociais institucionalizadas para o Serviço Social, o que significa afirmar que sem a existência das necessidades sociais, das demandas sociais e das demandas Institucionais não existiriam as demandas e requisições profissionais para o Serviço Social. É importante pontuar que o espaço do Serviço Social na área da saúde já é um espaço próprio e tradicional de atuação. No entanto, com a implementação de um Sistema Único de Saúde, com princípios tão avançados, abriram-se vários espaços “multidisciplinares, interdisciplinares e intersetoriais, também no âmbito da gestão e planejamento da política, nos quais o assistente social pode desenvolver ações não exclusivas da profissão” (KRUGER, 2010, p.124). Outro ponto que consolida ainda mais a presença de Assistentes Sociais na área da saúde é o seu conceito ampliado, uma vez que a partir dele a saúde é entendida vinculada ao agravamento das condições de saúde da população, com foco nos aspectos biopsicossociais do processo saúde/doença.

Para a implementação deste conceito foi necessário um movimento que negasse que o processo biologicista e individualista do adoecimento. Lembrando que o mesmo foi elaborado em 1948 por organismos internacionais. Todo esse movimento de desmistificar o processo saúde/doença que passa a entender que a saúde não se configura apenas

como um processo de ausência de doença, mas que é algo que está diretamente ligado ao modo como as pessoas vivem, ou melhor, sobrevivem neste sistema, se inicia em meados do século XIX, é incrementado pela definição da OMS em 1948 e volta à tona com os mais recentes debates no final da década de 1970 e, mais recentemente nos anos 2000, como veremos nesta seção.

A Conferência de Alma-Ata que ocorreu no final dos anos 1970, e as atividades que culminaram do lema “Saúde para todos no ano 2000” pôs em evidência, novamente, a discussão acerca dos DSS. Porém, na década de 1990 a saúde teve um direcionamento diferente do que vinha se propondo até o momento, tendo em vista que houve um destaque para a saúde como um bem privado. Tal fato coloca novamente a saúde sob o foco da concepção centrada na assistência médica individual, “a qual, na década seguinte, com o debate sobre as Metas do Milênio, novamente dá lugar a uma ênfase nos determinantes sociais que se afirma com a criação da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS, em 2005” (BUSS; FILHO, 2007, p.80). Nesse contexto, a saúde deixa de ser entendida apenas como ausência de doenças e passa a ser compreendida a partir dos determinantes sociais, ou seja, articulada às condições de vida e de trabalho da população, próprias ao modo de produção capitalista, conforme pontuado.

A Constituição Federal de 1988 aderiu a este conceito ampliado de saúde quando a política de saúde é prevista através do SUS, mas antes mesmo de ser assegurada na vida social por meio de garantias legais, é atravessada pela Reforma do Estado, como veremos mais adiante. O processo de reestruturação produtiva do capital resultou em mudanças significativas na esfera da sociedade, estas impuseram um retrocesso nas condições existenciais da classe trabalhadora e, também nas condições objetivas dos movimentos de saúde, como pontuam Correia e Medeiros (2014). “A despolitização, como uma estratégia burguesa, restringiu o debate às medidas racionalizadoras – prevalece a receita: *reformismo para conservar*” (CORREIA; MEDEIROS, 2014, p.139, *grifos do autor*).

Nesse sentido, o que se verifica na atualidade é a existência de uma onda conservadora na saúde, que retoma os conceitos iniciais do processo saúde e doença, que tem como foco a questão individual, ou seja, responsabiliza o indivíduo por sua situação de saúde. “A pregação de “hábitos

saudáveis” resulta na responsabilização do indivíduo por cada aspecto de sua vida” (CORREIA; MEDEIROS, 2014, p.143, grifos do autor). Nesse sentido, se faz necessário compreender que

Os limites em que esta proposição está circunscrita significa um retrocesso capaz de impulsionar o desmoronamento do sistema de saúde público e universal, visto que remete a cada pessoa, família ou grupo, a responsabilidade pelas condições de adoecimento, baseando-se no individualismo liberal (CORREIA; MEDEIROS, 2014, p.144).

Enfim, essa é a lógica que permeia o nosso sistema, principalmente com a influência de uma política de ajuste neoliberal, como é o caso do Brasil desde a década de 1990. No decorrer desta seção abordaremos justamente essas questões da crise do sistema do capital, das políticas sociais de cunho neoliberal, influenciando a política de saúde com sua lógica mercantilista. Trataremos a discussão acerca dos Determinantes Sociais da Saúde, da luta da Reforma Sanitária no Brasil e do nosso sistema de saúde desde a constituição até a contemporaneidade.

3.1 Os Determinantes Sociais da Saúde a partir de 1978, a luta pela Reforma Sanitária no Brasil e o direito à saúde na Constituição de 1988

Neste item, retomaremos a análise do processo de saúde/doença como uma das expressões da “questão social”. Para isso, retomaremos o debate acerca dos determinantes sociais da saúde, iniciado em 1948 e retomado apenas 30 anos depois, com a Conferência de Alma Ata. Situaremos a Reforma Sanitária no Brasil desde o final da década de 1970 até a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, representando o marco para a política de saúde, bem como o processo de implementação do SUS e sintonia existente entre o projeto de saúde da constituinte com o Projeto Ético-político da profissão. Para tratar desse assunto, reafirmamos que a saúde está organicamente articulada a questão social, portanto, partimos do pressuposto de que a posição social ocupada pelos indivíduos é quem determinará a sua condição de vida e de trabalho e, conseqüentemente, a sua condição de saúde.

Em Alma Ata (URSS), a Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários em Saúde, em 1978, tratou das desigualdades de saúde considerando-as como algo inaceitável, seja no aspecto político, social ou econômico, devendo ser objeto de preocupação comum de todos os países. A Declaração de Alma Ata (1978), documento que resultou da Conferência Internacional, enfatizou os Determinantes Sociais da Saúde, informando em seu primeiro parágrafo que esta deve ser considerada como um

Estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde (ALMA ATA, 1978).

Além do mais, o documento supracitado descreve em seu 7º parágrafo ações que são consideradas mínimas e necessárias para o desenvolvimento de cuidados primários em saúde de forma adequada nos diversos países, tais como:

Educação, no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais. Envolve, além do setor saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, mormente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores (ALMA ATA, 1978).

Nesse contexto, percebemos o quanto a política de saúde deve, necessariamente, estar articulada às demais políticas sociais, uma vez que, como a Conferência de Alma Ata destaca, o setor saúde precisa de um envolvimento com setores correlatos. Pois, mesmo a saúde sendo entendida com base num conceito ampliado - que reconhece que o processo saúde-doença é determinado socialmente, entendendo que as relações sociais

estabelecidas nesta forma de sociabilidade refletem diretamente nas condições de saúde coletiva e individual –, somente com uma política de saúde eficaz não se atendem todas as necessidades sociais da classe trabalhadora. É nesse contexto, que a luta pela democratização da saúde adensada pela Reforma Sanitária, emerge na segunda metade da década de 1970, tendo como eixo não apenas uma transformação no aspecto saúde em si, mas também um processo de transformação radical da sociedade. É importante frisar que o reconhecimento dos determinantes sociais da saúde se configura com uma expressão da institucionalização das demandas sociais da saúde no Brasil. Outro ponto a destacar é que o Movimento da Reforma Sanitária foi fundamental para alterar os parâmetros da institucionalização das demandas sociais da saúde no Brasil.

O movimento supracitado surge como forma de enfrentamento dos problemas de saúde, organizado por um movimento social, composto por segmentos populares, estudantes, pesquisadores e profissionais de saúde, que tinham como objetivo propor uma Reforma Sanitária e a implantação do SUS. Este movimento foi criado na segunda metade da década de 1970 sob o regime autoritário, articulado ao Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), defendendo a democratização da saúde e a reestruturação do sistema de serviços, sendo denominado de Movimento Sanitário ou Movimento de Democratização da Saúde. Ele foi o mais atuante no que diz respeito à saúde, visto que levantou esta bandeira de democratização da área em pauta, no intuito conseguir a efetivação de um sistema de saúde universalizado, integral e equânime. O referido movimento explicitou, também, a necessidade do reconhecimento de um novo conceito de saúde, o conceito ampliado, que havia sido inaugurado pela OMS desde 1948. Sob esse entendimento, é importante salientar que a saúde não depende apenas de assistência médica, ela depende também de políticas sociais e econômicas que melhore o bem-estar e significativamente as condições de vida e de saúde.

Não obstante, o Movimento de Reforma Sanitária ter surgido na década de 1970, sua maior repercussão ocorreu na década de 1980, quando a sociedade dava seus primeiros passos para o seu processo de democratização. O processo de Reforma Sanitária tinha como foco o estabelecimento de mudanças na saúde pública brasileira, com vistas a atender toda a sociedade com suas necessidades particulares e sociais. O

referido movimento fundamentava seus princípios baseado no novo conceito de saúde. Nesse sentido, buscava-se “modificar profundamente as condições de vida e os determinantes do processo saúde-doença, bem como as bases sociais da construção do sistema de saúde”. (MEDEIROS, 2008, p. 186). A Reforma Sanitária não tinha apenas a intenção de promover uma reforma no sistema organizacional de saúde, mas sim de realizar uma mudança profunda no seio da sociedade, modificando as condições de vida e as determinações do processo saúde e doença e, também, de modificar a construção das bases da saúde, deixando a mesma livre da lógica mercantil da saúde (CORREIA; MEDEIROS, 2014).

Conforme pontua Paim (2009), o Movimento de Reforma Sanitária reconhecia a importância do setor saúde como parte integrante das políticas sociais e a responsabilidade do seu sistema de serviços no que diz respeito ao atendimento das necessidades de saúde da população. Um fator de suma importância para as modificações nesta área é que, antes de tudo, ela precisa ter o perfil de uma coletividade, dependendo das condições vinculadas à estrutura da sociedade, requisitando políticas sociais de caráter ampliado relativas às diversas áreas sociais, como salário, educação, alimentação, dentre outros.

A Reforma Sanitária se constitui como um processo histórico e social que pode ser analisado como uma *proposta*, uma *ideia*, um *projeto*, um *movimento* e um *processo*. Ela se apresenta inicialmente como uma *ideia* por representar um pensamento inicial com vistas a mudança no processo do entendimento e atendimento da saúde, com inspiração das ciências sociais marxistas; depois vem a *proposta* como uma tentativa de materializar a *ideia*; na sequência, ela se transforma num projeto, ou seja, um conjunto de políticas articuladas visando mudanças na área; de *proposta* se transforma em um movimento que luta pela democratização da saúde, “movimento sanitário” ou “movimento de Reforma Sanitária”, se configurando como um conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais que tomam a saúde como um referente fundamental; por fim, ela se transforma em um processo que envolve um conjunto de atos, em diferentes momentos e espaços, sejam eles no âmbito, social, político ou ideológicos, que tem como objetivo a implementação de um sistema de saúde democratização da saúde.

Esse novo cenário instaurado no seio da sociedade possibilitou a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS)²⁹, que ocorreu em 1986, marcando significativamente esta área, uma vez possibilitou a discussão da saúde como um direito de todos e dever do Estado, sendo discutida a partir de uma perspectiva universal e entendida a partir de seus determinantes sociais. Os setores empresariais da saúde não participaram, em protesto contra o princípio da conferência³⁰, visto que ter a saúde como um direito universal não era interessante para o setor privado de saúde. A referida conferência resultou em um relatório que serviu de base para “a negociação dos defensores da reforma sanitária no processo constituinte e na elaboração da Carta Magna” (BRAVO, 2007, p.126). A partir desse momento, “a sociedade brasileira passou a dispor de um corpo doutrinário e um conjunto de preposições políticas voltadas para a saúde que apontavam para a democratização da vida social e para uma Reforma Democrática do Estado” (PAIM, 2008, p.27). Assim,

O conceito de saúde e a necessidade de reestruturação do setor com a criação do Sistema Único de Saúde que efetivamente representasse a construção de um novo arcabouço institucional separando saúde de previdência, com estatização progressiva através de uma ampla Reforma Sanitária, foram avanços na perspectiva de acumular forças para a efetivação dessa reforma. A saúde, em seu sentido mais abrangente, foi considerada como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. [...] A saúde não é um conceito abstrato, define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas” (BRAVO, 1996, p.77).

Nesse sentido, a saúde passa ser entendida como um produto das condições objetivas de existência e das relações sociais que os homens passam a estabelecer entre si e a natureza, por meio do trabalho. “Assim, promover a saúde implicaria conhecer como se apresentam as condições de vida e de trabalho na sociedade, para que seja possível interferir socialmente na sua modificação” (PAIM, 2009, p.107). Foram incorporadas novas técnicas

²⁹ Nessa conferência foram reunidas mais de 4.500 pessoas, sendo 1.000 delegados, para discutir em torno de três eixos: 1) Saúde Como Direito; 2) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; 3) Financiamento do Setor.

³⁰ Saúde um direito de todos.

para atender às novas implicações sociais, econômicas e emocionais da doença. O novo conceito de saúde que estava sendo implantado no seio da sociedade estabeleceu o desenvolvimento de novas atividades para o Assistente Social, realçando a necessidade de enxergar a pessoa enferma como membro de uma família e de uma comunidade.

Mediante o exposto percebemos a importância da 8ª CNS para que a saúde fosse efetivamente reconhecida como uma das expressões da questão social, ou seja, a partir das suas determinações sociais. Pois, foi na referida conferência que foi discutida e conceituada a saúde a partir das suas implicações sociais. Arouca (1987) adensou o debate definindo a saúde da seguinte forma:

Saúde não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem-estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e até, a informação sobre como se pode dominar o mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema, político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. É não estar todo tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como a violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos os interesses que não sejam os do povo (AROUCA, 1987, p.36).

Após conferência supracitada, o governo teve que assumir a bandeira da Reforma Sanitária, consolidando as Ações Integradas de Saúde (AIS). Para tanto se fez necessário a criação do SUDS (Sistema Único Descentralizado de Saúde) em 1987, sendo um passo fundamental para o processo de descentralização e redefinição de papéis e atribuições entre todas as esferas do governo sejam elas de âmbito federal, estadual ou municipal. Segundo Bravo (1996), a reforma administrativa teve início pela previdência social, com a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que se configura como a estratégia ponte para o SUS.

As primeiras repercussões do Movimento de Reforma Sanitária se dão com o Programa Nacional de Serviços Básicos em Saúde³¹ (PREV-Saúde) que estava preocupado com as questões da saúde primária e saúde

³¹ Vale destacar que este programa não foi implementado.

comunitária, o foco era sempre alcançar grandes mudanças no modelo de assistência à saúde. Entretanto, as mudanças só começaram a ser empreendidas a partir de 1986 com o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDs) – que foi considerado com uma ponte para a implementação do SUS. O Projeto de Reforma Sanitária tem como princípios básicos:

Democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, melhoria da qualidade dos serviços com adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações e a participação popular através de mecanismos como conselhos e conferências de saúde. Sua premissa básica consiste na saúde como direito de todos e dever do Estado. Esse projeto tem sido questionado a partir dos anos 1990, constituindo-se, na atualidade, numa perspectiva contra-hegemônica (BRAVO, 2013, p.177).

Entretanto, concomitante ao surgimento do movimento de Reforma Sanitária, de alguns avanços que começara a ocorrer na saúde, emerge a partir de 1979, uma grande crise econômica que se agrava em decorrência do custo de vida, da taxa de inflação, do arrocho salarial atingindo um grande contingente populacional, o aumento do desemprego, a crise da previdência social. Nesse sentido, a classe trabalhadora teve sua condição de vida fortemente alterada, se já não era boa, ficou bem pior, tendo até que reduzir o consumo até dos seus meios de subsistência. A crise chegou até a atingir o movimento sindical, que passou a concentrar suas lutas em torno de questões pontuais, como a estabilidade do emprego, reajustes salariais de acordo com a inflação e o reconhecimento da representação sindical nas fábricas, uma vez que entre o período de 1980 e 1984, em virtude da política salarial que por ora se estabelecia, houve uma enorme dificuldade para se conseguir aumento salarial.

A crise supracitada exerce influência na política de saúde, fazendo com que esta passasse por um processo de reforma. No entanto, as reformas estabelecidas não foram capazes de responder às principais questões, entre elas, a unificação dos aspectos preventivos e curativos, com a formulação de uma Política Nacional de Saúde, sob a coordenação efetiva do Ministério da Saúde. Assim, o Ministério da Previdência e Assistência Social, “via INAMPS, continuava predominando com as ações curativas, permanecendo a instabilidade do esquema de custeio das despesas previdenciárias e persistindo o padrão de privatização da medicina” (BRAVO, 1996, p. 54). Um

dos momentos que merece destaque é o movimento dos trabalhadores da saúde na luta em torno dos interesses coletivos, que se ampliou no período, com a conquista das entidades representativas. Conforme pontua a autora, as propostas apresentadas pelo Estado no que se refere à saúde, no Governo de Figueiredo, revelam a tensão permanente que existe entre os interesses capitalistas e o dos movimentos que lutavam pela democratização da saúde, a constante luta entre o público e o privado no setor saúde.

No entanto, as reformas realizadas na área da saúde não conseguiram solucionar com a crise oriunda da “contradição entre a tendência da universalização, a pouca flexibilidade da base financeira no que concerne ao sistema de contribuições e impossibilidades de controle dos produtores privados de serviços médicos” (BRAVO, 1996, p.45), sobre esse período de crise explicitaremos com maior detalhe no próximo subitem.

Dando continuidade as propostas de reforma médica, a Medicina Comunitária é proposta e se origina como uma prestação de serviços de saúde em vez de um campo sistematizado de princípios, BRAVO (2013). O referido modelo

Teve suas origens nos Estados Unidos, como extensão da política social norte-americana de combate à pobreza. Neste momento, houve a deterioração dos salários reais da classe operária, que lutava por seus interesses nos sindicatos e outros órgãos e existiam tensões expressas através das questões raciais e pelos movimentos de direitos civis (BRAVO, 2013, p.71).

No tocante ao Serviço Social na saúde, é possível afirmar que o mesmo sofre alguma influência dessas elaborações e passa a preocupar-se com a intervenção profissional voltada para o “agir dentro da comunidade”. Nesse aspecto, o paciente está inserido e sendo considerado como membro de uma comunidade, assim como a sua família, não são mais considerados como seres isolados, mas sim como membro da sociedade em que vivem. Muito embora o Assistente Social continue realizando atividades profissionais que priorizam as ações curativas, centralizadas apenas no processo da doença e não na saúde e nos determinantes sociais que a modifica.

No entanto, a Medicina Comunitária teve um caráter ideológico, visto que se constituía como um instrumento com o poder de diminuir as tensões

sociais e favorecia o consentimento da classe trabalhadora das estratégias definidas pelo Estado, conforme pontua Bravo (2013). Vale salientar que a Medicina Comunitária contava com o apoio oficial de alguns organismos e fundações internacionais. Outro aspecto que merece destaque é que outras tentativas foram realizadas para o desenvolvimento da Medicina Comunitária em outras direções que fossem diferentes da que se estabeleceram com elas, como por exemplo, de uma direção que enfoque os determinantes sociais e a conscientização, mobilização, organização e participação efetiva da população.

A relação entre Medicina Comunitária e exploração da força de trabalho, na primeira direção, é visualizada no aumento da produtividade do trabalhador, favorecendo a acumulação capitalista. Tende-se a deslocar a problemática da saúde da estância estrutural para a esfera individual, para a prestação de serviço. [...] A Medicina Comunitária, entretanto, não significa, necessariamente, mais uma proposta eficiente de reorganização dos serviços adequadas aos países de Terceiro Mundo, conforme sugerido pelos organismos internacionais. Nem, tão pouco, um instrumento suplementar de dominação, pois as exigências de reprodução da estrutura social favoráveis a classe dominante não são dadas *a priori*, sendo o resultado de diferentes contradições sociais. Os limites e possibilidades da Saúde Comunitária não podem, portanto, ser determinados de antemão, já que dependem da formação social onde a proposta for efetivada (BRAVO, 2013, p.74).

Na década de 1980, as alterações no âmbito da saúde começaram a se concretizar, tendo em vista que nessa conjuntura se instalava o processo de democratização da sociedade, culminando na conquista da democracia no ano de 1985, após o fim da Ditadura Militar que perdurou na sociedade por 20 anos. O período de transição democrática, também conhecido como Nova República, se configurou como a

Conclusão do ciclo histórico da revolução burguesa autoritária, constituição de um mercado capitalista que pretendia redefinir suas relações com esfera pública, a afirmação do reino do interesse e o esforço emancipatório das classes subalternas no sentido de conquistar uma cidadania livre da tutela do Estado. É uma modalidade de transição informada pelo tema da continuidade *versus* descontinuidade, em relação ao antigo regime. A transição consiste, para o autor, na verdadeira natureza da “Nova República”, havendo como opções a continuidade do antigo regime e descontinuidade que poderá fazer avançar a democracia (VIANA, *apud* BRAVO, 1996, p.63).

A conjuntura inicial desse processo foi o palco para o embate de diversas forças, sejam elas políticas ou sociais. No âmbito da saúde, é possível afirmar com base em Bravo (1996), que

A política de saúde da “Nova República”, em 1985, estabeleceu como estratégia de ação aprofundar e dinamizar as AIS, em desenvolvimento desde 1983, conjugando os princípios e diretrizes que, a partir da confluência de esforços entre os níveis federal, estadual e municipal, criassem as condições técnico-administrativas e políticas que viabilizassem a construção de um novo Sistema Nacional de Saúde, fundado principalmente na descentralização e universalização do atendimento (BRAVO, 1996, p.75).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde exerceu forte influência no texto aprovado para a constituinte no que se refere a área da saúde, tendo em vista que ele atende a maioria das reivindicações do movimento sanitário, prejudicando os interesses empresariais nesta área, já a indústria farmacêutica não sofreu nenhuma interferência. Os principais pontos aprovados foram: direito universal à saúde e dever do Estado; as ações e serviços de saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; a constituição de um Sistema Único de Saúde, integrando todos os serviços em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral; a participação do setor privado de saúde deve se dar de forma apenas complementar; a proibição e comercialização de sangue e seus derivados.

Nesse contexto, após muitas lutas dos movimentos sociais, o SUS foi aprovado em 1988 e tornou-se constitucional. A carta Magna de 1988 aderiu boa parte das reivindicações do Movimento de Reforma Sanitária e passou a se configurar como “um conjunto de ações e serviços públicos de saúde, compondo uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada a partir das diretrizes da descentralização, integralidade, participação da comunidade” (BRASIL, 1988). O SUS foi implantado e regulamentado através das Leis Orgânicas da Saúde 8080/90 e 8142/90. “A proposta do SUS requer a municipalização de um modelo assistencial que contemple a diretriz de integralidade, ou seja, que contemple, além da assistência individual, a Vigilância Sanitária e a Vigilância Epidemiológica” (CARVALHO E SANTOS *apud*, VASCONCELOS, 2009, p.77).

No entanto, ao final dos anos de 1980, há uma consonância no que se refere a correlação de forças existente no seio da política de saúde, tendo em vista que aparecem dois projetos que estão em permanente tensão desde o início, trata-se do projeto de saúde baseada na lógica do neoliberalismo – projeto privatista - e do projeto baseado na perspectiva que contempla a totalidade social, sendo este o Projeto de Reforma Sanitária. Ambos possuem projetos sociais totalmente antagônicos.

Nesse sentido, a década de 1990 no que tange à saúde é marcada pela disputa de dois projetos políticos antagônicos: o projeto que propõe a reforma sanitária através da democratização da saúde, e o projeto privatista que propõe que a saúde deve ser consumida no mercado. Cada um requisita uma atuação diferenciada do Assistente Social:

O projeto privatista requisitou e vem requisitando ao assistente social, entre outras demandas: a seleção sócio-econômica dos usuários; atuação psico-social através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários do plano de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio das práticas individuais. Entretanto, o projeto de reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe com as seguintes questões: democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação popular (BRAVO, 2007, p.130).

Diante do exposto, verifica-se a afinidade entre o Projeto Ético-político e o Projeto de Reforma Sanitária, visto que ambos possuem projetos com interesses semelhantes. Bravo (2007) destaca que o primeiro defende uma nova concepção de profissão, com compromissos éticos e políticos pautados na justiça social, na garantia dos direitos sociais, na defesa da democracia social, dentre outros. No que se refere aos princípios, o Serviço Social afirma a importância do acesso universal, da justiça social, dos determinantes sociais da saúde, da seguridade e da participação social. Quanto a formação profissional a proposta é uma formação generalista com especialização no nível de pós-graduação. O segundo defende a universalização das políticas sociais, assim como a garantia dos direitos sociais. Em relação a defesa se refere ao princípio da universalidade, equidade, integralidade intersetorialidade e o controle social. Sobre a formação, a reforma sanitária também defende uma formação

generalista, dentre outros elementos que também estão correlacionados com o Serviço Social.

Sobre a questão dos Determinantes Sociais da Saúde, verificamos que algumas organizações discutem a esse respeito, uma delas é o Centro de Estudos Brasileiro de Saúde (CEBES) e, este afirma que o processo de discussão sobre a determinação social da saúde e da doença tem suas protoformas na década de 1970, a partir dos estudos sobre a epidemiologia latino-americana. Vale frisar que este estudo buscou se desenvolver a luz da teoria marxiana sobre a sociedade. Na realidade brasileira, essa nova forma de abordar o processo saúde influenciou fortemente na formação do pensamento do movimento sanitário e do campo da Saúde Coletiva. Nesse sentido, esse novo modo de pensar a saúde entende que é “preciso analisar as condições de saúde da população tendo em conta os componentes estruturais das sociedades capitalistas: processo de trabalho, relações de produção, classe social e assim por diante” (CEBES, 2009, p.01).

Numa análise teórica desse tipo, as condições sociais que favorecem a saúde e a doença deveriam ser compreendidas através de uma multiplicidade de “determinações”, ou seja, de atribuições conceituais que, combinadas adequadamente, permitem transformar a idéia abstrata da saúde em algo que expressa antes de tudo as condições concretas de trabalho e de reprodução da vida de uma dada classe social. Portanto, a palavra “determinação”, neste contexto originário do pensamento da medicina social latino-americana, não tem necessariamente o sentido de causa, causalidade ou fator determinante, mas se refere ao próprio movimento do pensamento na apreensão concreta os fenômenos sociais, de acordo com o mesmo princípio que Marx, inspirado por Hegel, explicitara como sendo o fundamento de seu método da economia política: a síntese de múltiplas determinações (CEBES, 2009, p.01).

Nesse aspecto, pensar a saúde a partir de seus determinantes sociais significa pensar no modo como o homem organiza a vida em sociedade, entendendo os nexos causais da “questão social” advindos da relação capital e trabalho, visto que concordamos com o que discute o CEBES quando afirma que o termo em pauta encontra-se sustentado nas categorias de trabalho e reprodução social da vida. “Portanto, um pressuposto filosófico aí implícito é que as dimensões biológicas e ambientais da vida humana estão “subsumidas” às características de cada sociedade, em seu desenvolvimento histórico”

(CEBES, 2009, p.01). Assim, entendemos que a saúde resulta de um processo articulado com as transformações sociais, político e econômico, se configurando como uma mediação importante na totalidade da vida social, considerando-se as particularidades da sociedade capitalista e da sociedade brasileira. Tais particularidades são oriundas das expressões da “questão social”, que se expressam nas demandas de saúde e são atendidas via políticas sociais, se apresentando como demandas institucionalizadas para o Serviço Social.

É importante pontuar que a saúde é uma categoria ampla, ela diz muito mais do que o próprio nome remete, uma vez que está totalmente articulada à questão social. Estar com saúde não significa somente não estar doente, tendo em vista que a mesma não se restringe ao setor hospital, a categoria médicos e medicamentos. Seu conceito está para além do que preconiza o processo biologicista e individualista da doença, visto que ter saúde significa ter qualidade de vida.

A saúde, substancialmente negada na produção capitalista, constitui-se num espaço social vital, e, portanto, essencial, estando postas as contradições que potencializam a apropriação teórica das determinações da saúde e as formas organizativas de lutas (CORREIA; MEDEIROS, 2014, p.136).

Nesse contexto, reafirmamos que as condições de existência dos indivíduos, assim como as condições de trabalho estão diretamente relacionadas a sua condição de saúde. Com essa definição, fica claro que as condições sociais em que estão inseridos os membros da sociedade afetam diretamente a sua condição de saúde, uma vez que uma está correlacionada a outra. É importante situar que esse novo conceito de saúde se constitui como o “eixo estratégico no qual se assentaram os objetivos fundamentais na luta pelo direito à saúde e pela construção do sistema de saúde universal, situado em espaço estratégico de construção de um projeto hegemônico” (MEDEIROS, 2008, p.156).

Sob esse ponto de vista percebemos o quanto as necessidades sociais dos indivíduos interferem na sua condição de saúde, expressando-se através das demandas sociais, transformando-se em demandas da saúde, necessitando de intervenções profissionais como a do Assistente Social. O Serviço Social atua diretamente na realidade social dos indivíduos e reconhece

a importância da sua ação profissional, pois intervém “sobre situações concretas, de forma deliberada e intencional, utilizando o conhecimento e formulando estratégias de intervenção em variáveis empíricas para alterar a realidade” (NOGUEIRA, 2011, p.50). É importante pontuar que, somente quando a dimensão política da “questão social” aparece no cenário social, ou seja, quando os trabalhadores vão à luta por condições dignas de vida e de trabalho, é que o Estado institucionalizou as demandas sociais da classe trabalhadora, tais como saúde, educação, habitação, seguridade social, dentre outras, via política social.

Por fim, finalizando este item queremos pontuar que não obstante a saúde ter ganhado espaço no texto constitucional e ter sido entendida como um direito que cabe a todos os cidadãos lutar incansavelmente para a consolidação desta como tal. Ainda há um longo caminho a se percorrer para que a saúde seja entendida a partir dos seus aspectos biopsicossociais, assim como para que ela tenha um atendimento universal, equânime e integral, tal como preconiza os princípios estabelecidos pelo SUS. Neste período o Projeto Privatista de Saúde ganha um enfoque maior, e ao Estado cabe a garantia do mínimo aos que não podem acessar o mercado da saúde para o atendimento das suas necessidades de saúde.

Para tanto, verifica-se a necessidade de ter como ponto de partida que é preciso enxergar a saúde para além do processo do adoecimento, que é necessário promover ações sobre as causas e não apenas sobre os efeitos dos problemas, como se faz na atualidade. A preocupação é apenas e tão somente atuar no âmbito da cura das doenças dos indivíduos, embora haja um movimento social (Reforma Sanitária) que pensa a saúde por outro ângulo, ou seja, do ângulo dos seus aspectos biopsicossociais. É preciso entender os nexos causais dos problemas de saúde dos indivíduos, isso só pode ser encontrado nas relações sociais existentes na base da forma como os homens produzem e se reproduzem enquanto ser social. É preciso romper com o modelo de prestação da saúde, firmado no processo de cura, se faz necessário que se estabeleçam meios de combate às iniquidades em saúde. É preciso também, realizar intervenções sobre os níveis macro, intermediário ou micro dos Determinantes Sociais da Saúde, cujo foco seja diminuir as iniquidades relacionadas à estratificação social, conforme pontua Buss e Filho (2007).

Nesse sentido, concordamos com Vasconcelos (2009), quando esta afirma que num país como o Brasil os recursos de saúde dependem da distribuição da riqueza, isso é o que determina a distribuição do acesso e consumo dos bens criados pelo crescimento médico e científico. “Ainda que entendamos que o horizonte não seja introduzir ética e humanidade no capitalismo, este é o caminho que poderá materializar condições básicas para a realização da saúde como um direito social e sobrevivência” (VASCONCELOS, 2009, p.83). Para tanto, entendendo a saúde a partir do seu conceito ampliado, afirmamos que, a mesma não necessita apenas de assistência médica, mas também de políticas sociais e econômicas que visem melhorar o bem-estar, assim como as condições de vida e de saúde.

3.2 Crise do capital, políticas sociais no neoliberalismo e a política de saúde no Brasil na década de 1990

Nesse item, apresentaremos referências teóricas e históricas fundamentais para entender o contexto atual de institucionalização das demandas sociais relacionadas à saúde. Para isso, trataremos sobre a atual crise do capital e sobre o desenvolvimento do neoliberalismo e suas consequências para as políticas sociais no Brasil.

Conforme já pontuado, o sistema do capital é movido por duas premissas fundamentais, expansão e acumulação. Qualquer problema que ocorra, num desses elementos que são de vital importância para a sobrevivência do sistema, as consequências são avassaladoras, resultando em uma crise sociometabólica e política. O sistema capitalista se funda em meio a contradições, por isso jamais foi resolvida nem a menor delas. O modo como o sistema em pauta lida com estas é intensificando-as, deslocando-as ou suprimindo-as, quando possível. É importante situar que, “os seres humanos, são, ao mesmo tempo absolutamente necessários e totalmente supérfluos para o capital” (MÉSZÁROS, *apud*, PIMENTEL, 2012, p.73).

À medida que o capitalismo desenvolve sua capacidade de produção o mercado é conduzido a uma situação de superprodução que leva o sistema a uma crise econômica³², sendo esta uma característica imanente ao sistema. “O

³² A maior crise econômica mundial até a década de 1930 foi a crise de 1929/1932, também conhecida como Grande Depressão. Esta crise se iniciou “no sistema financeiro americano, a

prolongamento da crise, a interrupção da produção, a queda de salários pelo desemprego, e etc., terminam fazendo com que a abundância dê pontualmente lugar à carência e os preços retornem a níveis lucrativos”, (LESSA; TONET, 2011, p.65). Com a lucratividade em alta, conforme pontuam os autores, a produção começa a aumentar novamente e, recomeça o ciclo que vai do pico de superprodução até outra crise, é o que se denomina crise cíclica do capital, uma vez que tornam-se um círculo vicioso, pelo menos até o momento em que se instala a crise estrutural do capital em meados da década de 1970, tão bem denominada por Mézsáros em sua obra “Para além do capital”.

A crise de 1970 provocou algumas alterações no padrão de acumulação capitalista, sob a hegemonia do capital financeiro, tendo em vista que o capitalismo, a partir de tais condições, passa a adotar medidas de flexibilização de seu padrão de acumulação, especialmente com o uso das novas tecnologias como a robótica, bem como com a adoção de novas formas de gestão do trabalho na produção. Assim, segundo Iamamoto (2001), ocorrem profundas modificações na forma de produção e comercialização, nas formas de gestão da força de trabalho, na estruturação dos serviços comerciais, financeiros, etc. como consequência deste fato,

Ampliam-se a competitividade intercapitalista nos mercados mundiais e nacionais, modificando as relações entre Estado e sociedade civil, conforme os parâmetros estabelecidos pelos organismos internacionais, a partir do “Consenso de Washington”, em 1989, que recomendam uma ampla *Reforma do Estado*, segundo as diretrizes políticas de raiz neoliberal (IAMAMOTO, 2001, p. 112, grifos do autor).

A crise estrutural faz com que a ação política do Estado seja cada vez mais solicitada. Este, por sua vez, se manifesta de diversas formas, no entanto, na maioria das vezes, na contramão dos direitos da classe trabalhadora. Conforme pontua Paniago (2012), com o advento deste processo sua intervenção se dá de modo cada vez mais autoritário, através do desenvolvimento de ações contra o trabalho e o uso mais frequente das forças repressivas contra os opositores do sistema. Nesse sentido,

partir do dia 24 de outubro de 1929, quando a história registra o primeiro dia de pânico na Bolsa de Nova Iorque e se alastrou pelo mundo, reduzindo o comércio mundial a um terço do que era antes” (BEHRING, 2209b, p.306).

A imposição da “escravidão assalariada”, meio indispensável de exploração do trabalho excedente nos marcos desse sistema, sem a qual não pode existir, cerceada pelo desemprego crônico, transforma num paradoxo insolúvel a base da acumulação do capital, pois convivem lado a lado a necessidade ineliminável de trabalho vivo e a produção crescente de trabalho supérfluo expulso da produção. Somada à instabilidade de suas unidades reprodutivas diretas, numa conjuntura de crise estrutural, em que o sistema tende a uma maior centralização e concentração do capital, a solicitação de maior intervenção externa do Estado moderno no funcionamento do sistema é inevitável, (PANIAGO, 2012, p.75).

Assim, as relações entre o Estado e a sociedade eliminam a formação de uma cultura que desqualifica o que é público e estatal em prol da valorização do livre mercado. Por este pensamento, a classe burguesa visa suprimir os antagonismos entre projetos de classes distintos, com vistas à instauração de um “consenso ativo” em nome de uma falsa visão universal da realidade social, Simionato (2009).

Com essa nova configuração, surgem novas formas de enfrentamento da questão social, tanto por parte da sociedade quanto por parte do Estado, através das políticas públicas e empresariais, dos movimentos sindicais e sociais e das outras organizações da sociedade civil. O Estado, agora, se coloca, ainda mais, a serviço dos interesses do capital, em que o mesmo se exime de responder às demandas da classe trabalhadora oriundas das expressões da questão social, exigindo que a sociedade seja protagonista desse processo e responda por tal. Portanto, é imposta para classe trabalhadora a responsabilização pelos males sociais, visto que com a reforma³³ que se pretende estabelecer no Estado - recomendada pelos organismos internacionais -, a tendência, e o primeiro passo a ser dado, é o corte de gastos com a área social, fortalecendo o setor privado na oferta de bens e serviços coletivos, como bem pontua Correia (2007). Para tanto,

³³ Na realidade, esta dita “reforma” do Estado se constitui como uma contrarreforma, conforme descreve Behring e Boschetti (2009), visto que a mesma caminha na direção oposta dos direitos sociais, garantidos após um processo de lutas sociais, tendo em vista que estes, estabelecidos através das políticas foram conquistadas dos trabalhadores no terreno da luta de classes.

A partir da contra-reforma do Estado proposta pelo Banco Mundial as políticas sociais tendem: à focalização, em que os gastos sociais são dirigidos aos setores de extrema pobreza; à descentralização da gestão da esfera federal para estados e municípios sem a contrapartida de recursos necessários a esse processo, e com a participação na esfera local de organizações não governamentais, filantrópicas, comunitárias e de empresas privadas; à privatização, com o deslocamento de prestação de bens e serviços públicos para o setor privado que é regido pelo mercado (CORREIA, 2007, p.18).

Desse modo, o que se pretende com as políticas sociais a partir desse processo é realizar o gerenciamento da pobreza, e não acabar com ela. Assim, transfere-se cada vez mais responsabilidades para a sociedade, que tem como produto “o acesso “feliz” a políticas minimalistas e medíocres, a exemplo das políticas de transferência de renda em curso no Brasil que estão à anos luz de propiciar qualquer processo redistributivo” (BEHRING, 2009b, p, 317). “O que o cenário continental mostra e a expansão de políticas de exceção, de ingressos, em substituição ao direito ao trabalho” (MOTA; AMARAL E PELUZZO, 2012, p.06).

A reforma do Estado, ou ‘contrarreforma’, como bem denomina Behring e Boschetti (2006), foram implementadas a partir da década de 1990, embora na década de 1980 já houvesse influências desse ideário na burguesia no Brasil, recebendo orientação direta de organismos internacionais, como o FMI (Fundo Monetário Internacional) e o BM (Banco Mundial), limitando a atuação no Estado mediante a prestação das políticas sociais. Com a saúde não é diferente, ainda mais porque representa um setor de alta lucratividade ao sistema do capital. Tal processo altera significativamente a política de saúde, visto que a mesma passa a ser entendida como um direito social instituído pela constituição cidadã. No entanto, contraditoriamente, é fortemente influenciada pela lógica privatista da saúde, provocando o desmonte aos princípios legais do SUS – adquiridos por meio das lutas sociais. O art. 199 da Constituição Federal de 1988 dispõe que a saúde privada deve ser usada de modo a *complementar* o Sistema Único de Saúde, mas na prática o que se verifica é a supervalorização da rede privada de saúde, ficando a rede pública para aqueles que não dispõem de poder aquisitivo para acessá-la no mercado. Fortalecendo cada vez mais a ideia de o SUS é uma política de saúde pobre

para pobres, inculcando na sociedade um processo de desqualificação do que é público e estatal, com vistas a valorização do livre mercado.

Nesse ínterim, as políticas sociais³⁴ passam a ser “paternalistas, geradoras de desequilíbrio, custo excessivo do trabalho, e, de preferência, devem ser acessadas via mercado, transformando-se em serviços privados” (BEHRING, 2009a, p.72). Nessa perspectiva, os serviços sociais³⁵ executados pelo Estado deixam de ser direitos sociais e transforma-se em direito do consumidor. Essa é uma clara tendência de desresponsabilização e desfinanciamento da proteção social pelo Estado, que tem como foco transformar as políticas sociais em negócios para o sistema do capital, como bem reflete Behring (2009a).

A política de saúde faz parte do sistema de Seguridade Social, sendo instituída na Constituição Federal de 1988 através de um tripé composto pela saúde³⁶, pela assistência social e pela previdência social; a primeira foi estabelecida de forma universal, ou seja, o acesso deve ser para todos; a segunda ficou limitada para os que dela necessitar; e a terceira política, também ficou restrita, pois era fornecida apenas aos trabalhadores contribuintes, conforme pontua Boschetti (2009). Sob esse ponto de vista, numa sociedade em que existe “desigualdades sociais, pobreza estrutural e fortes relações informais de trabalho, esse modelo, que fica entre o seguro e a assistência, deixa sem acesso aos direitos da seguridade social uma parcela enorme da população” (BOSCHETTI, 2009, p.324).

Conforme pontuamos acima, o SUS teve seu marco legal na CF de 1988, mas não obstante sua bela estruturação por meio de um sistema de saúde que pretende ser único, universal e equânime, a partir da década de 1990 - momento seguinte a promulgação da constituição – o mesmo foi alvo de

³⁴ É importante situar que “as políticas sociais são concessões/conquistas mais ou menos elásticas, a depender da correlação de forças na luta política entre os interesses das classes sociais e seus segmentos envolvidos na questão. No período de expansão, a margem de negociação se amplia; na recessão, ela se restringe. Portanto, *os ciclos econômicos, que não se definem por qualquer movimento natural da economia, mas pela interação de um conjunto de decisões ético-políticas e econômicas de homens de carne e osso, balizam as possibilidades e limites da política social*” (BEHRING, 2009b, p.315-316, grifos do autor).

³⁵ É importante pontuar, que do ponto de vista da classe trabalhadora os serviços sociais se constituem como uma ajuda essencial, como um complemento a sua renda; já do ponto de vista do capital, os serviços sociais servem para socializar os custos de reprodução da força de trabalho, para manter o nível de salário rebaixado, para manter o exército industrial de reserva, para não deixar que nada interfira no livre desenvolvimento do capital, esses são seus principais propósitos, uma vez que nesta forma de sociabilidade o que importa é o mundo dos negócios.

³⁶ Trataremos mais detalhadamente desta política na próxima seção.

reformas neoliberais³⁷, que se configuram como um afronte direto ao seu caráter de universalidade. Tal fato representa um desmonte para a política de saúde, tendo em vista que o mesmo preconiza um processo de universalização excludente, de mercantilização e de privatização da saúde (CORREIA, 2007).

No entanto, apesar dos avanços legais supracitados, o que se verifica, a partir da década de 1990, em decorrência da crise estrutural do capital e da implantação do neoliberalismo no país, é a utilização inadequada dos recursos destinados à política de Seguridade Social, visto que a mesma é utilizada para outros fins que não foram propostos pela própria Constituição em foco, como por exemplo: “a formação do superávit primário, minando este orçamento e promovendo uma expulsão gradual dos trabalhadores assalariados, de melhor poder aquisitivo, para o mercado de serviços [...]” (MOTA apud, DAVI et al.2014, p.22).

A política macroeconômica de ajuste neoliberal tem como pressupostos para o enfrentamento das crises do sistema capitalista de produção, a implementação de programas sociais fundamentadas no trinômio articulado da *focalização, privatização e descentralização*. Nesse sentido, mediante essa perspectiva de influência neoliberalista a tendência é

Desuniversalizar e assistencializar as ações, cortando os gastos sociais e contribuindo para o equilíbrio financeiro do setor público. Uma política social residual que soluciona apenas o que não pode ser enfrentado pela via do mercado, da comunidade e da família. O carro-chefe dessa proposição é a renda mínima, combinada à solidariedade por meio das organizações na sociedade civil. A renda mínima não pode ter um teto alto, para não desestimular o trabalho, ou seja, há uma perversa reedição da ética do trabalho, num mundo sem trabalho para todos (BEHRING, 2209b, p.310, grifos do autor).

Para tanto, o que se verifica é a formação de “uma política econômica voltada para a rentabilidade econômica em detrimento dos avanços sociais” (BOSCHETTI, 2009, p.330). O que vem ocorrendo, também, em consequência

³⁷ O neoliberalismo é o liberalismo com uma nova face, porém com o mesmo fundamento e essência. A lógica liberal funda-se na procura do interesse próprio pelos indivíduos, portanto, seu desejo supostamente *natural* de melhorar as condições de existência, tende a maximizar o bem-estar coletivo. Os indivíduos, nessa perspectiva, são conduzidos por uma mão invisível – o mercado – a promover um fim que não fazia parte de sua intenção inicial. “*loucura das leis humanas*” não pode interferir nas leis *naturais* da economia, donde o Estado deve apenas fornecer a base legal, para que o mercado livre possa maximizar os “*benefícios aos homens*” (BEHRING, 2209b, p.304-305).

dessas modificações é a naturalização da mercantilização da vida, visto que essa reforma social e moral tem como um dos seus objetivos “transformar o cidadão sujeito de direitos num cidadão-consumidor; o trabalhador num empreendedor; o desempregado num cliente da assistência social; e a classe trabalhadora em sócia dos grandes negócios” (MOTA, 2009, p.63). Como Boschetti bem pontua, as políticas sociais atuais “agem mais na reiteração das desigualdades sociais que na sua redução” (p.332).

Como já assinalamos, a influência do neoliberalismo orienta a política social para a focalização, fragmentação e seletividade, estimulando os fundos sociais em caráter de emergência, aos programas de transferência de renda e a mobilização da solidariedade entre a sociedade, seja ela efetivada de forma individual ou coletiva, conforme afirma Behring (2009a). Na saúde, esse processo “tem se dado no bojo das reformas empreendidas pelo governo brasileiro em atendimento às exigências dos organismos internacionais” (CORREIA, 2007, p.24).

Segundo Correia (2007), as orientações do Banco Mundial para a saúde se resume em três: *O rompimento com o caráter universal do sistema público de saúde*, esta orientação tende a centrar as ações universais apenas para atenção básica, racionalizando a média e alta complexidade; *A flexibilização da gestão dentro da lógica custo/benefício*, caracterizada pela privatização e terceirização dos serviços de saúde, permitindo o repasse de serviços e recursos públicos para as Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), e mais recentemente a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)³⁸; *O estímulo à ampliação do setor privado na oferta de serviços de saúde*, que tem como foco a redução da saúde a programas direcionados às populações mais pobres. Com isso, desenvolvem-se ações na área saúde que tenham custos reduzidos, ou seja, o eixo dessas ações é o atendimento da baixa e média complexidade, ficando a alta complexidade à mercê mercado.

³⁸ Com esses novos modelos de gestão da política de saúde o “Estado deixa de ser o executor direto dos serviços de saúde e passa a ser o coordenador desses serviços prestados pelas fundações, mediante repasse de recursos públicos. A privatização acontece exatamente neste repasse de recursos públicos para setores não exclusivos do Estado. O projeto das Fundações Estatais está alinhado às orientações do Banco Mundial para a política de saúde brasileira, compondo assim o quadro das contra-reformas do Estado brasileiro que favorece o projeto do grande capital” (CORREIA, 2007, p.29).

As orientações supracitadas são frutos da ‘contrarreforma’ do Estado, que precisa se reorientar para manter sempre em alta a rentabilidade do capital, tendo em vista que o foco da atualidade é o desenvolvimento econômico por meio da modernização da economia mundial. A preocupação central desse tipo de desenvolvimento são os números, ou seja, o eixo está no quantitativo, e não no qualitativo. Esse processo representa grande perda aos direitos sociais conquistados na década de 1980 no terreno das lutas sociais, representando um desmonte das políticas sociais, especialmente a política de saúde, que recebe forte influência do processo de privatização da saúde.

Boschetti (2009) relata que essa política de desmonte interfere em todas as áreas atendidas pelas políticas sociais. Na política de saúde ela fere diretamente os princípios do SUS, conseqüentemente os da Reforma Sanitária, visto que o processo de

Descentralização e participação democrática, universalização e integralidade das ações, estão sendo diluídos pela manutenção cotidiana, apenas de uma cesta básica, que não assegura nem os atendimentos de urgência. É notória a falta de medicamento, ausência de condições de trabalho, de orçamento e de capacidade de absorção das demandas, o que se evidencia nas longas filas de espera por uma consulta ou internação (BOSCHETTI, 2009, p.333).

Nesse ínterim, afirmamos com base em CFESS (2010), que todas essas medidas efetivadas no sistema de saúde na atualidade têm como objetivo privilegiar e estimular cada vez mais o seguro privado de saúde, restando para o Sistema Único de Saúde (SUS) uma política restrita aos pobres, por meio do pacote mínimo para a saúde. Prova disso, é o investimento, ainda que insuficiente, na atenção básica, visto que em 2006, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB/2006), que estabelece “a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)” (BRASIL, 2006). Nesse sentido, a universalização preconizada pelo SUS e pelo Movimento de Reforma Sanitária não ocorre e os programas passam a ser focalizados, havendo um sistema diferente para os cidadãos consumidores.

Ainda de acordo com CFESS (2010), verifica-se uma gama de dificuldades para a implementação de um sistema de saúde de qualidade, visto

que o acesso esse sistema tem se dado de modo desigual, as práticas não estão baseadas na integralidade, existem sérios problemas com o financiamento do setor, etc. “Todas essas questões são exemplos de que a construção e consolidação dos princípios da Reforma Sanitária permanecem como desafios fundamentais na agenda contemporânea do setor saúde” (CFESS, 2010, p.19).

Não podemos deixar de afirmar que o SUS resulta de um processo de intensas lutas sociais pela implementação de um sistema de saúde que pudesse garantir a democratização do acesso à saúde, conforme reivindicava o movimento de Reforma Sanitária. No entanto, ainda há muito que se realizar para a superação do desafio que é o SUS. De acordo com Davi [et al] (2014), se faz necessário o aumento de recursos públicos destinados a essa política, assim como o rompimento com o modelo hospitalocêntrico, medicalizante e curativo, que privilegia o setor privado de saúde, nutrindo “a perspectiva mercadorizante da saúde, ao atender o apetite predatório de proprietários de hospitais, clínicas, laboratórios, fabricantes e fornecedores de medicamentos e materiais cirúrgicos de alta tecnologia” (DAVI [et al], 2014, p.38)

Para finalizar este item reafirmamos que as crises que se estabelecem no sistema capitalista acarretam num processo de mudanças significativas, seja dentro da própria ordem, seja em direção a um processo revolucionário, a depender das condições objetivas e das forças sociais em confronto (MOTA, 2009). É importante pontuar que ela se apresenta de modo diferenciado para os capitalistas e para os trabalhadores, visto que para o primeiro a questão pontual é a ameaça do seu poder que fica em pauta num período de crise; já para os trabalhadores ela representa uma subsunção intensificada ao sistema. Os trabalhadores são permanentemente penalizados tanto na sua materialidade quanto na sua subjetividade, visto que são “afetados pelas condições do mercado de trabalho, com o aumento do desemprego, as perdas salariais, o crescimento do exército industrial de reserva e o enfraquecimento das suas lutas e capacidade organizativa” (MOTA, 2009, p.55).

Com Matos (2013) concluímos a nossa reflexão desta seção, pois o mesmo afirma que num país como o Brasil, de imensa e secular desigualdade social, não se pode negar a importância das políticas sociais para a vida da classe trabalhadora. No entanto, o que se verifica é uma inversão, visto que num país como este, em que há uma gigantesca concentração de renda – nas

mãos de poucos, claro – se credita apenas às políticas sociais a responsabilidade pelo enfretamento da desigualdade que se faz fortemente presente. Assim, “nunca é demais afirmar que defender no capitalismo as políticas sociais é uma estratégia, mas não um fim em si mesmo. Tais desigualdades só se podem superar com a supressão no capitalismo” (MATOS, 2013, p.65). Até porque, as políticas sociais não têm como função a redistribuição de renda, uma vez que a mesma surge dentro de uma sociabilidade capitalista e, portanto, seus serviços são efetivados dentro dos seus limites. Não negamos que as políticas sociais possuem impacto imediato para a classe trabalhadora que dela necessita. No entanto, o acesso universal aos serviços sejam ele de saúde, educação, habitação, lazer etc., sob essa perspectiva, jamais serão alcançados. Isso só será possível numa sociedade para além da que está em vigência.

3.3 As demandas sociais da saúde e sua institucionalização no Brasil a partir dos anos 2000 e a inserção do Serviço Social

Com a Constituição Federal de 1988 a saúde passou a ser entendida como um direito social, cabendo ao poder público a obrigação de garanti-lo, é o que está disposto do Art. 196 ao 200 da nossa Constituição Federal de 1988. Essa conquista política e social pode ser atribuída a várias lutas e esforços empreendidos pelo Movimento de Reforma Sanitária. A constituição aponta questões econômicas e sociais como intervenções fundamentais para o direito a saúde. Questões como a produção e a distribuição da riqueza e da renda, emprego, salário, acesso à terra para plantar e morar, ambiente, entre outras, tudo isso interfere na saúde dos indivíduos. O SUS está baseado na previsão legal de que *todos* têm direito à saúde; este direito está ligado a condição de cidadania, não está condicionado ao pagamento monetário direto pelos serviços, nem ao vínculo formal de trabalho e à contribuição previdenciária dos que estão inseridos formalmente no mercado de trabalho, tampouco é necessário comprovar que se está em situação de pobreza, visto que o Sistema Único de Saúde é movido por valores de igualdade e equidade, sem discriminações ou privilégios, segundo Paim (2009).

Alguns ordenamentos legais subsidiam o SUS: a Lei 8080/90 e a 8142/90, conforme já pontuado. A primeira é a que “dispõe sobre as condições

para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990a). A segunda “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências” (BRASIL, 1990b). Assim, como também a elaboração de algumas normas técnicas, com vistas a definir o financiamento das ações e serviços destinados à saúde pública, assim como as suas competências.

Nesse sentido, também foram criadas as Normas Operacionais Básicas (NOBs), como a NOB/91 que tem como objetivo definir o repasse de recursos do Ministério da Saúde (MS) para os estados e seus municípios, de unidades públicas ou privadas, criando um padrão de pagamento para ambas; a NOB/92 que teve como objetivo acrescentar critérios populacionais para o repasse automático para os municípios; a NOB/93 que teve como foco incentivar a “autonomia” dos municípios, definindo critérios para a descentralização; a NOB/96 que rompe com o conceito de integralidade na saúde enfatizando a criação de programas focalistas, conforme pontuou Vasconcelos (2009).

No entanto, apesar de tão bem estruturado e fundamentado legalmente o SUS atualmente enfrenta graves problemas quanto aos seus fins e meios, especialmente no que se refere ao seu financiamento, o não investimento nas redes e serviços e, principalmente, no tocante a prestação de serviços de saúde cada vez mais sucateados e desfinanciados, conforme aponta Vasconcelos (2009). Segundo autora,

Podemos afirmar que a ausência de defesa de um serviço público de saúde universal, como explicitado na Constituição, por parte considerável da população, deve-se não só a falta de qualidade dos serviços públicos – diante da ausência de controle social e falta/precariedade de recursos financeiros, materiais e humanos – mas, principalmente, à não introjeção da noção de direito público à saúde, que transcendendo a democratização do consumo de assistência médica, considere os determinantes econômicos e sócio-ambientais (VASCONCELOS, 2009, p.79.)

Para tanto, afirmamos que ainda há muito que se fazer para que o SUS tenha a sua universalidade proposta garantida. No entanto, esse sistema tem um ponto muito forte, sendo este o pressuposto de não apenas sanar os problemas de saúde da população, mas também com os problemas

econômicos, políticos e sociais que permeiam a forma de sociabilidade do capital. Estamos falando do ponto do conceito ampliado de saúde, que foi incorporado pela constituição cidadã em seus princípios fundamentais. Nesse sentido, ficou entendido que é necessário a prestação de serviços de saúde que tenham como foco uma perspectiva que entenda para além do processo de saúde/doença, que não esteja apenas focalizado no indivíduo, ou seja, uma perspectiva da totalidade social, visto que para se que se tenha saúde é preciso antes sejam atendidas um conjunto de necessidades sociais – consideradas existenciais -, tais como: trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho; alimentação para todos segundo as necessidades de cada um; moradia digna; educação e informação plenas; qualidade adequada do meio ambiente; transporte seguro e acessível; repouso, lazer e segurança; participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde; direito à liberdade, à livre organização e expressão, acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis, conforme apontado na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986. Esse tipo de reconhecimento, ou seja, o reconhecimento da saúde a partir de seus determinantes e condicionantes, indica uma concepção de saúde que tem como propósito a ultrapassagem das dimensões biológicas e ecológicas da saúde dos indivíduos e da coletividade.

Nesse sentido, concordamos com Paim (2009) quando o mesmo afirma que, “se pretendemos melhorar a saúde da população, temos de atuar especialmente sobre os determinantes vinculados às condições de vida. Do mesmo modo, se queremos melhorar os níveis de saúde da população, precisamos interferir na estrutura econômica e política do Brasil” (PAIM, 2009, p.53).

Conforme pontuamos, o SUS é um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo. Não é exagero afirmar que 100% da população brasileira é usuária do Sistema Único de Saúde, mesmo aquelas que possuem planos privados de saúde, uma vez que estas também se utilizam das campanhas de vacinação, dos alimentos inspecionados pela vigilância sanitária, assim como dos medicamentos, cremes dentais e outros produtos que também são por ela inspecionados, é o que discute Paim (2009). E, mesmo estando disposto em lei que SUS deve ter como premissa o conceito ampliado, em que a saúde deve

ser levada em consideração por seus aspectos biopsicossociais, o modelo biomédico ainda prevalece nesse sistema.

É importante frisar que para passar de um sistema de saúde que prioriza a doença para um que prioriza a saúde é preciso entender a saúde a partir dos seus determinantes econômicos e socioambientais da saúde. Outro fator de destaque para que ocorra essa transformação é a presença de profissionais que possuam uma formação teórico-prática, ética e política de qualidade, um deles é o Assistente Social, pois sem isso dificilmente haverá uma defesa por uma saúde pública de qualidade conforme pretende o Movimento de Reforma Sanitária. Conforme pontua Vasconcelos (2009), a defesa pela saúde precisa transcender o aspecto puramente político, ela deve ser ampliada. Nesse sentido, a autora relata que

a organização do serviço público de saúde, além de uma necessária reforma administrativa – que tenha como princípio a universalização – e da definição e viabilização dos recursos financeiros – para investimento e custeio -, exige a reformulação do modelo de assistência em saúde voltado para uma prática de atenção à saúde integral. [...] As frágeis condições institucionais e profissionais para a realização de levantamentos, estudos, pesquisa, planejamento e avaliação crítica das ações realizadas têm levado os profissionais à reprodução acrítica de práticas autoritárias, controladoras, e basistas em nome dos interesses e necessidades dos usuários dos serviços públicos de saúde. A precarização da atenção prestada pelo Estado faz parte do projeto de desmonte dos serviços públicos, como condição para privatização e mercantilização. Pensar, estruturar e propor estratégias de ações tendo em vista a construção de uma consciência sanitária demanda uma ação interdisciplinar no âmbito da saúde, que extrapole as ações na prevenção e combate a doenças – uma ação interdisciplinar na busca de uma totalização do conhecimento nesta direção (VASCONCELOS, 2009, p.90-91).

No tocante ao Serviço Social nesta área, desde a década de 1945, como vimos, a saúde tem sido a área que vem empregando mais Assistentes Sociais, ganhando mais espaço a partir da estruturação dos princípios do SUS, do reconhecimento do conceito ampliado de saúde, assim como também pelos determinantes sociais da saúde. Do surgimento da profissão até o final dos anos de 1980, sua atuação neste campo se deu no âmbito curativo, através de uma abordagem individual. Mais recentemente, o Serviço Social se insere mais fortemente em decorrência do mesmo ter sido reconhecido como um

profissional desta área por meio da Resolução 218/1997 do Conselho Nacional de Saúde³⁹, por estar com princípios que se articulam com os da Reforma Sanitária e pelo processo do adoecimento estar articulado às mazelas que permeiam esta sociedade, ou seja, a “questão social”. Cabe ressaltar que a “questão social” não determina o surgimento da profissão, ela é quem dá as bases para a sua emergência, a partir do momento que se torna objeto de intervenção estatal. As requisições que determinam a sua atuação nesta área emergem das tensões e contradições próprias do SUS, tais requisições partem tanto da lógica da instituição empregadora quanto dos próprios usuários do sistema, mediante a não efetivação de um direito inerente ao cidadão, o direito a saúde pública (SOARES, 2010).

A década de 1980 representou a década da mudança para a profissão, tendo em vista que nesse período a mesma deu um salto qualitativo ao construir as bases de um projeto profissional que questiona o conservadorismo, tendo como orientação para a sua ação profissional a perspectiva teórica materialista dialética. “Essa década marca o início da maturidade da tendência hegemônica na academia e nas entidades representativas da categoria – intenção de ruptura – e, com isso, a interlocução real com a tradição marxista” (CFESS, 2010, p.23). De acordo com Guerra (2012), a busca da profissão para o entendimento dos seus fundamentos por meio de uma aproximação ontológica do ser social permite ao Serviço Social compreender a sua funcionalidade perante a ordem societária do capital, assim, como também questioná-la. Esse movimento, que se realiza através da apreensão do legado marxiano, permite que os Assistentes Sociais resistam ao racionalismo burguês moderno e se coloquem à favor da classe trabalhadora.

O referencial teórico do marxismo pode ser constatado no projeto ético-político do Serviço Social, especialmente no que diz respeito aos princípios e valores; as atribuições e competências profissionais foram captadas pela análise concreta de situações concretas, baseadas no materialismo histórico-dialético de Marx. Guerra (2012), afirma que

³⁹ Por meio da Resolução 218/97 fica instituída “a importância da ação interdisciplinar no âmbito da saúde; e o reconhecimento da imprescindibilidade das ações realizadas pelos diferentes profissionais de nível superior” (RES. 218/1997), dentre essas o Serviço Social.

a interpretação correta dos fundamentos sobre o qual o exercício profissional se assenta permitirá atualizar e renovar os conteúdos programáticos necessários à formação profissional dos assistentes sociais, uma vez que considera-se que o redirecionamento da prática e do perfil da formação profissional necessita de investimento em sólida fundamentação teórica e de uma matriz teórico-metodológica que permita uma análise crítica que ultrapasse a fenomenalidade dos processos sociais e que, portanto, busque os fundamentos, (GUERRA, 2012, p.11).

Sob esse ponto de vista, Guerra (2012) afirma não haver dúvidas de que a teoria social de Marx permite enfrentar novos problemas, captar tendência e ultrapassar o restrito. Nesse sentido, não é possível entender as demandas profissionais do Serviço Social que advém das novas e velhas expressões da questão social e intervir nelas sem o devido desvelamento dos fundamentos da economia política, sendo esta a base material na qual a produção e reprodução da vida social se realizam.

Bravo (2013) explica que a ação profissional do Serviço Social não se explica imediatamente, sendo encoberta, mistificada, fetichizada. Em outros termos, a prática do Assistente Social não se explica nas atividades que ele exerce, visto que necessita ser articulada com a totalidade social, desvendada, para poder reorientar sua ação no sentido de se posicionar a favor dos interesses da classe trabalhadora, apoiando suas reivindicações, ampliando suas conquistas, colocado os recursos institucionais à sua disposição.

Nesse sentido, entendemos a existência de uma articulação entre o projeto profissional que decorreu do processo de renovação crítica da profissão, e que hoje está expresso no Código de Ética Profissional, considerando-se que ambos estão no mesmo referencial teórico, no processo de democratização da sociedade sob uma perspectiva de totalidade social, na universalização das políticas sociais, a garantia dos direitos sociais, nos seus princípios, dentre outros.

Como parte deste debate sobre a saúde e no processo de institucionalização das demandas sociais da saúde, retomamos o processo histórico de reconhecimento internacional e nacional dos Determinantes Sociais da Saúde, que, como vimos anteriormente tiveram marcos importantes em 1948 e em 1978, repercutindo na estruturação das políticas de saúde e nas demandas e requisições colocadas aos profissionais da saúde.

Para Nogueira (2011), entender que o processo saúde-doença é determinado socialmente é entender que as relações sociais estabelecidas nesta forma de sociabilidade refletem diretamente nas condições de saúde coletiva e individual.

Reside nesta opção o impasse entre uma visão calcada em uma epidemiologia social das doenças, de cariz norte-americano, com os fatores sociais ocupando uma posição similar, e a posição herdeira da tradição marxista e que se inscreve no âmbito da epidemiologia social latino-americana da década de 1970 (NOGUEIRA, 2011, p.55).

Em março de 2005, a OMS criou a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (Commission on Social Determinants of Health - CSDH), visando a promoção, em âmbito internacional, de uma tomada de consciência sobre a importância dos determinantes sociais no que se refere à saúde da população e sobre a necessidade do combate às iniquidades em saúde por eles geradas. Um ano depois, no dia 13 de março de 2006, foi criada a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS)⁴⁰ no Brasil por meio do Decreto Presidencial de 13 de Março de 2006, tendo seu Regimento Interno aprovado pela Portaria MS/1358, de 23 de Junho de 2006, conforme disposto no Relatório elaborado pela CNDSS (2008).

A CNDSS entende que os Determinantes Sociais de Saúde se configuram como “fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam na ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS; FILHO, 2007, p.78). Com essa definição, fica claro a saúde tem relação direta com os desdobramentos da sociedade capitalista e, conseqüentemente, as manifestações da “questão social”, sendo ela uma dessas expressões.

Mediante essa afirmação, entendemos o quanto a forma como a sociedade vem se desenvolvendo nos últimos séculos, principalmente após o capitalismo, interfere diretamente não apenas na condição de vida e de trabalho da classe trabalhadora, mas principalmente na sua situação de saúde. Nas relações capitalistas, o trabalhador (sujeito real da produção, ou seja,

⁴⁰ É importante frisar que o Brasil foi o primeiro país a criar sua própria Comissão em torno dos determinantes sociais da saúde (DSS). A CNDSS foi criada com o objetivo de “gerar informações e conhecimentos sobre os determinantes sociais da saúde no Brasil, contribuir para a formulação de políticas que promovam a equidade em saúde e mobilizar diferentes instâncias do governo e da sociedade civil sobre este tema” (CNDSS, 2008, p.10).

aquele que produz toda riqueza material da sociedade) é transformado em um mero apêndice da máquina produtiva do sistema do capital. “Ele se transforma de sujeito real da produção em um objeto manipulável pelo capital”, (PANIAGO, 2012, p.28), tornando a sua situação cada vez mais degradante.

No entanto, mesmo que a saúde seja entendida a partir de um conceito ampliado, que compreende as condições objetivas, a forma como se vive em sociedade, ainda há um longo caminho a ser percorrido para que a iniquidade em saúde se extinga. É importante que se entenda que a saúde deve estar articulada com as demais políticas sociais, uma vez que apenas a política de saúde não resolve os problemas que explicam e geram a condição (ou não) de saúde. Para que um indivíduo seja ‘saudável’, antes é preciso que sejam garantidos todos os direitos inalienáveis do ser humano, tais como: educação de qualidade, acesso universal e equânime ao sistema de saúde, moradia digna, saneamento básico, alimentação, emprego com boas condições, transporte de qualidade, lazer, dentre outros, (CHAMADO À AÇÃO, 2011). Pois, a saúde é uma das expressões da questão social e também um problema de ordem econômica e política, como já pontuamos. Ela é, acima de tudo, um direito humano fundamental e inalienável. Nesse sentido, “proporcionar condições de saúde para todos implica desafiar interesses poderosos, resistir à globalização e mudar drasticamente as prioridades políticas e econômicas” (NOGUEIRA, 2011, p.67).

Sabemos que as necessidades sociais se transformam na determinação social do processo do adoecimento produzindo as iniquidades em saúde, ou seja, desigualdades de saúde. De acordo com Buss e Filho (2006), essas iniquidades podem ser evitáveis, são injustas e desnecessárias. Tais fatores estão articulados às condições materiais e de trabalho da população, assim como a condição de escolaridade, de renda, de saneamento básico, de alimentação, de habitação, dentre outros aspectos.

Sobre as necessidades de saúde e o Serviço Social, Nogueira (2011) relata que o Assistente Social é “o profissional mais apto a reconhecer as demandas sociais e assistenciais não só dos segmentos populares usualmente desprotegidos das políticas de saúde, como igualmente da população como um todo” (NOGUEIRA, 2011, p.53). A autora pontua que

A definição de necessidades de saúde ultrapassa o nível de acesso a serviços e tratamentos médicos, levando em conta as transformações societárias vividas ao longo do século XX e já no XXI, com a emergência do consumismo exacerbado, a ampliação da miséria e da degradação social e das perversas formas de inserção de parcelas da população no mundo do trabalho. Mais que isso, envolve aspectos éticos relacionados ao direito à vida e à saúde, direitos e deveres. Nesse sentido, é necessário apreender a saúde como produto e parte do estilo de vida e das condições de existência, sendo que a situação saúde/doença é uma representação da inserção humana na sociedade (NOGUEIRA, 2011, p.54).

No entanto, na contemporaneidade se observa que ainda há um processo reducionista no tratamento dos Determinantes Sociais da Saúde, tanto nas ações de Promoção à Saúde contida na Política Nacional de Promoção da Saúde, quanto no Relatório da CNDSS, intitulado *As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil*. Tais documentos “se coadunam com os referenciais da OMS e das Referidas Conferências Internacionais de Promoção da Saúde” (CORREIA; MEDEIROS, 2014, p.129). De acordo com as autoras o debate atual sobre as condições necessárias para consolidação do SUS exige uma identificação e aprofundamento das ideias que moveram o Movimento de Reforma Sanitária. “Significa reconhecer o ‘espírito da reviravolta na saúde’ gerado ainda no contexto ditatorial do país e que se dinamizou e se expandiu nos anos de 1980” (IDEM, p.131, grifos do autor). A Reforma Sanitária não tinha apenas a intenção de promover uma reforma no sistema organizacional de saúde, mas sim de realizar uma mudança profunda no seio da sociedade, modificando as condições de vida e as determinações do processo saúde e doença e, também, de modificar a construção das bases da saúde, deixando a mesma livre da lógica mercantil da saúde.

No entanto, os impasses para que a saúde seja apreendida a partir de uma lógica totalizante e para que possa ser prestada a população com base nos princípios do SUS são ainda inúmeros. Ainda nos anos 2000 se lutava pela efetivação do SUS e pela implantação dos princípios da Reforma Sanitária nas práticas de saúde, mesmo depois de 12 anos da outorga da constituição que pontuou a saúde como direito do art. 196 ao 200. Paim (2008) aponta que a Reforma Sanitária é considerada ainda inconclusa, tendo em vista que seus princípios foram materializados em lei, porém não se transformaram em práticas na realidade circunscrita.

No novo século, a população brasileira criava uma expectativa de construção de uma nova nação, com a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva, em 2002. Essa eleição significava um marco político para a história do país, visto que seu resultado significava a rejeição por parte da sociedade do projeto neoliberal implementado no país desde a década de 1990, vencendo o projeto que não representava, na sua origem, os interesses hegemônicos da classe dominante. Desse modo, esperava-se muito pela redução das desigualdades sociais que se fazia fortemente presente na realidade brasileira, por meio de uma política econômica de caráter universalista com redistribuição de renda e geração de empregos. Na saúde, esperava-se pelo retorno do Projeto de Reforma Sanitária. No entanto, essa política não se efetivou e a política de saúde continuou prioritariamente focalizada e sem financiamento efetivo, conforme descreve o CFESS (2010).

No aspecto econômico, Lula manteve a política monetarista do governo anterior (FHC), nesse caso, o ministério da saúde foi o que mais sofreu com o contingenciamento de recursos, visto que a saúde não se configurava como uma prioridade deste governo, tanto que nem fez parte de seu discurso quando da campanha eleitoral do novo presidente. “O início do governo foi visto com reservas por segmentos do movimento sanitário, apesar de contar com muitos dos seus quadros na equipe do Ministério da Saúde” (PAIM, 2008, p.241). O Ministério da Saúde foi um dos últimos a ser indicado no momento de compor a equipe do primeiro escalão, no entanto, todas as secretarias que fazem parte da estrutura do ministério foram contempladas com dirigentes que tiveram participação no movimento sanitário.

Entre os anos de 2003 e 2008 foi dada ênfase para as políticas de redução da pobreza. As políticas sociais no governo Lula, basicamente foram concentradas em três eixos: o *Projeto Fome Zero*, que praticamente se concentrou no programa de transferência de renda “*Bolsa Família*”; a *contrarreforma da previdência social*; e o trato da equipe econômica aos *recursos da Seguridade Social*. No que tange o Ministério da Saúde, no início do governo, é sinalizado “como um dos desafios a incorporação da agenda ético-política da Reforma Sanitária” (BRAVO, 2007, p.135). No entanto, a política macroeconômica adotada faz com que a manutenção dos dois projetos de saúde seja perpetuada, com prioridade para o projeto privatista de saúde. No que se refere à Assistência Farmacêutica, o governo ampliou os

laboratórios e criou o Programa de Farmácia Popular, que apesar de ter sido apontada como um elemento de inovação vai de encontro com os princípios do SUS, visto que para ter acesso aos medicamentos através deste programa é necessário uma coparticipação no pagamento do medicamento, conforme discute Bravo (2007).

Um fator inovador do governo Lula foi a criação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, em 2003, em que Sérgio Arouca foi nomeado como seu primeiro secretário, com o objetivo de “fortalecer o controle social, organizar as conferências de saúde e estabelecer a comunicação do ministério da saúde com outros níveis de governo e com a sociedade” (BRAVO, 2008, p.103). Com isso criou-se uma expectativa de que a 12ª Conferência Nacional de Saúde propiciasse um novo pacto para o desenvolvimento da Reforma Sanitária e do SUS, forçando o governo a assumir propostas e compromissos mais progressistas na área da saúde, conforme frisa Paim (2008).

Os setores progressistas da saúde aguardavam resultados positivos da 12ª Conferência Nacional de Saúde, afinal de contas tratava-se de um evento a realizar-se no governo Lula, o que provavelmente possibilitaria o retorno dos ideais da Reforma Sanitária. A referida conferência teve como tema central *Saúde: um direito de todos e dever do Estado; a saúde que temos, o SUS que queremos*, com diversos eixos de discussão em torno do assunto. Uma das principais defesas desse evento foi a “radical implementação da Reforma Sanitária visando à real e substantiva melhoria das condições de saúde da população brasileira” (PAIM, 2008, p.244). Havia algum tempo que o assunto da Reforma Sanitária não se fazia presente nas conferências nacionais, em 1992, 1996 e nos anos 2000 não se falou em reforma sanitária nesses eventos. A 12ª conferência resgatou a esperança dos setores progressistas da saúde, visto que a Reforma Sanitária voltou a ser tema de debate e estava sendo discutida num evento na conjuntura que havia colocado a ‘esquerda’ no poder e, que, portanto, a chance de que se efetivasse a democratização da saúde no real era grande.

No entanto, o esperado não aconteceu, uma vez que o relatório final da 12ª CNS, que ocorreu em 2003 em Brasília, não conseguiu ser aprovado pela plenária, “dada a sua extensão e “aspectos econômicos”, transferindo-se tal atribuição ao Conselho Nacional de Saúde que ratificou a versão final em

setembro de 2004 e realizando sua distribuição até janeiro de 2005” (PAIM, 2008, p.247, grifos do autor).

No segundo mandato de Lula, foi eleito para ministro do Ministério da Saúde um membro do movimento da Reforma Sanitária, José Gomes Temporão. Em seu discurso de posse o ministro reafirmou a tensão existente entre os dois projetos da saúde, sendo este o público e o privado; levantou discussões polêmicas, como a questão da legalização do aborto, considerada como um problema de saúde pública; abordou sobre a ampliação das restrições à publicidade de bebidas alcoólicas e a necessidade de fiscalizar a farmácia. No entanto, um fato preocupou os setores progressistas da Saúde, assim como o andamento do SUS: a criação das Fundações Estatais de Direito Privado. Vale ressaltar que esse é um debate que está mais avançado na área da saúde, no entanto, sua intenção não é atingir apenas nesta área, mas em “todas as áreas que não sejam exclusivas do Estado, tais como: saúde, educação, ciência e tecnologia, cultura, meio ambiente, desporto, previdência complementar, assistência social, dentre outras” (BRAVO, 2007, p.138).

A formulação das Fundações Estatais de Direito Privado é resultado da contrarreforma que se estabelece no Estado. Sobre estas é possível informar que como o próprio nome já remete, elas

Serão regidas pelo direito privado; tem seu marco na “contra-reforma” do Estado de Bresser Pereira/FHC; a contratação de pessoal é por CLT, acabando com o RJU (Regime Jurídico Único); não enfatiza o controle social, pois não prevê os Conselhos Gestores e sim Conselhos Curadores; não leva em consideração a luta por Plano de Cargo, Carreira e Salário dos Trabalhadores de Saúde; não obedece as proposições da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e educação na Saúde, realizada em 2006; fragiliza os trabalhadores através da criação de Plano de Cargo, Carreiras e Salários por Fundações (BRAVO, 2007, p.138-139).

Sob essa ótica percebemos qual é o projeto de saúde que o governo de Luís Inácio da Silva privilegiou. A prioridade do governo dito de esquerda continuou sendo a mesma dos governos de direita, uma vez que a política macroeconômica de FHC foi mantida. Desse modo, verifica-se claramente que o interesse maior não era atender efetivamente aqueles que necessitavam de atendimentos no sistema de saúde, mas sim de privilegiar os interesses

empresariais, visto que a área da saúde é um setor de alta rentabilidade para o capital.

De acordo com Paim (2008), a política de saúde empreendida no governo Lula, vem sendo avaliada como positiva em decorrência de alguns fatores como: a ampliação da atenção básica através do PSF; a implementação da Reforma Psiquiátrica; a criação do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) que realiza o atendimento de urgência e emergência pré-hospitalar móvel; o Programa Brasil Sorridente, considerado como a primeira política de saúde bucal, tendo como foco realizar o atendimento odontológico de forma universal e em níveis mais complexos; a Farmácia Popular que tem como objetivo proporcionar descontos um desconto de até 90% na compra de medicamentos para a população que possui doenças crônicas e fazem uso contínuo de insumos medicamentosos; a elaboração do Plano Nacional de Saúde e da aprovação dos Pactos pela Saúde.

De fato, a política de saúde obteve alguns ganhos com o governo Lula, isso não podemos negar. No entanto, ainda estamos muito longe de atingir o SUS democrático⁴¹, sendo este pensado pela Reforma Sanitária de Saúde para assegurar o direito que todos possuem a saúde, articulando a saúde a uma reforma social ampliada, que seja capaz de influenciar os determinantes sociais da saúde e da doença da população, como afirma Paim (2008). Para tanto, embora a saúde tenha sido avaliada positivamente, permanece com graves problemas, em especial com a perpetuação da política de ajuste neoliberal pelo Brasil. Assim, o que se verifica é que a

Continuidade das políticas de ajuste macroeconômico e a reforma da previdência seguiram na contra-mão das políticas de saúde inspiradas no projeto da Reforma Sanitária. O esforço realizado na área da saúde teve de ser intensificado, a cada momento, diante das modificações das equipes dos Ministérios da Saúde que abrigou três ministros em apenas quatro anos de governo (PAIM, 2008, p.250).

⁴¹ Paim (2008) relata que no Brasil existem quatro concepções de SUS: o *SUS para pobres*, o *SUS real*, o *SUS formal* e o *SUS democrático*. O *SUS para pobres* reflete uma ideia muito difundida de que a saúde pública é coisa de pobre. Nesse sentido, prevalece a concepção de um sistema de proteção social residual, baseado na assistência dos que não podem resolver seus problemas no mercado. Os defensores *SUS real* até reconhecem a saúde como um direito, mas a medida que são reféns dos ministros e secretários, resignam-se com a situação e terminam favorecendo o mercado do setor privado. O *SUS formal* corresponde ao que está disposto na CF de 1988 e nas suas leis correspondentes, embora muito distante da realidade dos serviços públicos em que prevalece o *SUS real* e o *SUS para pobres*.

Nesse aspecto, há um longo caminho a se percorrer para alcançar o SUS que a Reforma Sanitária propõe, tendo em vista suas reivindicações partem de um processo que faz parte de “um projeto civilizatório, ou seja, pretende produzir mudanças nos valores prevalecentes na sociedade, tendo a saúde como eixo de transformação e solidariedade como valor estruturante” (PAIM, 2008, p.241).

Lula se manteve no governo federal por dois mandatos e, sequencialmente, Dilma Rousseff foi eleita como presidente, ambos fizeram com que a política de saúde passasse por vários problemas com os impactos da manutenção da política macroeconômica. Neste período, verifica-se o andamento para outro projeto de saúde, que está sendo chamado de Reforma Sanitária Flexibilizada (BRAVO, 2013), com intuito de defender a Política de Saúde possível flexibilizando os princípios do SUS, face a conjuntura que se apresenta.

Constata-se que os diversos sujeitos sociais do Movimento Sanitário não têm enfrentado a questão central do governo que é a subordinação da Política Social à política macroeconômica. A grande bandeira do movimento, nos anos 1980, era a perspectiva de Reforma relacionada à mudança de projeto societário, ou seja, tendo como horizonte a transição para o socialismo. Esta questão aparece, na atualidade, de forma muito tênue. Não se percebe a busca de articulação com outros movimentos sociais, como ocorreu nos anos oitenta (BRAVO, 2013, p.178).

No governo Lula o que se esperava era o fortalecimento do SUS constitucional. No entanto, o que se verificou foi que entre o debate entre os universalistas e os focalistas, foi que este último permanece cada vez mais fortalecido. Lula enfatizou as ações privadas de saúde, que passam de complementares, conforme disposto na constituição, para essenciais, segundo CFESS (2010). No seu governo mantém-se a disputa entre os dois projetos de saúde, o Projeto Privatista e o Projeto de Reforma Sanitária; por ora o governo fortalece o projeto sanitário, em outros momentos mantém a focalização e o desfinanciamento, sendo estas fortes características do projeto privatista, segundo Bravo (2008).

No que se refere ao Serviço Social neste período verificamos uma mudança significativa, detectada por pesquisa realizada recentemente pelo

Grupo de Pesquisa e Extensão *Serviço Social Trabalho e Políticas Sociais por meio dos* formulários de Fiscalização⁴² do CRESS 16^a Região/Alagoas, no período de 2007 a 2009⁴³, que demonstrou que, nos municípios do interior do Estado, a saúde tem perdido seu espaço de maior empregador do Assistente Social para a área de assistência social. Conforme pontuado anteriormente, na conjuntura dos anos de 1930 a 1945 o Serviço Social surge com uma influência do Serviço Social europeu e a área da saúde não era, ainda, a que mais concentrava profissionais, apesar de algumas Escolas de Serviço Social terem surgido motivadas por médicos e demandas do setor. Mas, essa realidade se modifica em 1945, período em que ocorre a ampliação da profissão no país, estando relacionada com as exigências de aprofundamento do capitalismo brasileiro e as mudanças ocorridas no cenário internacional, em decorrência do fim da Segunda guerra Mundial. Nessa fase, a área da saúde passa a ser a área que mais absorve Assistente Social, mas na realidade atual colocam-se novas determinações que podem estar modificando esse quadro historicamente consolidado.

O Assistente Social é um profissional que está apto a trabalhar em qualquer área de atuação de políticas sociais, devido a sua formação generalista, mas de fato a área da saúde se configurou como a área que mais absorveu profissionais por um longo período de tempo.

Bravo (2013) explica que as condições gerais que ocorrem na conjuntura determinaram a ampliação profissional na área de saúde a partir de 1945. Um aspecto de destaque que solicita ainda mais a presença do Assistente Social na área da saúde, assim como de outros profissionais, é a institucionalização de um novo conceito de saúde, enfocando os aspectos biopsicossociais, em que se destaca a visão do processo saúde/doença como questão coletiva.

Outro fator de suma importância para a explicação para tal fato se refere à consolidação da Política Nacional de Saúde no país nos anos 1970 e a ênfase, na assistência médica, em seu aspecto hospitalar e curativo. Esse tipo de assistência, por não ser ainda de caráter universal, gerou uma contradição entre a demanda e o seu caráter excludente. “O assistente social vai atuar nos

⁴² Para o acesso ao formulário de fiscalização do CRESS/AL é omitido o nome do (s) assistente (s) social (s) entrevistado (s) pela agente fiscal.

⁴³ A amostra geral da pesquisa foi constituída de 97 instituições empregadoras de Assistentes Sociais fiscalizadas pelo CRESS, distribuídas em 28 municípios do interior do estado de Alagoas. Desta amostra, 41 instituições são da área de saúde, compondo aproximadamente 42,3% do total pesquisado, segundo Martins (2012).

hospitais, colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios controlados pelas políticas sociais” (BRAVO, 2013, p.175). Nesse sentido, para atender essa demanda, no âmbito apresentado, o profissional vai se utilizar algumas ações profissionais, como: “plantão, triagem ou seleção, encaminhamentos, concessão de benefícios e orientação previdenciária” (BRAVO, 2013, p.175).

No que tanto o Serviço Social na área da saúde, é importante destacar que o mercado de trabalho não se dá apenas no serviço público, mas também no serviço privado, tendo em vista a forte presença de ações mercantilizadoras da saúde que vem dando ênfase ao Projeto Privado de Saúde, demandando também atuação profissional do Serviço Social. Entretanto, concordamos com Bravo, quando a mesma afirma que para pensar numa atuação comprometida com o projeto ético-político no Serviço Social na saúde, é preciso ter como premissa uma diversidade de fatores, tais como:

Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma compromissada e criativa não submeter a operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária; Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos funcionários nas decisões a serem tomadas; Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde (BRAVO; MATOS, 2008).

É importante ressaltar, mais uma vez, a existência de uma sintonia entre o projeto Ético-político da profissão e o Projeto do movimento de Reforma Sanitária, principalmente, no que tange seus principais eixos: principais aportes e referências teóricas, formação profissional e princípios. Nessa conjuntura, o desafio é reafirmar essa possibilidade de articulação tanto na defesa do projeto profissional quanto na defesa do projeto da Reforma Sanitária.

Atualmente, a grande luta do Movimento de Reforma Sanitária permanece sendo a implementação do seu projeto democrático de saúde. É preciso identificar os impasses para a efetivação dos princípios desse projeto e lutar para que sejam efetivados. Essa deve ser o centro das preocupações

atuais, até porque é preciso entender o motivo pelo qual não está sendo efetivado aquilo que já foi legalizado pela constituição cidadã. No que tange ao papel do Assistente Social nesse processo, o CFESS, no documento *Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde*, relata que se constitui como tarefa desse profissional a realização de uma ação articulada com outros segmentos da sociedade que defendem o SUS para a formulação de estratégias que reforcem ou criem experiências que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do Assistente Social que queira ter como norte o projeto ético-político da profissão, tem que, obrigatoriamente, estar articulado ao Projeto de Reforma Sanitária.

Mais do que nunca, os assistenciais sociais estão desafiados a encarar a defesa da democracia, das políticas públicas e consubstanciar um trabalho – no cotidiano e na articulação com outros sujeitos que partilhem destes princípios – que questione as perspectivas neoliberais para a saúde e para as políticas sociais, já que este macula direitos e conquistas da população defendidos pelo projeto ético-político profissional (CFESS, 2010, p.29).

Bravo considera “que o nosso código de ética apresenta ferramentas fundantes para o trabalho dos Assistentes Sociais na saúde”, e por isso a autora reafirma (BRAVO, 2013) os que defendem o projeto de Reforma Sanitária e o projeto Ético-político da profissão só obterão o êxito desejado - contribuir para o enfrentamento das desigualdades existentes - alinhando-se a um movimento de massas que seja uma frente anticapitalista. Nesse ponto, também concordamos com a autora, visto que só visualizamos a possibilidade de uma efetivação plena dos princípios preconizados pela Reforma Sanitária, numa forma de sociabilidade que esteja para além da que está em vigor.

Na conjuntura atual, verificamos a persistência de notórias dificuldades com relação à reafirmação das políticas sociais permeadas pela noção ampliada de direitos e da política de saúde sintonizada com o projeto original da reforma Sanitária, cabendo destacar: a lógica macroeconômica de valorização do capital financeiro e subordinação da política social à mesma, encolhendo os direitos sociais e ampliando o espaço do mercado; a falta de viabilização da concepção de Seguridade Social; o subfinanciamento e as distorções nos gastos públicos, influenciados pela lógica do mercado; a

desigualdade de acesso da população ao serviço de saúde com a não concretização da universalidade; o desafio de construção de práticas baseadas na integralidade e na intersetorialidade; os impasses com relação à gestão do trabalho e educação, com a precarização dos trabalhadores e a não definição de um plano de cargos, carreiras e salários para os profissionais; os avanços e recuos nas experiências de controle social e participação popular, face à não observância das deliberações dos conselhos e conferências e à falta de articulação entre os movimentos sociais; modelo de atenção à saúde centrado na doença; modelo de gestão vertical, burocratizado, terceirizado, com ênfase na privatização e, para o seu enfrentamento, são apresentadas propostas contrárias ao SUS, como as Fundações Públicas de Direito Privado e o ressurgimento das Organizações Sociais; o avanço da privatização, em detrimento do serviço público eminentemente estatal, através das parcerias público-privadas; a precarização dos serviços públicos e o não privilegiamento da atenção primária de saúde (BRAVO; MENEZES, 2010).

Sobre o financiamento do SUS, Nelson Rodrigues dos Santos (2013) destaca que o Estado permanece subfinanciando o SUS. O Estado coparticipa do financiamento dos planos privados de saúde, privilegiando o consumo, visto que sua prioridade tem sido a privatização da saúde, pois decidiu que saúde pra valer tem que ser comprada no mercado, não é responsabilidade do Estado democrático em oferecer saúde de qualidade para toda população. O Estado usa esse mesmo argumento para criar Fundações Estatais de Direito Privado, tais como as OSs, OCIPS e outras, para gerirem as instituições públicas, conforme já frisado. Esse é um passo a mais na privatização da saúde, que tem um fundo ideológico perverso pra provar que somente o privado é quem tem competência para gerir os serviços públicos. Política de Estado privatista.

No que se refere ao Serviço Social e a saúde na atualidade, Matos (2013) destaca, baseado em Vasconcelos, que os profissionais têm verbalizado um compromisso com os direitos sociais da classe trabalhadora, bem como seu compromisso para fortalecimento do SUS e do projeto de profissão do Serviço Social. No entanto, não tem conseguido realizar uma prática profissional que vislumbre a realização do compromisso firmado. “O exercício profissional dos assistentes sociais nos serviços de saúde aponta para uma ação pouco crítica e distante dos projetos citados” (MATOS, 2013, p.60).

Desse modo, observa-se com base em Matos (2013) a existência de

Uma rígida estrutura de materialização do exercício profissional nos serviços de saúde, uma alta prevalência de atendimentos individuais e que estes, em geral, se constituem em uma ação única, já que é imprevisível saber se o assistente social terá outro contato com o usuário (MATOS, 2013, p.61).

Finalizando esta seção, afirmamos que a não efetivação de um SUS que seja de fato equânime e universal, como preconizado na constituição de 1988, impacta diretamente nas ações profissionais do Assistente Social, bem como de outros profissionais da saúde. No caso do Serviço Social, existe uma íntima relação com o projeto de saúde proposto pelo Movimento de Reforma Sanitária e o Projeto Ético-político do Serviço Social. Contudo, na prática essa relação não se materializa no cotidiano de sua ação na área da saúde, tendo em vista os próprios limites da política.

Por fim, demonstramos neste texto que as demandas sociais são produzidas por necessidades que tem como base as relações sociais estabelecidas na forma de sociabilidade atual. “Essas necessidades sociais, através de muitas mediações, são traduzidas em demandas para as profissões. No âmbito institucional, essas demandas expressam fundamentalmente as necessidades do capital e respondem a seus interesses de classe” (AMORIM, 2010, p. 10-11). As necessidades sociais em saúde, sendo estas construídas historicamente e determinadas pelo movimento societário, sedimentam uma nova visão analítica sobre o processo saúde/doença, a partir do reconhecimento de determinação social nesse processo, ou seja, a partir do entendimento de que a saúde se encontra organicamente articulada à “questão social”. A dimensão crítica do social na saúde aparece com a incorporação da teoria marxiana ao pensamento de Reforma Sanitária brasileira através da análise das condições de saúde da população, a partir dos componentes estruturais da sociedade capitalista. A concepção de determinação social da saúde sustenta-se nas categorias trabalho e reprodução social da vida, as condições naturais, ambientais e biológicas da vida aparecem subordinadas por essas categorias, visto que as mesmas fundam e estruturam todo o processo de análise.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS:

As reflexões que realizamos nesta dissertação nos proporcionou o entendimento de que o processo saúde-doença é fruto das determinações sociais que se estabelecem na forma de sociabilidade capitalista. No âmbito das relações sociais estabelecidas entre a sociedade do capital e a classe trabalhadora percebemos uma relação conflituosa, tendo em vista os interesses antagônicos de ambas as partes. Nesse sentido, pontuamos que a existência de um entendimento da saúde como parte de uma determinação social, bem como a necessidade de implantação de políticas sociais não surgem do nada, mas de intensas e duras lutas que se estabelecem entre capital e trabalho. Para tanto, destacamos que, apenas quando emerge a dimensão política da “questão social”, sendo este o momento em que os trabalhadores se inserem no cenário político na luta por melhores condições de vida e de trabalho, é que as políticas sociais são institucionalizadas pelo Estado.

Seguindo esta linha de raciocínio, realizamos, ao longo desta dissertação, uma reflexão acerca das categorias necessidades sociais e demandas sociais, buscando-as nas contradições imanentes da sociedade capitalista. Tal entendimento se configurou como necessário para compreender a configuração do Estado e a sua forma de intervenção mediante alguns fenômenos do pauperismo: o desenvolvimento das políticas sociais, em especial da política de saúde, sobre a qual explicitamos o seu processo de institucionalização em diferentes fases do século XX; a institucionalização do Serviço Social enquanto profissão e sua inserção na política de saúde.

Temos como ponto de partida para a consecução deste trabalho uma visão histórica e crítica sobre os determinantes sociais da saúde, sendo o direito à saúde nosso eixo referencial, bem como as necessidades sociais em saúde e as demandas de saúde institucionalizadas pelo Estado por meio das políticas sociais. Nesse sentido, foi necessário entender, precipuamente, alguns conceitos que nos levarão a compreender como se configura o objeto em questão. Tais conceitos se referem às necessidades sociais, às demandas sociais e aos determinantes sociais, fazendo uma ponte direta com o materialismo histórico-dialético para entender a complexidade dessa relação.

Consideramos este caminho metodológico importante, visto que impossibilita o entendimento dos Determinantes Sociais da Saúde, a partir de uma perspectiva que o aborde de uma maneira “abstrata, sem uma teoria explicativa acerca da sociedade e sua forma de produção e reprodução social, adensando com formulações sobre relações entre a saúde, sociedade, economia, democracia e políticas públicas” (NOGUEIRA, 2011, p.58)

A pesquisa realizada nos permitiu entender a relação existente entre as necessidades sociais, as demandas sociais e a institucionalização de tais demandas, na ordem do sistema do capital, principalmente as da saúde. Permitiu-nos, também, perceber a relação histórica entre o Serviço Social e a área da saúde, e como o seu mercado de trabalho se expande quando se amplia a concepção de saúde - que questiona a saúde a partir do processo de adoecimento de cada indivíduo, passando a ser apreendida como uma das expressões da questão social. Assim, como também, a relação de afinidade existente entre o Projeto Ético-político da profissão com o projeto de saúde proposto pelo Movimento de Reforma Sanitária. É importante pontuar que, mesmo com todas essas afinidades, o Assistente Social não é um profissional exclusivo da área da saúde, visto que o mesmo possui uma formação generalista voltada para atuar nas diversas políticas sociais, inclusive a da saúde.

Outro fator relevante identificado refere-se as relações que se estabelecem entre o Estado e a sociedade dentro da lógica do sistema em xeque. Nessa relação percebemos uma tendência negativa à cultura do público, visto que, cada vez mais se incute na sociedade a formação de uma cultura que desqualifica o que é público e estatal, visando a valorização do livre mercado. No que tange a área da saúde identificamos o sucateamento das instituições públicas, em detrimento da saúde privada, uma vez que aqueles que possuem o mínimo de condições de acesso ao mercado privado de saúde contrata um plano de saúde ou até mesmo paga por consultas e exames. Aqueles que não tem condições recorre a justiça para fazer com que o Estado possa efetivar o direito à saúde desses cidadãos, sendo esta uma tendência bastante atual.

Sabemos que o Serviço Social emerge a partir de uma necessidade do capital para atuar na reprodução da totalidade do processo social, “no sentido de contribuir para encobrir, atenuar ou controlar os efeitos das contradições

criadas, reforçando os mecanismos de dominação” (BRAVO, 1996, p. 16). Na saúde, ele tem sido um profissional subalterno, embora seja uma das áreas que mais absorve Assistentes Sociais, desde a década de 1945, e sua ação encontra-se entrelaçada a atuação do médico, normalmente atuando de forma assistencial na saúde pública e no ajuste, desde a emergência do modelo clínico da medicina. No entanto, ganha outra conotação a partir do momento em que se começa a pensar a saúde a partir de outro e da promulgação da Constituição Federal de 1988.

Conforme pontuam Mota e Amaral (1998), a profissão é perpassada por uma diversidade de desafios oriundos das transformações ocorridas do mundo do trabalho, que precisam ser enfrentados pela profissão no cotidiano de sua ação. Nesse sentido,

As características do “mercado de trabalho profissional” podem oferecer um conjunto de informações a partir das quais é possível identificar as necessidades sociais que estão subjacentes às demandas profissionais posto que, segundo nosso entendimento, as demandas não se confundem com as necessidades sociais propriamente ditas. As demandas, a rigor, são requisições técnico-operativas que, através do mercado de trabalho, incorporam as exigências dos sujeitos demandantes. Em outros termos, elas comportam uma “teleologia” dos requisitantes a respeito das modalidades de atendimento de suas necessidades. Por isso mesmo, a identificação das demandas não encerra o desvelamento das reais necessidades que as determinam (MOTA, AMARAL, 1998, p.25, grifos do autor).

Para tanto, buscamos demonstrar, através dessa pesquisa, como essas características do mercado de trabalho do Assistente Social, inserido no Estado a partir de um processo de institucionalização das demandas sociais da saúde tem relação com as necessidades sociais da classe trabalhadora. Buscamos também, apontar os elementos que particularizam o Serviço Social no contexto do trabalho em saúde, quando a saúde passa a ser entendida a partir dos seus aspectos biopsicossociais. Para alcançar este objetivo se fez necessária uma reflexão “sobre o que caracteriza essa intervenção profissional, tanto nos seus determinantes históricos, como na configuração do trabalho na atualidade” (MATOS, 2013, p.53).

A partir da década de 1930, a política de saúde segue um tipo de proteção social baseada na lógica do seguro. Nos países em que a proteção social é baseada na forma de seguro social, também conhecido como meritocrático, o controle é realizado pelo Estado e os serviços são garantidos

apenas os trabalhadores que contribuem com a previdência social. Nesse momento o Serviço Social se institucionaliza como profissão no Brasil e se insere em serviços de saúde priorizando as ações no nível curativo e hospitalar, quando ainda predominava uma concepção individualizada de saúde.

A partir de 1948, com apoio da OMS, emerge um novo modo de entendimento para o processo de saúde/doença. Tal conceito entende a saúde a partir dos seus determinantes e condicionantes sociais: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, etc. Esse novo modelo teve como pressuposto fundamental reconhecer que ter saúde não significa apenas não estar doente, mas sim, ter atendido um conjunto de fatores sociais que possibilitem ao indivíduo a condição de ser saudável. Com as mudanças em pauta, em 1953, criou-se um órgão para cuidar exclusivamente da saúde, o Ministério da Saúde, que modificou as estruturas das campanhas sanitárias no Brasil. Com a criação do Ministério da Saúde, o combate a determinadas doenças passou a ser realizado por serviços específicos e centralizados. Entretanto, apesar das propostas racionalizadoras que se estabeleceram na saúde nesse período, o Serviço Social permaneceu com sua prática centralizada nos hospitais e ambulatórios, tendo em vista que o novo modelo de pensar a saúde a partir da medicina comunitária não teve repercussão no âmbito a profissão, inicialmente.

Em 1960, em decorrência do Golpe militar que se instaurava no Brasil, a perspectiva de saúde coletiva não se desenvolveu como modelo prioritário, retrocedendo ao seu aspecto curativo, com o foco voltado para a saúde como ausência de doença. A Ditadura Militar fez parte de um cenário internacional, tendo como objetivo primordial internacionalizar o capital, desmobilizar os atores sociais que resistiam a esse processo e mobilizar tendências contrárias a revolução e ao socialismo, conforme aponta Bravo (1996). Nesse contexto, o Serviço Social passa por profundas que tiveram rebatimentos na prática profissional na saúde, “com novas exigências advindas da política de saúde e da reorganização institucional para o setor, dos movimentos sociais e da conjuntura em questão” (BRAVO, 1996, p.84). Esta nova posição questionava o Serviço Social “Tradicional” (prática empirista, paliativa e burocratizada), quando os profissionais foram desafiados a se tornarem técnicos a serviço do

desenvolvimento. Na saúde, a profissão manteve-se nas ações ambulatoriais e hospitalares, como prática de apoio aos serviços médicos curativos.

Na década de 1980, a saúde coletiva ganha mais uma aliada na luta pela efetivação de uma concepção ampliada de saúde, com retomada dos Determinantes Sociais da Saúde pela OMS em 1978. Nessa década no Brasil, emerge o Movimento da Reforma Sanitária e o debate sobre o modelo curativo e biomédico na saúde, que procurou influenciar o processo constituinte que culminou com a incorporação desse conceito ampliado na Constituição de 1988. Na década seguinte a saúde avança por meio da implementação de um Sistema Único de Saúde através da Constituição cidadã, após vários embates entre os interesses privatistas e os defendidos pelo movimento da Reforma Sanitária. Com o SUS, o Serviço Social se insere mais fortemente na área da saúde, tendo em vista que há uma incorporação dos Assistentes Sociais dos princípios de Reforma Sanitária, sendo este, em sua maioria, absorvidos pelo SUS. Nesse contexto, a saúde é entendida como um direito social e um dever do Estado.

No entanto, na década de 1990 a saúde teve um direcionamento diferente do que vinha se propondo até o momento, tendo em vista que houve um destaque para a saúde como um bem privado. Tal fato coloca a saúde que está sempre em disputa entre dois projetos políticos antagônicos: o projeto que propõe a reforma sanitária através da democratização da saúde, e o projeto privatista que propõe que a saúde deve ser consumida no mercado.

Nos anos 2000, apesar das propostas de avanço, a política de saúde é fortemente impactada com os ajustes da política macroeconômica estabelecida, nos dois mandatos de Lula e, sequencialmente, nos dois de Dilma Rousseff. As orientações desse tipo de política vêm rompendo com o caráter universal do sistema público de saúde, bem como facilitando a privatização e terceirização dos serviços de saúde, permitindo o repasse de serviços e recursos públicos para as Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Com isso, o foco tem sido a implementação de uma política de saúde pobre direcionada apenas aos que não podem ter acesso a este tipo de serviço nas instituições privadas, conforme já pontuado.

Em suma, com vistas a finalizar este trabalho, reafirmamos que a luta pela Democratização da saúde estabelecida através do Movimento de Reforma Sanitária, sendo este um movimento radical da saúde, tem como eixo não apenas uma transformação no aspecto saúde em si, mas também um processo de transformação radical da sociedade. No que tange a inserção do Serviço Social na área da saúde afirmamos, com base em Bravo (2007), que cabe ao Assistente Social, numa ação articulada com os segmentos que defendem o SUS, formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde, que concretizem o direito à saúde.

Enfim, entendemos que, na busca por um sistema de saúde que seja verdadeiramente único e prestado de forma integral e universal, conforme propõe a própria constituição cidadã, todos os atores sociais deverão estar engajados na luta. Essa luta não deve apenas estar restrita a um sistema de saúde que seja digno e condizente com o texto constitucional, mas também, por uma sociedade justa, livre de exploração e desigualdade social. E mais, nós, Assistentes Sociais devemos de fomentar este processo, tendo em vista que a profissão fez opção por um projeto profissional articulado ao processo de construção de uma sociedade que seja livre da dominação e da exploração de classe, uma sociedade que esteja para além da que está em vigência.

REFERÊNCIAS:

ALMA ATA. **Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde**. Declaração de Alma-Ata, URSS, 1978.

AMORIM, Andressa Carvalho de. **O Serviço Social e a Institucionalização das Demandas Sociais: um estudo a partir das necessidades sociais no capitalismo**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Serviço Social. Universidade Federal de Alagoas. Maceió, 2010.

AMORIM, Andrêssa Gomes Carvalho de. Necessidades Sociais na Sociedade Capitalista. In: ALCÂNTARA, Maria Norma; PIMENTEL, Edlene; SOUZA, Reivan Marinho de (orgs.). **Em Defesa do Pensamento Crítico: Relações Sociais, Trabalho e Política**. Maceió, EDUFAL, 2013.

AROUCA, Antonio Sérgio da Silva. Democracia e Saúde. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1987.

BARBOSA, Mayra de Queiroz. **A demanda social pela educação, a política de educação no Brasil e a inserção do serviço social**. Dissertação de mestrado, FSSO-UFAL, 2012.

BEHRING, Elaine R.; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo, Cortez: 2006.

BEHRING, Elaine Rossetti. Fundamentos da política social. In.: MOTA, Ana Elizabete [et al.], (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 3 ed. Cortez, São Paulo, 2008.

BEHRING, Elaine Rosseti. Expressões Políticas da Crise e as Novas Configurações do Estado e da Sociedade Civil. In.: CFESS. **Serviço Social, Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009a.

BEHRING, Elaine Rosseti. Política Social no contexto da Crise Capitalista. In.: CFESS. **Serviço Social, Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009b.

BOSCHETTI, Ivanete. A Política da Seguridade Social no Brasil. In.: CFESS. **Serviço Social, Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

BRASIL. **Rediscutindo a Questão da Determinação Social da Saúde - Termo de Referência para Seminário do CEBES**. CEBES: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Rio de Janeiro, 2009.

BRASIL. **Resolução 218 de 05 de março de 1997**. Conselho Nacional de Saúde, 1997.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Senado Federal. Brasília, 1988.

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de dezembro de 1990**. Senado Federal. Brasília, 1990a.

BRASIL. **Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Senado Federal. Brasília, 1990b.

BRASIL. **Resolução 218 de 05 de março de 1997**. Conselho Nacional de Saúde, 1997.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Brasília, 2006.

BRASIL. **As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil**. Relatório Final da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde. Brasília, 2008.

BRAVO, Maria Inês Souza Bravo. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais**. Ed. Cortez, Rio de Janeiro: 1996.

BRAVO, Maria Inês Souza. Serviço Social e Saúde: desafios atuais. In.: **Política de Saúde e Serviço Social: Impasses e Desafios**. Temporalis. Revista da ABEPSS, Ano VII, n. 13, São Luiz, 2007.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS. Maurílio Castro. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate. In.: MOTA, Ana Elizabete [et al.], (orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 3 ed. Cortez, São Paulo, 2008.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In.: MOTA, Ana Elizabete [et al.], (orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 3 ed. Cortez, São Paulo, 2008.

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. **A Política de Saúde no Governo Lula: algumas reflexões**. XIII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Brasília, 2010.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. São Paulo, Cortez: 2013.

BUSS, Paulo Marchiori; FILHO, Alberto Pellegrini. A Saúde e seus Determinantes Sociais. In: **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2007.

BUSS, Paulo Marchiori; FILHO, Alberto Pellegrini. **Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença**: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(9):2005-2008, set, 2006.

CEBES. Centro Brasileiro de Estudo em Saúde. **Rediscutindo a Questão da Determinação Social da Saúde**: Termo de Referência para Seminário do CEBES. Rio de Janeiro, versão 1, Fevereiro de 2009.

CECILIO, L. C. O. **As necessidades de saúde como conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção à Saúde**. LAPPIS - Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde. Rio de Janeiro: ENSP, 2004. Disponível em: <
[http://www.uff.br/pgs2/textos/Integralidade_e_Equidade_na_Atencao_a_saide_-_Prof_Dr_Luiz_Cecilio.pdf](http://www.uff.br/pgs2/textos/Integralidade_e_Equidade_na_Atencao_a_saude_-_Prof_Dr_Luiz_Cecilio.pdf) >. Acesso em: 04 Ago. 2014.

CFESS. **Código de Ética do Assistente Social**. Brasília: CFESS, 1997.

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

CHAMADO À AÇÃO. In.: RADIS. **As propostas do Brasil no Movimento Internacional**. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011, p. 08- 14.

COMISSÃO SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CDSS). **Ação Sobre Os Determinantes Sociais Da Saúde: aprendendo com experiências anteriores**. Brasília, 2005.

CORREIA, Maria Valéria Costa. A Saúde no Contexto da Crise Contemporânea do Capital: O Banco Mundial e as tendências da contra-reforma na política de saúde brasileira. In.: **Política de Saúde e Serviço Social: Impasses e Desafios**. Temporalis. Revista da ABEPSS, Ano VII, n. 13, São Luiz, 2007.

CORREIA, Maria Valéria Costa; MEDEIROS, Silvana Márcia de Andrade Medeiros. As Bases da Promoção da Saúde nas Conferências Internacionais e a Reforma Sanitária Brasileira: concepção do processo saúde e doença em questão. In.: VASCONCELOS, Kathleen Elane Leal; COSTA, Maria Dalva Horário da (orgs.). **Por uma Crítica da Promoção da Saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS**. São Paulo: Hucitec, 2014.

DAVI, Jordeana [et al.]. Notas Sobre a Crise Capitalista e as Tendências da Seguridade Social Brasileira. In: VASCONCELOS, Kathleen Elane Leal; COSTA, Maria Dalva Horário da (orgs.). **Por uma Crítica da Promoção da Saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS**. São Paulo: Hucitec, 2014.

ENGELS, Friedrich. **Do Socialismo Utópico ao Socialismo Científico**.

ENGELS, Friedrich. **A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado**. São Paulo. Editora Centauro, 2002.

GUERRA, Yolanda. **O Serviço Social e a Análise Crítica de seus Fundamentos**. In.: XIII ENPESS – Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. Juiz de Fora, 2012.

HELLER, A. **Teoría de las necesidades en Marx**. 2. ed. Barcelona: Ed. Península, 1986.

HOLLOWAY, Jonh. La Administración e Los Ciudadanos. Instituto Nacional e Administración Pública, México: 1982 (p. 25-38). In: HOLLOWAY, Jonh. **Fundamentos teóricos para Uma Crítica Marxista de la Administración Pública**. Instituto Nacional e Administración Pública, México: 1982

HUBERMAN, Leo. **A História da Riqueza do Homem**. 21ª Edição. LTC – Livros Técnicos e Científicos Editora S.A. Rio de Janeiro, 1986.

IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: O esboço de uma interpretação teórico-metodológica**. 9ª ed. São Paulo. Editora Cortez, 1993.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social: ensaios críticos**. Ed. Cortez, São Paulo: 2000.

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo, Cortez, 2001.

IAMAMOTO, Marilda; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. Editora Cortez, 15ª Edição. São Paulo: 2003.

KRÜGER, Tânia Regina. Serviço Social e Saúde: espaços de atuação a partir do SUS. In: **Revista Serviço Social & Saúde**. Cortez: São Paulo, Dez. 2010.

LENIN. **O Estado e a Revolução**: o que ensina o marxismo sobre o Estado e o papel do proletariado na Revolução. Ed. Hucitec, São Paulo: 1986.

LESSA, Sérgio. **Centralidade do Trabalho**: qual centralidade? XXI Congresso da Associação Latino Americana de Sociologia, nº 13, 1997.

LESSA, Sérgio. **Trabalho e Proletariado no Capitalismo Contemporâneo**. 2ª Ed. São Paulo. Cortez, 2011.

LESSA, Sérgio. **Lukács: momento predominante e transição ao comunismo**. Revista Novos Temas, 2011-12. Disponível em: <http://sergiolessa.com/Artigos10_12/momtpredo_revolucao.pdf> Acesso em: 06 de Agosto de 2014.

LESSA, Sérgio; TONET, Ivo. **Introdução a Filosofia de Marx**. 1ª Ed. São Paulo, Editora Expressão Popular, 2008.

LESSA, Sérgio; TONET, Ivo. **Proletariado e Sujeito Revolucionário**. São Paulo: Instituto Lukács, 2011.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social**: identidade e alienação. Ed. Cortez: São Paulo, 1993.

MARTINS, Polyana Palhares. **A saúde pública municipal como área de atuação do assistente social no atual mercado de trabalho profissional no interior de Alagoas**. Trabalho de Conclusão de Curso. Faculdade de Serviço Social, Maceió: UFAL, 2012.

MARX, Karl. **O Capital**: crítica da economia política. Tomo I. Nova Cultural, São Paulo, 1985a.

MARX, Karl. **O Capital**: crítica da economia política. Tomo II. Abril Cultural, São Paulo, 1985b.

MARX, Karl. **Salário, Preço e Lucro**. Os pensadores. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **Manifesto do Partido Comunista**. Ed. Martin Claret, São Paulo: 2003.

MARX, Karl Heinrich. **Para a Questão Judaica**. São Paulo: Ed. Expressão popular, 2009.

MARX, Karl. **Glosas Críticas Marginais ao artigo “O Rei da Prússia e a Reforma Social” de um Prussiano**. Ed. Expressão popular, 2010.

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

MAZZEO, Antonio Carlos. **Burguesia e Capitalismo no Brasil**. Série Princípios. Ed. Ática, São Paulo, 1995.

MÉSZÁROS, István. **Para Além do Capital: rumo a uma teoria de transição**. São Paulo, Boitempo Editorial, 2002.

MONTAÑO, Carlos Eduardo. **A Natureza do Serviço Social: um ensaio sobre sua gênese, “especificidade” e sua reprodução**. São Paulo. Cortez, 2007 (pgs. 17-92).

MOTA, Ana Elizabete; AMARAL, Angela Santana. Reestruturação do capital, fragmentação do trabalho e Serviço Social. IN: MOTA, A. E. (org). **A Nova Fábrica de Consensos**. São Paulo: Cortez, 1998.

MOTA, Ana Elisabete. Crise Contemporânea e as Transformações na Produção Capitalista. In.: CFESS. **Serviço Social, Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

MOTA, Ana Elizabete, AMARAL, Angela S., PERUZZO, Juliane F. O novo desenvolvimentismo e as políticas na América Latina. IN MOTA, Ana Elizabete [et al]. **Desenvolvimentismo e Construção de Hegemonia. Crescimento Econômico e Reprodução da Desigualdade**. São Paulo, Cortez, 2012.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia Política: uma introdução crítica**. 2ª Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. Ed. Cortez, São Paulo, 1992.

NETTO, José Paulo. O Movimento de Reconceituação – 40 anos depois. *In*: Revista Serviço Social e Sociedade. **Reconceituação do Serviço Social: 40 anos**. Ed. Cortez. São Paulo: 2005.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. *In*: MOTA, Ana Elizabete [et al.], (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 3 ed. Cortez, São Paulo, 2008.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **Determinantes Sociais de Saúde e a Ação dos Assistentes Sociais** – Um Debate Necessário. *In*: Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas, v. X, n. 12, Dez. 2011.

PAIM, Jairnilson Silva. **O Que é o SUS**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica. EDUFBA, Rio de Janeiro: 2008.

PANIAGO, Maria Cristina. **Mészáros e a Incontrolabilidade do Capital**. São Paulo, Instituto Lukács, 2012.

PIMENTEL, Edlene. **Uma “Nova Questão Social”?** Raízes materiais e humano-sociais do pauperismo de ontem e de hoje. São Paulo: Instituto Luckács, 2012.

SANTOS, Marta Alves. **Atenção Primária e Educação em Saúde**: importantes elementos para a real efetivação do Sistema Único de Saúde. *In*: XIII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Brasília, 2010.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. **SUS: a saúde do Brasil**. Entrevista concedida à Fiocruz no Evento em comemoração aos 25 anos do SUS. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=u66JIPjiDXo>>. Acesso em 28 de julho de 2014.

SIMIONATO, Ivete. As expressões ideo-culturais da crise capitalista da atualidade e sua influência teórica e política. *In*: CFESS. **Serviço Social, Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

SOARES, Raquel Cavalcante. **A Contrarreforma na Política de Saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social**. Tese de Doutorado. Centro de Ciências Sociais Aplicadas - CCSA. Serviço Social. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2010.

SOUZA, Diego de Oliveira; DA SILVA, Sóstenes Ericsson Vicente; SILVA, Neuzianne de Oliveira. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. In: **Saúde Soc**. São Paulo, v.22, n.1, 2013 p.44-56.

TONET, Ivo. **Trabalho associado e Revolução Proletária**. Revista Novos Temas, 2011-12.

TONET, Ivo. **Sobre o Socialismo**. Instituto Lukács. São Paulo: 2012.

TONET, Ivo. **O Grande Ausente**. 2012b. Disponível em: <http://www.ivotonet.xpg.com.br/arquivos/O_grande_ausente.pdf>. Acesso em 19 de Abril de 2013.

TRINDADE, R. L. P. **Desvendando o significado do instrumental técnico-operativo na prática profissional do Serviço Social**. Rio de Janeiro: UFRJ / Escola de Serviço Social, 1999. Tese de Doutorado, Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1999.

TRINDADE, Rosa Lúcia Prêdes (org.). **Serviço Social, políticas sociais e mercado de trabalho profissional em Alagoas**. Maceió, Edufal, 2007.

VASCONCELOS, Ana Maria. Sociedade, Saúde e Serviço Social.
VACONCELOS, Ana Maria. *In*: **A Prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 5ª Ed. São Paulo, Cortez: 2007.

VASCONCELOS, Kathleen Elane Leal; SILVEIRA, Sandra Amélia Sampaio; CARNEIRO, Thaisa Simplicio; COSTA, Cibelly Michalane Oliveira dos Santos. Serviço Social e estratégia de Saúde da Família: contribuições ao debate. In: **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo. Rev. 98. Cortez, 2009.