



Eixo Serviço Social, fundamentos, formação e trabalho profissional.

Sub-eixo : Trabalho Profissional.

DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO DA CONTRARREFORMA: DO DOMÍNIO ÀS POSSIBILIDADES DE CONSCIÊNCIA CRÍTICA

GILIANE ALVES DE CARVALHO¹

Resumo: Este artigo evidencia a necessária articulação do Serviço Social com a perspectiva ideopolítica emancipatória presente nos debates da Reforma Sanitária Brasileira da década de 1980, voltada à satisfação das necessidades sociais da população, em oposição aos interesses capitalistas no setor que avançam na flexibilização do SUS; Destaca as potencialidades de contribuição do Serviço Social ao campo da resistência, mediante o adensamento teórico-político para negação de práticas reiterativas, tomando a razão ontológica em defesa da emancipação humana como mediação para a prática, face a tensão entre requisições impostas pela contrarreforma na política de saúde e nossa direção sociopolítica hegemônica.

Palavras-chave: Determinação Social da Saúde; Serviço Social; Contrarreforma; Resistência.

Abstract: This article evidences the necessary articulation of the Social Work with the emancipatory ideopolitical perspective present in the debates of the Brazilian Sanitary Reform of the 1980s, focused on the satisfaction of the social needs of the population, as opposed to the capitalist interests in the sector that advance the flexibilization of SUS; It highlights the potential of Social Service's contribution to the field of resistance, through the theoretical-political combination of denial of reiterative practices, taking the ontological reason in defense of human emancipation as a mediation for practice, in the face of the tension between requisitions imposed by the counter-reform in politics health and our hegemonic sociopolitical direction.

Keywords: Social Determination of Health; Social Work; Contrarreforma; Resistance.

1 INTRODUÇÃO

Na perspectiva de debater as necessidades em saúde enquanto parte das reais necessidades do ser humano, a discussão teórica ora apresentada expressa o resultado parcial de pesquisas bibliográficas realizadas em nosso projeto de pesquisa de mestrado, bem como é parte das discussões realizadas no âmbito do Grupo de Estudos e Pesquisas em Seguridade Social e Serviço Social (GEPSSSS) vinculado a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), e busca evidenciar, conforme Heller (1978), a necessidade de

¹ Estudante de Pós-Graduação. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: <giliane.ac@hotmail.com>

construção de uma práxis política atrelada à construção de um novo modo de vida, baseado na riqueza das necessidades qualitativas, onde os pressupostos econômicos são subordinados ao sistema de necessidades humanas, para que estas se configurem enquanto riqueza humana, produto histórico e social da objetivação do trabalho e elevação do indivíduo em gênero humano.

Trata-se de uma compreensão de saúde contra hegemônica, articulada a epidemiologia social crítica latino-americana², que enfatiza a Determinação Social da Saúde³, pensada a partir de uma dimensão estrutural para elucidar as condições necessárias ao processo de sua democratização, estando portando, situada no contexto de luta de classes, tal qual foram fundamentais as lutas em torno do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), que ao articular nos debates saúde e democracia, teve a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) sob a lógica da universalidade e integralidade enquanto conquista institucional, ancorado na direção da produção social da saúde.

Entretanto, as atuais investidas do capital sobre o SUS, favorecidas pela compatibilidade ideológica entre as prescrições do Banco Mundial (BM) e os governos vigentes, vem favorecendo a subsunção das necessidades sociais às necessidades financeiras do capital, visando à quebra do direito a saúde não mercantilizada, integral e universal e fortalecendo a hegemonia do modelo médico-assistencial-privatista. Neste entorno, toma vulto discursos aparentemente progressistas utilizados em nome da defesa e fortalecimento do SUS, quando na verdade não correspondem as reais necessidades sociais da população.

² A epidemiologia social crítica latino-americana se estrutura em propostas para um novo método de investigação na saúde, ancorado no materialismo histórico dialético, que passa a identificar o biológico e o social enquanto unidade, em uma análise do processo saúde-doença que requisita a ultrapassagem do aparente, do quantificável e observável para apreender a essência dos processos, o que lhe vincula a uma perspectiva de transformação da realidade. (MOREIRA, 2013)

³ A saúde enquanto Determinação Social se opõe ao modelo explicativo biomédico, que restringe a saúde aos aspectos biológicos, assunto de cunho individual-curativo. Se assenta em uma análise de totalidade, que compreende o processo saúde-doença historicamente determinado pelas formas de produção e reprodução social. Nesta perspectiva, a saúde é reflexo da contradição de classes, e expressa os embates entre interesses contraditórios no âmbito dos conflitos advindo da relação capital e trabalho. Uma concepção ideopolítica que possui caráter revolucionário, ao evidenciar a saúde enquanto questão social e política na direção do enfrentamento e superação da sociedade capitalista. (MOREIRA, 2013)

Tal qual expresso no relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986, saúde é direito, conquista social, e se materializa pela responsabilidade Estatal em garantir condições de vida e de trabalho com liberdade e participação política para atendimento às necessidades sociais, cujos obstáculos a sua efetivação são de natureza estrutural, ancorado na estrutura historicamente desigual na qual se funda a sociedade brasileira, por distorções do seu modelo econômico que aprofunda desigualdades sociais. (BRASIL, 1986)

Nos marcos da crise estrutural do capital, cenário de aprofundamento dos efeitos deletérios do projeto burguês sob as condições de vida da população, a agenda hegemônica no campo da saúde, presidido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) nos limites de seu alinhamento às recomendações do Banco Mundial, evidenciam estratégias de compatibilidade entre desenvolvimento social e econômico, utilizado como instrumento ideológico para manutenção da subsunção do trabalho ao capital. (LIMA, 2015)

Conforme evidencia Breilh (2006) um cerco de hegemonia montado pelo BM e suas instituições, que ao se apoiar em matrizes teóricas neoconservadoras, ampliam análises funcionalistas que relegam ao esquecimento as raízes estruturais dos problemas sociais, implicando no avanço de propostas liberais quanto à satisfação das necessidades sociais, situando-as no plano individual, o que é problemático para os rumos do MRSB, onde as limitações ao seu avanço se situam na armadilha do abandono do pensamento revolucionário.

Esta perspectiva ideopolítica de deslocamento do pensamento revolucionário tem sido apresentada sob caráter aparentemente progressista mediante o debate dos Determinantes Sociais de Saúde enquanto sinônimo da perspectiva de Determinação Social, largamente incorporada na legislação nacional nos marcos da contrarreforma⁴, e requisitada no plano teórico-prático

⁴ Termo utilizado por Behring; Boschetti (2011) para destacar que o contexto de reformas se caracterizou anteriormente, enquanto patrimônio de esquerda, dotado de estratégias que visavam melhoria nas condições de vida e de trabalho para as maiorias, mediante as conquistas sociais obtidas pela classe trabalhadora nas reformas dos anos de ouro, e que no Brasil se fez presente nas conquistas incorporadas pela Constituição de 1988, sendo, portanto, o processo de Contrarreforma do Estado uma reação ao contexto anterior, através do

por aqueles que buscam defender a reforma sanitária brasileira, entretanto, evidenciamos a necessidade de clarificação teórica quando aos seus fundamentos, posto que rebatem em diferentes perspectivas sanitárias e societárias.

Na trilha da objetivação da saúde enquanto produção social, voltada à satisfação das necessidades reais da população, face ao tensionamento entre os projetos societários e sanitários em disputa⁵, são postos ao Serviço Social os atuais desafios de atuação na Política de Saúde, que requer problematizar com embasamento crítico as necessidades do capital que se transfiguram em demandas para a profissão.

Para tal, precisamos apreender os processos que determinam e tencionam a hegemonia das concepções que irão fundamentar as práticas em saúde, notadamente no âmbito de uma política de forte influência do modelo biomédico⁶ em um cenário de onda conservadora susceptível ao pragmatismo e ao saber instrumental, nos situando no campo da resistência política para construção de uma contra hegemonia articulada ao projeto de democracia de massas ante a tensão que encerra os processos de contrarreforma na política de saúde e nossa direção sociopolítica.

2 O DOMÍNIO DA CONTRARREFORMA NO ATUAL CONTEXTO DO SUS E SEUS TENSIONAMENTOS IDEOPOLÍTICOS

redimensionamento do Estado sob as bases ideológicas do neoliberalismo, com fortes rebatimentos no desmonte das políticas sociais.

⁵ Os distintos projetos sanitários em disputa na saúde são expressão de distintos projetos societários, onde, de acordo com Netto (1990) apud CFESS (2010) o projeto de Democracia de Massas se pauta na participação social, numa articulação entre democracia representativa e direta, no qual o Estado se constitui enquanto democrático de direito, responsável por respostas às expressões da questão social, enquanto o projeto de Democracia Restrita se articula a concepção de Estado Mínimo, com direitos restritos para a classe trabalhadora e enfraquecimento de suas lutas coletivas.

⁶ Modelo de atenção à saúde curativista, atrelado a práticas individuais em detrimento de ações coletivas, que se articula aos interesses do capital no setor, ampliando a lógica de consumo de medicamentos e equipamentos médicos, orientando o setor para a lucratividade, privilegiando o produtor privado. (BRAVO, 2009)

É no percurso do giro neoliberal⁷, donde as novas configurações do capitalismo mundial estruturam mecanismos para manutenção de sua acumulação frente à crise do capital, amparados no Estado e no ataque às conquistas do trabalho, que as conquistas MRSB vão se delinear, organicamente delimitados pelo contexto da luta de classes.

Refletindo as lutas sociais entre projetos societários e sanitários antagônicos, o MRSB da década de 1980, ao ter como fundamento teórico a razão ontológica pautada no pensamento de Marx, se alicerçou numa visão de totalidade, onde o conhecimento sobre o processo saúde-doença não se limita a dimensão individual e casual, supera a lógica da oferta de serviços, e requisita para sua compreensão o desvelamento da determinação estrutural.

Tal perspectiva situa o conhecimento e as práticas em saúde como ferramentas para a transformação social, sob o ponto de vista das necessidades sociais da classe trabalhadora, evidenciando a necessidade de enfrentamento dos desafios postos por uma realidade permeada de contradições e interesses destrutivos do capitalismo, as quais determinam a situação de saúde da sociedade.

Ao conquistar a saúde enquanto um direito social e dever do Estado, o MRSB, na direção de uma contra hegemonia, defende um modelo de atenção que se opõe aos interesses do capital que historicamente hegemonomizam o setor no país, e desde a conquista institucional do SUS, frente aos avanços das políticas de cunho neoliberal, trava grandes embates com o projeto privatista que, enquanto suporte ideológico aos interesses do capital, fortalece o modelo biomédico e reafirma sua relação e funcionalidade ao capitalismo, se

⁷ O neoliberalismo surge enquanto reação teórica e política contra o Estado intervencionista erguido nos anos de ouro do pós-guerra (que viabilizou a construção do Estado de Bem Estar Social em países de capitalismo avançado), entretanto, suas ideias com origem no texto “Caminho da Servidão” de Friederich Hayek, que defendia a liberdade econômica e política dos mecanismos de mercado, vão encontrar condições favoráveis para se efetivar somente após o esgotamento dos anos de ouro do capitalismo, com o objetivo de implementar medidas para reanimar o capitalismo mundial face ao início da grande crise, em 1973, momento em que buscou-se culpabilizar o poder dos sindicatos e suas pressões por gastos sociais e intervenção Estatal como causas da crise, implantando como receita para retomada do crescimento econômico um Estado parco para o social e forte para o capital. (ANDERSON, 1995).

contrapondo e limitando todas as conquistas sociais que caracterizem o fortalecimento da concepção ampliada de saúde inscrita na legislação nacional.

De acordo com Lima (2015) o cenário de crise orgânica do capital e agravamento das condições de vida da população mundial na década de 1970⁸ tornou evidente a necessidade do BM em elaborar um discurso de aparente equivalência entre desenvolvimento social e econômico para atuar como instrumento ideológico de manutenção da divisão internacional do trabalho e acumulação, e encobrir a relação de exploração/ subordinação centro-periferia do mundo.

O contexto brasileiro, associado ao desenvolvimento desigual e combinado inerente ao capital, apontam para a adesão do país às tendências internacionais de intervenção do Estado sob as expressões da questão social, embora com características particulares, no qual deve ser ressaltada a falta de sincronia com os acontecimentos do plano internacional, posto que paralelo a reação burguesa sob a égide das políticas neoliberais no plano internacional, vivia-se no país o “fordismo à brasileira”. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011)

O problemático desse trajeto é que, considerada a relevância das lutas empreendidas para consolidar a agenda política pautada em direitos, que são fundamentais para a construção de caminhos para o desenvolvimento do gênero humano e sua emancipação, estes passam a enfrentar a disseminação de valores e princípios éticos que colidem com as possibilidades de apreensão crítica das contradições que tecem a desigualdade e a violação de direitos nesta sociabilidade, em uma conjuntura que, a partir da década de 1990 incide sobre os países periféricos e amplia a mercantilização da vida social. (BEHRING; SANTOS, 2009)

Nestes termos, a construção teórica e política do MRSB para efetivação da saúde na perspectiva de Determinação Social, tal qual inserida no relatório da 8ª CNS, e traduzida nos significativos avanços presentes na Carta Magna e

8 A partir do contexto da crise estrutural do pós-guerra vivenciada pelo mundo capitalista avançado, se estrutura o terreno necessário para inflexão de ideias que iriam atingir de forma latente a esfera do trabalho e a organização política dos trabalhadores. O período apresentou esgotamento do modelo fordista-taylorista mediante recessão econômica com inflação e baixo crescimento, insurgência do modelo toyotista para adequação do capital a nova fase de expansão, assentado em ataques às conquistas do trabalho advindas do período anterior por meio da política keynesiana, expressando o vínculo do novo modelo de organização do processo produtivo com os preceitos do neoliberalismo. (ANTUNES, 1995)

na regulamentação do SUS, através da lei 8080/90 e 8142/90, que garantiram a saúde como direito integral, universal, pautado na equidade, com participação social, entram em choque com as perspectivas macroeconômicas do BM para o direcionamento do Estado brasileiro, donde surgem sucessivas proposições com estratégias deslocamento da direção ideopolítica do movimento sanitário.

O cenário sócio-político de transição entre um Estado autoritário-burocrático para uma democracia liberal, em contexto de crise econômica, onde o país se submete a empréstimos externos e às orientações dos organismos internacionais como FMI e BM torna evidente as divergências entre as proposições do SUS sob a perspectiva do Movimento Sanitário e as propostas emanadas do BM, que desde década de 1990 investe em publicações, pesquisas, consultorias, declarações na grande mídia e pressão sobre governos para direcionar ajustes no sentido de favorecer o capital privado no setor, onde as necessidades sociais em saúde são claramente subordinadas as necessidades financeiras - do capital - em relação ao direcionamento do fundo público. (RIZZOTO, 2016)

As implicações da adesão do Estado brasileiro às proposições da contrarreforma na saúde transitam dos governos neoliberais de Collor e FHC, perdurando o social liberalismo dos governos do PT (Lula e Dilma), com aprofundamentos regressivos na retomada da ortodoxia neoliberal do (des) governo Temer⁹. (SILVA, 2017).

O redimensionamento do fundo público aos processos de valorização do capital, com proposição de mais mercado e menos Estado, reverberam na ampliação de forças do complexo médico-hospitalar-farmacêutico, que se

⁹ Com o advento do golpe de 2016, diversas iniciativas regressivas são impostas a política de saúde, dentre as quais evidenciamos: 1- inviabilização do SUS com a EC 95 que institui novo regime fiscal e congela investimentos na área da saúde por 20 anos; 1- portaria Nº 3.992/2017 que extingui 6 blocos de financiamento e flexibilizou a alocação de recursos no contexto de restrição orçamentária, o que tende a fragilizar a Atenção Básica perante áreas de maior densidade tecnológica, poder econômico e pressão política; 3- retrocessos na política de saúde mental que se contrapõem e alteram a lógica de organização e estruturação de serviços propostos pela Reforma psiquiátrica; 4- PNAB- 2017, que flexibiliza a estruturação de equipes e o seu financiamento, e implementa o conceito de cesta básica de serviços articulado as recomendações do BM; 5- Proposta de criação de Planos Populares ou Acessíveis de Saúde, por meio da Portaria Nº 1.482/2016 , tendo como característica imensas restrições de cobertura, pretendendo acabar com o ressarcimento ao SUS pelos planos de saúde e permitir reajustes para idosos. (SILVA, 2017)

favoreceu na hegemonia neoliberal para aprofundar os privilégios ao modelo curativo, onde os gastos do PIB com saúde alimentam o mercado, e o SUS se mantém subfinanciado. (RIZZOTO, 2016)

Favorecido pelo avanço do conservadorismo, e da chamada crise dos paradigmas da modernidade, na dimensão ideopolítica se desencadeia um processo de ressignificação de termos apresentados no plano do discurso como defesa do SUS, quando de fato expressam uma mudança de paradigma, refletido nas investidas de descaracterização das proposições do MRSB ancorados na perspectiva da Determinação Social da Saúde fundamenta na teoria social crítica marxista. Tais termos estão presentes na reforma institucional, política e jurídica que vivenciamos no atual contexto do SUS.

A busca pelo ocultamento dos nexos ontológicos que expressam o processo saúde-doença enquanto questão social e política ganham espaço nas propostas e práticas para responder as necessidades em saúde, aprofundadas pela necessidade de reafirmação da ideologia do capital para ampliar seus processos de acumulação e alienação ancorados no conhecimento formal-abstrado¹⁰, que, perante as transformações societárias em curso, toma fôlego e proclama a crise das grandes narrativas da razão moderna, sustentando o pensamento da pós-modernidade¹¹, com críticas dirigidas ao marxismo, apregoando o esgotamento de suas possibilidades para a compreensão do real. Nestes termos, a construção de uma consciência sanitária atrelada à perspectiva da Determinação Social da Saúde passa a perder espaços mediante hegemonia do projeto neoliberal articulado ao projeto privatista na saúde.

Evidências deste processo são identificadas no movimento em torno da promoção da saúde¹², que desencadeia conferências internacionais com

¹⁰ Suporte para a razão instrumental, o conhecimento formal- abstrato expressa uma visão fetichizada da realidade, posto que nega a dimensão dialética, humana e histórica da práxis social, e tem no empírico seu ponto de partida e de chegada. (SIMIONATO, 2009)

¹¹ Traço definidor do pensamento pós-moderno é a desqualificação das metanarrativas, com negação das categorias de totalidade, essência e contradição; Se ancora em uma análise fragmentada, flexível e subjetiva. Perante o aprofundamento das contradições sociais do sistema capitalista, temos o conhecimento centrado no micro, no singular, no pontual, negando a dimensão macroestrutural, resultando em uma visão distorcida do real, se limitando a aparência e imediaticidade. (SIMIONATO, 2009)

¹² Uma análise aprofundada em torno da construção e desenvolvimento dos pressupostos ideopolíticos do movimento de promoção da saúde e suas vertentes se encontra em

estímulo da Organização Mundial da Saúde (OMS) desde a década de 1980, e apesar de contemporâneo ao movimento da saúde coletiva, e de expressar a compreensão de uma perspectiva ampliada de saúde com questionamentos ao modelo biomédico, é deslocada pelos organismos internacionais nos marcos de uma agenda contensionista¹³, passando a dividir o cenário que vinha sendo marcado por reivindicações para melhoria das condições de saúde da população sob influência das ciências sociais e do marxismo, evidenciando os distintos interesses que irão se fazer presentes nos pressupostos ideopolíticos das práticas e sistemas de saúde. (VASCONCELOS, 2013; VASCONCELOS; SHCHMALLER, 2014)

Sob a regência da OMS, a promoção da saúde apresenta caráter aparentemente progressista, sendo pautada em contraposição ao modelo biomédico, como recurso para o enfrentamento dos Determinantes Sociais da Saúde; vem sendo largamente incorporada na legislação nacional enquanto estratégia para efetivar o SUS e requisitada por seus precursores no país pelos vínculos com o MRSB, entretanto, aponta-se o fato da promoção da saúde ser incorporada na perspectiva dos organismos internacionais ante um processo de mudança de perspectiva ideopolítica da Saúde Coletiva, que vai deixando de lado sua criticidade¹⁴.

O êxito do projeto neoliberal favoreceu a incorporação desta perspectiva no debate nacional, onde a igualdade convertida em equidade passa a ser adotada como norte para as políticas sociais, no intuito de reforçar a

VASCONCELOS, K.E.L. Promoção da saúde e serviço social: uma análise do debate profissional. Tese de Doutorado. UFPE, 2013. 374p.

¹³ O discurso promocionista, na perspectiva do debate internacional, ao abordar o adoecimento como condutas inadequadas, desconsidera as condições de vida e de trabalho que impõem à maior parte da população restrições ao acesso de bens e serviços essenciais para sua reprodução social, construindo uma ideologia que serve a construção de novos padrões de consumo e justificativa para racionalização de recursos por meio da focalização, num nítido deslocamento da saúde enquanto consequência individual, resultante apenas de opções, hábitos, consumo e estilos de vida, desconsiderando que estes elementos são consequência da organização da vida em sociedade, não apreendendo, portanto, a complexidade das expressões da questão social. (VASCONCELOS; SHCHMALLER, 2014).

¹⁴ As expectativas em torno do governo Lula, frustradas pelo direcionamento político de continuidade a implementação da agenda do BM, rebateu sobre a articulação política do MRSB, considerando que muitos de seus intelectuais incorporados ao quadro técnico do Ministério da Saúde passaram a defender a via do “SUS possível”, em detrimento da radicalidade política de contestação da ordem burguesa. Um deslocamento que aponta limitações ao potencial revolucionário do MRSB, imposto pelas análises restritas do processo saúde-doença a partir da adoção de referenciais teóricos que se diferenciam da teoria social crítica marxista. (SILVA, 2017)

responsabilização dos indivíduos pelas expressões da questão social vivenciadas, naturalizando as contradições da sociedade capitalista, destituída do seu caráter histórico e estrutural. (CORREIA; MEDEIROS, 2014)

Nestes termos, a discussão em torno dos Determinantes Sociais de Saúde revigoradas pela OMS em 2005 com a criação da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDS), que tem o Brasil como pioneiro na criação da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) em 2006, expressa a perspectiva ideopolítica destes deslocamentos, posto que, ao tomar o modelo de Dahlgren e Whitehead¹⁵ como referência para análise da relação entre saúde e sociedade, se embasa na perspectiva preventivista, onde a doença continua a ser tida como evento biológico, e neste sentido, não consegue superar a epidemiologia tradicional ancorada no modelo biomédico como referência, apontando a dimensão social apenas como fatores empíricos, ao passo que impõe limites a sua atuação para se contrapor a hegemonia do modelo biomédico e sua funcionalidade a reprodução ampliada do capital.

As tensões entre as proposições dos Determinantes Sociais e da Determinação Social para direcionar as práticas em saúde expressam, portanto, projetos societários opostos, transitando entre a satisfação das reais necessidades sociais, ou das necessidades sociais do capital, onde a visibilidade e larga incorporação dos Determinantes Sociais nos debates e produções científicas dos sujeitos coletivos do movimento sanitário, bem como sua apropriação por parte dos profissionais que atuam na área, se atrela a uma mudança de perspectiva teórica e política que, a partir das armadilhas que são oferecidas por um cerco hegemônico da contrarreforma na saúde, requer o desvelamento acerca de suas limitações ao projeto de transformação social. Para Breih (2006)

Temos de começar a chamar as coisas por seus nomes e a olhar o caminho da reforma com outros olhos, mais abertos e críticos, mais atentos às arestas e aos contrapesos que nos foram impostos pelo pensamento hegemônico (p. 186)

¹⁵ Modelo atualmente adotado pela Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde para direcionar a produção de conhecimento e intervenções sobre os Determinantes Sociais no Brasil. Este modelo expõe os determinantes de maneira hierarquia, em diferentes camadas, dos determinantes individuais aos macrodeterminantes. (BUSS;FILHO, 2007).

O grave contexto de contrarreformas que vem impedindo a viabilização do SUS¹⁶ impõe ao MRSB a necessidade de rearticulação em prol da construção de uma cultura política assentada em seus fundamentos críticos, e para o Serviço Social, perante o cenário de agravamento das expressões da questão social e aumento substancial das demandas que se colocam a profissão nos serviços de saúde, mediadas pela racionalidade de expansão do SUS sob a lógica privatista, se impõe a necessidade de dissolver o efeito fetichizador do direito burguês para evidenciar as reais necessidades sociais dos usuários.

3 POSSIBILIDADES DE CONSCIÊNCIA CRÍTICA: REFLEXÕES ACERCA DA RELAÇÃO ENTRE DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL

Pautar a saúde enquanto questão social e política, e identificar os usuários dos serviços enquanto sujeitos de direitos, exige ações ancoradas em competência técnica, teórica e política para o enfrentamento cotidiano das relações de poder que permeiam as instituições, posto que a prática sanitária é resultante de práticas sociais atravessadas pela dimensão política, refletindo a correlação de forças presente na sociedade.

O desafio de efetivar o SUS enquanto parte estratégica do MRSB, em sua perspectiva emancipatória pautada na década de 1980 impõe a construção de uma consciência sanitária para superação de uma cultura de medicalização da vida que, enquanto necessidade do capital, se transfigurou em

¹⁶ Em reportagem da edição nº 188 – maio/2018 a revista Radis da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz aponta na matéria “*Nova roupagem, velhos interesses*” análise de pesquisadores da UNICAMP e UFRJ acerca de mais uma investida dos interesses parasitários dos agentes privados sobre o SUS: propostas de estruturação de um novo sistema de saúde, que revela articulações para o desmonte da saúde pública. Tida como uma reatualização de velhos interesses para apropriação de recursos públicos em detrimento dos interesses privados no setor saúde, as análises apontam a referência da proposta ao sistema de saúde vigente no período ditatorial, e evidencia o grave contexto vivido pelo país a partir do Golpe de 2016, que abriu as portas para a articulação de forças pró-mercado, que buscam impor sua visão de saúde para direcionar os rumos da política e aprofundar a mercantilização, sem compromisso com os impactos deletérios de tais proposições para a situação de saúde da população brasileira, que vivência uma realidade de extrema desigualdade social.

necessidades em saúde da população coerente com uma visão de saúde atrelada ao modelo médico assistencial privatista. Este desafio tem se intensificando mediante as estratégias de contrarreforma implementadas paulatinamente desde a institucionalização do nosso sistema de saúde, hegemonizando o modelo biomédico.

Neste sentido, a concepção de saúde que permeia o debate daqueles que estão presentes nessa arena de disputas, que é a busca pela hegemonia entre os projetos sanitários, é preponderante para compreender os limites e as possibilidades na garantia da atenção integral, evidenciando o que estamos apreendendo enquanto demandas, e mais especificamente, a quais necessidades estas atendem.

Neste contexto em que a representação dos novos paradigmas invade as formas de ser e de pensar da sociedade, para consolidar a hegemonia do capital e representar a ideologia da contrarreforma neoliberal, redefinindo correlação de forças e projetos sociopolíticos, as transformações sociais, políticas, econômicas e culturais desencadeadas pela pós-modernidade refletem diretamente nas profissões, através das mudanças operadas no campo teórico, prático-operativo e político-organizativo. (SIMIONATO, 2009).

A contrarreforma na política de saúde tem evidenciado requisições que impõe ao trabalho do Assistente Social um que perfil meramente técnico, voltado para as necessidades sociais do capital, e não coadunam com a direção social hegemônica da categoria, posto que a subordinação das políticas sociais aos planos de austeridade econômica condiciona o desmonte de direitos sociais, que sustentam respostas às expressões da questão social de forma seletiva e fragmentada, limitando as ações ao campo das demandas institucionalmente requisitadas.

Para Vasconcelos (2015), sob a ótica do capital, somos chamados a reproduzir acriticamente mecanismos de controle e dominação para limitar as possibilidades de organização e mobilização da classe trabalhadora.

Em um contexto de agravamento das expressões da questão social e ampliação das contradições do SUS que determinam a inserção dos Assistentes Sociais; sofremos os impactos da ascensão do pensamento conservador, que tende a ampliar requisições pragmáticas e abrir espaços para

a insurgência do conservadorismo persistente da prática profissional, que tem como expressão no campo da saúde, por exemplo, as proposições do Serviço Social clínico¹⁷. (SOARES, 2017)

Entretanto, devemos evidenciar que as demandas e a atuação da profissão são definidas na tensão entre as ações tradicionais e as proposições do SUS, expressando as contradições internas e externas ao sistema de saúde, onde as possibilidades de voltar-se das necessidades imediatas à construção de estratégias para responder as reais necessidades de saúde depende da apropriação teórico- crítica da categoria (COSTA, 2009)

Neste contexto de crise orgânica do capital, o adensamento teórico-crítico no âmbito do Serviço Social coloca a profissão como protagonista intelectual de uma cultura de esquerda, se articulando a sujeitos coletivos que alimentam uma contra hegemonia, onde a dimensão teórica, ideopolítica e intelectual são responsáveis pela socialização de princípios que se traduzem em campo de resistência teórico-político e ideológico as ofensivas do capital e as exigências do mercado, mediante a ampliação do conhecimento crítico sobre a realidade (MOTA, 2016).

Notadamente, não podemos negar a dialética entre pensamento conservador e intenção de ruptura no âmbito da profissão, onde a direção social assumida pelo Projeto Ético Político (PEP) reforça uma cultura política de esquerda no campo de resistência e fortalecimento de uma práxis reflexiva em oposição à práxis reiterativa.¹⁸ Nesta direção, materializar uma práxis contra hegemônica e emancipatória é desvelar as demandas do cotidiano, no sentido de problematiza-las na direção dos reais interesses da classe trabalhadora em sua busca por emancipação, o que requer segurança dos princípios ético-políticos e qualificação teórico-metodológica para favorecer

¹⁷ Em maio de 2018 foi promovido pelo Sindicato dos Assistentes Sociais do RS um seminário com objetivo de debater e defender a prática do Serviço Social Clínico.

¹⁸ A práxis reflexiva carrega potencialidades de elevação do grau de consciência dos sujeitos, posto que exige unidade entre reflexão-ação, enquanto a práxis reiterativa se apresenta como pensamento débil que não produz uma nova realidade; não abre possibilidade de identificação das novas necessidades presentes no real e que são demandas potenciais ao AS; favorece a burocracia, o formalismo, o instrumental; É o modelo de práxis requisitada pelo capital busca interditar a consciência da práxis e impor barreiras à práxis revolucionária. (VASCONCELOS, 2015)

escolhas conscientes, posto que, toda luta possui exigência teórica de conhecimento sobre a realidade.

Neste quadro em que as lutas sociais em torno da concepção de saúde e das propostas de práticas para dar conta do paradigma sanitário refletem os projetos societários em disputa na sociedade, ao Assistente Social que tem como horizonte a efetivação do PEP, fica evidente a necessidade de assumir o seu papel e dar a sua contribuição na luta daqueles que defendem uma concepção de saúde contra hegemônica, emancipatória.

Muito embora a perspectiva ideopolítica da Determinação Social da Saúde não tenha tido relevo no debate profissional, notadamente pela ausência de sintonia com os debates do MRSB à época de sua emergência, em face do processo de Reconceituação¹⁹ vivenciado pela categoria (que se deu de forma paralela), a convergência entre a direção social hegemônica do Serviço Social e a perspectiva de saúde defendida pelo MRSB versa sobre os fundamentos teórico-políticos que alicerçaram o Movimento de Reconceituação da profissão e embasam o Código de Ética Profissional, conforme apontam Bravo; Matos (2009).

Evidenciando o legado político e intelectual assumido pela profissão enquanto intelectual orgânico da classe trabalhadora, afirmamos que está presente na realidade o potencial para fortalecer objetivos que se pautam em uma direção social crítica que se soma a uma contra hegemonia no campo da saúde, para tensionar os interesses do capital e fortalecer os interesses daqueles que almejam uma sociedade emancipada, o que exige, em detrimento da racionalidade instrumental que nos requisita o projeto do capital, o adensamento do referencial teórico crítico e fortalecimento da razão dialética no âmbito da profissão.

¹⁹ A incorporação de matrizes teórico-críticas colocou à profissão um novo perfil para responder as demandas da sociedade, ampliando as dimensões ética e política da intervenção profissional. Como eixos estruturantes o projeto profissional crítico destaca a liberdade, entendida como possibilidade de escolha, resultando em um compromisso com a autonomia e expansão dos indivíduos sociais, vinculado a um projeto societário sem dominação e exploração, na defesa dos direitos humanos, defendendo o pluralismo na sociedade e na profissão, mediante um posicionamento político voltado para os interesses da classe trabalhadora (NETTO, 1999).

Portanto, pensar a atuação do Serviço Social na política de saúde, mediante o adensamento da teoria social crítica que se evidencia na direção social hegemônica do PEP, requer problematizar a incorporação da perspectiva da Determinação Social no debate profissional a partir das contribuições que, mediante a apropriação da teoria social crítica, podemos dar na construção de estratégias coerentes com a direção emancipatória e fortalecimento do MRSB, em um esforço teórico e político da profissão para romper com as requisições tradicionalmente impostas a categoria no âmbito do modelo biomédico hegemônico, que versam sobre uma compreensão fragmentada acerca da questão social, o que requisita que as demandas sejam apreendidas em sua essência, ampliando as possibilidades de atuação profissional.

4 CONCLUSÃO

No atual contexto do SUS, os resultados da implementação de uma agenda reformadora, que nega o direito humano fundamental à saúde, e atinge frontalmente os princípios da integralidade e universalidade, reflete em embates ideopolíticos na conformação dos modelos de atenção à saúde, na configuração de demandas, e na satisfação das necessidades sociais dos usuários que vivenciam os rebatimentos do agravamento das diversas expressões da questão social, nas formas de intervenção do Estado frente à necessidade de garantia dos direitos da população usuária, e consequentemente no trabalho do/a Assistente Social.

A trajetória histórica da categoria, e os avanços obtidos no âmbito da vertente de intenção de ruptura, que embasam a direção social assumida pela profissão e vem reafirmando a defesa do PEP vinculado aos interesses da classe trabalhadora nos vincula ao campo da resistência para fortalecimento do projeto societário de democracia de massas, perspectiva também presente e necessariamente articulada ao MRSB, ancorado na dimensão ideopolítica da Determinação Social da Saúde, o que impõe enquanto exigência teórico-prática à categoria a construção de estratégias de tensionamento ao modelo sanitário e societário hegemônicos.

Ao considerarmos que o debate teórico da profissão é mediação para sua prática (VASCONCELOS, 2009), deixamos um terreno fértil para práticas reiterativas quando limitamos nosso trabalho ao imediatismo do cotidiano, e tomamos o acesso aos direitos como o objetivo de nossas ações, sem problematizar os limites da emancipação política na democracia formal burguesa, absorvendo concepções que se reivindicam progressistas, mas que de fato não transcendem os limites da social-democracia.

Para uma profissão de cunho interventivo, que atua diretamente nos rebatimentos das expressões da questão social sobre a vida dos sujeitos, reafirmar a hegemonia de um projeto profissional que se vincula a um projeto societário emancipador, em um contexto de avanço do pensamento conservador sobre as diversas esferas da vida social, requer enfrentamentos cotidianos neste cenário de aprofundamento da lógica privatista na política de saúde, onde se impõe a defesa de uma perspectiva emancipatória de saúde que, fundamentada na ontologia do ser social, não coaduna com perspectivas aparentemente progressistas que objetivam ocultar o horizonte da razão ontológica e a defesa da emancipação humana.

É neste sentido que defendemos o aprofundamento de uma cultura política na profissão assentada nas teses clássicas do MRSB da década de 1980, onde tem sido referência para a categoria a direção sociopolítica assumida pela Frente nacional Conta a Privatização da Saúde (FNCPS).

As possibilidades de contribuição da categoria para tensionar os interesses do capital e defender a construção de uma sociedade emancipada esta diretamente relacionada ao exercício ancorado na práxis emancipatória, que evidencia o adensamento do referencial da razão ontológica e o lugar do Serviço Social enquanto intelectual orgânico da classe trabalhadora, vislumbrando práticas que convergem do conhecimento à ação política em defesa de tais princípios.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, P. **Balanco do Neoliberalismo**. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (Orgs.). Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995, p. 9-23.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade no Mundo do Trabalho. São Paulo: Cortez, 1995.

BEHRING, E. R.; SANTOS, S. M. M.; Questão Social e Direitos. In: CFESS; ABEPSS (Orgs.). **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília, 2009. p. 267-283.

_____; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. 3. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório 8ª. Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: MS, março de 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2018.

BRAVO, M. I. S. **Política de Saúde no Brasil**. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p 88-110.

_____; MATOS, M. C. **Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária**: Elementos ao debate. In MOTA, A. E. et al. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p. 197-217.

BREILH, J. **Epidemiologia crítica**: ciência emancipadora e intelectualidade. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

BUSS, P. M.; FILHO, A.P. **A saúde e seus determinantes sociais**. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17 (1): 77-93, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para atuação do assistente social na política de saúde**. Brasília: CFESS, 2010

CORREIA. M. V. C.; MEDEIROS, S. M. A. As bases da Promoção da Saúde nas Conferências Internacionais e a Reforma Sanitária brasileira: Concepção do processo saúde e doença em questão. In: VASCONCELOS, K. E. L.; COSTA, M.D.C. (ORGS). **Para uma crítica da promoção da saúde: Contradições e potencialidades no contexto do SUS**. São Paulo: Hucitec, 2014. p.111-158.

COSTA. M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p. 304-351

HELLER, A. **Teoría de las necesidades en Marx**. Barcelona: Península, 1978.

LIMA, J.C.S. O Bando Mundial, a Organização Mundial da Saúde e o “novo universalismo” ou a “cobertura universal de saúde”. In: PEREIRA, João Márcio

Mendes; PRONKO, Marcela (Orgs.). **A demolição de direitos**: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013). Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2015. p. 233-253.

MOREIRA, M. C. **Determinação social da saúde**: fundamento teórico-conceitual da reforma sanitária brasileira. Porto Alegre, 2013. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

PUC/RS. 144f.

MOTA, A. E. Serviço Social Brasileiro: insurgência intelectual e legado político. In: SILVA, M.L. O. (Org.) **Serviço Social no Brasil**: História de resistências e de ruptura com o conservadorismo. São Paulo: Cortez, 2016.

NETTO, J. P. **A construção do projeto ético-político do Serviço Social frente à crise contemporânea**. Capacitação em Serviço Social e política social. Módulo I: Crise contemporânea, Questão Social e Serviço Social. Brasília: Cead, 1999.

RIZZOTO, M. L. F. O Banco Mundial e o sistema nacional de saúde no Brasil. In: PEREIRA, João Márcio Mendes; PRONKO, Marcela (Orgs.). **A demolição de direitos**: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013). Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2015. p.255--274.

SILVA, A. X. A contrarreforma na política de saúde e a função dos intelectuais coletivos. In: _____; NÓBREGA, M. B.; MATIAS, T. S. C. (Orgs.) **Contrarreforma, intelectuais e serviço social**: as inflexões na política de saúde. Campina Grande: EDUEPB, 2017. p. 23-51

SIMIONATTO, I. As expressões ideoculturais da crise capitalista na atualidade e sua influência teórico política. In: CFESS (Org.). **Serviço Social**: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília, 2009. 18 p.

SOARES, R. C. Tendências da contrarreforma na Política de Saúde e o Serviço Social: privatização e superprecarização. In: SILVA, A. X.; NÓBREGA, M. B.; MATIAS, T. S. C. (Orgs.) **Contrarreforma, intelectuais e serviço social**: as inflexões na política de saúde. Campina Grande: EDUEPB, 2017. p. 119-133

STEVANIM, L. F. Nova Roupage, velhos interesses. **Revista Radis**, n. 189, maio 2018. Disponível em:
<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis188_web_0.pdf>
Acesso em: 01 jul. 2018.

VASCONCELOS, A. M. **A/O Assistente Social na luta de classes**: Projeto Profissional e Mediações Teórico-Práticas. São Paulo: Cortez, 2015.

_____. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p. 242-272.

VASCONCELOS, K. E. L. **Promoção da saúde e serviço social: uma análise do debate profissional**. 2013. 374 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013.

_____.; SHCHMALLER, V.P.V. Promoção da saúde: polissemias conceituais e ideopolíticas. In: VASCONCELOS, K.E.L.; COSTA, M.D.C.(Orgs.). **Para uma crítica da promoção da saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS**. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 47-110.