



4º Encontro Internacional de Política Social
11º Encontro Nacional de Política Social
Tema: Mobilidade do capital e barreiras às migrações:
desafios à Política Social
Vitória (ES, Brasil), 6 a 9 de junho de 2016

Eixo: Mundo do trabalho.

TRABALHO E ORGANIZAÇÕES SOCIAIS:
REFLEXÕES SOBRE A SAÚDE NO RIO DE JANEIRO

Marcelo Augusto do Nascimento Muniz¹

Resumo

O debate sobre a política de saúde tem se conformado como uma das questões mais discutidas no âmbito da questão social no Brasil. Neste contexto, a saúde está atrelada às configurações das relações sociais na sociedade. No estado do Rio de Janeiro, o loteamento das urgências e emergências hospitalares, em sua grande maioria, sob gestão das Organizações Sociais, revela a lógica de subordinação da saúde às relações sociais estabelecidas pelo capitalismo, suscitando contradições entre público e privado, que colocam em xeque a linguagem pública inerente aos direitos sociais em nome dos ideais mercantilistas.

Palavras-chave: Saúde. Organizações sociais. Trabalho.

LABOUR AND SOCIAL ORGANIZATIONS:
REFLECTIONS ON HEALTH IN RIO DE JANEIRO

Abstract

The debate on health policy has been shaped as one of the most discussed issues in the social question in Brazil. In this context, health is linked to the settings of the social relations in society. In the state of Rio de Janeiro, the allotment of emergency and hospital emergencies, mostly under the management of social organizations, reveals the health subordination of logic to the social relations of capitalism, raising contradictions between public and private, who put in Sheikh public language inherent to social rights on behalf of mercantilist ideals.

Keywords: Cheers. Social organizations. Job.

1 – Introdução

A compreensão do dinâmico processo de transformação que atravessa a saúde pública, nos remete a uma releitura histórica sobre o tema, em busca por respostas e soluções possíveis. Deste modo, é necessário compreender que as reflexões em torno das configurações da política de saúde no cenário nacional sempre se conformaram historicamente como uma das questões mais discutidas no âmbito da questão social no Brasil, na medida em que representam um dos pilares para a consolidação da cidadania e da democracia, sendo, portanto, permeadas por tensões políticas e interesses de classes

¹ Assistente Social. Graduado em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Especialização em Psicopedagogia Clínica e Institucional pelas Faculdades Integradas Simonsen e Mestrando em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC - RJ).

antagônicas. Assim, compreendemos o dinâmico processo de transformação da saúde e suas consequentes fragilidades e contradições, como expressões e objetivações da questão social, que definem e explicam as determinações prioritárias do capital sobre o trabalho, imprimindo uma lógica peculiar de organização da sociedade e dos sistemas de proteção social.

A participação de entes privados na constituição de serviços e políticas públicas não representa um debate exclusivamente contemporâneo. Ao contrário, a relação público e privado é histórica e contraditória, sendo palco de intensas lutas e disputas entre as classes sociais antagônicas. Na saúde, o caráter contributivo, desde a criação das primeiras Caixas de Aposentadorias e Pensões, sempre norteou a consolidação da política nacional, conferindo traços marcantes e hiatos profundos entre a saúde pública e as demais formas de organização dos serviços de saúde. Neste sentido, o debate sobre o público e o privado na atenção à saúde na atualidade congrega características históricas a traços de modernidade, tendo as Fundações Estatais de direito privado e as Organizações Sociais como expoentes do “novo” modo de pensar a gestão da saúde no país.

O debate específico sobre o modelo de gestão das Organizações Sociais na saúde nos remete a análises sobre os projetos políticos e ideológicos em disputa ao longo do movimento histórico de nossa sociedade. Muito além de representar uma discussão entre público e privado, as reflexões pertinentes à lógica de gestão proposta pelas Organizações Sociais refletem como um prisma sobre questões fundamentais para a consolidação da cidadania. Estamos nos referindo a conceitos e categorias analíticas que revelam as múltiplas expressões da questão social no Brasil. Deste modo, podemos afirmar que a reflexão, análise e desvendamento das contradições presentes no “novo” modelo de gestão da saúde pública no Rio de Janeiro, suscitam indagações sobre questões relativas aos direitos sociais, integralidade das ações, acesso aos serviços de saúde, controle e participação social e relações de trabalho, demonstrando as múltiplas conexões entre o debate da política de saúde na contemporaneidade e as transformações históricas e sociais que atravessam a sociedade.

2 - Saúde e Organizações Sociais: o “novo” modelo de gestão da saúde

As Organizações Sociais surgem no país ao longo dos anos de 1990 no contexto da Reforma do Estado, durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, sendo formalmente constituída pela Medida Provisória nº 1.591/1997 e caracterizada em 1998 pela Lei nº 9.637, que dispôs sobre a qualificação de entidades privadas como organizações sociais. O Modelo de gestão pública, por intermédio das Organizações Sociais, representaria, no processo de Reforma do Estado, a possibilidade de constituição de um Estado gerencial e enxuto, que delega a outras entidades suas funções produtivas e de prestação de serviços. O ressurgimento do velho discurso do Estado falido em suas funções, com poucos recursos e da crise fiscal e conseqüentemente, da incapacidade de investimentos adequados, representaria a justificativa para a necessidade de participação das Organizações Sociais nas políticas públicas. A proposta se constituiria em repassar para administração do sistema privado a gestão de equipamentos e serviços de saúde. Assim, o Estado estaria desobrigado de garantir e efetivar, diretamente, o direito fundamental à saúde, no que se refere à assistência integral, administração de recursos e funcionamento da rede de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). O modelo de gestão proposto pelas Organizações Sociais na saúde e legitimado pelo poder público, traz novamente ao cenário político a lógica privatizante do capitalismo, fortalecendo os imperativos do capital no interior da política de saúde.

O Estado assume, portanto, novos contornos ao implementar políticas de desregulamentação, privatização e terceirização dos serviços públicos, fortalecendo e consolidando políticas sociais de caráter focalista e transformando tudo em mercadoria, inclusive as políticas de proteção social, entre as quais está a saúde. Neste contexto, os modelos empresariais de administração se consolidam como perspectiva de gestão ideal e coerente para conduzir as políticas públicas, dentro de uma lógica mercantil e tendo o capital como lócus privilegiado. O Plano Diretor da Reforma do Estado de 1995, no bojo desta conjuntura, propõe a consolidação de um Estado mais flexível, com ênfase no controle dos resultados. A perspectiva seria implantar e promover o processo de descentralização e terceirização, sob diferentes possibilidades: Contratos de Gestão, Organizações Sociais (1998), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (1999), Organizações Não-Governamentais e Fundações Estatais de Direito Privado (2007).

Neste sentido, as Organizações Sociais representariam um “novo” modelo de gestão pública, revestido por uma faceta “popular”, que estaria em consonância com os princípios do SUS, embora sua proposta seja clara no sentido de defini-las como entidades de direito “privado”. Tal fenômeno, cujos marcos legais surgem ao longo dos anos de 1990, combina a perspectiva de uma gestão empresarial enxuta e desburocratizada com o discurso fatalista em torno de uma administração estatal incapaz de garantir e gerir investimentos adequados às políticas públicas. Neste sentido, observa-se um plano de gestão flexível e autônomo, com ênfase no aumento de desempenho e geração de resultados, sempre sob a ótica capitalista mercantil, que visa racionalizar os gastos e otimizar os recursos. O intuito consiste em introduzir representantes do capital nas unidades e serviços públicos e criar mecanismos para reprodução da mais-valia no interior da máquina pública, em um evidente movimento de refluxo do Estado no que se refere a sua função protetora. Propõe-se uma lógica de organização e administração baseada no consenso, sem luta e de aceitação da ordem vigente, ou seja, uma participação passiva de indivíduos, que progressivamente perdem sua capacidade de representação coletiva.

[...] é por via dessa destituição e dessa erosão, dos direitos e das esferas de representação, que se ergue esse consenso que parece hoje quase inabalável, de que o mercado é o único e exclusivo princípio estruturador da sociedade e da política, que diante de seus imperativos não há nada a fazer a não ser a administração técnica de suas exigências, que a sociedade deve a ele se ajustar e que os indivíduos, agora desvencilhados das proteções tutelares dos direitos, podem finalmente provar suas energias e capacidades empreendedoras. (TELLES, 1996, p.8).

Nesta perspectiva, não seria exagero afirmar que a ideologia de cunho neoliberal conferiu contornos próprios à política de saúde brasileira e de Estados como o Rio de Janeiro, determinando suas características centrais, marcadas por ações compensatórias, seletivas, destinadas a oferecer respostas a situações-limite e voltadas aos mais pobres ou incapazes de competir no mercado. Em outros termos, observamos a cruel subordinação do social aos ditames econômicos, que por sua vez, influenciaram na constituição de sistemas de proteção social, tornando-os despolitizados, despublicizados, focalizados e em muitos casos, refilantropizados.

As “reformas” que se impuseram no âmbito do Estado e em suas instituições tiveram efeitos solidamente regressivos, suprimindo ou mutilando direitos sociais antes consagrados. Uma larga bibliografia atesta, de forma indelével, o desastre social ocasionado pelos “ajustes estruturais” monitorados pelo Fundo Monetário Internacional e patrocinados pelo Banco Mundial. (NETTO, 2007, p. 150-151).

Evidentemente, esse contexto impõe à política de saúde e à Seguridade Social como um todo, complexos paradoxos sociais tensionados por projetos societários antagônicos, em um dinâmico e incessante processo de lutas de classes e disputas ideológicas. De um lado, observamos as garantias constitucionais, resultante das conquistas da classe trabalhadora, tendo como principal marco legal a Constituição de 1988 e o conjunto de direitos sociais instaurados pela Carta Magna. De outro lado, concentram-se as configurações da ordem capitalista internacional e seu caráter regressivo e conservador, que se configura como uma imponente ameaça aos direitos sociais conquistados e ao status de cidadania possível.

No âmbito da saúde, atualmente o desmonte da política pública perpassa pela evidente redução dos investimentos públicos e conseqüentemente, pela deterioração e fragmentação dos serviços oferecidos, o que torna a política incipiente e residual, incapaz de proteger e promover saúde, uma vez que está atrelada à lógica dos “mínimos sociais” e, portanto, ainda se constitui a partir de uma lógica curativista que atua para o tratamento das demandas emergenciais e imediatas. O modelo de gestão proposto pelas Organizações Sociais na saúde e legitimado pelo poder público, fortalece no cenário político a lógica privatizante do capitalismo, consolidando os imperativos do capital no interior da política de saúde. A grande consequência dessa “nova” forma de pensar e conduzir os serviços de saúde está atrelada ao agravamento e expansão das expressões da questão social e a ruptura com o processo democrático do país, com reflexos sobre a qualidade da atenção à saúde e toda gama de direitos sociais conquistados.

Entre as principais considerações sobre o modelo de gestão das Organizações Sociais, destacamos as observações de autores como BRAVO (2011), que apontam a desconstrução do modelo de atendimento na saúde como um sistema integrado de apoio e continuidade da atenção, caracterizado pelo loteamento de suas unidades e a ruptura da proposta de rede de serviços organizada e hierarquizada. Neste modelo também chama atenção, a inexistência de mecanismos de controle social, em contraposição às prerrogativas apontadas pelo SUS, com o esvaziamento do debate político, que propõe a

substituição de fóruns legítimos de deliberação por “rodas de conversa”. Nesta perspectiva, observamos o contrassenso entre o público e o privado, marcado pelo predomínio da lógica mercantil em detrimento das reais necessidades de saúde da população. E por fim, o novo modelo de gestão de recursos humanos com a proposta de extinção do quadro funcional de estatutários, o que interfere diretamente na qualidade dos serviços oferecidos, fragilizando os espaços de negociação e lutas políticas da classe trabalhadora.

Esta conjuntura revela que o silencioso avanço da gestão das Organizações Sociais sobre os serviços de saúde no Rio de Janeiro representa um complexo processo de reordenamento da saúde, que atravessa e interfere diretamente sobre as relações sociais como um todo, com rebatimentos sobre a construção e consolidação da política de saúde. Um olhar crítico e reflexivo sobre este universo, representaria um conjunto infinito de possibilidades de investigação, que uma pesquisa não seria capaz de esgotar. Neste sentido, o trabalho e todas as relações estabelecidas em seu interior, foram utilizados como categoria analítica facilitadora para a compreensão e desvendamento desta realidade social. Trabalho, aqui compreendido, tal como aponta os estudos de Marx e Engels, como atividade fundamental, onde o homem se desenvolve e funda as condições de sua existência material e espiritual. Compreendemos, portanto, o trabalho como categoria central ainda nos dias atuais e, inclusive, no interior do conflituoso processo de formação e construção das relações estabelecidas no contexto da saúde. Em outras palavras, compreendemos que o trabalho e as luzes que se refletem a partir dele como um prisma, constitui o elemento central, capaz de suscitar reflexões e análises que iluminarão a obscura perspectiva de gestão das Organizações Sociais, revelando seus limites para além das relações trabalhistas, com severos impactos sobre a política pública de saúde como um todo e conseqüentemente, sobre a saúde enquanto direito de cidadania, de caráter universal e igualitário.

3 – Organizações Sociais e Trabalho: desafios contemporâneos

Nossa breve iniciativa teórica e investigativa sobre a realidade social nos revelou um complexo emaranhado de relações sociais contraditórias, resultantes de projetos societários antagônicos, que permanecem historicamente em disputa, e por isso,

determinam rumos à política de saúde. O modelo de gestão da saúde proposto pelas Organizações Sociais reflete exatamente a correlação de forças que hoje permeia a lógica de organização da saúde e seus serviços estruturantes, consolidando-se como modelo de administração que representa o corolário capitalista, em detrimento dos ideais de universalização e equidade propostos pela Reforma Sanitária. Os rebatimentos sobre o Sistema Único de Saúde e toda sua base ideológica são notórios, não restando dúvidas quanto ao processo de transformação imposto à política de saúde. O silencioso desmonte das estruturas fundantes da saúde pública, defendida pelos movimentos democráticos das últimas décadas do século anterior, expõem fraturas e mazelas que hoje ameaçam a consolidação da saúde enquanto direito de cidadania. Uma pesquisa mais aprofundada sobre o tema poderia trazer à mesa de debate inúmeras reflexões, revelando diferentes fragilidades da perspectiva de gestão da coisa pública e, deste modo, suscitando uma leitura ampliada, crítica e propositiva sobre essa questão.

Conforme já assinalado anteriormente, o modelo de gestão da saúde proposto pelas Organizações Sociais, hoje hegemônico no Estado do Rio de Janeiro, impõe à política e aos serviços de saúde características peculiares, que analisadas criteriosamente, revelam antigas e novas contradições, emblemáticas na trajetória histórica da política pública de saúde do país. Estamos nos referindo a um contexto social próprio, onde observamos a desconstrução da perspectiva de atendimento integrado, com acesso universal e igualitário, com enfraquecimento dos mecanismos de controle social e fragilização das relações de trabalho, subjugados pelo predomínio da lógica mercantil em detrimento das necessidades humanas de saúde. Trata-se do contrassenso entre o público e o privado, ou em outras palavras, da administração privada da coisa pública.

Dentro desse imenso cenário de profundas contradições, o trabalho é aqui compreendido como categoria analítica central ainda nos dias atuais. Tal como apontam os estudos de Marx e Engels, compreendemos que o trabalho funda as condições de existência material e espiritual do homem. Nesta perspectiva, reconhecemos que o trabalho alienado, sustentado pela ordem capitalista, está presente em diferentes estágios, entre os quais está o trabalho coletivo na saúde.

Marx, no percurso dos seus estudos sobre o capitalismo, observou que há também trabalho, alienado por certo, que não gera um novo produto, mas que

se constitui em trabalho, uma vez que gera mais-valia (que é o lucro gerado para o capitalista que tem sua origem na apropriação do valor gerado pela força de trabalho do trabalhador). (MATOS, 2013, p. 20).

É por intermédio do trabalho e das relações estabelecidas através dele, que não necessariamente são resultantes de sua vontade própria, que o homem se desenvolve, alterando a natureza e a sociedade, e transformando a si próprio. O modo de produção da vida material determina o processo geral e a constituição da vida social, em uma perspectiva ontológica. E o trabalho alienado é a essência da produção da riqueza, e consequentemente, do capitalismo e do próprio homem. O trabalho, portanto, transforma não apenas a matéria ou o objeto, mas o sujeito, que ao estabelecer mediações, descobre novas qualidades e capacidades, expressando seu caráter teleológico.

No entanto, a complexificação do trabalho ao longo da história faz com que o trabalhador tenha cada vez mais dificuldades de reconhecer o produto final de sua ação, que passa a ser concebido como algo estranho e autônomo ao trabalhador. Esse trabalho estranhado representa a expropriação da capacidade do homem de se identificar como sujeito genérico, configurando-se como a essência subjetiva da propriedade privada e da alienação do capitalismo.

Sem ter a pretensão de reproduzir neste ponto as principais reflexões de Marx sobre o trabalho, o que seria impossível em uma única jornada, chamamos a atenção para as análises preliminares sobre o trabalho coletivo e para as reflexões sobre o trabalho produtivo e improdutivo. É necessário compreender que a complexificação do modo de produção capitalista conduziu à constatação que o trabalho não é mais executado por um único trabalhador e sim, por um conjunto de trabalhadores, cada vez mais alijados do processo de transformação da matéria e das etapas do seu trabalho. Não se trata apenas de uma realidade exclusiva dos setores ditos produtivos. A emersão do chamado setor de serviços também representa um cenário de estranhamento do homem sobre si mesmo e sobre o produto de seu trabalho, que não se materializa em uma mercadoria ou valor de troca, mas em valor de uso.

[...] o trabalho nos dias atuais ganhou uma nova configuração, como uma “resposta” à crise do capital na década de 1970 do século passado. Além do operariado urbano e do trabalhador rural e de serviços, a partir dos anos 1970 surge a massa de trabalhadores terceirizados, subcontratados, sem contratos, com exercício temporário etc. (MATOS, 2013, p. 37).

Neste contexto, se inserem os serviços de saúde e seus profissionais, em torno de um trabalho coletivo, permeado por tensões e traços peculiares, próprios da política de saúde e atravessados pela constituição do trabalho na sociedade capitalista neoliberal. Sua trajetória histórica, pautada no modelo médico-assistencial privatista, cuja saúde é entendida como ausência de enfermidade, é a herança mais perversa dos tempos atuais. Os movimentos sociais das décadas de 70 e 80, em torno dos ideais democráticos da Reforma Sanitária, lograram grandes conquistas, que culminaram em marcos legais sem precedentes. Tais conquistas permitiram o avanço de uma perspectiva ampliada de saúde, que a elevou ao status de direito de cidadania, com acesso universal e igualitário, sendo um instrumento para a garantia e efetivação da equidade e justiça social. No entanto, tais avanços logo esbarraram com a ofensiva de cunho neoliberal, que política e culturalmente, se configurou como obstáculo à consolidação dos ideais da Reforma Sanitária já no início dos anos 90, permanecendo e se agravando ainda nos dias atuais.

Na atualidade, o modelo de gestão da saúde no Rio de Janeiro, cujos serviços públicos, em quase sua totalidade, estão sob administração das Organizações Sociais, impõe traços singulares ao conjunto de trabalhadores dos serviços de saúde. O discurso de modernidade e gestão eficiente dos recursos humanos camufla um conjunto de perdas de direitos sociais e trabalhistas, fragilizando os espaços de negociação e diálogo, que se reflete na queda da qualidade dos serviços prestados, fragmentando o próprio direito à saúde. Princípios e direitos fundamentais são negados em nome de uma lógica perversa de loteamento dos serviços de urgências hospitalares. As UPAs, hoje completamente entregues à iniciativa privada, têm suas estruturas fundadas e entregues a uma administração gerenciada, obedecendo aos ditames e interesses privados e mercantis, que subordinam a concepção e organização da política de saúde. Sua organização territorial e disposição em lotes fragmentam ainda mais as ações em saúde, dificultando a pactuação e a formação de redes hierarquizadas e organizadas de serviços e ações.

Não obstante, este cenário esconde a ampliação da jornada de trabalho, a fragmentação das relações sociais, o desvio de função dos profissionais, o assédio moral e um conjunto de outras contradições que colocam os profissionais de saúde na condição de precarizados, temerosos e ameaçados pelo fantasma do desemprego. Tais

profissionais, cujo o ímpeto combativo se reduz diante da necessidade de manutenção de seus frágeis empregos para sobreviver, são obrigados a atuar em contextos também precarizados, com poucos recursos, desenvolvendo ações imediatistas e pontuais, a partir das urgências definidas pela lógica mercantil. Nesta perspectiva, os profissionais são coagidos a responderem aos critérios de qualidade estabelecidos pelas Organizações Sociais. Tais critérios são estabelecidos pela lógica do mercado e privilegiam os resultados quantitativos em detrimento da qualidade dos serviços prestados e da saúde enquanto direito. Diante de números pouco expressivos – na ótica capitalista de avaliar os resultados do trabalho dos profissionais de saúde – gerados por algumas categorias profissionais, são comuns os movimentos em torno do enxugamento do quadro de trabalhadores, fortalecendo o desemprego crescente e o processo de acumulação de atribuições e funções entre aqueles que sobrevivem ao fantasma do desemprego que assombra as relações sociais estabelecidas neste contexto.

Os trabalhadores são obrigados a multiplicarem suas funções e competências, em nome dos chamados **5S**³ – senso de utilização, ordenação, limpeza, saúde e autodisciplina – que transfere para a saúde ideais empresariais japoneses de controle de qualidade total. Médicos são recrutados a reduzir o tempo de internação, aumentar o número de cirurgias e diminuir o tempo de atendimentos ambulatoriais, tudo sem critério algum de qualidade. Enfermeiros lidam com a escassez de recursos materiais, estruturais e de equipamentos, além de se constituírem como responsáveis por triar a urgência da urgência, classificando os sujeitos, usuários dos serviços públicos de saúde, como cores e não mais pessoas com uma história de vida. Assistentes sociais formam o exército auxiliar responsável pela rápida desocupação de leitos, oferecendo a porta de saída, nem sempre a melhor alternativa, como solução institucional e não mais em prol dos usuários ou sujeito de direitos. Revivem, deste modo, velhas questões institucionais, como a comunicação de óbito e as transferências hospitalares de pacientes, agregadas a novas contradições, como o controle de entrada e saída de ambulâncias, arrecadação de pertences (serviço de achados e perdidos), serviço de ouvidoria, entre outros. Seu

³ “5S” é o nome de um método, um filosofia de administração japonesa e se refere a inicial de cinco palavras: SEIRI; SEITON; SEISO; SEIKETSU; SHITSUKE. A filosofia dos 5S visa promover, através da consciência e responsabilidade de todos, disciplina, segurança e produtividade no ambiente de trabalho. Um código de princípios morais não escritos, mas que foram passados de geração para geração e incorporados à cultura japonesa e que se resumem em disciplina e harmonia.

trabalho que deveria primar pela qualidade, hoje é dimensionado pelo número de atendimentos feitos ou fichas de admissão preenchidas.

O risco do desemprego agrava ainda mais esse cenário, provocando o silenciamento de grandes pautas, o refluxo de lutas populares, o apassivamento e uma espécie de integração subalterna ativa dos trabalhadores. Os trabalhadores, por sinal, deixam de ser reconhecidos como tais e se tornam colaboradores no interior das relações sociais estabelecidas neste contexto. O processo de subcontratação se expande na medida em que empresas terceirizadas são contratadas para prestar serviços e ceder profissionais às Organizações Sociais, que já se configuram como serviços terceirizados. Ocorre, deste modo, a terceirização da terceirização e com isso os trabalhadores, ou melhor, os colaboradores ficam cada vez mais alijados do processo de construção e consolidação dos serviços de saúde, estando alheios aos resultados obtidos a partir da conformação do seu trabalho. As equipes não se sentem parte da unidade e, tão pouco, elemento integrante do processo de construção da saúde pública e seus desdobramentos sobre a qualidade de vida da população usuária dos serviços e conseqüentemente, sobre o histórico direito de cidadania, da qual a saúde é elemento intrínseco.

Trata-se de uma espiral onde se expandem os interesses privatizantes, que acena para uma falsa concepção de eficácia mercantil, cuja lógica da empresa privada promove uma verdadeira privatização desigualitária que reduz a vida humana a mera engrenagem para produção de lucros. A consequência mais clara e evidente deste complexo processo de administração privada da coisa pública está associada ao aprofundamento das expressões da questão social e a ruptura com os movimentos e o processo democrático do país, que reflete sobre as relações de trabalho e interfere negativamente sobre a qualidade da atenção à saúde.

4 – Considerações Finais

Ao longo desta breve jornada, observamos a conformação da política de proteção social orquestrada no interior de uma conjuntura política, econômica e social contraditória, fortemente marcada por projetos societários antagônicos. A seguridade social, dotada de objetivos de universalização da cobertura e de atendimento,

uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços, caráter democrático e descentralização da administração, passa a se confrontar com uma direção privatizadora e focalizadora das políticas de proteção social, retração dos investimentos públicos e a subordinação das políticas sociais às políticas de ajuste econômico, determinada pela ofensiva de cunho neoliberal.

Neste sentido, observamos que os modelos de proteção social, e todas as conquistas sociais inerentes a eles, vêm sendo colocados em xeque pelo ideário capitalista contemporâneo, suscitando e aprofundando tensões, antinomias e contradições, presentes ao longo da história do país. Trata-se, portanto, da dicotomia entre a igualdade prevista na ordem legal e universo público da cidadania e os imperativos de eficácia da economia e a lógica devastadora do mercado, que permeou o processo de construção, desconstrução e reconstrução das políticas públicas que formam o tripé da Seguridade Social no Brasil, dadas as suas particularidades.

Em linhas gerais, podemos afirmar que os imperativos do neoliberalismo desenham contornos próprios aos sistemas de proteção social, consolidando uma perspectiva coercitiva e fatalista, que determinam critérios de elegibilidade e padrões mínimos de atendimento às demandas sociais, a partir da compreensão que subjuga a sociedade a lógica internacional de mercado quase inescapável, que ajusta e regula a política de proteção social em escala global. O mercado então, passa a ser identificado como o único e exclusivo estruturador da sociedade e de suas políticas, obscurecendo horizontes de possibilidades outras e assim, impondo barreiras quase intransponíveis aos princípios de responsabilidade pública e social do Estado frente aos direitos sociais até aqui conquistados.

O intuito da “nova” ordem societária é despolitizar a questão social, promovendo processos alienantes de precarização, mercantilização e subordinação do público ao privado. A perspectiva é transformar a política de saúde em uma mercadoria disponível no mercado dos planos privados, a previdência em uma modalidade dos seguros sociais e assistência social como política focal e estruturadora, transformando o cidadão, até aqui dotado de direitos sociais, em mero consumidor, ou ainda, colocando-o abaixo da linha da pobreza, onde é identificado como cidadão miserável. É neste contexto de privatização e mercantilização, apresentado como inevitável e inexorável, que se insere a política de saúde.

A compreensão desta conjuntura e o desvelamento de suas singularidades é o desafio que se coloca neste cenário ainda nebuloso e desconhecido. Dar cores, formas e som ao debate escamoteado e silencioso é a tarefa que se impõe. Buscar novas possibilidades e horizontes no interior de uma perspectiva de sociedade em que não há alternativas, torna-se fundamental para a transformação de uma sociedade que se deseja mais justa e igualitária. Trata-se da busca incessante pela dimensão transgressora dos direitos, nos termos de TELLES (1996), que ampliam nossas referências e tornam possíveis coisas que antes não existiam. Por hora, o possível parece ser a ruptura com a ordem capitalista contemporânea e a consolidação de uma nova ordem societária pautada nos ideais cidadãos de universalidade, equidade, igualdade e justiça social.

Referências

BEHRING, E. R. **Fundamentos da Política Social, Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. Rio de Janeiro, 2000.

BOBBIO, N. **Estado, governo e sociedade: para uma teoria geral da política**. São Paulo, Paz e terra, 1997.

BOSCHETTI, I (Org). **Política Social no capitalismo: tendências contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2008.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

_____. Frente nacional contra a privatização e sua luta em defesa da saúde pública estatal. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 105, jan./mar. 2011.

_____. **Saúde e Serviço Social no capitalismo: fundamentos sóciohistóricos**. São Paulo: Cortez, 2013.

BRAVO, M. I. S., *et al.* (Orgs). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

BRAVO, M. I. S. e MENEZES, J. S. B. (Orgs). **Saúde, Serviço Social, movimentos sociais e conselhos**. São Paulo: Cortez, 2013.

CAMPOS, G. W. de S. **O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde**. São Paulo: FCM/UNICAMP, 2007.

COSTA, M. D. H. da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) Assistentes Sociais. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 62, 2000.

FRANCO, T. B. **As Organizações Sociais e o SUS**. São Paulo: UNICAMP, 1998.

HOCHMAN, Gilberto. **A era do saneamento**: as bases da política de Saúde Pública no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1998.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-sociológica. 17. ed. São Paulo: Cortez; Celats, 2005.

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na Contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 1998.

_____. Transformações societárias, alterações no mundo do trabalho e Serviço Social. **Revista Ser Social**, Brasília (DF), n. 6, 2000.

_____. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2007.

LIMA, Nisia Trindade. **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MACHADO, E. M. **Questão Social**: objeto do Serviço Social? Disponível em: <<http://www.ssrevista.uel.br/cv2n1quest.htm.com>>.

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

MONTAÑO, C. Pobreza. **Questão Social e seu enfrentamento**. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 110, 2012.

MOTA, A. E. **Cultura da crise e seguridade social**. São Paulo: Cortez, 1995.

NEGRI, Barjas e VIANA, Ana Luiza d'Ávila (Orgs). **O sistema único de saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravime; Cealag, 2002.

NETTO, J. P. A construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. *In*: CAPACITAÇÃO em serviço Social e Política Social. Brasília, CEFESS; ABEPPS; CEAD; UnB, 1999.

_____. **O capitalismo monopolista e o Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. Desigualdade, pobreza e Serviço Social. **Revista Em Pauta**, Rio de Janeiro, n. 19, 2007.

NOGUEIRA, V. M. R. Estado de bem-estar social: origens e desenvolvimento. **Katálisis**, Campinas (SP), n. 5, 2001.

NOGUEIRA, Vera Ribeiro e MIOTO, Regina Célia Tamasso. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais. *In*: SERVIÇO Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

PEREIRA, P. A. P. **Necessidades humanas**: subsídios à crítica dos mínimos sociais. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. **Política social**: temas e questões. São Paulo: Cortez, 2008.

SILVA, M. O. da S. Teorias explicativas sobre a emergência e o desenvolvimento do welfare state. **Revista Política e Trabalho**, Paraíba, n. 15, 1999.

TELLES, V. S. **Direitos Sociais**: afinal do que se trata? Belo Horizonte: UFMG, 1999.

_____. **A “nova questão social” brasileira**: ou como as figuras de nosso atraso viraram símbolo de nossa modernidade. São Paulo: 34, 2001.

VIANNA, M. L. T. W. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil**: estratégias de bem-estar e políticas públicas. Rio de Janeiro: Editora Revan, 1998.

_____. A nova política social no Brasil: uma prática acima de qualquer suspeita teórica? **Praia Vermelha**, Rio de Janeiro, n. 13, 2005.

YAZBEK, M. C. Pobreza no Brasil contemporâneo e formas de seu enfrentamento. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 110, 2012.