

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL**

AMANDA SOARES DE OLIVEIRA

**REFLEXÕES SOBRE O TRABALHO DOS/DAS ASSISTENTES SOCIAIS NA
UNIMED DO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA/MG**

**JUIZ DE FORA - MG
2019**

AMANDA SOARES DE OLIVEIRA

**REFLEXÕES SOBRE O TRABALHO DOS/DAS ASSISTENTES SOCIAIS NA
UNIMED DO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA/MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Política de Ação do Serviço Social - DPASS – da Faculdade de Serviço Social, como requisito para obtenção de grau de Bacharel em Serviço Social, na Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a Luciana Gonçalves Pereira de Paula

**JUIZ DE FORA - MG
2019**

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática
da Biblioteca Universitária da UFJF,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Oliveira, Amanda Soares de.

Reflexões sobre o trabalho dos/as assistentes sociais na Unimed do
município de Juiz de Fora/MG / Amanda Soares de Oliveira. -- .

99 f. : il.

Orientadora: Luciana Gonçalves Pereira de Paula

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade
Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Serviço Social, .

1. Trabalho. 2. Serviço Social. 3. Saúde Privada. 4. Empresa. I.
Paula, Luciana Gonçalves Pereira de, orient. II. Título.

Dedico este trabalho aos meus pais,
Marluce e Aluizio.

Em memória
de minha avó Maria Vitória e avô Arthur Moysés,
que me ensinaram o significado do Amor e da Fé.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, à Energia Primordial que se manifesta e habita em tudo.

Agradeço à minha família, a meu pai e minha mãe, irmãos (as), Eduardo, Ellen, Evandro e Luíza, que, ao longo desses anos, incentivaram-me e estiveram ao meu lado. Aos meus lindos sobrinhos e minhas lindas sobrinhas! À minha madrastra e amiga Eliane, pelo carinho e força. À minha avó paterna Severina e meu avô paterno José.

Aos meus tios, tias, primos e primas, da Família Oliveira e da Família Soares, em especial, tio Nael, tia Cláudia e tia Sônia. À minha eterna gratidão ao Waldemar Cavalcante dos Santos e Otoniel Pereira de Almeida, pela força e amor.

Em especial, à minha mãe Marluce Soares, vó Vitória e irmã Luíza Nascimento, que acompanharam e participaram de perto a minha trajetória acadêmica, com sorrisos, alegrias e incentivo, dia e noite. Por me ensinarem o significado de esperança e perseverança. À nossa gatinha Aphrodite, pelos momentos alegres. Aos amigos Luíz Ságido, Rose e Família pelo carinho, amizade e incentivo! Minha gratidão a vocês! Ao meu padrinho Antônio e madrinha Lúcia e Família pelo amor, carinho, amizade e incentivo!! Aos amigos e amigas da Chácara da Praça Seca, do Rio de Janeiro. Muito Obrigada!

Às pessoas que me acolheram nesta linda cidade de Minas Gerais! Aos professores e professoras, amigos e amigas do Ifet! À bibliotecária Silvânia! Aos meus vizinhos e às minhas vizinhas que estiveram, ao longo desses anos, incentivando-me! Às minhas vizinhas e amigas Cássia e Marli, pelo incentivo, ajuda e apoio nesse momento tão especial!

Às minhas amadas amigas Alice Alvarenga e Ana Beatriz. Aos meus amados amigos Romer Angel e Mateus Rabelo, pela amizade e incentivo durante todos esses anos.

Aos irmãos e irmãs da Igreja Maranata do Morro da Glória de Juiz de Fora, pelo carinho, amizade, força e pelas orações que me ajudaram tanto nesse momento.

À professora Luciana Gonçalves de Paula, que se dispôs a ser a minha orientadora, apesar de tantos trabalhos e funções no meio acadêmico. Agradeço não apenas seu trabalho como docente, mas como amiga... sua atenção e comprometimento humano durante todo o processo de orientação, pela sua sensibilidade humana. Sua incrível paciência com meu jeitinho de ser e de fazer as coisas. Não apenas o apoio nos momentos mais difíceis, mas o compartilhar de sorrisos nos momentos mais engraçados também! Lu, gratidão!

Às colegas de turma, do Serviço Social de 2015 – diurno pelos momentos compartilhados!

Às discentes e colegas das turmas das quais fui monitora pelo aprendizado e amizade!

Às professoras Alexandra Eiras e Ana Luíza Avelar porque me possibilitaram vivenciar uma das experiências mais ricas e maravilhosas durante a faculdade, como monitoria da disciplina de Fundamentos Teórico-Metodológicos em Serviço Social III, pelo aprendizado acadêmico, profissional e de vida, por meio do compartilhar, do processo ensino-aprendizagem, da construção do aprender e apreender coletivamente. Amei estar ao lado de vocês todos (as)!

Ao corpo docente do Serviço Social pelo aprendizado durante todos esses anos. Em especial, às professoras Marina de Castro, Sabrina Paiva, Marina Mancini, Mariana Carvalho e ao professor Ronaldo Vielmi pelos conselhos que me acompanharão para além do espaço acadêmico. A todos os técnicos e funcionários da Faculdade de Serviço Social da UFJF, minha gratidão!

À Marilda, do Apoio, que foi uma bênção na minha vida, nos dias e noites na faculdade, em que mais precisei, nos momentos de desânimo e de alegria, suas palavras e abraços de conforto... me incentivaram a seguir!

Ao Léo da Biblioteca, um ombro amigo de todas as horas e situações. Pelo carinho, amizade e incentivo!

À supervisora de campo Vivian Tristão pela experiência, paciência, atenção, comprometimento e amizade, por sua competência com o meu aprendizado diante de imensa correria no seu cotidiano profissional. À supervisora acadêmica Joseane Barbosa pelo companheirismo e amizade, pelo comprometimento com uma formação para além dos requisitos profissionais, pelos momentos profundos de reflexão e incentivo.

À Liliane e Sandriane, assistentes sociais que admiro muito, por compartilhar tantos ensinamentos profissionais e de vida!

À Anna Maria Greco por viabilizar o encontro e aprendizado com as professoras Rosângela Maria Greco, Denise Cristina, Heloísa Paschoalin, Angélica Terra e todos do grupo da área da Saúde do Trabalhador do Departamento de Enfermagem Aplicada da UFJF.

Enfim, a todos os trabalhadores e trabalhadoras da Universidade Federal de Juiz de Fora, que atuam para garantir um ensino de qualidade e excelência, comprometidos com a formação acadêmico-profissional-humana. Aos estudantes também, que, apesar de tantos condicionantes de vida, também lutam e defendem esse espaço público como um direito construído por toda a população brasileira! Todos esses sujeitos fazem este ser um espaço diferenciado, que nos possibilita enxergar para além daquilo que está posto... a lutar, reivindicar e não desistir... nunca... apesar dos tempos difíceis que vivemos.

UFJF, levarei saudades em meu coração, sempre!

Como dois e dois são quatro
Sei que a vida vale a pena
Embora o pão seja caro
E a liberdade pequena

Como teus olhos são claros
E a tua pele, morena
como é azul o oceano
E a lagoa, serena

Como um tempo de alegria
Por trás do terror me acena
E a noite carrega o dia
No seu colo de açucena

- sei que dois e dois são quatro
sei que a vida vale a pena
mesmo que o pão seja caro
e a liberdade pequena.

(Ferreira Gullar)

RESUMO

O Brasil apresentou, no final de 2018, um aumento na taxa de empregabilidade formal nas operadoras de planos privados de assistência à saúde. Outro indicador é que mais da metade dos contratos são oriundos de planos coletivos empresariais, ou seja, a própria classe trabalhadora. Atualmente, diante do avanço da reestruturação do capital e da ofensiva neoliberal, o assistente social passa a ocupar locais distintos daqueles vinculados a sua trajetória histórica no país. Em meio à desconstrução dos direitos sociais conquistados historicamente pelos trabalhadores, entre estes a saúde, as operadoras de planos de saúde se colocam como alternativa de prestação de serviços em saúde, orientadas pela lógica de mercantilização da saúde, em que os sujeitos passam a ser seus consumidores. A partir disso, este trabalho objetiva refletir se existem, de fato, respostas/estratégias comprometidas com o atendimento das necessidades dos usuários dos serviços, no trabalho dos(as) assistentes sociais na Unimed do município de Juiz de Fora e, se existem, como são configuradas e fundamentadas. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada por meio de pesquisa bibliográfica e de campo. A pesquisa bibliográfica se deu com análise de referências teóricas relevantes para o objeto de estudo e de campo. A segunda, realizada através de entrevistas orientadas por roteiro semiestruturado com auxílio de gravador e foram transcritas. Em um primeiro momento, realizaram-se análises da categoria trabalho, sua conformação no modo de produção capitalista e suas especificidades no avanço do neoliberalismo no Brasil. Para isso, utilizaram-se como principais referências: Karl Marx, György Lukács, Agustín Cueva, Ruy Mauro Marini, Maria Lúcia Barroco, David Harvey, Ricardo Antunes. No segundo capítulo, tratou-se especificamente do desenvolvimento da Política de Saúde no Brasil e a relação histórica de coexistência dos interesses privados no âmbito público. Identificou-se o processo de reconfiguração da Política de Saúde e a polarização entre os dois principais projetos de saúde no país: o de saúde privatista neoliberal, fundamentado no favorecimento do capital e no incentivo ao cidadão-consumidor e outro, o da Reforma Sanitária, com defesa da democracia, da ampliação da participação popular, atrelado a um projeto de reforma social alternativo. No terceiro capítulo, foram analisados os principais elementos do trabalho do Serviço Social nas empresas, em especial, no setor suplementar de saúde, suscitaram-se também reflexões a partir dos discursos das profissionais.

Palavras-chave: Trabalho. Serviço Social. Saúde Privada. Empresa.

ABSTRACT

At the end of 2018, Brazil presented an increase in the formal employability rate of private health care providers, another indicator is that more than half of the contracts come from corporate collective plans, that is, the working class itself. Nowadays, before the advance of the capital restructuring and the neoliberal offensive, the social worker occupies places different from those linked to his historical trajectory in the country. In the midst of the deconstruction of the social rights historically won by workers, among them health, the health plan operators are placed as an alternative to provide health services, guided by the logic of commodification of health, where the subjects become their consumers. From this, this work aims to reflect if there are, in fact, answers / strategies committed to the service users' needs, in the work of the social workers at Unimed in the city of Juiz de Fora. If they exist, how they are set up and grounded. This is a qualitative research, carried out through bibliographical and field research. The bibliographic research carried out through the analysis of theoretical references relevant to the object of study and field. The second, carried out through interviews guided by semi-structured script with the help of tape recorder and transcription. In the first place, we analyze the category of labor, its conformation in the capitalist mode of production, and its specificities in the advance of neoliberalism in Brazil. For this, we use as main references: Karl Marx, György Lukács, Agustín Cueva, Ruy Mauro Marini, Maria Lúcia Barroco, David Harvey and Ricardo Antunes. In the second chapter, we deal specifically with the development of Health Policy in Brazil, and the historical relation of coexistence of private interests in the public sphere. We identified the process of reconfiguration of the Health Policy and the polarization between the two main health projects in the country: neoliberal privatized health, based on the favoring of capital and the incentive to the citizen-consumer and another, the Sanitary Reform, with defense of democracy, of expanding popular participation, linked to a project of alternative social reform. In the third chapter, we analyze the main elements of the job of Social Service in companies, especially in the supplementary health sector, we also point out, reflections from the professionals' speeches.

Keywords: Work. Social Service. Private Healthcare. Company.

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Mapa 1 - Relação de atuação da Unimed de Juiz de Fora nos municípios da Zona da Mata Mineira.....	57
---	-----------

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CAP	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CASSI	Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CUT	Central Única dos Trabalhadores
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
DATAPREV	Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
DRU	Desvinculação das Receitas da União
EVV	Espaço Viver Bem
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
NOAS	Normas Operacionais da Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PT	Partido dos Trabalhadores
RBS	Reforma Brasileira Sanitária
SENAI	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SESI	Serviço Social da Indústria
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UNIMED	Cooperativa de Trabalho Médico (Cooperativa formada por médicos, de abrangência nacional)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1. TRABALHO, MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA E TRANSFORMAÇÕES SOCIETÁRIAS	20
1.1. A categoria trabalho e o ser social	20
1.2. O trabalho no capitalismo e o processo de alienação	23
1.3. O trabalho e suas especificidades: do capitalismo dependente à ofensiva neoliberal	26
2. POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL – A COEXISTÊNCIA DO PÚBLICO E DO PRIVADO	34
2.1. Modelos de saúde e a realidade brasileira	34
2.2. O processo de reconfiguração da Política de Saúde no Brasil	37
2.3. A relação entre o público e privado no âmbito da saúde	43
3. O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE: PARTICULARIDADES DO SETOR PRIVADO.....	53
3.1. Empresas do setor privado de assistência à saúde e Serviço Social.....	53
3.2. O trabalho dos/das assistentes sociais na Unimed de Juiz de Fora	57
3.3. A percepção dos(as) atuação profissional na visão dos sujeitos da pesquisa.....	61
3.3.1. Formação acadêmico-profissional dos(as) assistentes sociais	61
3.3.2. Atribuições, demandas e requisições	62
3.3.3. Principais desafios no trabalho dos(as) profissionais.....	66
3.3.4. Relação público-privado na Unimed.....	70
3.3.5. Determinantes sociais do processo saúde-doença.....	72
3.3.6. Instrumentalidade e Serviço Social na Unimed	74
3.3.7. Gestão, planejamento e Serviço Social na Unimed.....	77
3.3.8. Condições de trabalho dos(as) assistentes sociais.....	79
3.3.9. As percepções sobre o processo de supervisão de estágio	82
CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
REFERÊNCIAS	88
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	97
APÊNDICE B – Roteiro de Perguntas	99

INTRODUÇÃO

Este trabalho objetiva refletir sobre a atuação dos/as assistentes sociais da Unimed do município de Juiz de Fora, buscando identificar os principais elementos que perpassam o trabalho profissional nesse espaço. No Brasil, até dezembro de 2018, houve um aumento de 2,8% da taxa de crescimento do emprego nas operadoras de planos de saúde em relação ao ano anterior, refletindo um crescimento do mercado formal no setor de saúde privada. Atualmente, a saúde suplementar emprega 3,5 milhões de pessoas, o que corresponde a 8,1% da força de trabalho brasileira. Atende aproximadamente 47 milhões de pessoas e, dentro deste universo, cerca de 65% dos beneficiários que são atendidos pelas operadoras estão vinculados a planos coletivos empresariais (IESS, 2019), ou seja, pertencentes à classe trabalhadora.

A partir disso, tem-se que os profissionais do Serviço Social se inserem no mercado de trabalho, participam do trabalho coletivo e vendem a sua força de trabalho para garantir a sua sobrevivência. Como apontado por Iamamoto (2007), os assistentes sociais atuam com as diversas refrações da questão social. Tanto a classe dominante como a classe trabalhadora demandam respostas desses profissionais, em um contexto caracterizado por interesses sociais distintos e antagônicos. Nesse sentido, Soares (2008) aponta que as operadoras de planos de saúde se configuram como espaços de inserção profissional, elaborando demandas, atribuições e competências para esses profissionais, com o objetivo principal de obtenção da lucratividade, vinculada ao discurso de satisfação dos “beneficiários”. Portanto, buscou-se refletir sobre os dados coletados com o propósito de responder ao seguinte problema de pesquisa: as estratégias profissionais, se existem, são compromissadas com o atendimento das necessidades dos usuários?

Nesse sentido, a pesquisa buscou analisar quais as particularidades que incidem sobre o trabalho dos assistentes sociais no setor privado de assistência à saúde. Para isso, realizou-se um estudo qualitativo, a partir da pesquisa bibliográfica, guiado pela perspectiva teórico-metodológica materialista dialética¹, porque se compreende que a realidade é complexa, oriunda das relações sociais de produção e reprodução no desenvolvimento da história. Sendo

¹ Método científico, caracterizado como um “conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos para que os objetivos da investigação científica sejam atingidos” (GIL, 1999 apud SILVA e MENEZES, 2005, p. 25). O filósofo Karl Marx elaborou o método dialético histórico a partir da compreensão da dialética proposta por Hegel, na qual “as contradições se transcendem dando origem a novas contradições que passam a requerer solução. É um método de interpretação dinâmica e totalizante da realidade. Considera que os fatos não podem ser considerados fora de um contexto social, político, econômico, etc.” (GIL, 1999; LAKATOS; MARCONI, 1993, SILVA e MENEZES, 2005, p.27).

assim, a questão do trabalho profissional no âmbito privado da saúde está vinculada à formação do modo de produção capitalista no país, que, junto ao avanço neoliberal, conforma o atendimento das necessidades sociais, entre elas a saúde, de modo mercantilizado. Dessa maneira, realizou-se a pesquisa sob essa perspectiva teórico-metodológica, embasada em uma análise que buscou compreender as relações dialéticas da sociedade.

A pesquisa é qualitativa, pois a preocupação desta investigação é o aprofundamento do conhecimento da temática proposta, isto é, a relação entre o trabalho profissional do assistente social, tanto na condição de trabalhador assalariado, como defensor do atendimento das necessidades sociais e acesso aos direitos sociais, por parte dos usuários. Em relação aos objetivos da metodologia qualitativa, tem-se que:

Considerando que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa. Não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave. É descritiva. O pesquisador tende a analisar seus dados indutivamente. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem (SILVA; MENEZES, 2005, p. 20).

Assim, analisa-se o desenvolvimento das relações sociais de produção na realidade brasileira, as transformações no mundo do trabalho, a configuração da política de saúde no Brasil, a relação histórica entre os âmbitos público e privado, o trabalho do Serviço Social na saúde suplementar e as dimensões que compõem o trabalho profissional (teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa).

A pesquisa possui um caráter exploratório, sendo realizada através de levantamento bibliográfico, objetivando um aprofundamento do conhecimento do objeto da pesquisa, e explicativo, buscando apontar e analisar os fundamentos presentes no desenvolvimento da política pública de saúde e do trabalho profissional na empresa. Sendo assim, por meio da pesquisa bibliográfica, foram estudadas e analisadas referências teóricas relevantes e reconhecidas, pertinentes ao objeto de estudo. No que tange à pesquisa bibliográfica, a principal técnica utilizada foi a leitura, com fichamento e resumo dos principais pontos relacionados ao objeto de estudo, tais como: Serviço Social e Saúde Suplementar; Trabalho e Serviço Social; Serviço Social nas empresas; Política de Saúde e Serviço Social; Estado e ofensiva Neoliberal e Orientação Ético-Política do Trabalho do Serviço Social (Apêndice B – Roteiro de perguntas). Em relação à pesquisa de campo, esta foi realizada no segundo semestre de 2018, com a realização de entrevistas que seguiram um roteiro semiestruturado,

com questões previamente elaboradas a partir dos principais elementos identificados nas temáticas indicadas anteriormente e com o auxílio de um gravador.

No que se refere à amostra, a partir do prévio levantamento com uma das profissionais do Serviço Social da instituição, chegou-se ao número total de três profissionais que trabalham e/ou trabalharam nas frentes de atuação profissional do Serviço Social, neste espaço. Posteriormente, foi realizado contato por e-mail e pessoalmente para a devida apresentação das propostas da pesquisa. Após o aceite de todas, expresso pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), foram iniciadas as entrevistas.

No que diz respeito à análise de dados, após a transcrição dos áudios das entrevistas com as profissionais, foram escolhidos e analisados alguns pontos centrais dos discursos das mesmas. A citada análise e reflexões foram desenvolvidas à luz do referencial teórico orientado pelo método materialista histórico, que se fundamenta na compreensão sobre o Modo de Produção Capitalista, estudada pelo filósofo alemão Karl Marx. Assim, pretendeu-se identificar as principais características e respostas do trabalho desenvolvido pelas profissionais no Espaço Viver Bem (EVB), partindo da compreensão de que a realidade é um complexo dialético, em que perpassam contradições intrínsecas a este tipo de sociabilidade.

A motivação para a reflexão acerca do trabalho profissional do assistente social na área da Saúde foi construída ao longo de minha trajetória pessoal e acadêmica. A partir da minha inserção como aluna voluntária no Projeto de Extensão: *Conversas com trabalhadores, promovendo a saúde e prevenindo a doença*, do Departamento de Enfermagem, com equipe multiprofissional, no Departamento de Saúde do Trabalhador (Dsot), da Secretaria de Saúde do município de Juiz de Fora, no ano de 2016. A partir disso, indagava-me sobre de que forma o Serviço Social poderia contribuir para a área da saúde. Posteriormente, no decorrer de 2017, participei das disciplinas de Política de Seguridade Social II e Laboratório de Serviço Social em áreas de Intervenção I – Saúde, da Faculdade de Serviço Social da UFJF. Essas disciplinas problematizaram a importância do movimento da Reforma Sanitária na sociedade brasileira e, a partir disso, refleti sobre a relevância do estudo dos determinantes sociais da saúde² no processo saúde-doença dos sujeitos sociais. Especificamente sobre o trabalho profissional no setor privado de assistência à saúde, o que motivou as minhas indagações foi a minha inserção, a partir de agosto de 2017, em campo de estágio obrigatório da área da saúde,

² Os autores Buss e Pellegrini Filho (2007, p. 78) indicam que os Determinantes Sociais da Saúde são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

na Unimed de Juiz de Fora, além das problematizações e reflexões, realizadas em conjunto durante a Supervisão de Campo e Acadêmica.

Posto isso, entende-se que é necessário compreender que a saúde brasileira está inserida em um processo histórico em que há articulação entre o setor público e os interesses do setor privado de saúde. Foi durante a ditadura civil-militar³, instaurada no país em 1964, que houve um aprofundamento dos interesses do grande capital monopolista. O setor privado de assistência médica ganhou força e foi iniciada a criação dos planos de saúde. Enquanto o Estado incentivou o crescimento desse setor, o setor público sofreu com precárias condições (BRAVO, 2013). Emergiu, nesse contexto, o movimento de Reforma Sanitária Brasileira⁴, com defesa da melhoria das condições de vida da população. Como afirma Arouca (1988), um dos principais líderes e teóricos do “movimento sanitaria”:

Esse conjunto pressupõe a recuperação da cidadania, o seu pleno exercício, o direito de expressão, de livre manifestação e organização, sempre no sentido deste país se afirmar como uma nação de cidadãos, participando de uma elevação permanente da qualidade de vida e garantindo, para a humanidade, um exercício de respeito, de autonomia e desenvolvimento de cada nação, com paz. Esta é a Reforma Sanitária que pretendemos, específica no campo da saúde, humana e universal no campo da transformação social (AROUCA, 1988 apud PAIM, 2008, p. 158).

A redemocratização nacional, a partir de 1985, foi acompanhada pela aprovação da Constituição de 1988⁵, com intensa luta e participação popular, com rebatimento das bandeiras do movimento sanitaria. Vários avanços foram conquistados, em diversas áreas e também na saúde, como, por exemplo, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com garantia legal da saúde como direito de todos e dever do Estado.

³ Netto (2011), nas suas considerações, afirma que a autocracia burguesa se consolidou como projeto de dominação, que neutralizou as ações dos protagonistas sociopolíticos comprometidos com a democratização da sociedade e do Estado no período pós-1964. Houve o impedimento de um movimento societário crítico, progressista e questionador e o Estado autocrático se vinculou aos monopólios na fase nacional da industrialização pesada. O Brasil foi inserido no cenário econômico internacional, o que garantiu a acumulação de capitais através da dependência brasileira, assim, o Estado brasileiro distribuiu a riqueza produzida socialmente para os monopólios. Enquanto os agentes sociais que questionavam o regime ditatorial eram alvo de ações reacionárias, fascistas e terroristas.

⁴ Reforma Sanitária Brasileira (RSB), como um fenômeno histórico e social na/da sociedade brasileira, de acordo com Paim (2007), pode ser analisada como ideia-proposta-movimento-processo, reflexo de um processo em defesa da democratização da saúde. Assim, a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 1986, foram realizadas proposições políticas referentes à democratização da vida social e para uma Reforma Democrática do Estado. O autor ainda aponta que a defesa da Reforma Sanitária Brasileira não se limitou à defesa de uma política social ou de saúde, mas constituinte de um projeto de *reforma social*.

⁵ A Constituição Federal em 1988 é conhecida como “Constituição Cidadã”, porque incluiu os direitos fundamentais e outros direitos sociais como reflexo da organização e mobilização de expressivos segmentos da sociedade brasileira, que emergiram com uma maior expressão a partir do final da década de 1960. Nesse contexto, foi defendida uma Constituinte livre e soberana, com a participação de movimentos sindical e popular, além de outras organizações da sociedade civil, comprometidas com propostas democráticas (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2011).

Porém, nos anos 1990, houve um redirecionamento do papel do Estado, e este passou a atuar de modo mais intensificado sob o comando da política de ajuste neoliberal. Em paralelo ao processo de implementação do SUS, houve a expansão e o fortalecimento das operadoras de planos privados de saúde. Assim, constata-se ainda que a intensificação da ofensiva neoliberal na contemporaneidade incide e repercute sobre os direitos sociais (entre eles a saúde) já conquistados, sobre as (re)configurações do exercício profissional e imprime novas condições e relações de trabalho na sociabilidade capitalista (BRAVO, 2009).

Entende-se que o estudo sobre o trabalho desenvolvido pelo assistente social em esfera privada é de elevada importância para a reflexão sobre a intervenção profissional dos/das assistentes sociais, uma vez que estes profissionais, assim como as outras categorias profissionais, são passíveis de sofrer os rebatimentos das transformações do mundo do trabalho e das diversas expressões da questão social que perpassam a vida dos usuários. Portanto, é fundamental o estudo e a reflexão por parte dos assistentes sociais sobre os elementos que compõem o seu trabalho e incidem sobre ele, proporcionando, assim, a possibilidade de uma intervenção profissional qualificada, que busque a tentativa de fortalecimento da categoria profissional enquanto corpo de resistência e luta, em favor das respostas comprometidas com o atendimento das necessidades dos usuários. Deve-se ter como horizonte a construção de um projeto societário distinto do atual, sem dominação/exploração de classe, gênero e raça/etnia, em consonância com os princípios do Código de Ética profissional dos/das assistentes sociais de 1993 e do Projeto Ético-Político da profissão.

Para os objetivos propostos, o trabalho está dividido em três capítulos. No primeiro capítulo, busca-se identificar e analisar as principais características da categoria trabalho, no seu sentido ontológico-social até sua conformação e apropriação pelo modo de produção capitalista, refletindo um processo de alienação e estranhamento. Identificou-se também o modo diferenciado do desenvolvimento do capitalismo no continente latino-americano e, especificamente, no Brasil, diante de um receituário neoliberal tardio, que incidiu sobre as condições de vida da população trabalhadora. Para esse propósito, foram utilizados como referências teóricas centrais: Karl Marx (1867/2013; 2004), György Lukács (2013), Agustín Cueva (1983), Antunes (2000), Ruy Mauro Marini (2000), Maria Lúcia Barroco (2008), David Harvey (2008), Ricardo Antunes (2010).

Em um segundo momento, buscou-se caracterizar a política de saúde no Brasil, a sua relação histórica com o setor privado, a fim de compreender o desenvolvimento do sistema brasileiro de saúde pública e de saúde suplementar, com identificação do protagonismo do movimento em favor da Reforma Sanitária Brasileira, o movimento de elaboração e

implementação do SUS e, em contrapartida, o avanço do viés neoliberal no cenário político, refletindo a defesa da privatização do patrimônio público e de suas responsabilidades. Aponta-se o papel do Estado como um espaço de acirramento e disputa dos interesses do público e do privado, relacionando-o com um contexto internacional de corte da proteção social, flexibilização e precarização no mundo do trabalho, ampliação e expansão das privatizações. Reflete-se, assim, sobre as características do acirramento na disputa entre o modelo de saúde privatista neoliberal e o da Reforma Sanitária, além da polarização no atendimento dos interesses do setor público e privado, com benefícios em favor do capital e retirada de direitos dos trabalhadores. Para isso, foram utilizados como referências principais para essas reflexões: Bravo (2001; 2004; 2006; 2013; 2018), Cislighi (2015), Costa (2013); Krüger (2007), Paim (2007; 2008; 2012) e Sarreta e Bertani (2011).

No último capítulo, buscou-se apontar e analisar as particularidades da atuação profissional do Espaço Viver Bem da Unimed de Juiz de Fora a partir dos discursos das profissionais entrevistadas. Realizou-se uma abordagem mais geral sobre a empresa, com a caracterização dos elementos que situam a empresa como organização produtiva. Como também a relação entre os três principais entes que constituem a empresa: empresariado, trabalhadores da empresa e usuários dos serviços. Assim, refletiu-se sobre a posição do Serviço Social diante dos objetivos da empresa, requisições institucionais e do público-alvo de sua intervenção. Foram apontadas algumas questões pertinentes à atuação do Serviço Social nesse espaço e, especificamente, no setor de saúde suplementar, além de questões que possibilitam a identificação das contradições que perpassam o trabalho dos/das assistentes sociais neste espaço sócio-ocupacional. Problematicizou-se o mercado como canal natural de satisfação das necessidades sociais diante do avanço da lógica neoliberal e refletiu-se sobre a situação de mediação exercida pelos/as assistentes sociais, diante dos interesses institucionais e da classe trabalhadora. Para essas análises, foram utilizados como referências os autores: Behring e Boschetti (2006), Bravo e Matos (2001); Guerra *et al.* (2016); Iamamoto (2000; 2007; 2009), Mito e Nogueira (2006), Mota e Amaral (1998), Netto (1999) e Soares (2008).

1. TRABALHO, MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA E TRANSFORMAÇÕES SOCIETÁRIAS

Neste capítulo, analisou-se a categoria trabalho, com o objetivo de identificar suas características ontológico-sociais a partir da perspectiva de que o trabalho é atividade fundante do ser social, mas, no modo de produção capitalista, adquire especificidades que negam suas potencialidades emancipatórias. Para isso, em um primeiro momento, realizou-se uma breve análise desse significado ontológico-social, indicando as características fundantes do trabalho enquanto atividade que caminha em direção à práxis social.

Posteriormente, analisou-se como o modo de produção capitalista condiciona o pleno desenvolvimento do trabalho enquanto ação livre, universal e consciente. Nesse sentido, aponta-se como o caráter social do trabalho se expressa através do valor mercantil, sendo perpassado pela alienação e pelo estranhamento que fazem o ser humano refém do processo de exploração capitalista. Apresentou-se também como o trabalho se desenvolveu com peculiaridades desde o capitalismo dependente nacional até o avanço do processo de reestruturação produtiva e reordenamento dos padrões produtivos, acompanhados de um receituário neoliberal tardio com consequente deterioração das políticas sociais e das condições de vida da classe trabalhadora.

Assim, o objetivo deste capítulo é oferecer elementos fundamentais para a compreensão da dinâmica entre o modo de produção capitalista, as transformações societárias e do mundo do trabalho em âmbito nacional. Consequentemente, apreender o processo de precarização das condições de vida da classe trabalhadora e a própria política pública de saúde, que será abordada no capítulo seguinte.

1.1. A Categoria Trabalho e o Ser Social

A partir da compreensão da categoria trabalho⁶ que constitui o ser social⁷, pode-se compreender o desenvolvimento de mediações que instituem as diferenças deste em relação

⁶ A objetivação da práxis dos sujeitos, como o “ponto de partida da humanização do homem, do refinamento de suas faculdades, processo do qual não se deve esquecer o domínio sobre si mesmo” (LUKÁCS, 1979, p. 87 apud BARROCO, 2010, p. 21). Assim, a vida do ser humano é a manifestação e expressão da atividade social e da produção material das condições para a sua própria sobrevivência.

⁷ O gênero humano decorre de um salto na dinâmica da natureza, que só foi possível a partir do processo de trabalho, com a diferenciação da legalidade natural para legalidades peculiares, logo, o ser social não é independente do ser da natureza, pois o ser social pressupõe o ser da natureza - orgânico e inorgânico (LUKÁCS, 2013).

aos outros seres da natureza (BARROCO, 2010). Desse modo, é de elevada importância a análise sobre o significado ontológico-social dessa categoria.

Primeiramente, tem-se que o trabalho é caracterizado por ser um processo em que participam o homem e a natureza, assim sendo:

O homem, por sua própria ação, media, regula e controla o seu metabolismo com a natureza [...] ele se confronta com a matéria natural como uma potência natural. A fim de se apropriar da matéria natural de uma forma útil para sua própria vida, ele põe em movimento as forças naturais pertencentes a sua corporeidade: seus braços e pernas, cabeça e mãos. Agindo sobre a natureza externa e modificando-a por meio desse movimento, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza. Ele desenvolve potências que nela jazem latentes e submete o jogo de suas forças a seu próprio domínio. Não se trata, aqui, das primeiras formas instintivas, animalescas, do trabalho (MARX, 1867/2013, p. 255).

Marx (2013) indica que é no trabalho que o homem se defronta com a natureza como uma de suas forças. Dessa forma, as forças do seu corpo são postas em movimento com o objetivo de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo uma forma útil à vida humana. A ação humana não modifica apenas a natureza a sua volta, mas, ao mesmo tempo, (re)cria a sua própria natureza humana e social, se autotransforma. O pensador húngaro Gyory Lúkacs, ao refletir sobre essa relação, aponta que “o trabalho dá lugar a uma dupla transformação: por um lado, o ser humano atua sobre a natureza exterior e a modifica; por outro, o próprio ser humano que trabalha é transformado por seu trabalho” (LUKÁCS, 2013 apud JÚNIOR; LARA, 2015).

É notório que o trabalho é distinto das atividades puramente naturais, pois está relacionado à mediação entre o sujeito e o objeto. Sobre as características do trabalho, tem-se que:

[...] em primeiro lugar, o trabalho não se opera com uma atuação imediata sobre a matéria natural, diferentemente, ele exige instrumentos que no seu desenvolvimento vão cada vez mais se interpondo entre aqueles que o executam e a matéria; em segundo lugar, o trabalho não se realiza cumprindo determinações genéticas, bem ao contrário, passa a exigir habilidades e conhecimentos que se adquirem inicialmente por repetição e experimentação e que se transmite mediante aprendizado; em terceiro lugar, o trabalho não atende a um elenco limitado e praticamente invariável de necessidades, nem as satisfaz sob formas fixas, se é verdade que há um conjunto de necessidades que sempre deve ser atendido (alimentação, proteção contra intempéries, reprodução biológica, etc.), as formas desse atendimento variam muitíssimo e, sobretudo, implicam o desenvolvimento, quase sem limites, de novas necessidades (NETTO; BRAZ, 2008, p.30-31).

Como atividade fundante do ser social, o trabalho só é possível diante da realização de posições teleológicas⁸, isto é, a capacidade que o ser humano possui de projetar finalidades, de estabelecer um fim. Nessa projeção, há a vinculação da capacidade de construir na consciência humana determinada forma, que posteriormente será objetivada no âmbito concreto, como resultado da realização prévia do objetivo a ser alcançado, a ideação, como “construção mental antecipada na mesma consciência que a materializa por intercâmbio homem-natureza” (JÚNIOR; LARA, 2015, p. 22).

O ser humano, ao estabelecer uma relação consciente e histórica com outros seres humanos, a fim de objetivar um determinado trabalho, realiza essa posição teleológica. Com isso, ultrapassa a característica mais simples de trabalho, rumo à constituição de uma categoria que rebate diretamente as condutas humanas, projetando a consciência humana e impulsionando ações. A posição teleológica pelo trabalho se direciona a práxis social, caracterizada como um campo de possibilidades de transformação (LÚKACS, 1978; LARA, 2008; JÚNIOR; LARA, 2015). Ainda sobre a práxis social, no sentido de o:

[...] homem tornar-se um ser que dá respostas precisamente na medida em que – paralelamente ao desenvolvimento social e em proporção crescente – ele generaliza, transformando em perguntas seus próprios carecimentos e suas possibilidades de satisfazê-los; e quando, em sua resposta ao carecimento que a provoca, funda e enriquece a própria atividade com tais mediações, frequentemente bastante articuladas (LÚKACS, 1978 apud JÚNIOR; LARA, 2015, p. 24).

Percebe-se que, a partir do ato criativo, o ser humano vive e interage com outros seres, inclusive outros seres humanos, revelando, assim, sua construção como agente/ser histórico, ou seja, como ser social, mostrando a historicidade de sua existência. Desse modo, o trabalho permite que os homens e mulheres desenvolvam suas capacidades humano-genéricas, tais como: liberdade, consciência, universalidade e sociabilidade, as quais compõem o seu processo de humanização. Ainda sobre essas capacidades, tem-se que:

A universalidade, a sociabilidade, a consciência e a liberdade são capacidades humano-genéricas, sem as quais a práxis não se realiza com suas potencialidades emancipatórias. Inscritas na dinâmica da totalidade social, cada vez mais complexa e rica em determinações. Tais capacidades são mediações entre os indivíduos e o gênero humano, perpassando por todas as esferas, podendo se desenvolver mais em umas e menos em outras. Isto sem contar que as diversas esferas sociais também se desenvolvem de forma desigual nelas mesmas e em relação aos indivíduos, classes e estratos sociais (BARROCO, 2008, p. 28).

⁸ O trabalho não se efetiva sem a capacidade teleológica do ser humano, sem a projeção ideal de finalidades e dos meios para a sua efetivação com um certo grau de cooperação, comunicação, conhecimento e domínio sobre a natureza (BARROCO, 2008).

Assim, pode-se compreender que é essencial a análise da categoria trabalho, no sentido do processo de construção do ser social, mas não é intenção deste trabalho esgotar as possibilidades de análise desse complexo processo. A partir dessa consideração, torna-se necessária a distinção entre o trabalho como atividade fundante do ser social e suas especificidades no modo de produção capitalista. É o que se apresenta no próximo item.

1. 2. O Trabalho no Capitalismo e o Processo de Alienação

Os princípios econômicos e ideológicos do capital são pautados na fragmentação das ações, objetivando a maior acumulação de capital através da apropriação do trabalho não pago, da exploração da força de trabalho e na extração de mais-valia⁹. Com a apropriação dos meios de produção, o atendimento das necessidades básicas dos grupos sociais passou a ser apropriado pelo capital no âmbito da propriedade privada. Possibilitando, desse modo, que a classe burguesa realizasse o domínio em relação aos sujeitos que apenas dispunham de sua força de trabalho como mercadoria para sobreviverem (MARX, 1975 apud JÚNIOR; LARA).

Desse modo, na sociedade capitalista, as relações de produção adquirem a forma material de coisa e o caráter social do trabalho se expressa no valor mercantil. Desse modo, “o capital não é uma coisa, mas determinadas relações de produção sociais entre pessoas que se apresentam como relações entre coisas” (MARX, 1971 apud IAMAMOTO, 2014, p. 63).

O valor da mercadoria é determinado pela quantidade de trabalho abstrato necessária à sua produção, medida pelo tempo de trabalho socialmente necessário (um elemento histórico), o que depende da produtividade do trabalho, condicionada pelas relações de produção e pelo desenvolvimento das forças produtivas. Em termos sintéticos: o *trabalho socialmente igualado* é a *substância* do valor; o *valor* é *trabalho humano cristalizado*, cuja existência é puramente social e sua materialidade enquanto valor só pode revelar-se na relação de uma mercadoria como outras; a *forma social de manifestação do valor* é o *valor de troca* (dinheiro); e a *grandeza do valor* é *medida pelo tempo – tempo de trabalho socialmente necessário para a produção de uma mercadoria*, o que é um dado histórico, variando de acordo com o desenvolvimento das forças produtivas sociais do trabalho (IAMAMOTO, 2014, p. 62, grifos nossos).

Nesse sentido, as atividades que antes possuíam a finalidade de troca e satisfação das necessidades humanas passaram a ser determinadas por diversos valores. As mercadorias que eram produzidas, como também o trabalho desempenhado passaram:

⁹ A força de trabalho é uma mercadoria essencial ao capital, porque além de dar forma aos objetos úteis à vida humana, imprimindo-lhes valor (de troca), é a única que produz mais-valia, ou seja, durante o processo produtivo, acresce um valor superior que é apropriado pelo capitalista. Isso ocorre porque no processo de trabalho, a jornada de trabalho contém um prolongamento além do tempo necessário para a reprodução da força de trabalho (MARX, 2008 apud SILVA, 2016, p. 653).

[...] a ter significados diferentes para aqueles que o produziam (a alienação e o estranhamento do que foi objetivado por sua ação) e para aqueles que as comercializavam (atribuição de valor material e simbólico – fetiche – e a apropriação do excedente da força de trabalho, convertido em apropriação do lucro). Assim, quando a “atividade humana é alienada, seu caráter social e consciente é negado; a liberdade e a universalidade objetivam-se de forma limitada e inexpressiva” (BARROCO, 2008 apud JÚNIOR; LARA, 2015, p. 26).

Isto é, a alienação do trabalho é gerada nesse modo de produção, ademais, na própria alienação da vida social, em que o ser humano não se vê na totalidade do processo de trabalho e no objeto que produz. O trabalhador se torna refém desse processo de exploração capitalista, as relações de trabalho são transformadas em mercadoria e a força de trabalho humana passa a ter valor de troca¹⁰.

Desse modo, o capital é o resultado da propriedade privada e da exploração do trabalho em prol da acumulação da riqueza socialmente produzida (MARX, 2004). Nessa dinâmica alienante, não há o reconhecimento das capacidades humano-genéricas pelos trabalhadores. A partir da compreensão do trabalho como parte da práxis humana, no capitalismo tem-se que:

[...] aquilo que é produzido pelo trabalhador na esfera privada torna-se social a partir das necessidades coletivas, constituindo os laços sociais entre os indivíduos, os quais estão mediatizados pela mercadoria que produzem, adquirindo um significado monetário, financeiro, ou seja, de um valor socialmente determinado (JÚNIOR; LARA, 2015, p.22).

A própria capacidade física e intelectual do trabalhador e as determinações sociais, econômicas, ideológicas são apropriadas pelo grande capital. O estranhamento nesse sentido se manifesta no não reconhecimento dos resultados objetivos e subjetivos de seu trabalho ao final do processo de produção.

O trabalho no modo de produção capitalista nega suas potencialidades emancipatórias, inverte seu caráter de atividade livre, universal consciente e social. Os indivíduos não se reconhecem como sujeitos criadores no trabalho. Revela-se, assim, o trabalho alienado em todo o processo da atividade que lhe confere identidade humana. O homem se aliena do objeto que ele próprio cria, se aliena da atividade realizada, da relação consigo mesmo e da relação com os outros seres humanos (BARROCO, 2008).

A partir de Marx, Barroco (2008) continua sua análise, apontando que, na sociedade capitalista, há uma contradição fundante: quanto maior o desenvolvimento das forças produtivas e das capacidades humano-genéricas, maior é o grau de alienação. A negação

¹⁰ “[...] o trabalho humano tem o poder de acrescentar valor às mercadorias produzidas: um valor a mais ou um valor excedente, incorporado à mercadoria e não pago ao trabalhador” (BARROCO, 2008, p. 42).

dessa possibilidade, a negação das capacidades humanas é reflexo do processo de alienação em que o trabalho e o seu produto adquirem poderes que dominam o trabalhador. Por isso:

A objetivação do trabalho aparece a tal ponto como perda do objeto, o trabalhador é privado dos objetos mais necessários não só da vida como também dos objetos de trabalho. Sim, o próprio trabalho se torna um objeto, do qual ele só pode se apoderar com o máximo esforço e com os intervalos os mais erráticos. A apropriação do objeto aparece como alienação a tal ponto que, quanto mais objetos o trabalhador produz, tanto menos pode possuir e tanto mais cai sob a dominação do seu produto, do capital (MARX, 2004, p. 80).

Ainda assim, de acordo com Barroco (2008), tem-se a diferenciação entre trabalho como atividade prática e como atividade prática negativa: o trabalho como atividade prática é a própria manifestação da vida, da práxis, em que o trabalho é compreendido como a gênese da sociabilidade, da consciência, da universalidade e da liberdade dos homens, e, para objetivá-la, o homem precisa responder à necessidade de forma consciente e livre. Há o desenvolvimento dos sentidos humanos, mas, quando estes são aprisionados pela alienação, desumanizam o homem, os sentidos físicos e intelectuais são alienados e tornam-se os sentidos *do ter*. O trabalho como atividade prática negativa, no sentido de se converter em meio de exploração, em que há a alienação da vida. Os homens se desconhecem como sujeitos, não se reconhecem como seres de uma mesma espécie, estranham-se, perdem-se de si mesmos.

Desta forma, “o trabalho é social, porque produzido não para o consumo individual do seu produtor, mas para a venda, é produzido para outros. É na troca que o valor se manifesta [...] e ainda, há uma inversão nas relações sociais” (COLMÁN; POLA, 2009, p. 6). De fato:

Todo esse processo é encoberto por uma ampla mistificação do capital: como o trabalho vivo está subsumido ao capital – dentro do processo de produção já está incorporado ao capital como seu elemento constitutivo –, todas as forças produtivas sociais do trabalho manifestam-se ao reverso, como forças produtivas do capital, como propriedades inerentes ao trabalhador materializado, como poderes que dominam o trabalhador. Desse modo, o capital converte-se em um ser extremamente misterioso (MARX, 1971 apud IAMAMOTO, 2014, p.378).

Em síntese, é importante a compreensão da teoria da alienação, uma vez que se pode conhecer uma parte do todo que antes não era conhecida, pois, na sociabilidade do capital, as mercadorias são produzidas com o objetivo não apenas da satisfação das necessidades, mas, precisamente, pela busca do lucro, oriundo da troca dos produtos, a partir do dinheiro, como equivalente geral (IAMAMOTO, 2014).

1. 3. O Trabalho e suas especificidades: do Capitalismo Dependente à Ofensiva Neoliberal

Na América Latina, o desenvolvimento do capitalismo ocorreu com particularidades, mas sempre em consonância com a dinâmica do capitalismo internacional. A expansão comercial que ocorreu no século XVI, na Europa, caracterizada pelo aumento do fluxo de mercadorias oriundas das colônias latino-americanas, possibilitou o caminho para a consolidação da grande indústria e a revolução industrial nessa região (TRASPADINI et al., 2005). Como já identificara Marx, a invasão e a colonização de determinadas regiões foram importantes para a emergência e o desenvolvimento do capitalismo na *chamada acumulação primitiva*:

A descoberta¹¹ das terras do ouro e da prata, na América, o extermínio, a escravidão e o enfurnamento da população nativa nas minas, o começo da conquista e pilhagem das Índias Orientais, a transformação da África em um cercado para a caça comercial às peles negras marca a aurora da era da produção capitalista (MARX, 1984 apud PAIVA; ROCHA; CARRARO, 2010, p. 152).

Na América Latina, o modo como historicamente as nações foram inseridas no sistema capitalista mundial determinou o seu processo de formação econômico-social, porque supôs a *desacumulação* sem precedentes em um dos polos desse sistema, enquanto, no outro extremo, implicou a *acumulação*, sem precedentes também (CUEVA, 1983 apud PAIVA; ROCHA; CARRARO, 2010, p. 152). Assim, a partir dos estudos de Agustin Cueva, compreende-se que:

O processo que o autor denomina *desacumulação primitiva* refere-se a um período de expropriação de riquezas, ocorrido de forma a possibilitar o incremento do mercado mundial. O autor complementa sua análise, a partir de Marx, inferindo que “o excedente econômico produzido nessas áreas não chegava a transformar-se realmente em capital no interior delas, onde era extorquido ao produtor direto por vias escravistas e servis, mas fluía ao exterior para converter-se, ali sim, em capital” (CUEVA, 1983, p. 25 apud PAIVA; ROCHA; CARRARO, 2010, p. 153).

Posteriormente, no século XIX, mesmo com a independência de diversas colônias, os países latino-americanos (inclusive o Brasil) permaneceram com a articulação e vinculação com as regiões das antigas metrópoles. Ainda que, com a emancipação do estatuto colonial, a

¹¹ A partir de uma análise crítica marxista, na contemporaneidade, compreende-se que, de fato, ocorreu nesse período não uma descoberta, mas sim uma invasão, desapropriação das terras e genocídio dos povos em terras Latino-Americanas.

riqueza encontrada e produzida a partir da exploração colonial, determine um *padrão oligárquico-dependente de desenvolvimento capitalista*.¹²

A América Latina foi inserida estruturalmente de forma dependente, ou seja, a partir da dependência, no sentido de subordinação no âmbito geral de reprodução do capital em esfera mundial. As relações de produção nas nações subordinadas foram e são modificadas, ou constantemente recriadas, para assegurarem a reprodução ampliada do capital nos países de capitalismo central. Assim, na organização das sociedades dependentes, as trocas foram desfavoráveis, enquanto os países latino-americanos exportaram produtos primários, importaram tecnologias, equipamentos e maquinarias.

Cabe ressaltar que, devido à dependência, houve uma elevada transferência de valor produzido na periferia, que foi apropriado no centro da acumulação mundial. No que tange às relações de produção, houve uma elevada exploração da força de trabalho na periferia, caracterizando um sistema que se operou em conjunto, articulado, mas com dependência e desigualdade (MARINI, 2000; PAIVA; ROCHA; CARRARO, 2010). Desse modo:

[...] os mecanismos que intensificaram a exploração do trabalho na América Latina *foram* utilizados para reverter o problema da tendência da queda da taxa de lucro nos países centrais [...] um instrumento que operou internamente no âmbito das relações sociais de produção, gerando, nos países dependentes, efeitos severos sobre o trabalho, por meio de três mecanismos, quais sejam: a intensificação do trabalho; a prolongação da jornada de trabalho e a expropriação de parte do trabalho necessário ao operário para repor sua força de trabalho [...] através de uma maior exploração do trabalhador, a forte e contraditória relação de subordinação com o mercado externo ajustou as relações de produção internas para a acumulação do capital em escala global, o capitalismo dependente instituiu – de modo sempre crescente – o pauperismo das massas, produzindo e reproduzindo, desta forma, uma intensa e crescente exploração do trabalhador, determinando, particularmente, os traços da chamada *questão social* no continente latino-americano (MARINI, 2000 apud PAIVA; ROCHA; CAVARRO, 2010, p. 157).

No caso do Brasil, segundo Fernandes (2005) apud Perez (2014), têm-se três fases da emergência e consolidação capitalista, foram elas: 1ª) Eclosão de um mercado capitalista e moderno (Decreto da Abertura dos Portos¹³ em 1808 até a sexta década do século XIX); 2ª) Formação e expansão do capitalismo competitivo (do “último quartel”¹⁴ do século XIX até a década de 1950 no século XX; 3ª) Entrada do capitalismo monopolista (fim da década de

¹² Implantação de um capitalismo dependente, marcado com a inexistência de uma revolução democrático-burguesa que destruisse de forma radical as bases da antiga ordem, e subordinado à fase imperialista do capitalismo (CUEVA, 1983).

¹³ Este decreto significou o rompimento do antigo pacto colonial, que era um mecanismo importante para garantir o funcionamento do antigo sistema de dominação das metrópoles sobre as colônias, no caso, de Portugal sobre o Brasil (FILHO, 2009).

¹⁴ Os anos a partir de 1875.

1950, que se consolida estruturalmente após o golpe de 1964). Esta fase interessa a presente investigação, e serão analisados alguns pontos da mesma.

Sobre a inserção de empresas estrangeiras no país, tem-se que:

As grandes corporações ligadas aos países imperialistas tiveram dois momentos de penetração na economia dependente brasileira. Num primeiro momento só contaram com o espaço econômico que elas próprias conseguiram abrir, numa economia capitalista dependente, mas em fase de transição industrial relativamente madura, e, no segundo momento, que se dá principalmente após o golpe de 1964, elas puderam contar com uma política econômica que unificava a ação governamental e a vontade empresarial, configurando um espaço econômico típico de que elas necessitavam para crescer (FERNANDES, 2005 apud PEREZ, 2014, p. 3).

O Estado brasileiro, historicamente, se desenvolveu como um veículo do poder burguês, assim, o capitalismo monopolista necessitou de uma grande concentração do poder político estatal, além da existência de uma diversidade em relação às formas econômicas capitalistas e extracapitalistas. Nesse sentido, as relações econômicas, tanto anteriores, como novas, coexistiram (desenvolvimento econômico periférico: persistência do “antigo”, “arcaico” e “moderno”), no sentido de que eram funcionais para o êxito do padrão capitalista-monopolista. O desenvolvimento anterior da economia competitiva (fase colonial e neocolonial) foi articulado à econômica dos países de capitalismo hegemônicos, ao próprio mercado mundial (FERNANDES, 2005, apud PEREZ, 2014).

A defesa pelo desenvolvimentismo no período monopolista do Brasil (e da própria América Latina) perpetuou:

[...] uma dupla articulação que comprometeu a capacidade de a sociedade nacional controlar os fins e os meios de desenvolvimento — a situação de dependência externa e a extrema desigualdade entre as classes sociais. A subordinação da vida econômica nacional à lógica ultraespeculativa do capital internacional e à reprodução de estruturas sociais típicas de regimes de desagregação social distorcem irremediavelmente as propriedades construtivas da concorrência econômica e da luta de classes — molas propulsoras do desenvolvimento capitalista autodeterminado. A superexploração do trabalho, a irracionalidade do processo de incorporação de progresso técnico, a instabilidade econômica e financeira, o espectro da estagnação e as crises cíclicas de reversão estrutural tornam-se características inerentes ao capitalismo na periferia latino-americana da economia mundial (FERNANDES, 2005, apud PEREZ, 2014, p. 6).

No Brasil, a Ditadura Militar foi instaurada em 1964, o que evidenciou a necessidade de as classes dominantes intensificarem e ampliarem sua dominação, de fato, para neutralizar as pressões democráticas e nacionalistas de parte de alguns setores burgueses mais ou menos radicais e, conjuntamente, reprimir “as pressões de igualdade econômica, social e política ou de integração nacional e de mobilização de classe das massas populares” (FERNANDES, 2005, p.371).

Nesse período, foi agravado o desenvolvimento desigual interno, articulado à dominação imperialista exterior (FERNANDES, 2005 apud PEREZ, 2014, p. 6). É necessário apontar que, em escala global, é, no final da década de 1960, a partir da crise do padrão de acumulação taylorista/fordista¹⁵, que o capital desencadeou um amplo processo de reestruturação produtiva diferenciado, com o objetivo de recuperação do seu ciclo produtivo, e passou do Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*)¹⁶ para o padrão de acumulação flexível.

O desenvolvimento do capitalismo contemporâneo assumido a partir de 1970 esteve relacionado com o final da “onda expansiva de lucros”, principalmente com a crise do petróleo, incidindo sobre o desenvolvimento do *Welfare State* e das massas populares que defendiam a expansão no âmbito econômico-social. Assim, ainda nessa década, tem-se um contexto perpassado pelas quedas dos lucros e avanço de mobilizações anticapitalistas. Nesse momento, “a recessão generalizada de 1974-1975 acende o sinal vermelho para o capital monopolista que, a partir de então, implementa uma estratégia política global para reverter a conjuntura que lhe é francamente negativa” (NETTO, 2007 apud REIS et al., 2010, p. 11). Especificamente, essa estratégia se manifesta através do neoliberalismo, que teve início nos países capitalistas centrais através de Margareth Thatcher (Primeira Ministra da Inglaterra a partir de 1979) e de Ronald Reagan (Presidente dos Estados Unidos, desde 1980). Assim, com o esgotamento do padrão fordista-taylorista, funda-se a acumulação flexível.

Desse modo, diversas transformações foram realizadas na dinâmica produtiva e constituíram o reflexo dessa *acumulação flexível* (ANTUNES, 2010), que foi:

[...] marcada por um confronto direto com a rigidez do fordismo. Ela se apoia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional. A acumulação flexível envolve rápidas mudanças dos padrões do desenvolvimento desigual, tanto entre setores como entre regiões geográficas [...] (HARVEY, 2008, p. 140).

A acumulação flexível possibilitou a emergência de um processo composto por elementos de continuidade e descontinuidade, com reordenamento dos padrões produtivos e

¹⁵ Fordismo-taylorismo, caracterizado como um padrão produtivo do capitalismo desenvolvido no século passado, que tem como características: produção em massa, produção concentrada e verticalizada, com controle de tempo e movimentos.

¹⁶ *Welfare State* ou Estado de Bem-Estar Social, com “um Estado com forte iniciativa no campo de políticas sociais redistributivas e com pronunciada intervenção por serviços e equipamentos sociais, fiador de controles tributários sobre o capital e articulador institucional de parcerias entre capital e trabalho, sobre a base do jogo político democrático” (NETTO, 1998, p. 98).

de regulação social. Distintos dos que eram preconizados anteriormente, compostos pela produção em série, rigidez das unidades produtivas, com elevado controle de tempo e ritmo por parte dos operários. O novo padrão de acumulação:

[...] se fundamentou num padrão produtivo organizacional inspirado na experiência japonesa no pós-guerra e associado ao avanço tecnológico, resultado da introdução de técnicas de gestão da força de trabalho próprias da fase informacional, bem como da introdução ampliada dos computadores no processo produtivo e de serviços. Desenvolveu-se em uma estrutura produtiva mais flexível, através da desconcentração produtiva, das redes de subcontratação (empresas terceirizadas), do trabalho em equipe, do salário flexível, das “células de produção”, dos “times de trabalho”, dos grupos “semiautônomos”, além de exercitar, ao menos no plano discursivo, o “envolvimento participativo” dos trabalhadores. O “trabalho polivalente”, “multifuncional”, “qualificado”, combinado com uma estrutura mais horizontalizada e integrada entre diversas empresas, inclusive nas empresas terceirizadas, com a finalidade da redução do tempo de trabalho. Mais recentemente, a prática das “metas” e das “competências”, realizada pelos “colaboradores”, tornou-se a regra no ideário empresarial (ANTUNES; DRUCK, 2015, p. 22).

Ainda de acordo com Antunes e Druck (2015), em relação ao mundo do trabalho, se tornou imperativo: a desregulamentação dos direitos do trabalho em escala global; a terceirização da força de trabalho em diversos setores da escala produtiva e de serviços; ofensiva e derrota das organizações sindicais da classe trabalhadora; incentivo ao sindicalismo de parceria (mais negocial e menos conflitivo); a reengenharia; *teamwork*¹⁷; a eliminação dos postos de trabalho, incentivo ao aumento da produtividade; defesa da qualidade total; do envolvimento por parte dos trabalhadores e aumento da terceirização.

Desse modo, a empresa “flexível” mantém o menor contingente de trabalhadores, enquanto aumenta seus índices de produtividade. A “empresa flexível”, do toyotismo, possui algumas características distintas em relação ao taylorismo/fordismo, pois:

- 1) É uma produção diretamente vinculada à demanda, diferenciando-se da produção em série e de massa do taylorismo/fordismo; A terceirização sem limites: a precarização do trabalho como regra;
- 2) Depende do trabalho em equipe, com multivariada de funções, rompendo com o caráter parcelar típico do fordismo;
- 3) Ela se estrutura num processo produtivo flexível, que possibilita ao operário operar simultaneamente várias máquinas, diferentemente da relação homem/máquina na qual se baseava o taylorismo/fordismo;
- 4) Tem como princípio o *just in time*, isto é, a produção deve ser efetivada no menor tempo possível;
- 5) Desenvolve-se o sistema de *kanban*, senhas de comando para reposição de peças e de estoque, uma vez que no toyotismo os estoques são os menores possíveis, em comparação com o fordismo;
- 6) As empresas do complexo produtivo toyotista têm uma estrutura horizontalizada, ao contrário da verticalidade fordista. Enquanto na fábrica fordista aproximadamente 75% da produção era realizada no seu interior, a fábrica toyotista é responsável por somente 25% e a terceirização/subcontratação passa a ser central na estratégia

¹⁷ No mundo organizacional, a defesa do trabalho em equipe, de um time de qualidade em prol do trabalho eficiente, de qualidade e rápido.

patronal. Essa “horizontalização” estende-se às subcontratadas, às firmas “terceirizadas”, acarretando a expansão dos métodos e procedimentos para toda a rede de subcontratação. E essa tendência vem se intensificando ainda mais e nos dias atuais, onde a empresa flexível defende e implementa a terceirização não só das atividades-meio, mas também das atividades-fim.

7) Desenvolve a criação de círculos de controlo de qualidade (CCQs), visando à melhoria da produtividade das empresas e permitindo às empresas apropriar-se do *savoir faire* intelectual e cognitivo do trabalho, que o fordismo despreza (ANTUNES; DRUCK, 2015, p. 23).

Como aponta Soares (2001), no plano político-institucional, o neoliberalismo, adentrou no Brasil na década de 1990, diante dos sucessivos fracassos dos planos de estabilização econômica, do desgaste decorrente dos processos inflacionários, da política de exportação adotada pelo governo, das dificuldades de investimentos do setor público, além de outros fatores.

Assim, ainda de acordo com a autora, no país, foi materializado um receituário neoliberal tardio, orientado por um projeto global para a sociedade, com elevado custo social, com deterioração das políticas sociais e agravamento das condições sociais. Soares (2001) identifica que as políticas de ajuste e estabilização econômica foram orientadas pela âncora cambial, sobrevalorização cambial, pelos juros internos altos, pelas medidas de liberação financeira e pela entrada de capitais especulativos de curto prazo, com riscos e desestabilização evidente na balança de pagamentos do país. Além da emissão de títulos da dívida pública, o que trouxe aliada à política de juros, um aumento incontrolável da dívida externa.

A inserção nacional nesse processo ocorreu na fase das “medidas corretivas” do Consenso de Washington¹⁸, com Políticas Ortodoxas na economia, propostas da “reforma do Estado”, com programas de “alívio” para a pobreza. Essa espécie de reformatação do Estado brasileiro, em prol de sua adaptação passiva à lógica do capital, ocorreu como uma ampla contrarreforma do Estado. Com uma argumentação de que os problemas e crises econômica e social eram decorrentes do Estado, o centro dessas “reformas” foi de fato, o ajuste fiscal. As “reformas” foram orientadas para o mercado, com ênfase para as privatizações e com ataque

¹⁸A partir de um encontro realizado em Washington, nos Estados Unidos, em 1989, foi elaborado um conjunto de medidas denominadas “Consenso de Washington”. Estas medidas, foram idealizadas pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Mundial, Banco Interamericano de Desenvolvimento e do Tesouro dos Estados Unidos, além da participação de outras instituições privadas e de economistas latino-americanos. Os principais pontos defendidos foram: rigorosa disciplina fiscal; aumento do número de privatizações; intensa redução dos gastos públicos; desregulamentação da economia, flexibilização das relações trabalhistas privatização, dentre outras que tinham como objetivo desobstruir os empecilhos à expansão do capital potencializada pelo imperialismo, especialmente na América Latina (MONTAÑO e DURIGUETTO, 2011; MACIEL, 2017; SILVA, 2018).

às conquistas de 1988, na área da seguridade social (Previdência; Assistência e Saúde) e outras (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Soares (2001) indica que o ajuste brasileiro foi recessivo, com queda nos salários, redução de impostos e diminuição da fase de arrecadação tributária, um enorme custo para o setor público, reestruturação recessiva da economia e do setor público, novas situação de exclusão social e agravamento das precárias condições sociais da população em situação de pobreza. Em relação às consequências diretas do ajuste neoliberal sobre a desigualdade social e a pobreza, houve o agravamento desta última após o período de estabilização econômica.

Nos anos de 1990, a insuficiência de renda (valor da diferença entre a renda média dos pobres e a linha de pobreza) ampliou-se. Os pobres no pós-Plano Real ficaram mais pobres, a renda per capita média foi inferior ao período anterior, as políticas econômicas e sociais não reverteram o quadro de pobreza e de exclusão social. Foram agravadas as condições de emprego e trabalho, com consequente informalização, diminuição dos salários, cortes dos direitos sociais, elevadas taxas de desemprego e crescimento do trabalho informal (crescimento de 62% na década). Sobre os serviços básicos, foram realizados elevados cortes dos investimentos públicos no período pós-Plano Real, assim, as necessidades da população ficaram à mercê do “mercado”, com elevação real de preços, tornando, destarte, piores as condições de acesso aos direitos sociais e, principalmente, o atendimento dessas necessidades em relação aos mais pobres.

No Brasil, o desenvolvimento do Estado brasileiro sob o viés neoliberal ocorreu de acordo com os interesses do grande capital, em prol do desmonte das conquistas históricas da classe trabalhadora, da ofensiva aos direitos trabalhistas, ao ataque às políticas sociais (focalizadas, com caráter efêmero e assistencialista), da dependência externa, segregação social, da desregulamentação e restrição à expansão do mercado interno, bloqueios à política industrial, antagonismos entre políticas sociais universalistas e políticas sociais assistencialistas e intensificação da privatização em diversos setores (SAMPAIO, 2012 apud PEREZ, 2014).

Assim, após essas considerações, percebe-se que os fundamentos do capital estão relacionados intrínseca e dialeticamente com a propriedade privada e a exploração do trabalho. Compreendem-se as principais características da categoria trabalho e como as transformações coordenadas pela lógica capitalista orquestram o atendimento ou não de determinadas necessidades e reivindicações da classe trabalhadora. Além disso, identificou-se que o mundo do trabalho sofreu e sofre profundas alterações, mesmo diante da luta dos trabalhadores e que as condições de vida, de trabalho e os direitos conquistados continuam

inseridos em um processo de constante ofensiva. Nesse sentido, após essas discussões, torna-se pertinente analisar o desenvolvimento da Política de Saúde no Brasil e aprofundar a compreensão da dinâmica entre os âmbitos público e privado.

2. POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL – A COEXISTÊNCIA DO PÚBLICO E DO PRIVADO

Para entender as particularidades de atuação profissional do Serviço Social, no âmbito privado da assistência à saúde, em um primeiro momento, realizou-se uma análise acerca do Trabalho, enquanto categoria central para a compreensão de como ocorre o desenvolvimento e aprofundamento da exploração no Modo de Produção Capitalista, em nível societário global. Elencaram-se, também, algumas características do seu desenvolvimento, especificamente, na realidade latino-americana e brasileira.

Neste capítulo, analisou-se a política de saúde no Brasil, com o objetivo de identificar as características que configuram a relação do âmbito público com o âmbito privado. Para isso, em um primeiro momento, foram abordados os principais modelos de saúde pelo mundo, e o brasileiro.

Posteriormente, analisou-se o processo de reconfiguração da política de saúde no Brasil, através da identificação dos principais movimentos de organização, discursos e ações polarizadas pela defesa dos interesses do grande capital e pela luta da classe trabalhadora em prol de uma sociedade mais justa e igualitária. Apontaram-se algumas especificidades da contínua expansão de empresas e do financiamento a partir de recursos públicos na área da saúde.

Assim, o objetivo deste capítulo é oferecer elementos para analisar as implicações da formação da política de saúde no Brasil, que, de fato, depende da conjuntura (histórica-política-econômica-social), e da polarização e correlação de forças existentes em disputa, mas que, desde o seu início, foi marcada pela imbricação dos interesses entre as esferas pública e privada.

2.1. Modelos de Saúde e Realidade Brasileira

Primeiramente, para que se compreenda o sistema brasileiro de saúde pública e o desenvolvimento da saúde suplementar no Brasil, é necessário realizar uma breve abordagem sobre outros modos de organização desse sistema pelo mundo. No contexto internacional, verifica-se uma diversidade nas bases do sistema de saúde. Resumidamente, podem-se citar três tipos de sistemas: 1) Sistemas inteiramente ou majoritariamente públicos; 2) Sistemas de seguro social obrigatório e) Sistemas de caráter obrigatório.

A partir disso, tem-se que:

Os sistemas inteiramente ou majoritariamente públicos são sistemas de saúde de caráter universal, financiados pela totalidade da população, através do pagamento de tributos e cuja provisão de serviços é pública; os sistemas de seguro social obrigatório, caracterizados como sistemas de saúde organizados pelo Estado, são financiados pela contribuição de empregadores e empregados, com provisão de serviços privada; os sistemas de caráter obrigatório são sistemas de saúde que são financiados por parte da população e pelos empregadores, sem obrigatoriedade de contribuição, e cuja provisão de serviços é geralmente privada (BRASIL, 2007, p.20).

Sobre as medidas focalizadas financiadas através de tributos, direcionadas à fração mais pobre da população, nos Estados Unidos da América (EUA), ainda que exista o sistema privado, coexistem o *Medicaid*¹⁹ e o *Medicare*²⁰ para a população de baixa renda. No Japão, desde 1973, existe um sistema público de saúde para a população com mais de 70 anos. E, na Espanha, assim como no Brasil, há um sistema privado suplementar.

No Brasil, a partir da estruturação de saúde previdenciária, foi adotado o modelo de seguro social, composto pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs)²¹. Estes contemplaram variadas categorias de trabalhadores urbanos, para:

A organização da oferta de saúde, que em sua grande maioria, compravam a prestação de serviços de consultórios médicos ou de estabelecimentos hospitalares. Paralelamente aos IAPs surgiram, nos anos 1940, as caixas de assistência, que beneficiavam os empregados de algumas empresas por meio de empréstimos ou reembolso pela utilização de serviços de saúde externos à Previdência Social, ainda que esses serviços pudessem ser prestados por ela. Foi nessa época, por exemplo, que ocorreu a criação da Caixa de Assistência de Funcionários do Banco do Brasil (Cassi) (BRASIL, 2007, p.22).

Em relação à ampliação dos credenciamentos de prestadores de serviços privados de saúde, a Previdência Social, no decorrer das décadas de 1950 e 1960, ampliou o financiamento de grupos médicos, com organização de sua rede por meio de dois subsistemas: um relacionado ao atendimento de trabalhadores rurais e outro para trabalhadores urbanos. As Caixas de Assistência e os sistemas patronais estenderam os seus credenciamentos também, diante do aumento da demanda por atendimentos externos à Previdência Social. Diante dessa situação, houve um elevado número de conflitos no âmbito da categoria médica, que se polarizou em duas vertentes de compreensão: a primeira, que pretendeu preservar a prática

¹⁹ O *Medicaid* é um subsistema de saúde norte-americano financiado essencialmente pelos Estados, foi criado em 1965, destinado às pessoas de baixos rendimentos (COSTA, 2013).

²⁰ O *Medicare* é um subsistema de saúde norte-americano financiado pelo governo federal, foi criado em 1965, mas para idosos de baixa renda, com mais de 62 anos (COSTA, 2013).

²¹ Os IAPs foram criados pelo então presidente Getúlio Vargas, em 1930. Os IAPs substituíram as chamadas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que foram instituídas pela Lei Elói Chaves, em 1923. As CAPs apenas contemplaram algumas poucas categorias profissionais, mas é notório que, de fato, foram um marco histórico da previdência social (BRAVO, 2009).

liberal da medicina e a outra, que defendeu a prática médica voltada para o mercado que se apresentava. Nesse contexto, surgiram duas modalidades de empresas médicas: as cooperativas médicas, com realização dos atendimentos nos próprios consultórios médicos, e as medicinas de grupo, vinculadas aos atendimentos hospitalares. Assim, percebe-se que, na década de 1960, desde trabalhadores empregados pelo Estado, entre outros já possuíam planos de saúde, refletindo assim a coexistência tanto da saúde suplementar como do sistema de saúde público no país (BRASIL, 2007).

É importante ressaltar que, como visto anteriormente, a partir da instauração da “ditadura nacional”, em 1964, e de seu desenvolvimento político e econômico-social, a política nacional de saúde se desenvolveu de acordo com o modelo orientado por privilégios para o setor privado de assistência à saúde. O Estado utilizou e reforçou a repressão e a assistência, com objetivos de aumentar o poder, a regulação sobre a população e diminuir as tensões sociais. A tentativa de legitimidade para o novo regime se desenvolveu a partir dos interesses da acumulação capitalista.

Em 1966, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), para trabalhadores formais, resultado da junção dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs)²², o que marcou a reestruturação do setor previdenciário. Nesse momento, como afirma Bravo (2009), foi requisitado do setor da saúde assumir de maneira privilegiada características capitalistas, diante das mudanças tecnológicas ocorridas em âmbito internacional. Sobre as características do modelo de “privilegiamento do setor privado”, têm-se:

Extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana, incluindo, após 1973, os trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos;

Ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, e articulação do Estado com os interesses do capital internacional, via indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos;

Criação do complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e equipamentos médicos;

Interferência estatal na previdência, desenvolvendo um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor da saúde, propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado desses serviços;

Organização da prática médica nos moldes compatíveis com a expansão do capitalismo no Brasil, com a diferenciação do atendimento em relação à clientela e das finalidades que esta prática cumpre em cada uma das formas de organização a atenção médica (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986, p.207 apud BRAVO, 2009, p. 26).

²² De acordo com Bravo (2009), os IAPs tiveram o objetivo de incluir um número maior de categorias de trabalhadores assalariados urbanos para o acesso aos benefícios disponíveis.

Em 1977, com o desmembramento do INPS, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), com diferenciação entre a saúde pública e as questões de atenção médica. O Inamps permitiu maior abertura ao sistema privado de saúde, a partir da sua configuração, com subsistemas, tais como o estatal e a atenção médica supletiva e o hegemônico. Este último, caracterizado com a contratação do setor privado, que era conveniado à Previdência Social (MENDES, 2003 apud MACHADO, 2009).

Como abordado nesse item, percebe-se que a política nacional de saúde se desenvolveu de acordo com o modelo orientado por privilégios para o setor privado de assistência à saúde. Evidenciando, assim, a permanência de concentração de um amplo poder orientado pelo monopólio do relacionamento entre o setor privado e o setor público. Entretanto, com o advento da Nova República, em 1985, dá-se um redirecionamento dos debates sobre as formas de organização das políticas sociais, por setores mais progressistas da sociedade, na saúde, tem-se a defesa de um projeto democrático de reforma sanitária.

Assim, no próximo item, apontam-se as principais características que marcaram esse processo de reconfiguração política, além da problematização da permanência da polarização entre os interesses do grande capital sobre a garantia do acesso à população ao atendimento das suas necessidades.

2.2. O Processo de Reconfiguração da Política de Saúde no Brasil

Percebe-se que o processo histórico de constituição da política de saúde brasileira se desenvolveu com a principal característica da coexistência entre o setor público e o setor privado de saúde. O Estado brasileiro impulsionou o crescimento do setor privado, diante do incentivo ao aumento do investimento e das ações desse setor, garantiu a assistência em saúde de qualidade apenas para uma parcela específica da população (MACHADO, 2009). Assim, os setores majoritários da classe trabalhadora, ao longo da história nacional, pereceram diante da focalização, restrição dos investimentos e precarização da política de saúde pública.

Soares (2008) e Machado (2009) apontam que houve a expansão das empresas médicas, com financiamento a partir de recursos públicos, especificamente oriundos da previdência social. No final da década de 1970 e no decorrer da década de 1980, em um contexto de emergência do protagonismo dos movimentos sociais, as Conferências Nacionais

de Saúde – CNSs²³ que ocorreram se construíram como amplos espaços de defesa da democratização na área da saúde.

Nesse momento, com a ampliação desses movimentos sociais, houve um fortalecimento da defesa da democratização da saúde, do Estado e da sociedade. A partir da VIII CNS, o termo “reforma sanitária” passou a se vincular ao debate de temáticas tais como: “determinação social da saúde-doença”; “organização social das práticas de saúde”; “consciência sanitária” e “promoção da saúde” e “intersectoriedade” (PAIM, 2012).

De acordo com Machado (2009), ainda nesse contexto, no interior do Ministério da Saúde, articularam-se representantes do pensamento médico-social, sanitaristas, com a defesa do movimento pela reforma sanitária²⁴, a defesa pelo fortalecimento da saúde pública e do controle social. A partir de encontros e produções teóricas sobre a saúde coletiva com contribuições das ciências sociais, a produção do conhecimento foi atrelada à prática política, aos debates e ações das organizações da sociedade civil e em prol da redemocratização nacional.

Assim, na VIII CNS, Sérgio Arouca, presidente da Conferência, juntamente com professores e pesquisadores de Saúde Coletiva, passou a defender uma reforma sanitária associada à reforma econômica e agrária, além de necessárias reformas urbana e financeira. O conceito ampliado de saúde, defendido nessa conferência, compreendia a urgência de alterações para além do âmbito administrativo, financeiro e setorial.

Paralelamente, o governo federal criou a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que elaborou e encaminhou um texto à Assembleia Constituinte, para subsidiar o capítulo sobre saúde, na Constituição de 1988. Porém, na própria Constituinte, a concepção de Reforma Sanitária Brasileira foi reduzida apenas a uma reforma no setor da saúde, com alterações focalizadas para o sistema de serviços de saúde (AROUCA, 1987 apud PAIM, 2012).

²³ As Conferências de Saúde no Brasil aconteceram desde 1941, mas somente a partir da realização da 8ª CNS, em 1986, que elas passaram a ser reconhecidas como amplos espaços de democratização do setor saúde, diante do seu papel de avaliar e fazer proposições para a efetivação da política de saúde. Inicialmente, as Conferências eram abertas a gestores, representantes do setor previdenciário e privado em saúde, mas com o processo em prol da Reforma Sanitária, vivido nos anos de 1970-80, elas passam a se realizar com representantes de vários segmentos sociais organizados, sendo a representação do segmento dos usuários de 50% de trabalhadores de saúde, 25% de gestores públicos e prestadores filantrópicos e privados para o SUS, 25% (KRÜGER, 2007).

²⁴ A expressão Reforma Sanitária foi utilizada inicialmente em um artigo datado de 1973, na abordagem sobre as origens da Medicina Preventiva no ensino médico, bem como a comparação entre o sanitarismo que se desenvolveu na Inglaterra na metade do século XIX, e o Movimento de Medicina Social, que surgiu no mesmo período na Alemanha e França. Este movimento propôs mudanças mais amplas na sociedade para se alcançar a saúde diferentemente do vivenciado na Inglaterra, em que a reforma sanitária foi mais limitada (SILVA, 1973 apud PAIM, 2012).

De acordo com Paim (2012), o processo de transformações preconizadas pela Reforma Brasileira Sanitária (RBS) envolvia uma “totalidade de mudanças”, que puderam ser expressas em quatro dimensões. Além da defesa da transformação social e do fortalecimento da cidadania. Essas dimensões eram:

1ª) A dimensão específica: como o campo da dinâmica do fenômeno saúde/doença nas populações, que se expressa pelos indicadores disponíveis, como o coeficiente da mortalidade infantil, expectativa de vida, etc., pela experiência acumulada, pela comparação com o nível de saúde já alcançado por outras populações, etc.

2ª) A dimensão institucional: como o campo das instituições que atuam no setor (públicas, privadas, beneficentes), da produção de mercadorias, de equipamentos, a formação de recursos humanos. Este campo é tradicionalmente definido como o Sistema ou o Setor Saúde.

3ª) A dimensão ideológica: em que há valores, juízos, concepções, preconceitos que representam a expressão simbólica e histórica de uma dada situação sanitária.

4ª) A dimensão das relações: em um dado momento histórico, a organização social e produtiva de uma sociedade leva a que a produção, distribuição e apropriação das riquezas de forma a determinar situações de risco e de possibilidades ao fenômeno saúde/doença (AROUCA, 1988, p. 2 apud PAIM, 2012, p.13).

As diversas entidades que participaram do processo de desenvolvimento do projeto de Reforma Sanitária Brasileira, consolidando-o como uma força política, foram: a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco); Centro Nacional de Recursos Humanos do Instituto e Pesquisas Econômicas e Aplicadas (CNRH/Ipea); Financiadora e Estudos e Projetos (Finesp); Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), entre outras (ESCOREL et al., 2005). Participaram também, estudantes, pesquisadores e representantes de instituições e organizações da sociedade civil (CAVALCANTI; ZUCCO, 2006 apud SOARES, 2008).

Na Constituição Federal (CF) de 1988, também conhecida como a “Constituição Cidadã”, foi criada a Seguridade Social, destinada a assegurar o direito relativo à saúde, à previdência social e à assistência social. Segundo Machado (2009), em relação à saúde, o movimento pela reforma sanitária teve papel relevante para as conquistas expressas na Constituição. O Estado passou a ter como responsabilidade a regulação, a fiscalização e o controle de qualquer ação e serviço em saúde. Outra prerrogativa da CF/88 foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), visando à integração dos serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade.

Assim, de acordo com Bravo (2001), percebe-se que a Constituição Federal de 1988 foi uma das mais progressistas, em relação ao modelo de proteção social. Os cinco artigos relacionados à saúde nessa constituição (Art. 196-200) abordaram a saúde como um direito de todos e dever do Estado, a integração dos serviços de saúde de forma regionalizada e

hierárquica, caracterizando o Sistema Único de Saúde. Porém, diante dos avanços conquistados, é necessário ressaltar que o debate sobre a saúde no processo constituinte foi polarizado por dois blocos:

[...] um formado pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e pela Associação das indústrias farmacêuticas (internacionais), que defendia a privatização dos serviços de saúde, e outro denominado Plenária Nacional da Saúde, que defendia os ideais da Reforma Sanitária, que podem ser resumidos como: a democratização do acesso, a universalidade das ações e a descentralização com controle social. A premissa básica é a compreensão de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. A vitória das proposições da reforma sanitária deveu-se à eficácia da Plenária, via sua capacidade técnica, pressão sobre os constituintes e mobilização da sociedade, e à Emenda Popular assinada por cinquenta mil eleitores e cento e sessenta e sete entidades (BRAVO; MATOS, 2004, p. 7).

Assim, percebe-se que todo esse processo de questionamento e reflexão foi construído coletivamente. E, a partir disso, mudanças significativas foram realizadas. A criação do SUS na Constituinte de 1988 possibilitou uma compreensão integral do conceito de saúde, que possui:

[...] como outros fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990, p.20 apud SARRETA; BERTANI, 2011, p. 37).

Sarreta e Bertani (2011) ainda ressaltam que a constituição do SUS só foi possível diante do trabalho, da luta, do processo de mobilização da sociedade. Todavia, mudanças profundas que ocorreram na economia brasileira na década anterior em prol do desenvolvimento industrial com alto grau de transnacionalização elevaram o custo social no decorrer da década de 1990. Os governos pós-ditadura orientaram-se pela perspectiva neoliberal, como apresentado no capítulo anterior. Assim, tornou-se imperativa a privatização do patrimônio público e, conseqüentemente, de suas responsabilidades (COHN, 1997 apud SARRETA; BERTANI, 2011).

Ainda assim, em 1990, foram promulgadas as leis nº 8.080²⁵ e nº 8.142²⁶, que formaram as Leis Orgânicas de Saúde (LOS), caracterizando assim as bases operacionais do

²⁵ Na Lei nº 8.080, de 1990, em seu Art. 1º, ficou afirmada a regulação, em território nacional das ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais, jurídicas de Direito Público ou privado. No Art. 2º, a saúde é tratada como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Além de dispor sobre a constituição do SUS, este como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder

SUS, ou seja, os seus princípios e diretrizes. Os princípios destacados foram: universalidade (para atender a todos, sem distinções, restrições ou custo); integralidade (atenção em quaisquer níveis de complexidade, desenvolvendo ações de promoção, prevenção e tratamento aos indivíduos e à coletividade); equidade (no referente a disponibilizar recursos e serviços com justiça, de acordo com as necessidades de cada um); direito à informação (com domínio das informações sobre sua saúde individual e sobre os riscos que afetam a saúde coletiva – o usuário passa a ter o direito sobre a sua saúde, direito de optar, questionar e saber sobre si – esse direito deve ser garantido sob responsabilidade dos profissionais e gestores da saúde).

Ainda sobre esses princípios: tem-se a descentralização (da gestão do sistema, que implica a transferência de poder de decisão sobre a política de saúde do nível federal, para os estados e municípios; regionalização (delimitação de uma base territorial para o sistema de saúde, que leva em conta a divisão político-administrativa do país, mas também contempla a delimitação de espaços territoriais específicos para a organização das ações de saúde, subdivisões ou agregações do espaço político-administrativo); hierarquização da rede de serviços de saúde (a organização das unidades segundo grau de complexidade tecnológica dos serviços, com o estabelecimento de uma rede que articula as unidades mais simples às unidades mais complexas, através de um sistema de referência e contrarreferência de usuários e de informações) e a participação da comunidade (BRASIL, 1990).

Especificamente sobre as leis citadas, Gomes (2011) indica que a Lei 8.080 de 1990 vincula-se às condições para a Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, organizando, assim, o funcionamento do SUS. Portanto, essa lei

[...] delineou os objetivos e as atribuições; os princípios e as diretrizes; a organização, a direção e a gestão do SUS; as competências e as atribuições entre as três esferas do Governo: Federal, Estadual e Municipal; o papel dos serviços privados de assistência à saúde; a política de recursos humanos; e o financiamento, o planejamento e o orçamento na política de saúde (GOMES, 2011, p. 4).

Nessa lei, são tratadas as disposições sobre a participação do setor privado de saúde, em caráter complementar, na saúde pública nacional, revelando o tom neoliberal que ganhou força na prestação de serviços no setor das políticas públicas. No Título III, Capítulo I e II, tem-se:

Público. Porém, a partir dessa lei, foi legalmente permitido que a iniciativa privada pudesse participar do SUS, de modo complementar (BRASIL, 1990a).

²⁶ A Lei nº 8.142, de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990b).

Dos Serviços Privados de Assistência à Saúde. Capítulo I do Funcionamento.

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.

§ 1º Em qualquer caso, é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.

§ 2º Excetuam-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, em finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social (BRASIL, 1990).

Sobre a participação complementar, o Capítulo II dispõe:

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 3º (Vetado).

§ 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990).

Sobre a Lei Orgânica da Saúde, 8.142 de 1990, esta aborda a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, as instâncias colegiadas, como Conferências e Conselhos de Saúde, além da transferência dos recursos destinados à saúde.

Ainda de acordo com Gomes (2011), essa lei visa complementar a primeira, porque o presidente em exercício no período, Fernando Collor de Melo, vetou vários pontos da mesma. Consequentemente, a autora aponta que os ajustes orientados pela perspectiva neoliberal já poderiam ser ali percebidos.

Mesmo com todos os avanços na área da saúde pública, Machado (2009) aponta que havia um contexto mundial desfavorável em relação aos mesmos. A oposição liberal-conservadora não se retirou do cenário político e ainda continuou a integrar o sistema de saúde brasileiro. Permaneceu a coexistência entre a prestação de serviços pautada na lógica do mercado e a outra construída pelo sistema nacional público. Tendo essas indicações e de que o Estado se configurou como um espaço de acirramento e disputa entre os interesses do setor privado, do setor público e das reivindicações da sociedade civil, torna-se pertinente adentrar na análise sobre os principais elementos que configuram essa relação no Brasil. Isso será realizado no próximo item.

2.3. A Relação entre o Público e Privado no âmbito da Saúde

Como abordado no primeiro capítulo, na década de 1990, houve um redirecionamento do papel do Estado e se intensificou a política de ajuste neoliberal. Houve o ataque do grande capital, aliado aos grupos dirigentes do país, e o Estado se configurou como um espaço de acirramento da disputa entre o público e o privado. Os avanços expressos na Constituição de 1988 sofreram com a ofensiva neoliberal, em um contexto internacional de corte da proteção social, enquanto o Brasil foi permeado por mudanças no mundo do trabalho, com flexibilização e precarização (NOGUEIRA; SARRETA, 2016).

Desse modo, no decorrer da década de 1990, houve uma drástica redução nos gastos sociais, com o desmantelamento da proteção social, através de políticas focalizadas, ações de defesa do empreendedorismo, em que os sujeitos eram responsabilizados pela sua situação, e houve também a desarticulação das redes de serviços sociais. As autoras Nogueira e Sarreta (2016) ainda apontam que as políticas de ajuste fiscal e as medidas iniciadas durante o governo Fernando Collor de Melo²⁷ se intensificaram no governo de Fernando Henrique

²⁷ Fernando Collor de Melo (1990-1992), como presidente eleito na primeira eleição direta, após o regime ditatorial, defendia reformas com um discurso em prol de desenvolvimento nacional, porém, possibilitou o avanço do processo de contrarreformas posteriormente, em que os direitos sociais sofreram grande ofensiva diante do avanço neoliberal. Como, por exemplo, Collor viabilizou uma abertura comercial, em que as indústrias nacionais enfrentaram dificuldades em relação ao seu poder de concorrência com o mercado externo. Assim, com o crescimento de crises e falências, houve redução nos postos de trabalho, aumentando o número de desempregados, incidindo sobre a organização da classe trabalhadora (organização política e sindical). Em

Cardoso²⁸, como, por exemplo, com a ampliação e expansão das privatizações. Houve neste último, a transferência do controle estatal para a iniciativa privada, com a privatização de empresas públicas e transferência da responsabilidade do Estado para a sociedade civil. Essas medidas se tornaram possíveis diante da criação do “Plano Diretor da Reforma do Estado”, idealizado pelo então ministro no período, Luiz Carlos Bresser Pereira.

Ainda sobre a ofensiva neoliberal, Gomes (2011) indica que, ao longo da década de 1990, o neoliberalismo orientou a política de saúde, em que o dever do Estado foi reduzido, a autora recorre a Oliveira (2003) para explicitar a relação mercadológica, do acesso à saúde, denominada “universalização excludente”:

[...] Essa universalização, portanto, não significou a inclusão de todos os segmentos, de poder aquisitivo melhor, que passaram a comprar no mercado, serviços antes prestados pelo Estado. Mesmo a parcela mais pobre da população que buscava os serviços do SUS muitas vezes não era atendida, ou o era de forma precária (OLIVEIRA, 2003, p.24 apud GOMES, 2011, p.5).

A privatização explicitada seguiu a lógica composta por três condições básicas: a mercantilização do serviço; a garantia da demanda e o estabelecimento de critérios de focalização²⁹, em que os usuários prioritários passam a ser pessoas excluídas do acesso à saúde de modo integral (COSTA, 2003; LESSA, 2003; GOMES, 2011).

Durante essa década e no início dos anos 2000, percebeu-se um acirramento na disputa entre o modelo de saúde privatista neoliberal, com uma democracia restrita, com diminuição dos direitos sociais e políticos, e o modelo da Reforma Sanitária, com defesa da democracia de massas, da ampla participação social, da universalização e controle social. Dessa forma, ocorria a continuidade da polarização entre o atendimento dos interesses do setor público e do privado (BRAVO; MATOS, 2004 apud NOGUEIRA; SARRETA, 2016).

No âmbito da saúde, foi estabelecido o incentivo por meio de diversas ações, à ampliação da iniciativa privada na prestação de serviços de saúde, como: a transferência de

relação ao setor da saúde, Collor, atuou em prol do desmonte do projeto da reforma sanitária, ainda que houvesse resistência e luta às propostas neoliberais por parte de diversos setores da sociedade civil (MEDEIROS, 2005; BERHING; BOSCHETTI, 2011; SECON, 2014).

²⁸ Fernando Henrique Cardoso (FHC) (1995-2003) intensificou e aprofundou a implementação de medidas neoliberais em diversos setores da sociedade, como presidente, consolidou o projeto neoliberal subordinando a reforma do Estado às políticas dominantes de estabilização e ajuste econômico, atendendo ao grande capital. FHC privatizou empresas estatais, manteve a política de abertura econômica e a desregulamentação financeira, além dos altos pagamentos da dívida externa. Financiou também as empresas e bancos privados em crise. O aumento do desemprego persistiu e se agravou, em relação ao governo anterior, além do crescimento da informalidade no trabalho, com desmobilização dos movimentos sociais (MEDEIROS, 2005; BERHING; BOSCHETTI, 2011; SECON, 2014).

²⁹ Focalização, caracterizada pela adoção de uma política seletiva, para os grupos mais vulneráveis socialmente, a fim de garantir a sobrevivência desses sujeitos, mas sem que os mesmos saiam da condição de miserabilidade. Essa focalização preconizada pelas políticas públicas visa apenas amenizar um quadro que é agudo e crônico, decorrente das refrações da questão social que são inerentes ao modo de produção capitalista (MORAES, 2017).

funções do Ministério da Saúde para agências reguladoras e organizações não estatais; o rompimento com o princípio da universalidade, através do subfinanciamento do sistema que previa uma assistência mínima aos que não poderiam pagar o acesso à saúde; e a terceirização dos serviços ambulatoriais, hospitalares e de apoio diagnóstico, através da contratação de prestadores privados (BRAVO; MATOS, 2004 apud NOGUEIRA; SARRETA, 2016).

Em 2002, a eleição do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, representante do Partido dos Trabalhadores (PT), configurou uma elevada expectativa por mudanças, diante de um Brasil imerso em um cenário econômico crítico, com inflação elevada e aumento da dívida externa. Era esperada uma nova agenda do governo, consequentemente, com maior participação do Estado no desenvolvimento econômico e social. Porque Lula era a figura de destaque como representante da classe trabalhadora, com seu histórico de militância sindicalista e, como primeiro presidente operário, representava a insatisfação com o conservadorismo vigente e com a necessidade de mudança. Porém, as expectativas não foram alcançadas, os dois governos do presidente Lula, apesar de marcados por avanços em alguns setores, foram caracterizados pela continuidade das orientações neoliberais para o setor econômico e, consequentemente, para o setor social, com estratégias sociais focalizadas (NOGUEIRA; SARRETA, 2016). Desse modo, os princípios da Reforma Sanitária não foram adotados:

Permanecendo evidente a lógica da privatização, através de isenções fiscais das empresas que contratam planos de saúde para funcionários e das entidades filantrópicas, das propostas de prestação de serviços por Organizações Sociais (OS) e Organizações da Sociedade Civil Pública (OSCIPs), e gestão, pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) (NOGUEIRA; SARRETA, 2016, p. 6).

Em 2011, Dilma Rousseff (PT) foi eleita a primeira mulher presidenta no Brasil e permaneceu governando até 2016, quando foi destituída do poder. Cislighi (2015) identifica que, apesar de o projeto do governo do PT ter sido encarado como mais à esquerda, na realidade, se rendeu a uma pauta conservadora e neoliberal, esta que era defendida pela oposição. Houve um aprofundamento dos benefícios em favor do capital e da retirada dos direitos dos trabalhadores. No período, compunha o quadro do governo, Joaquim Levy, no Ministério da Fazenda, Kátia Abreu, representando o agronegócio no Ministério da Agricultura e Gilberto Kassab, no Ministério da Cidade, demonstrando que Dilma manteve e efetivou o discurso de ajuste fiscal defendido pelos seus opositores do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB).

Em um contexto de aprofundamento da crise internacional e diante da redução dos investimentos sociais, o Congresso Nacional foi protagonista da supressão de direitos conquistados historicamente. A partir disso, podem ser citadas algumas leis aprovadas e ações que evidenciaram um retrocesso legislativo, que, em cinco meses de mandato, causaram graves consequências ao sistema público de saúde brasileiro. Diante da realização de ações favoráveis ao setor privado de saúde, nesse contexto, ocorreram: a Medida Provisória (MP) 656/14³⁰; Emenda Constitucional (EC) 86/2015³¹; Projeto de Lei (PL) 4330/2004³²; Projeto de Emenda Constitucional (PEC) 451/2014³³ e encerramento e rejeição do relatório final da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) dos Planos de Saúde³⁴.

Ainda no âmbito legislativo, um dos pontos aprovados pela “Reforma Política”, sancionada no dia 6 de outubro de 2017, não permitiu mais que empresas pudessem financiar candidatos. Em vez de doações de empresas, foram permitidas doações de empresários, ou seja, saíram da esfera da pessoa jurídica e adentraram na esfera da pessoa física. Mas o poder econômico continuou interferindo na disputa eleitoral, com favorecimento daqueles que, no Congresso, estavam mais comprometidos com seus “patrocinadores” do que com os seus eleitores.

Em relação à MP 656/14, esta permitia a entrada do capital estrangeiro na saúde e foi sancionada e aprovada pela presidenta Dilma, como Lei nº 13.097/2015, que reduziu a zero as alíquotas da contribuição para o Programa de Integração Social/Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PIS/Pasep), da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), que significou um ataque ao financiamento da saúde, com abertura da saúde para o capital estrangeiro. O artigo 142 dessa lei, proposta pelo então deputado Manoel Júnior (PMDB-PE), passou a permitir ao capital estrangeiro a exploração, instalação e operação de hospitais e clínicas, também filantrópicas, ações e pesquisas de planejamento familiar, atendimento de funcionários de empresa e seus dependentes. O que feriu a Lei nº 8.080/90 e o artigo 199 da Constituição brasileira, que vedava o investimento direto de capital estrangeiro na assistência à saúde.

A EC 86/2015 propunha o orçamento impositivo, desse modo, tornou obrigatória a execução das emendas parlamentares individuais no orçamento da União, na ordem de 1,2% da receita corrente líquida. Assim como em 2014, R\$ 7,7 bilhões foram divididos entre os 594

³⁰ Defendia a abertura da saúde para o capital estrangeiro.

³¹ Tratava da natureza impositiva do orçamento público.

³² Permitia que todas as atividades do âmbito público ou privado possam ser terceirizadas.

³³ Obrigava todos os empregadores a garantirem aos seus empregados serviços privados de assistência à saúde.

³⁴ Com o objetivo de buscar mais transparência e investigações sobre os planos de saúde.

parlamentares da Câmara e do Senado, metade desses recursos deveria ser destinada a ações de saúde, com progressão até alcançar, em 2020, 15% da receita líquida. Porém, tal ação representou um mínimo rebaixado, em relação às propostas feitas pelos movimentos sociais em saúde, prejudicando os debates que estavam em curso, sobre as reais necessidades para o financiamento do SUS. Permitindo, assim, que os parlamentares destinassem parte dos recursos ao que desejassem, independentemente do planejamento e controle social dos conselhos de saúde. Percebe-se assim, de acordo com a autora, que o objetivo desta emenda foi o de afetar negativamente o financiamento, o planejamento e o controle social na saúde.

A PL 4.330/2004 representou posteriormente a Lei das Terceirizações, que permitiu que todas as atividades, inclusive as atividades fins, de empresas públicas, sociedades de economia mista, produtores rurais e profissionais liberais pudessem ser terceirizadas, para outras empresas contratantes. Cislighi (2015), durante a elaboração do seu artigo, apontou que, se a lei fosse aprovada e sancionada, piorariam ainda mais as medidas em curso de flexibilização das relações trabalhistas (“novos modelos de gestão”). Como, por exemplo, a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh, fundada em 2011), que é:

Legalmente uma empresa pública a serviço, entre outras formas de privatização, do fim do Regime Jurídico Único (RJU) nos hospitais universitários federais, que passam a poder contratar todos os trabalhadores, inclusive médicos, enfermeiros, assistentes sociais, entre outros profissionais de saúde responsáveis por atividades fins, por terceirização. Ou seja, os profissionais serão contratados por empresas privadas para trabalhar em hospitais geridos pela Ebserh (CISLAGHI, 2015, p. 22).

Infelizmente, em março de 2018, foi aprovado o Projeto de Lei (PL 4.302/98), a Lei da Terceirização, o que evidencia a intensificação da exploração, redução de autonomia dos trabalhadores, precarização das relações trabalhistas, ampliação de rotatividade dos empregados e fragilização dos sindicatos dos trabalhadores.

A PEC 451/2014, de autoria do deputado e presidente da Câmara no período Eduardo Cunha, propunha a inclusão de um plano privado de assistência à saúde oferecida pelos empregadores para trabalhadores urbanos e rurais. Se opondo assim, ao artigo 196, da Constituição, que garante a saúde como direito de todos e dever do Estado. Se fosse aprovada, os trabalhadores formais ficariam reféns dos planos privados, e os trabalhadores sem um vínculo formal participariam do sistema público de saúde, este cada vez com menos financiamento e mais sucateado. Portanto, em linhas gerais, nota-se que historicamente no país houve a defesa recorrente de que o *status* de cidadania (dos direitos sociais que podem

ser acessados pelos sujeitos sociais) esteve vinculado e determinado de acordo com a inserção do trabalhador no mercado de trabalho.

A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) se opuseram a essa tendência e construíram um manifesto assinado, contrário à PEC 451, pois identificaram que a responsabilidade do Estado e a garantia da saúde como um direito diminuiriam. Cislighi (2015) percebe que nem sempre a ideia de qualidade na assistência à saúde pelos planos privados de saúde é efetivada de fato. De acordo com a autora:

[...] quase metade dos planos de saúde oferece serviços considerados abaixo do satisfatório pela Agência Nacional de Saúde (ANS) e se utiliza de serviços do SUS, sobretudo os mais caros e complexos, de forma complementar para seus usuários, sem os devidos ressarcimentos legais (BAHIA; SCHEFFER, 2010 apud CISLAGHI, 2015, p. 22).

A CPI dos planos de saúde foi proposta pelo deputado Ivan Valente (Psol-SP) e, no mesmo período, foi arquivada por Eduardo Cunha. Nesse aspecto, a autora afirma que os planos de saúde lideravam o *ranking* de reclamações no Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec). A autora ainda aponta que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), configurada como autarquia especial, criada pela lei de regulamentação dos planos de saúde, nº 9.656/98, ainda é ineficiente, no referente à cobrança dos ressarcimentos dos planos de saúde ao SUS.

Assim, Cislighi (2015) percebe que diversos golpes ao SUS e aos direitos dos trabalhadores foram realizados, evidenciando ações orientadas por interesses do setor privado de saúde e do capital estrangeiro. Características estas que conformam o que a autora chama de subsunção real ao capital dos serviços de saúde no Brasil. Parte-se da ideia de subsunção real do trabalho ao capital, em que:

As forças sociais do trabalho, por meio da cooperação, divisão sócio-técnica, aplicação de maquinária, transformação do processo produtivo pela aplicação consciente da ciência, bem como a ampliação da escala de produção, com a expansão de mercados, são apropriados pelo capital, como formas de aumento da produtividade do trabalho e expropriação de mais-valia relativa (MARX, 1978, apud CISLAGHI, 2015, p. 55).

A autora ainda reafirma que este processo está em curso no Brasil, quando aponta que:

Iniciativas tais como: a permissão da entrada do capital estrangeiro nos serviços e os planos obrigatórios para os trabalhadores, que desregulam e abrem novos

mercados, favorecem processos de concentração e centralização do capital no setor que permitem a ampliação da escala de produção (CISLAGHI, 2015, p. 23).

Consequentemente, há a retirada dos direitos historicamente conquistados, com precarização de contratos de trabalho, maior exploração da força de trabalho, redução na autonomia e articulação por parte dos trabalhadores. Além de a qualidade dos serviços prestados ser passível de questionamento, diante dos lucros oriundos do processo saúde-doença da população, com vinculação da redução do financiamento do SUS, com repasses mínimos, que ignoram as reivindicações da sociedade civil. Desse modo, há a transferência dos recursos do fundo público para o subsídio aos interesses do capital (subsunção real que amplia o lucro do capital nessas atividades).

Ainda sobre esses aspectos, recorremos a Vianna (2000) e Soares (2008), para apontar a lógica da universalização excludente que perpassa o acesso aos direitos sociais, historicamente construídos no Brasil. Os cidadãos, iguais, portadores de direitos universais, tornam-se cidadãos-consumidores. Há restrição ao acesso universal a bens de consumo coletivo e aos direitos sociais, o que se efetivou foi o assistencialismo focalizado e o mercado livre para o cidadão-consumidor.

Em relação ao governo de Michel Temer³⁵, enquanto presidente, reafirmou em seu governo ilegítimo um projeto que antes já se delineava e intensificava nos governos petistas, um projeto que foi orientado pelas perspectivas neoliberais contrárias à proteção social e às políticas sociais universais. Percebe-se que houve um processo de cooperação e compartilhamento de responsabilidades entre o Estado e o mercado, no qual:

O Estado Social já não é mais o protagonista, mas sim o mercado, identificando-se aqui algumas tendências do chamado pluralismo e bem-estar, apontado pelos seus principais defensores como um dos modelos alternativos para superar a crise e estabelecer, por mais residual que seja, algum nível de proteção social, ainda que restrito às camadas mais pauperizadas da sociedade (BEHRING, 2004; PEREIRA, 2009; 2015 apud JESUS e LOPES, 2017, p. 2).

Deste modo, de acordo com Braz (2017) apud Soares (2018), os interesses do grande capital no Brasil contemporâneo necessitam de um governo genuinamente burguês, para que não ceda o mínimo de direitos aos trabalhadores, e sim retire o pouco que haviam conquistado através de luta. Soares (2018) recorre a Harvey (2005) para indicar a ocorrência da chamada “acumulação por espoliação”, no Brasil:

³⁵Michel Miguel Elias Temer Lulia (Michel Temer) assumiu a Presidência da República em 31 de agosto de 2016 até 31 de dezembro de 2018.

Em que, para além das formas primitivas de acumulação, na contemporaneidade há a propriedade intelectual sobre os recursos genéticos, a destruição e usurpação dos recursos ambientais, a privatização dos bens públicos, dentre eles, o direito à saúde (SOARES, 2018, p. 24).

Ainda nesse sentido, as ações realizadas visaram resolver os impasses de acumulação, favorecer os interesses da classe dominante nacional e intensificar a dependência vinculada ao capital internacional. O comprometimento dos direitos conquistados se refletiu nas propostas de contrarreformas, tais como: Reformas Trabalhista e da Previdência Social, Terceirização Irrestrita e o Novo Regime Fiscal, este com o congelamento por 20 anos dos gastos públicos (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

A partir das considerações de Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018), percebe-se que é necessário compreender que as propostas elaboradas pelo Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB)³⁶, a partir de 2015, fundamentaram a intensificação do desmonte do Estado brasileiro. Foram elas: Agenda Brasil³⁷, Uma Ponte para o Futuro³⁸ e Travessia Social³⁹. De fato, evidenciaram o descompromisso com o atendimento das reais necessidades da sociedade, como, por exemplo, a saúde pública. Infelizmente, houve um consenso burguês, em que foi necessário acelerar contrarreformas que visaram:

Recolocar o Brasil (e a América Latina) na área de influência prioritária dos EUA no sentido de retomada da sua dominância imperialista em nosso subcontinente;
 Reduzir os custos do trabalho no país e aumentar a produtividade média do trabalho com base em novas formas de combinação de mais-valia relativa (incremento tecnológico para reduzir trabalho necessário e baratear a reprodução social da força de trabalho) e mais-valia absoluta (sobretudo, via flexibilização das relações trabalhistas com vistas a atacar as formas de proteção social do trabalhador);
 Implementar uma cruzada conservadora e reacionária contra os avanços sociais no campo das minorias como forma de promover um retrocesso cultural e ideológico no país;
 Readequar as políticas sociais a um novo programa neoliberal mais radical de modo a criar condições para um ciclo profundo de políticas de austeridade fiscal que

³⁶ Em 2017, o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) voltou a ser o Movimento Democrático Brasileiro (MDB). Partido este, envolvido em escândalos de corrupção e de medidas impopulares, contrárias aos direitos conquistados pelos cidadãos brasileiros. Na tentativa de assumir uma nova identidade diante da opinião pública, a adoção da sigla original MDB pretendeu a vinculação à história de ter sido uma frente legal de oposição à ditadura militar nacional e em defesa pela redemocratização (BEDINELLI; BENITES, 2017).

³⁷ A Agenda Brasil propunha: o impedimento do pagamento de tratamentos experimentais pelo SUS; uma maior desvinculação das Receitas da União e copagamento no SUS (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

³⁸ Uma Ponte para o Futuro defendia: um maior ajuste fiscal; acabar com as vinculações constitucionais; fim das indexações; nova Reforma da Previdência; incentivo a uma participação mais efetiva do setor privado na construção de infraestrutura; entre outras questões, o documento afirmava que o país gastava muito com políticas públicas (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

³⁹ A Travessia Social tinha como pontos centrais: cortes nos gastos sociais; transferência para o setor privado de ações e serviços; incentivo a uma maior competitividade no mercado de trabalho propiciada pela qualificação das pessoas; ênfase na formação técnica; focalização na parcela da população mais pobre que não poderia pagar plano de saúde além do estímulo do aumento de cobertura de planos privados (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

pesarão sobre os trabalhadores (BRAZ, 2017 apud BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, p. 2018, p. 12).

Especificamente na área da saúde, desenvolveu-se o processo de privatização não clássica, caracterizado pelo congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais por 20 anos. Incentivo aos planos de saúde mais acessíveis, propostas de retrocessos na saúde mental e mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), além da articulação sistemática e efetiva com o setor privado através da Coalização Saúde Brasil⁴⁰, em 2017 (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

Com um discurso da necessidade da redução do SUS, o Ministro da Saúde no período, Ricardo Barros do Partido Progressista (PP-PR), afirmou que as mudanças eram importantes, pois não se conseguiria assegurar os direitos da Constituição Federal de 1988. O ministro defendeu a existência de Planos de Saúde Populares, o que foi um dos principais pontos de sua gestão. Os autores ainda indicam que esse mesmo ministro teve seu financiamento de campanha para deputado federal vinculado a um consórcio de planos de saúde privados.

Ainda no governo anterior, tinham-se as propostas realizadas no final do ano de 2017, que previam alterações na Lei dos Planos de Saúde, através do PL 7419/2006, em que os principais pontos que se pretendia inserir eram:

A Revogação da Lei dos Planos de Saúde – com nítida a intenção do relator de revogar a Lei 9.656/1998 para estabelecer um novo marco legal que prejudicaria os usuários dos planos e beneficiaria as operadoras;
Segmentação de Cobertura Assistencial, na medida em que propõe que, ao contratar um plano de saúde, o usuário, família ou empresa escolheria quais procedimentos quer incluir no plano, quais doenças seriam cobertas e, com isso, pagaria menos;
Reajuste após 60 anos de idade, o que denota a intenção de alterar o Estatuto do Idoso, que hoje proíbe reajuste após 60 anos. Na prática, a possibilidade de aplicação de reajustes após 60 anos significaria a expulsão dos idosos dos planos de saúde;
Diminuição do valor do Ressarcimento ao SUS, o que acarretaria perda de recursos pelo SUS, bem como redução do valor de multas aplicadas pela ANS contra planos de saúde (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 17-18).

O que é central nesse item é a compreensão de que sistema público e o sistema privado de saúde coexistiram ao longo da história nacional, e, ainda assim, com intensos incentivos por parte dos organismos internacionais e do próprio Estado à iniciativa privada. Além disso, destaca-se o elevado patrocínio no Congresso Nacional por partes dos

⁴⁰ Coalização Saúde Brasil, agenda que visava transformar o sistema de saúde nacional, composto por representantes do setor da saúde, foi elaborada por 80 especialistas e 30 instituições. Defendiam que o tanto os setores públicos como os setores privados deveriam compor uma rede integrada de cuidados contínuos, logo, maior participação da iniciativa privada na gestão dos serviços (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

representantes da lógica mercadológica, que explicitam a supremacia do poder econômico em detrimento do não atendimento das reais necessidades da população brasileira. Desse modo, o que se tornou imperativo foi o subfinanciamento da política pública de saúde, objetivando a focalização e a precarização dos serviços de saúde e se afastando, assim, do acesso à saúde como um direito, no seu sentido amplo, preconizado pela Reforma Sanitária Brasileira. Diante da conjuntura atual, com grandes desafios postos e pelo avanço da lógica neoliberal, com flexibilização, precarização e redução nos gastos sociais, torna-se necessária a abordagem sobre essas implicações para o mundo do trabalho, para o setor da saúde e os seus rebatimentos no trabalho dos assistentes sociais, especialmente no âmbito privado.

3. O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE: PARTICULARIDADES DO SETOR PRIVADO

Neste capítulo e a partir das considerações realizadas no presente trabalho, foram apresentadas as particularidades das empresas da área da saúde do setor privado no Brasil. Apresenta-se um breve histórico da inserção da profissão nesse setor, aborda-se a empresa Unimed de Juiz de Fora/MG e fazem-se reflexões sobre o trabalho desenvolvido pelas profissionais do Serviço Social a partir dos discursos das mesmas.

3.1. Empresas do setor privado de assistência à saúde e Serviço Social

Primeiramente, antes de adentrar especificamente na atuação dos profissionais do Serviço Social neste campo, é necessário compreender as características gerais de uma empresa. A compreensão acerca do desenvolvimento de sua dinâmica, bem como a relação entre seus três entes principais (empresariado; trabalhadores da empresa e usuários dos serviços), está diretamente relacionada com a possibilidade de reflexão crítica sobre a atuação dos assistentes sociais neste espaço. Deste modo, Gil (1994), apud Lima e Cosac (2005), apresenta a empresa como:

[...] uma organização e como uma instituição, quando comparada com seus elementos mais comuns. A empresa, enquanto organização produtiva, constitui-se em manifestação racional e econômica, além da extensão do princípio da gestão dos recursos humanos. Ela se expressa com a finalidade de atender à demanda no que diz respeito ao contexto econômico de consumo e se desenvolve assegurando a eficácia de seu ciclo produtivo, de acordo com os requisitos e regras do contexto econômico-social. A característica social marcante da empresa, em comparação com as demais organizações, consiste em ser ela a célula das relações de produção de uma sociedade e de ser fonte de riqueza e poder (GIL, 1994 apud LIMA; COSAC, 2005, p. 236).

Ainda sobre este tipo de instituição econômica, a empresa se desenvolve objetivando ser uma estrutura estável, composta por um conjunto de indivíduos que desempenham papéis sociais a fim de satisfazer necessidades sociais básicas. Assim, nesse tipo de sociabilidade, as empresas atuam diante da necessidade de respostas frente às necessidades de produção e de distribuição de bens e serviços (LIMA; COSAC, 2005).

[...] A empresa persegue objetivos concretos que justificam sua existência enquanto organização que se legitima na sociedade. Porém, esses objetivos não têm de coincidir necessariamente com suas funções. O objetivo da empresa é eminentemente econômico e suas funções também, porém, na medida em que fatores externos, tais como governos, mercado, consumidores ou mesmo outras

organizações, provocam manifestações e intervenções, a mesma busca desempenhar novas funções sociais e políticas em resposta a esses fatores, sem deixar que o cumprimento de seus objetivos seja afetado (LIMA; COSAC, 2005, p. 237).

A partir dessa abordagem mais geral sobre as empresas, podem-se apontar as particularidades da chamada Assistência Médica Mercantil. Nesse campo, compreende-se que:

[...] A saúde suplementar é composta pelos serviços financiados pelos planos e seguros de saúde [...] este subsistema possui um financiamento privado, mas também recebe subsídios públicos, com gestão privada regulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. Os prestadores de assistência são privados, credenciados pelos planos e seguros de saúde ou pelas cooperativas médicas, serviços próprios dos planos e seguros de saúde, serviços conveniados ou contratados pelo subsistema público, que são contratados pelas empresas de planos e seguros de saúde que fazem parte de sua rede credenciada [...] O setor de planos de saúde é definido como suplementar, no Brasil, devido à opção de se pagar um seguro privado para ter acesso à assistência médica, a despeito da manutenção da contribuição compulsória para a seguridade social, que inclui o direito ao acesso ao serviço público. Por outro lado, poderia ser classificado de complementar, e por vezes o é, quando supõe a existência e a limitação do sistema de saúde público neste caso, o sistema privado complementa a cobertura de determinados serviços (BAHIA, 2001 apud PIETROBON et al., 2008, p. 768-9).

Segundo Avilla (2017), no Brasil na década de 1950 já existia a assistência privada de saúde. Como exemplo, cita-se a atuação dos médicos do ABC Paulista, que, por meio de pré-pagamento, passaram a atender os funcionários das companhias. Na década seguinte, algumas empresas de medicina de grupo se desenvolveram, e, a partir da instauração da Ditadura Militar, o setor privado cresceu de modo significativo diante do recebimento de recursos do setor público.

A inserção do Serviço Social nas empresas capitalistas ocorreu a partir da década de 1940, vinculada à criação do Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (Senai)⁴¹ e Serviço Social da Indústria (Sesi)⁴². Nesse período, a profissão passou a ser demandada pelo Estado, para atender os seus interesses, em especial, da Igreja Católica e da burguesia. Todavia, só a partir do final da década de 1960 e no decorrer da década de 1970, que a

⁴¹ Criado em 1942, o Senai surgiu “com a responsabilidade de gerenciar, no âmbito nacional, todas as escolas de aprendizagem industrial, objetivou, principalmente, a qualificação da força de trabalho que, em sua predominância, eram trabalhadores da população industrial. Incorporou o assistente social para uma atuação para além de sua atuação assistencialista, aliada a atividades de cunho higienistas de controle da ordem capitalista, através das empresas” (MORAES et al., 2015, p. 4-5).

⁴² Criado em 1946, o trabalho do Sesi surgiu como “extensão do que foi implantado inicialmente com o Senai, assim, os assistentes sociais deram continuidade às práticas assistencialistas e de cunho educativo, elaboraram e executaram ações, que, antes de qualquer coisa, se fundamentaram no interesse que as empresas possuíam em expandir o capital. Ambas as instituições utilizaram o Serviço Social como meio para manutenção da ordem capitalista. As ações elaboradas pelos assistentes sociais foram instrumentos eficientes para manter a qualidade da força de trabalho” (MORAES et al., 2015, p. 5).

atuação do assistente social se tornou significativa nas empresas privadas (MOTA, 2010; IAMAMOTO, 2011; MORAIS et al., 2015).

Mas, só a partir da década de 1990, que, de fato, houve uma elevada expansão do sistema de saúde suplementar e, conseqüentemente, a atuação do Serviço Social nesse setor. Reflexo do processo de:

[...] rendição aos preceitos neoliberais na década de 1990, o que levou à adoção de um projeto nacional em que a estabilidade monetária e a competitividade externa tornaram-se prioritárias [...] em detrimento do financiamento das políticas sociais [...] nesse contexto de contenção do gasto público e de reestruturação do Estado, a implantação do SUS passa a ser comprometida por uma orientação divergente que então evoca o mercado como o canal natural de satisfação das necessidades sociais. Com a universalidade restringida pela falta de investimentos que compatibilizassem a oferta com o aumento substancial da demanda, a saúde, tal como ocorre com a educação, e em decorrência da perda da qualidade dos serviços prestados, experimenta um processo sutil de privatização levando quem pôde a migrar para o mercado. A expansão da assistência suplementar nesse período é elucidativa desse processo (CAVALCANTI, 2006, p. 847).

O trabalho do assistente social na empresa capitalista, historicamente, foi permeado pelo desafio de atender às demandas tanto do empregador, empresariado, como da classe trabalhadora. É evidente que a dinâmica capitalista visa ao lucro, porém, a empresa desenvolveu um discurso de responsabilidade social, da colaboração e participação nos lucros, entre outros. Envolvendo, assim, os próprios trabalhadores da empresa e usuários dos serviços, o que demonstra de forma inteligente a necessária manipulação coerciva que compõe esse processo.

O assistente social como trabalhador contribuiu para esse processo de reprodução social e cultural, diante da organização, gerência e mediação das ações que incidem sobre a satisfação dos trabalhadores e da satisfação do empregador (MORAIS et al., 2015).

Verificou-se o caráter dual que a atuação profissional do Assistente Social em empresas capitalistas denotou, uma vez que o profissional necessitou atender a duas demandas opostas e complementares ao mesmo tempo: os direitos dos trabalhadores - trabalho digno, salário justo, qualidade de vida - e os direitos do empregador - garantia da produção, do lucro, da força de trabalho, da qualidade de vida (MORAIS et al., 2015, p.4).

Ainda sobre esse tensionamento, que é existente também nas empresas da saúde suplementar⁴³, o assistente social media as requisições institucionais e as demandas postas

⁴³ “Nesse contexto, o profissional do Serviço Social desenvolve atividades e papéis diferenciados em relação às demandas postas historicamente na empresa” (LIMA; COSAC, 2005, p. 244)” e abordadas anteriormente, como

pelas necessidades dos contratantes dos planos de saúde. Nesse aspecto, é necessário apontar que os limites, oriundos das condições objetivas do trabalho, no desenvolvimento da profissão⁴⁴ são vinculados às possibilidades de atuação do Serviço Social nos processos sociais. Em relação às possibilidades, os assistentes sociais diante da capacidade de compreender a realidade, podem propor alternativas, negociar com a empresa e, ao mesmo tempo, tentar atender às necessidades dos usuários (AMARAL; CESAR, 2009). No setor de saúde suplementar, o profissional de Serviço Social vivencia a lógica que, como afirma Avilla (2017, p.6), “cotidianamente convive no ponto de tensão do setor privado, no conflito entre o custo e lucro das operadoras de planos de saúde e dos prestadores de serviços”. Esse conflito de interesses, essa própria tensão rebate no trabalho e nas respostas desses profissionais às necessidades dos usuários dos serviços. Soares (2008), a respeito da atuação dos assistentes sociais, indica que:

É possível afirmar que este(a) profissional tem sido requisitado(a) para atuar nas operadoras de planos privados de saúde para atender aos(às) usuários(as), ficando na linha de frente, atuando nas mediações, nas situações de conflitos que acontecem entre os “clientes” e as operadoras, orientando sobre direitos e deveres, facilitando o acesso a determinados serviços, responsabilizando-se pela análise e, quando possível, pela concessão de serviços considerados exceções (SOARES, 2008, p. 99).

Em um contexto em que, segundo Lima e Cosac (2005, p.245), “o mundo empresarial apresenta constantes mudanças e transformações socioculturais [...] com a globalização dos negócios e o desenvolvimento tecnológico, surge um intenso movimento pela qualidade e produtividade”, o grande diferencial dessas organizações é o contínuo estímulo da valorização a inovação e competitividade. Logo, os assistentes sociais precisam assumir “novas atribuições diante daquelas tradicionais, inerentes à gênese do Serviço Social na empresa, com responsabilidade para conquistar novos espaços e comprovar a natureza, competência e habilidade do Serviço Social [...]” (LIMA; COSAC, 2005, p. 245).

A atuação do Assistente Social no terreno das relações capitalistas, propriamente ditas, proporciona a esses profissionais uma visão concreta da realidade de exploração capitalista, pela qual os trabalhadores estão submetidos diariamente no desenvolvimento dos processos de trabalho. O profissional vive numa relação conflituosa na sua atuação, pois está ligada à mediação de conflitos e interesses

por exemplo, a requisição institucional para o desenvolvimento de um trabalho de cunho assistencial e educativo com o empregado e sua família, diante da sua capacidade de “persuasão e convencimento”.

⁴⁴ Netto (1996) aponta que os processos relacionados às transformações nas empresas capitalistas alteram ainda a cultura profissional, incidindo nas áreas de intervenção, nos seus suportes de conhecimento, nas suas funcionalidades.

antagônicos, visando ao cumprimento das necessidades do sistema de alienação, bem como, seu compromisso com a classe trabalhadora [...] com base nesse pensamento, percebe-se que o Serviço Social tem um grande desafio a ser consolidado, principalmente na empresa capitalista, ao que se refere à efetivação do seu projeto ético-político (MORAES et al., 2015, p. 8).

A partir da compreensão desse processo apresentado até aqui, puderam-se indicar as principais requisições e objetivos empresariais postos aos trabalhadores assistentes sociais nesse campo. Pôde-se apreender também alguns aspectos sobre a dinâmica e o desenvolvimento das relações sociais de produção e sua relação com a mercantilização do processo saúde-doença. É neste cenário que o assistente social intervém, no tensionamento entre requisições e demandas postas pelas empresas e pelas necessidades do público-alvo de sua intervenção. Assim, no próximo item, será apresentada a empresa do setor privado de assistência à saúde do município de Juiz de Fora, para posteriormente, apontar algumas percepções sobre a atuação das assistentes sociais nesse espaço.

3. 2. O trabalho dos/as assistentes sociais na Unimed de Juiz de Fora

A Unimed de Juiz de Fora surgiu em 1972, quando um grupo de 20 médicos propôs a implantação da cooperativa. Atualmente, comercializa planos de saúde de abrangência regional e nacional, para pessoas físicas e jurídicas (empresas), nas categorias pré-pagamento e pós-pagamento. Nas modalidades: Ambulatorial (sem internação); Enfermaria e Apartamento. Com os seguintes planos comercializados: Unimed Flex (familiar e empresa); Unimed Mix (familiar e empresa); Unimed 15 (empresa); Unimed Hospitalar Referenciado (empresa) e Unimed Pleno (empresa e coletivo por adesão) (UNIMED, 2019).

Entre os espaços de atuação na empresa em que trabalham os profissionais do Serviço Social, a reflexão aqui apresentada se direciona ao trabalho desenvolvido pelos profissionais que atuam no âmbito da Medicina Preventiva, em que as ações e programas são realizados por meio do Espaço Viver Bem (EVB) (com as frentes: Saúde Corporativa; Prevenção e Promoção da Saúde; Monitoramento Ambulatorial e Atenção Domiciliar).

O EVB é o antigo Centro de Promoção da Saúde (CPS), vinculado à Gerência de Provimento de Saúde (GPS). Inaugurado em julho de 2005, o Espaço desenvolve a prevenção no nível primário, secundário e terciário. O EVB possui como equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, educadores físicos, fonoaudiólogos, farmacêuticos, psicólogos, assistentes sociais e administrativos).

Os programas e serviços do EVB são destinados às pessoas com plano em pré-pagamento, adimplentes, com cobertura para internação, que residam na área urbana de Juiz de Fora e com algum fator de risco para doenças crônicas, como diabetes, hipertensão, doença renal ou pulmonar. E também com algum tipo de dificuldade de locomoção, tanto temporária como permanente, estes podem ser atendidos em domicílio⁴⁵.

A empresa está presente no município de Juiz de Fora e em mais 24 municípios da Zona da Mata Mineira⁴⁶, além do intercâmbio com mais de 347 cooperativas do Sistema Unimed, com “clientes” de todo o país (UNIMED, 2019).



MAPA 1: Relação de atuação da Unimed de Juiz de Fora nos municípios da Zona da Mata Mineira.

(Fonte: UNIMED DE JUIZ DE FORA, 2019)

Por se tratar de uma empresa, é importante a análise do discurso da mesma sobre si e sobre a dinâmica do seu próprio funcionamento. A partir disso, foram observados em alguns documentos que estão disponíveis ao público pontos que possibilitarão, mais adiante, a compreensão das demandas que chegam à profissão do Serviço Social e as respostas profissionais.

⁴⁵A inclusão nos programas do EVB diz respeito às condicionalidades específicas que a própria empresa, juntamente com os profissionais delimitam, tais como: condição de saúde do usuário, protocolos dos profissionais da equipe multiprofissional, avaliação da possibilidade de atendimento das necessidades dos “clientes”, pelos trabalhadores que atuam com a chefia e gestão, entre outros fatores.

⁴⁶ A Unimed também está nas seguintes cidades: Aracitaba, Arantina, Belmiro Braga, Bom Jardim de Minas, Chácara, Coronel Pacheco, Ewbank da Câmara, Guarará, Lima Duarte, Maripá de Minas, Matias Barbosa, Olaria, Oliveira Fortes, Paiva, Passa Vinte, Pedro Teixeira, Piau, Rio Preto, Santa Bárbara do Monte Verde, Santa Rita do Jacutinga, Santana do Deserto, Santos Dumont, Simão Pereira e Tabuleiro (UNIMED, 2019).

No Relatório de Gestão e Sustentabilidade de 2017 (2018), é exposto que a cooperativa possui como missão: gerir riscos em saúde, proporcionando serviços com segurança, tranquilidade, e bem-estar para os “clientes”, valorizando o trabalho médico e dos colaboradores, com responsabilidade social. Tem visão empresarial de garantir a liderança e inovação da Unimed Juiz de Fora por meio da qualidade percebida pelos “clientes” e “beneficiários”; pelo desenvolvimento contínuo de um modelo de gestão integrada de atenção e cuidado centrado no indivíduo e pela atuação de seus médicos cooperados (UNIMED, 2018).

Ainda, no citado relatório, a empresa sinaliza a defesa de valores, tais como: promover a saúde, segurança e o bem-estar; agir com verdade, transparência e ética; trabalhar com foco nos “clientes” e no valor da humanização do acolhimento; manter equidade, empatia e parceria; qualificar para aprimorar produtos e serviços; gerir resultados eficientes e sustentabilidade.

Na Unimed Juiz de Fora, os gestores em cargos que compõem a diretoria executiva permanecem quatro anos. Os cargos são: presidente; Diretoria de Provimento de Saúde; Diretoria Administrativo-Financeira; Diretoria de Relacionamento e Mercado. Além da existência dos Conselhos: Administrativo, Fiscal e Técnico-Ético.

O Relatório de Gestão e Sustentabilidade (2018), sobre os programas do EVB, indica que estes estão inseridos em duas grandes áreas de atenção: gerenciamento de casos e gerenciamento de crônicos. A partir disso, compreende-se que o EVB oferta serviços relacionados à prevenção nos níveis primário (para evitar ou remover fatores de risco antes da ocorrência da doença), secundário (para clientes que já apresentaram alguma doença crônica e precisam realizar o seu controle para evitar complicações e novas doenças) e terciário (para clientes que já apresentam alguma limitação ou dano causado pela doença, mas necessitam de cuidados para prevenir novos danos).

Além disso, os programas do EVB estão vinculados também à Unimed Cuidados Continuados (UCC), que é um serviço de intervenção cirúrgica de baixa e média complexidade, voltado para “clientes” atendidos no Programa de Atenção Domiciliar do Espaço Viver Bem. Quando há a necessidade de internação desse grupo de “clientes”, eles podem ser acolhidos na UCC, que funciona em ala própria dentro do Hospital São Vicente de Paulo, no centro da cidade. Acerca dos pontos diferenciais, de acordo com a empresa, a UCC possui: Continuidade do atendimento realizado pela mesma equipe multidisciplinar que acompanha o “beneficiário” no EVB; “Atendimento Humanizado” e integral e toda internação

é feita em apartamento, independentemente do plano do “beneficiário” da Atenção Domiciliar.

O EVB desenvolve cuidados nas linhas de atenção domiciliar, com gerenciamento de casos, intervenção específica e materno-infantil; monitoramento ambulatorial, com reabilitação cardiopulmonar e metabólica, ambulatório de enfermagem para atendimento a pacientes com doenças crônicas e cardiovasculares, além de programas de reeducação alimentar e orientação nutricional, cessação do tabagismo, atividades físicas e saúde do idoso. Já por meio do Telessaúde, a Unimed mapeia fatores de risco e traça planos de cuidados personalizados para os “clientes”.

De acordo com a Política do Espaço Viver Bem (2017), os serviços prestados englobam benefícios extracontratuais e temporários, sem ônus adicional para o “beneficiário” do Plano de Saúde e por isso, poderá ser extinto a qualquer momento, a critério da Unimed Juiz de Fora, o que é devidamente comunicado aos seus usuários, ou quando o paciente ou responsável quiser (UNIMED, 2017).

De acordo com o Relatório de Gestão de 2017 (UNIMED, 2018), no ano de 2017, em relação ao ano de 2016, houve um aumento de 6,5% no número total de “pacientes” monitorados pelo EVB, totalizando 3.882 pessoas. No EVB, que constituiu o espaço de atuação das profissionais entrevistadas, foram identificadas três assistentes sociais⁴⁷.

Nesse item, foram realizadas a identificação e a caracterização do espaço de trabalho das profissionais do Serviço Social. De um modo geral, foram compreendidos os principais elementos que compõem essa instituição, como também se delinearam algumas requisições específicas desse tipo de empresa. A partir das considerações realizadas, no próximo item, pode-se adentrar no cenário de pesquisa e propor reflexões sobre os elementos que constituem e que incidem diretamente sobre o trabalho profissional dos assistentes sociais na Unimed de Juiz de Fora.

⁴⁷ As profissionais entrevistadas atuam nos seguintes programas: Atenção Domiciliar; Desospitalização e Centro de Terapias Especiais (não vinculado ao EVB). A profissional que atua neste último foi entrevistada também, pois, anteriormente, trabalhou por vários anos nas frentes específicas do EVB. O Centro de Terapias Especiais foi inaugurado no final de 2018, localizado na região central de Juiz de Fora, possui como objetivo o atendimento de forma integral a crianças com necessidades especiais. Os serviços ofertados são das seguintes áreas: psicologia; fonoaudiologia; nutrição; terapia ocupacional e serviço social (UNIMED, 2019).

3.3. A percepção da atuação profissional na visão dos sujeitos da pesquisa

A partir da pesquisa realizada, composta por pesquisa bibliográfica e de campo, foram realizadas reflexões pertinentes para a intervenção do trabalho dos/das assistentes sociais na saúde suplementar. Portanto, os dados coletados e a análise desta pesquisa empírica serão apresentados a seguir, com base na percepção da atuação profissional na visão dos sujeitos e identificação de algumas temáticas principais para debate. Para resguardar a identidade das profissionais, são utilizadas as seguintes denominações: *Azaleia*, *Lírio* e *Violeta*

3.3.1 Formação acadêmico-profissional dos(as) assistentes sociais

Entre as três profissionais, uma delas é formada há aproximadamente 12 anos por uma Universidade Pública Federal. Tanto a segunda como a terceira profissional também se formaram por uma instituição pública de ensino superior, uma delas no ano de 2009 e a outra profissional há aproximadamente sete anos. Duas assistentes sociais cursaram Residência Multiprofissional em Hospital Universitário.

As três possuem contrato de trabalho regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), com carga horária de 30 horas semanais. A remuneração é em média três salários mínimos (cujo valor em 2019 é de R\$ 998,00), contam ainda com plano de saúde da empresa, plano odontológico, participação sobre os lucros da empresa, tíquete-alimentação, vale-transporte, ressarcimento ao trabalhador pela empresa, em relação aos quilômetros utilizados por mês para a realização de visitas aos *clientes*, no carro particular das profissionais e inserção no programa de educação continuada da empresa.

A primeira entrevistada foi contratada há cinco anos e, na sua trajetória dentro da empresa, atuou no Monitoramento Domiciliar e na Desospitalização, atualmente está inserida no Centro de Terapias Especiais. O público-alvo é composto por crianças e adolescentes que estão dentro dos Transtornos do Espectro Autista (TEA)⁴⁸, além das famílias dessas crianças e desses adolescentes.

A segunda entrevistada foi contratada há três anos e, na instituição, trabalhou no Monitoramento Domiciliar. Atualmente, está inserida no Programa de Desospitalização, e iniciando ações junto às demandas que surgem do Programa de Reabilitação Cardiovascular.

⁴⁸ Os Transtornos do Espectro Autista (TEA) representam transtornos do neurodesenvolvimento, envolvendo alterações qualitativas e quantitativas da comunicação (linguagem verbal e não verbal), da interação social e do comportamento (estereotípias, padrões repetitivos e interesses restritos), que geralmente têm início antes dos 3 anos de idade (BRASIL, 2015).

Ambos os programas visam, quase que exclusivamente, o atendimento multiprofissional de pessoas idosas, com alguma doença crônica. O primeiro programa, quando o *cliente* está internado há mais de cinco dias, e o segundo, quando o idoso, mesmo com alguma doença crônica, ainda consegue se locomover com autonomia para participar de atividades.

A terceira entrevistada foi contratada há aproximadamente um ano e meio e, atualmente, trabalha no Monitoramento Domiciliar. Este serviço possui como público-alvo idosos com alguma doença crônica, que, diante da condição de dificuldade de locomoção, recebem visitas periódicas da equipe multiprofissional no lar.

3.3.2 Atribuições, demandas e requisições

A partir da compreensão das atribuições, demandas e requisições do Serviço Social, pode-se compreender a sua natureza, o lugar que ocupa na divisão social e técnica do trabalho, bem como sua funcionalidade em determinado espaço sócio-ocupacional de atuação (GUERRA et al., 2016). Assim, foi indagado às profissionais sobre as principais demandas que são postas para o Serviço Social.

Azaleia indicou que a maior demanda para a atuação profissional no CTE está relacionada ao autismo, mas existem outras demandas que surgem a partir de outros distúrbios neurológicos e síndromes genéticas. A profissional ressaltou que, como principais demandas sociais, têm-se: o acolhimento de crianças e de suas famílias; orientações de benefícios assistenciais; acesso à informação; organização de grupos de apoio a essas famílias; organização e coordenação do próprio serviço, monitoramento de indicadores dos serviços prestados.

A partir da Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, a pessoa com transtorno do espectro autista passou a ser considerada pessoa com deficiência para todos os efeitos legais.

Esta lei considera as pessoas com espectro do transtorno autista como pessoas com deficiência, sendo, portanto, possuidoras dos mesmos direitos legais que os indivíduos que apresentam outras formas de deficiência. Como cidadãos, possuem os mesmos direitos previstos na Constituição Federal de 1988 e em outras leis, que são garantidos a todas as pessoas. Além disso, as crianças e os adolescentes com autismo também são possuidores de todos os direitos presentes no Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990 apud AMORIM; LÚCIO, 2016, p. 8).

É necessário compreender que os assistentes sociais atuam com esse público-alvo e são responsáveis por viabilizar condições sociais necessárias para que ocorra um melhor atendimento, diante das problemáticas relacionadas aos transtornos mencionados. A atuação

não visa apenas ao portador de TEA, mas também aos seus familiares e/ou cuidadores, como exposto na fala da profissional. Desse modo,

[...] o acesso das pessoas com autismo a seus direitos pode abrir espaço para que elas conquistem a sua autonomia [...]. Não basta apenas que estes usuários tenham acesso aos direitos, serviços e programas que lhes são assegurados, é imprescindível também que se analise a qualidade e a permanência nos mesmos, ou seja, a intervenção profissional não deve se esgotar à mera inclusão (NIETSCHKE, 2011 apud AMORIM; LÚCIO, 2016, p. 10)

Ainda que a atuação se configure dentro de uma empresa, que vise à lucratividade de suas ações, notou-se a importância da defesa do compromisso com o atendimento desse público-alvo e seus familiares. Pois a profissional do Serviço Social, durante o processo de idealização e implementação do serviço, esteve à frente da organização e do planejamento desse trabalho, construiu coletivamente, com outros profissionais e junto com a própria equipe de gestão da instituição. No relato da profissional, percebe-se que houve a defesa de uma equipe multidisciplinar, um espaço diferenciado e um horário de atendimento mais flexível e compatível com as demandas da maioria das famílias.

A partir do que foi abordado, sabe-se da importância, ainda que no âmbito empresarial, da tentativa da liberação de recursos materiais e humanos, pois o assistente social em nível institucional não atua diretamente com direitos, mas sim com serviços pagos e prestados, muitas vezes denominados de “*benefícios*”. Ainda assim, é imprescindível se trabalhar visando à qualidade dos serviços prestados, além da compreensão do acesso aos direitos por parte do usuário e de sua família, uma vez que a maioria dos usuários dos serviços são oriundos do contrato coletivo empresarial⁴⁹, ou seja, a própria classe trabalhadora, que acessa o âmbito público também.

Lírio atuou no Programa de Monitoramento Domiciliar, atualmente trabalha na frente de Desospitalização. Sobre esta frente de atuação e suas principais demandas, ela relata que:

[...] O Serviço Social cresceu no espaço. Hoje trabalho na Desospitalização, com desafio constante, visito atuando de forma complementar com a Enfermagem, nos *clientes* que estão internados nos hospitais conveniados na cidade. Internados por motivos clínicos ou cirúrgicos, para conseguir reduzir o tempo de internação, com a contrapartida de ofertar alguns serviços da Unimed para ele... ou inclusão no Monitoramento Domiciliar, ou na intervenção específica (LÍRIO).

O assistente social, juntamente com outros profissionais, participa do processo de desospitalização e, de acordo com a profissional e a própria Unimed (2010), este serviço se configura como “a transição de cuidados do ambiente hospitalar para o domicílio” e requer

⁴⁹ No período trimestral, entre janeiro e março, havia o total de aproximadamente 117 mil beneficiários atendidos pela Unimed de Juiz de Fora, destes quase 65 mil clientes possuíam o plano de saúde porque estavam inseridos no contrato coletivo empresarial (ANS, 2019).

“organização ágil, mas com segurança”. A profissional do Serviço Social e a da Enfermagem realizam uma abordagem inicial, que, de fato, depende da verificação da elegibilidade do Médico Assistente que acompanha os *clientes* no hospital, através de discussão sobre o quadro clínico dos mesmos, posteriormente, a equipe de desospitalização e o Médico Assistente abordam a família sobre a possibilidade e as condições necessárias para que ocorra a desospitalização. O profissional do Serviço Social é um dos profissionais que identifica se existem, de fato, as condições necessárias para que a desospitalização ocorra da melhor forma possível e o atendimento domiciliar se efetive. Estas condições estão relacionadas tanto aos serviços que compõem a Unimed, como benefícios e direitos que podem ser acessados no âmbito público.

Os resultados esperados com a desospitalização para os *clientes* são: oferta de leitos, diminuição do tempo de permanência e diminuição de infecções cruzadas; para a operadora de plano de saúde: redução do custo assistencial, racionalização e otimização dos recursos e do acesso do *cliente* à rede. Ainda sobre esse serviço, a profissional realiza outras considerações.

Falar de direitos e usuários é muito complicado em uma empresa, de garantias de direitos, a pessoa que você está atendendo é uma pessoa que está comprando um contrato de serviços, como se vai levar essa discussão sobre a efetivação desses direitos, que todos nós temos? Nessa perspectiva de empresa, onde a pessoa tem uma limitação do acesso, ali, no que ela compra, essa cesta de serviços, a gente atua na perspectiva de ampliar isso, para além do que ela simplesmente compra, e a gente atende. E, ao mesmo tempo, sem trazer prejuízo para a empresa, a gente pensando no que vai gerar mais lucro para eles [*empresa*] e ao mesmo tempo a gente acaba garantindo o direito do outro [*usuário dos serviços*] (VIOLETA).

Neste processo, uma das contribuições que o profissional de Serviço Social realiza está relacionada com uma análise crítica de dados, levantados a partir de informações coletadas nos registros de atividades e ações profissionais na empresa. Fica claro que as profissionais utilizam as informações sobre os usuários do serviço com a tentativa de implementação de programas e projetos no âmbito institucional. Apesar do constante desafio de interesses conflitantes por parte dos atores envolvidos neste espaço, em que nem sempre se obtém êxito em favor dos usuários, como exemplificado na fala de uma das profissionais.

O que é muito específico é o que se coloca hoje para o Serviço Social, que eu acho que não difere muito em relação ao público, mas que talvez a gente não trabalhe a perspectiva de direito, quando a gente falar em acessar algum benefício que a operadora possa oferecer, então isso não é um direito. E como você está comprando um serviço e eu te entrego ele, então trabalhar com ele é diferente, do que você trabalhar com a perspectiva do direito, porque você pode transformar esses espaços mais democráticos, você tem a possibilidade, você trabalha com uma população

mais economicamente vulnerável. Talvez o que te possibilite mais acesso, a programas específicos, que talvez o público que nós atendemos aqui não seja a mesma questão. A demanda, ela parte da necessidade da empresa em otimizar o recurso, não que eu precise fornecer isso, porque é um direito. A questão do direito torna o trabalho diferenciado. De como você vai mediar e a partir de que você vai mediar esse acesso, do beneficiário, do cliente, aos recursos que a operadora pode promover, às vezes, a gente não consegue ampliar o acesso. Às vezes, as coisas são muito engessadas aqui, principalmente, no domiciliar, é um protocolo e tem que ser dentro daquele protocolo. Um dos critérios do domiciliar é não ter acesso, mas eu chamei a equipe para refletir, o que é acesso, é acesso à mobilidade? Não, é acesso financeiro e, acesso em termos de mobilidade ter alguém que acompanha, precisa ampliar o escopo para além da regra. E o que está instituído, isso é um grande desafio. Isso torna nosso trabalho diferenciado, por exemplo, do trabalho público. Porque, no público, às vezes, você consegue ser mais flexível à inclusão de mais indivíduos, ampliar o acesso considerando essas questões que talvez aqui não possa considerar. Porque a empresa visa lucro (AZALÉIA).

É importante se ter a clareza de que o assistente social atua no ponto de interseção entre as demandas postas pela empresa e pelos usuários dos serviços, insere-se entre o diálogo com a empresa, sobre a redução de custos em médio e longo prazo, como também na defesa do acesso a serviços com maior qualidade e comprometidos com o atendimento de algumas necessidades relacionadas ao processo saúde-doença por parte dos usuários dos serviços.

A outra profissional, Violeta, atua no Programa de Monitoramento Domiciliar. Sobre essa frente de trabalho e suas principais demandas, a profissional indicou que:

[...] então eles *[os usuários]* são avaliados através de uma visita inicial, essa demanda pode vir pela desospitalização *[Programa de Desospitalização]*, ou por encaminhamento médico ou pela própria equipe que identifica a necessidade... ou até por demanda espontânea. E essa demanda chega para nós, em que nós fazemos uma avaliação inicial através da visita, sempre feita por um assistente social e enfermeiro, que vai avaliar as condições do paciente e se ele tem perfil, de fato, até porque um dos requisitos para inclusão é ter dificuldade de acesso. Para que possamos fazer um monitoramento desse paciente e evitar, assim, o agravamento da sua condição clínica apresentada no momento da avaliação inicial (VIOLETA).

Ainda de acordo com a Unimed (2010), o foco da Atenção Domiciliar é o “acompanhamento multidisciplinar de clientes com incapacidade funcional e/ou múltiplas comorbidades”.

O Serviço de Atenção Domiciliar é um serviço de retaguarda que visa ajudar o paciente a recuperar mais rapidamente sua saúde, sendo tratado, quando possível (pois, jamais substituirá as atribuições e competência de um hospital), em seu domicílio, no ambiente familiar e social, com estreita integração com o médico do paciente e com um Cuidador designado pela família (UNIMED, 2010).

O Serviço Social realiza uma primeira abordagem com a Enfermagem, a fim de analisar a inclusão ou não no Programa, esse processo envolve, posteriormente, discussão e análise dos casos em reunião com a equipe multidisciplinar.

3.3.3. Principais desafios no trabalho dos(as) profissionais

Sobre os principais desafios vivenciados, a profissional Azaleia indicou que é um desafio construir a compreensão do papel do assistente social dentro de um serviço privado de saúde, para essa compreensão, ela indicou que é necessário trabalhar o significado desse papel com a equipe multiprofissional, a gestão e o próprio usuário dos serviços, para que este enxergue a importância do Serviço Social.

Ainda sobre os desafios Azaleia apontou perceber que:

[...] o Serviço Social atua muito mais no trabalho de mediação de conflitos, na compreensão da organização familiar para o cuidado, de entender quem é essa família, de entender os recursos internos e externos que ela dispõe, muito menos do que promover o acesso através da orientação a algum direito social, porque hoje, o direito social vem com um recorte de renda. Apesar de, na empresa, a maioria dos contratos serem PJ (*pessoa jurídica*), a maioria é plano empresa, pessoas que têm o acesso ao benefício do plano porque trabalham, tem uma população com uma média de renda não tão elevada. A maioria possui um pouco mais que três salários mínimos, às vezes um pouco menos. Isso impede o acesso a insumos e equipamentos de saúde [...] (AZALÉIA).

O assistente social, na sua formação acadêmico-profissional, adquire conhecimentos teóricos e éticos que sustentam o seu trabalho. A sua intervenção nas relações sociais o habilita a trabalhar em situações nas quais o conflito se manifesta, tornando-se possível, através das condições existentes e construídas, a busca por soluções. É necessário considerar ainda que o assistente social possui uma bagagem teórico-metodológica, que permite a negociação de propostas com o objetivo de viabilizar a qualidade e elevar a abrangência dos serviços prestados (CAMARGO, 2015, p. 16-7).

Ainda de acordo com Camargo (2015), o profissional do Serviço Social “é um articulador e potencializador de mediações. Atua nos sistemas de mediações que infirmam as refrações da ‘questão social’ constitutivas das demandas sociais à profissão” (PONTES, 1997, apud CAMARGO, 2015, p. 14).

Outro desafio apontado pelas profissionais do Serviço Social é a realização do trabalho em equipe e trabalho interdisciplinar. De acordo com Peduzzi (2001), existem trabalhos diferentes e desiguais, apesar de haver um conjunto diversificado de áreas profissionais,

configurando diferentes técnicas de trabalho, há também trabalhos desiguais quanto a sua valorização social. Os trabalhos diferentes se referem às especializações dos saberes e das intervenções, entre as variadas profissões, e os trabalhos desiguais se referem à existência de valores e normas sociais, hierarquizando e disciplinando as diferenças técnicas entre profissionais. O Serviço Social crítico encontra desafios e enxerga a necessidade de superação da concepção mecanicista do modelo biológico usado pela maioria das tecnologias médicas e defendido pelo modelo médico-industrial, pois esse mesmo modelo vem se mostrando insuficiente para dar respostas ao processo saúde-doença (MIOTO; NOGUEIRA, 2006).

Na empresa Unimed, em relação à equipe multiprofissional e trabalho interdisciplinar, é apontado que:

Na equipe das Terapias Especiais, há o trabalho multidisciplinar na construção de Projetos Terapêuticos Singulares, onde cada um pode contribuir de uma forma, apoia a equipe com as informações e história de vida do paciente, das suas condições de vida, econômicas e sociais, da situação familiar, o suporte que essa família tem para o cuidado com essa criança. De como a família acessa a comunidade, os recursos da comunidade, os recursos das políticas sociais, como a família transita, se a criança está tendo acesso ao que é um direito. A gente fornece essas informações junto com a equipe para o cuidado integral, considerando as multicondições de saúde (AZALÉIA).

Entretanto, percebe-se diferença se comparada com outras frentes de trabalho, uma vez que este setor de atuação estava em construção no momento das entrevistas, e a própria assistente social foi uma das profissionais que contribuiu para a reflexão acerca da construção do serviço. Em relação às outras frentes de trabalho, já consolidadas há alguns anos, o âmbito da equipe multidisciplinar:

É um grande desafio, falta um pouco de interesse, embora a perspectiva seja de trabalho inter ou até trans, que seria o adequado para essa demanda, para esse tipo de trabalho que temos hoje, mas eu ainda vejo que é um trabalho muito solitário, a gente luta para que essa perspectiva nossa se concretize, que a gente consiga fazer um trabalho mesmo, agregando os saberes, a gente ultrapassar a proposta enquanto profissional e ali, junto com o pensar do outro, pensar um atendimento amplo, mais preciso e dinâmico, um atendimento que vá construir a resposta para a necessidade do outro. Acho que a gente tem muito a amadurecer, a crescer, por parte da equipe, das pessoas [...] (VIOLETA).

[...] às vezes, falta uma discussão mais ampla sobre a saúde integral, ainda falta maturidade na apropriação dessa temática, por parte da equipe multiprofissional, em não levar as questões para o lado pessoal também, a não compreensão de totalidade. Isso é muito ruim, porque acaba deixando os profissionais estagnados e muito engessados. Assim, não conseguimos avançar em alguns aspectos e até qual é o papel do assistente social, muitas vezes confundido com a Psicologia, embora a gente venha trazendo esse diálogo e esclarecimentos sobre a nossa atuação, o que é de nossa competência ou não. A gente tenta superar isso, mas ainda é muito difícil [...] (VIOLETA).

O modo de produção capitalista condiciona através de exigências a organização das profissões. A interdisciplinaridade que é exigida pelo mercado de trabalho é composta por diversos desafios, apesar da possibilidade de o Serviço Social dialogar com variadas disciplinas, no cotidiano, o assistente social se depara com múltiplos desafios (GOMES, 2016). Logo, falar de interdisciplinaridade é falar de um espaço em que há a necessidade da atuação em conjunto de diversas áreas do saber, diante do limite atingido pela própria fragmentação do saber nesse modo de produção.

Ainda assim, essa necessidade imperativa de fragmentação só atendeu até certo ponto os interesses do capital. O mercado de trabalho contemporâneo delimita o perfil profissional, discursa em favor da necessidade de um trabalhador multifuncional, ainda mais explicitamente em um contexto empresarial, esse profissional deve possuir a capacidade de trabalhar em equipe, visando à lucratividade. Os assistentes sociais, conjuntamente com outros profissionais vivenciam as consequências da precarização e flexibilização no cotidiano laboral. Todavia, só com a competência de um pensamento crítico acerca dessa diversidade de saberes, do inter-relacionamento entre as áreas, da tentativa de aproximação com a realidade é que se poderá intervir e construir um possível conhecimento sobre a realidade do trabalho (YAMANOE, 2010; GOMES, 2016). Ademais, o trabalho interdisciplinar é tanto um problema, uma necessidade e também um campo de possibilidades:

[...] O trabalho interdisciplinar é um problema, devido à complexidade e o caráter histórico de uma determinada realidade e as limitações dos indivíduos que buscam construir o conhecimento acerca da realidade [...] o trabalho interdisciplinar também é uma necessidade dado o caráter dialético da realidade social, que é, ao mesmo tempo, singular e variável e devido à natureza intersubjetiva com que essa realidade é apreendida e interpretada pelos sujeitos que se propõem a investigá-la, bem como nela intervir (FRIGOTTO, 2008 apud GOMES, 2016, p. 5).

Sobre as possibilidades de intervenção na realidade, é necessário existir a tentativa de explicação acerca da mesma, de modo que as disciplinas e saberes do trabalho interdisciplinar sejam requisitados pelo próprio objeto central do estudo. Desse modo e a partir desse objeto central, surgem as perguntas que orientarão e definirão quais disciplinas deverão estar em cooperação para melhor compreendê-lo. Assim, a partir da compreensão do objeto de estudo, afastar-se-á o trabalho realizado no âmbito puramente multidisciplinar (cada profissional atuando de forma isolada) e se aproximará do trabalho interdisciplinar (cada profissional contribuindo em conjunto na produção de conhecimento sobre o objeto central de estudo), com a construção de respostas mais efetivas, mesmo diante das especificidades e dos limites

inerentes a cada profissão, em prol de um atendimento mais efetivo e resolutivo, a partir das necessidades dos sujeitos (MINAYO, 2001; GOMES, 2016).

Ainda sobre o processo de construção do trabalho interprofissional, Gomes (2016) ressalta a importância da comunicação, ainda que se configure como um desafio, esta comunicação permite que cada profissional comunique o seu saber, sua contribuição, podendo expor os limites e possibilidades de atuação. Este processo é permeado pela interlocução que deve contemplar conceitos, teorias, disciplinas e métodos, a fim de se clarificar a realidade para melhor compreendê-la e intervir. Gomes (2016) cita as seguintes habilidades relevantes para que o trabalho interprofissional seja produtivo: a escuta; a comunicação; a liderança; a criatividade; saber liderar e gerenciar as relações, ser crítico e ter inteligência emocional.

Percebe-se que o discurso institucional-empresarial acompanha essa linha de raciocínio, porém, deve-se se atentar para a importância da reflexão e criticidade, da identificação de limites institucionais e conjunturais já abordados, para que o profissional do Serviço Social compreenda que as respostas necessárias ao atendimento das necessidades dos usuários não dependem única e exclusivamente dos profissionais da equipe (âmbito subjetivo), inclusive dele próprio. Assim, o assistente social:

[...] tendo consciência de sua profissão, sua competência, seu compromisso social (expressos no seu Código de Ética e Projeto Ético-Político), deve comunicar-se, fazer-se conhecer, esclarecer, orientar, não apenas os usuários do Serviço Social, mas também os colegas de trabalho, à chefia, à comunidade. [...] para se efetivar a chamada interdisciplinaridade, é fundamental para qualquer profissão, além disso, ter a plena consciência de que, para bem interagir com as mesmas, é sempre necessário definir e ser competente em seu campo. Este é um elemento fundamental para que haja, de fato, troca entre os saberes – o que define a equipe interdisciplinar (CARVALHO, 2012 apud GOMES, 2016, p. 10).

Ainda nesse processo, o acúmulo de serviços na instituição e a falta da parceria entre os profissionais de equipe aparecem como desafios para a efetivação do trabalho interdisciplinar. Em meio a um contexto de precarização do trabalho que é desfavorável e desmotivador, é essencial que o trabalho interdisciplinar seja precedido pelo estudo da situação, com a colaboração das disciplinas e com realização do registro dos esforços empreendidos. O profissional do Serviço Social poderá contribuir por meio de e nesse movimento, proporcionando discussões e em conjunto participando da criação de uma metodologia, em benefício da produção de conhecimento sobre a realidade social. Possibilita, desse modo, respostas profissionais competentes e comprometidas com o Projeto Ético-Político da profissão, frente à complexidade das questões demandantes de ações, afastando-se,

assim, tanto de um pensamento individual, fragmentado, subjetivista, como de ações imediatistas e parciais (GOMES, 2016).

3.3.4. Relação público-privado na Unimed

A relação e a diferença entre as esferas público e privado podem ser compreendidas a partir do entendimento da relação intrínseca entre política e economia, no sentido de que se pensar na primazia do público sobre o privado é entender que há a primazia da política sobre a economia, do interesse mais geral da população sobre a acumulação e as necessidades privadas. Assim, o político pode assumir a forma de interesse geral, enquanto o econômico aparece como espaço de relações privadas de troca entre força de trabalho e capital (SADER, 2005 apud SOARES, 2008). Entretanto, é preciso considerar que, no modo de produção capitalista, especificamente no Brasil:

A redefinição liberal da democracia favoreceu a identificação entre privado e mercantil, em oposição ao estatal e, por extensão, ao coletivo. A crítica ao Estado em condição de crise fiscal, em deterioração dos serviços públicos e de sua privatização – educação, saúde, segurança e outros serviços – coincide com o avanço das propostas neoliberais de desregulação estatal, de privatização das empresas estatais, de abertura das economias ao mercado internacional. Tem-se, pois, o cenário político e ideológico para a hegemonia liberal nos planos político e econômico. Mas não se pode desconsiderar que o Estado não é, por definição, nem público nem privado e sim espaço de disputa entre os dois (SOARES, 2008, p. 52).

O desenvolvimento da seguridade social brasileira explicita a deterioração do sistema público e o crescimento da indústria de seguridade, conseqüentemente, o que se observa também na saúde. Foi consolidada uma relação de complementariedade invertida entre público e privado que “reforça a lógica da universalização excludente, transformando iguais portadores de ‘direitos universais’ em diferentes cidadãos-consumidores de benefícios estratificados” (VIANA, 2000, p.189 apud SOARES, 2008, p. 53). Como demonstrado no discurso de uma das profissionais, quando indagada sobre a funcionalidade da relação público x privada para a Unimed:

Complementar a demanda que ele [usuário] necessita, é uma questão que a Unimed consegue dar conta? Não, ela não dá conta. Infelizmente a Unimed não dá conta, procuro ressaltar que como, por exemplo: “Isso não é papel da Unimed”, tentamos mediar o tempo todo, ampliar o acesso e determinados insumos de saúde e medicação, quando a gente já chegou ao limite da nossa negociação, então percebemos que “Opa, aqui não deu”, então vamos mediar com o setor público, que também não tem sido muito efetivo. Não é um simples encaminhamento, há um limite institucional, como uma demanda a ser atendida, com um retorno ... a favor

das necessidades dos clientes... que a gente fica o tempo todo negociando a ampliação disso, uma hora, a gente avança, outra hora, a gente retrocede, porque estamos mediados pelo nosso projeto PEP, e as questões conjunturais, se a gente pensar numa lógica, a gente até consegue que, por conta dessa questão conjuntural que é a questão que a gente já colocou, da redução do Estado na política social, e da escassez de recurso, principalmente, para além do atendimento imediato médico, para o que vem por detrás do atendimento e da medicação, da dieta, do oxigênio, da cama, que complementam a saúde, a falta de recurso fora permite que a gente consiga ampliar o recurso dentro... nosso cliente, beneficiário, ele sofre os impactos da política social, da redução do Estado, em termos do social, do financiamento das políticas sociais, em contrapartida a gente tenta absorver essa demanda, para a empresa, justificando e tendo essa clareza: percebe como a instrumentalidade é importante? Porque ela te dá conhecimento para fazer uma leitura da realidade e transformar esse conteúdo em conhecimento, na ampliação do acesso, do cliente, aqui quantas vezes a gente já conseguiu desospitalizar? Fornecer uma dieta, com essa justificativa real? Eu também acho que é uma coisa que a gente tem que pensar também, do quanto esse contexto é desfavorável para muitos cidadãos e como a gente vem ampliando o acesso desse usuário a partir do contexto do que a operadora pode fornecer (AZALÉIA).

Quando a gente atende um usuário não considera só a saúde, a doença, a gente considera a saúde, mas, quando a gente encaminha para um BPC, um passe livre, a gente entende que isso faz parte dos determinantes sociais e que a falta desse acesso interfere diretamente no processo saúde-doença, no adoecimento. E como não é responsabilidade da Unimed arcar com essa parcela, ela precisa do assistente social, que tenha conhecimento da rede, para que possa encaminhar o que não é da conta da Unimed, pode ser atendido pelo âmbito público (AZALEIA).

A outra profissional enfatiza que:

Vivemos políticas e programas que mais excluem do que incluem, existem limitações de acesso aos programas, e a gente fica muito limitado, com algumas condicionalidades, é um público que em maior parte tem uma situação financeira um pouco mais satisfatória, não são pessoas ricas, mas que acaba limitando o acesso em algumas coisas, sem falar na efetividade das políticas, é uma luta diária, que a gente precisa trabalhar e rever. Cada vez mais temos limites conjunturais também e, a partir disso, temos uma dificuldade maior em orientar em relação principalmente aos serviços públicos (VIOLETA).

Como já abordado anteriormente, os princípios garantidos pela Constituição Brasileira não conseguiram ser efetivados, o que permanece de fato é um cenário marcado pela inconclusão. Há restrição do acesso universal a bens de consumo coletivo e aos direitos sociais. A saúde pública ainda padece da falta de recursos e sofre a tendência de ser caracterizada em um pacote de “cesta básica” para a população pobre (BEHRING; BOSCHETTI, 2006 apud SOARES, 2008, p. 54).

Atualmente, a “democracia restrita” ganha espaço e força em detrimento da “democracia de massas”, reflexo do avanço do projeto privatista sobre o projeto de reforma sanitária na saúde pública. Consequentemente, neste avanço, há uma reatualização do modelo médico assistencial privatista, incentivado pela política de ajuste neoliberal, com contenção de gastos, racionalização da oferta de serviços, descentralização com isenção de responsabilidade

do poder central e focalização. Assim, como afirmam as autoras Bravo e Matos (2004, p.8) apud Soares (2008, p.54): “o Estado se responsabiliza em garantir o mínimo aos que não podem pagar, enquanto o setor privado assume o atendimento dos que têm acesso ao mercado”. Nesse sentido, o avanço da saúde privada demonstra que a saúde se tornou mercadoria de alto custo e de grande fonte de lucro.

3.3.5. Determinantes Sociais do processo saúde-doença

As condições de vida e de trabalho afetam diretamente a produção de saúde da população, aliadas a esse processo, têm-se ainda a exploração e a dependência econômica realizada pelos países capitalistas centrais que condicionam em diversos aspectos o âmbito das políticas sociais. Consequentemente, há o desenvolvimento de patologias crônicas e agravamento do adoecimento da população, em detrimento do não atendimento das reais necessidades da mesma.

Tais aspectos e considerações incitam a reflexão sobre como o Serviço Social pode contribuir para a compreensão da correlação entre o binômio “adoecimento e determinantes sociais no processo saúde-doença”. Porém, o conceito ampliado de saúde defendido pelo Movimento de Reforma Sanitária e impresso nas legislações específicas está sob constante ameaça. O Projeto Privatista limita a oferta de serviços e reafirma um discurso de consenso de crise e da impossibilidade do Estado em promover plenamente um serviço público de qualidade, assim, só resta um “SUS possível” (SANTOS; SILVA; MACHADO, 2016). Diante dessas considerações, sobre a contribuição do Serviço Social para área da saúde, tem-se na fala de uma das profissionais que:

O trabalho em saúde, principalmente nas visitas quando a gente fala de saúde de acordo com o conceito da OMS, não é uma questão de saúde física, biológica, é amplo, o social está alinhado com essa necessidade de saúde, e se a gente não observar os impactos que esse processo saúde-doença e o que o social traz que pode estar influenciando nesse processo de saúde do paciente, a gente perde muito, a necessidade da gente entender como que isso pode ser trabalhado na perspectiva social e os benefícios que isso vai trazer para eles (VIOLETA).

O Serviço Social pode contribuir porque a gente avalia o contexto, as condições financeiras da pessoa, como é a organização familiar dessa pessoa, o que ela tem de acesso, quais são os vínculos que ela tem, o que ela tem de suporte, porque vai muito além dela ter um plano de saúde e conseguir realizar exames e consultas. Precisamos saber todo o aporte e suporte que ela vai ter, quem é essa família, a pessoa com quem ela pode contar, o que ela tem de renda, as possibilidades que ela tem, para mostrar para ela a parte financeira, orientações à família sobre os direitos e sobre deveres também, como, por exemplo, em relação ao Estatuto do Idoso, porque o perfil do atendimento é mais idoso. Vemos as possibilidades dentro do social para o enfrentamento das situações que queremos abordar. Na perspectiva de cada sujeito,

cada um apresenta suas necessidades de maneira diferente, a gente vai muito além da questão doença que ele tem. Os outros profissionais vão avaliar a doença em si, do processo biológico, mais clínico, mas só o Serviço Social vai bem mais além disso. A gente vê toda a condição que ela está inserida e a gente vai atuar nesse meio (VIOLETA).

Na fala da profissional, percebe-se a importância da reflexão, análise e crítica sobre os determinantes sociais da saúde e os rebatimentos para o atendimento das demandas que se apresentam ao trabalho profissional no âmbito de assistência privada à saúde. Anteriormente, foi apresentado o discurso empresarial da Unimed que defende a importância da promoção da saúde, do cuidado e autocuidado, da humanização e do estilo de vida. Como afirmam Bravo e Menezes apud Santos; Silva e Machado (2016, p. 121), estes pontos defendidos estão engendrados para “responsabilizar o indivíduo pela saúde e as estratégias têm sido estimular os sujeitos a encontrarem alternativas fora do sistema público de saúde, ou seja, fora do Estado, através do fortalecimento da sociedade civil e da iniciativa privada”. Desse modo, há o aprofundamento da apreensão limitada de redução dos determinantes sociais da saúde a simples fatores sociais, não relacionados entre si.

Os determinantes sociais da saúde (DSS) revelam as formas concretas sob as quais uma população é organizada na estrutura socioeconômica de determinada sociedade, materializada em suas condições de vida e trabalho. A evidência deste fenômeno, DSS, fundida na estrutura social, reconhece que o processo de saúde-doença é predeterminado socialmente, contendo dispositivos de ordem objetiva “vinculada às condições materiais necessárias à vida e uma dimensão subjetiva referida a interpretação e a forma como as pessoas vivem e significam esses processos”, abrangendo a dimensão de causalidade sem se limitar a ela (CEBES; LOPES; NOGUEIRA, apud SANTOS, SILVA; MACHADO, 2016, p. 122).

Em consonância com a compreensão do conceito ampliado de saúde, em que a saúde é:

[...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida [...] deste conceito amplo de saúde e desta noção de direito como conquista social, emerge a ideia de que o pleno exercício do direito à saúde implica garantir: trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho; alimentação para todos, segundo as suas necessidades; moradia higiênica e 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 e acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis (BRASIL, 1986, p. 12-3).

Percebe-se que os limites que inviabilizam a efetivação desse conceito ampliado de saúde são de natureza da própria estrutura do tipo de sociabilidade, na qual toda a população está inserida. Ainda assim, a incorporação dessa compreensão pelo assistente social permite vislumbrar o trabalho em saúde em direção única à justiça social, na defesa e ampliação dos direitos sociais para além de sua atuação em âmbito institucional (SANTOS; SILVA; MACHADO, 2016). Na empresa, isso se reflete como já apontado na fala de outra profissional, na defesa e tentativa de não apenas garantir aquilo somente que o cliente comprador, até porque, antes de “consumidor” dos serviços, o usuário e sua família são detentores de direitos que são assegurados legalmente, consequentemente, dentro da instituição, isso se torna funcional à lógica de diminuição de custos e obtenção de mais lucro. Apesar de esse tipo de contradição ser inerente ao modo de produção capitalista, os profissionais de Serviço Social podem imprimir uma direção alternativa daquela que se restringe ao atendimento prioritário dos interesses empresariais. A partir dessas considerações, foi indicada a tentativa de condução da intervenção profissional de modo diferenciado, a fim da construção de respostas mais próximas ao atendimento das demandas que surgem através dos usuários e seus familiares/cuidadores.

Assim, como afirmam Santos, Silva e Machado (2016), os elementos norteadores da Reforma Sanitária, do Código de Ética do Serviço Social, do Projeto Ético-Político Crítico e dos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde permitem intervenções profissionais perpassadas pela razão crítica, que tem como base o conhecimento sobre a realidade de vida dos sujeitos; as condições de adoecimento; suas necessidades e demandas; seus direitos e formas de acessá-los; os serviços disponíveis e os recursos a serem acionados.

3.3.6. Instrumentalidade e Serviço Social na Unimed

Guerra (2000) aponta que a instrumentalidade deve ser compreendida como uma propriedade sócio-histórica da profissão, uma condição concreta de reconhecimento social da mesma, porque possibilita o atendimento das demandas e alcance dos objetivos, tanto profissionais como sociais. A instrumentalidade, no discurso de uma das profissionais, é compreendida a partir de três dimensões: teórico-metodológica; ético-política e técnico-operativa, porém:

[...] Não são iguais, mas são complementares, e a gente precisa ter clareza de que isso funciona junto, nós precisamos de um referencial teórico e, no caso do Serviço Social, é o referencial teórico marxista e marxiano, que é um referencial crítico que vai te dar uma posição política em defesa da justiça social, da equidade, e da transformação da sociedade para além do capital. Quando você tem clareza do seu referencial teórico-metodológico, fica mais fácil entender como utilizar isso através dos instrumentos (dimensão técnico-operativa) e que projeto de sociedade você defende. Aqui no Serviço Social, eu acho que a gente consegue construir muito bem isso. Dentro dos limites de uma atuação dentro do setor privado de saúde, a gente consegue ter como referência essa perspectiva teórica porque, quando a gente entende dessa forma, sabemos que não existe dicotomia teoria-prática, que isso é um movimento dialético. Netto fala que nós precisamos da teoria, a prática sem teoria é nada. Imagine que a prática é um grande livro que você tem que ser alfabetizado para você ler. Então isso é bem didático, a gente só consegue analisar a realidade, a realidade institucional, a realidade externa, as forças que compõem a realidade e, quais são as nossas possibilidades dentro dessa realidade, de atuar dentro de uma forma criativa que fortaleça o projeto de sociedade que a gente acredita, que possibilita que o usuário tenha cada vez mais acesso aos serviços da operadora, aos direitos públicos enquanto cidadão (AZALÉIA).

Ainda de acordo com Guerra (2000), no modo de produção capitalista, existem duas classes fundamentais, que demandam necessidades sociais diferentes e antagônicas. As profissões possuem uma utilidade social, oriunda dessas necessidades sociais, e precisam responder às diversas demandas postas. Por mais que muitas das requisições da profissão do Serviço Social sejam de ordem instrumental, exigindo respostas instrumentais, o trabalho profissional não se restringe somente a elas. É necessário reconhecer também que atender às requisições técnico-instrumentais não significa ser somente funcional à manutenção da ordem ou projeto burguês. Além da necessidade de garantia da eficácia e eficiência operatória da profissão, precisa-se compreender que as demandas exigem mais do que ações imediatas e instrumentais. Nesse sentido, a importância de se compreender a relação dialética entre as três dimensões da intervenção profissional do Serviço Social: teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa.

[...] A primeira dimensão se refere à capacidade de apreensão do método e das teorias e sua relação com a prática, na ação profissional. A segunda se relaciona aos objetivos e finalidades das ações do assistente social e os princípios e valores humano-genéricos que os guiam. Já a terceira faz alusão à capacidade de o profissional articular meios e instrumentos para materializar os objetivos, com base nos valores concebidos (GUERRA, 2000 apud PEREIRA, 2015, p.5).

Com base nisso, têm-se intervenções realizadas a partir de escolhas, que são mediadas pela razão crítica e a vontade dos sujeitos, perpassadas por valores universais, tais como ético, morais e políticos, atreladas ainda a projetos profissionais que são fundamentados por referenciais teórico-metodológicos e princípios ético-políticos (GUERRA, 2000).

Assim, os profissionais do Serviço Social, por meio desta propriedade e capacidade – a qual é a instrumentalidade adquirida no exercício profissional, podem modificar, transformar e alterar as condições objetivas, subjetivas e as relações interpessoais e sociais que existem no nível do cotidiano. Diante da possibilidade de alterar o cotidiano profissional e o cotidiano das classes sociais que demandam a sua intervenção, podem:

[...] modificar as condições, os meios e os instrumentos existentes e os converter em condições, meios e instrumentos para o alcance dos objetivos profissionais, assim, os assistentes sociais estão dando instrumentalidade às suas ações. Na medida em que os profissionais utilizam, criam, adequam às condições existentes, transformando-as em meios/instrumentos para a objetivação das intencionalidades, suas ações são portadoras de instrumentalidade. Deste modo, a instrumentalidade é tanto condição necessária de todo trabalho social quanto categoria constitutiva, um modo de ser, de todo trabalho (GUERRA, 2000, p. 2).

Ainda de acordo com Guerra (2000), a compreensão crítica da instrumentalidade permite apreendê-la como uma mediação que permite a passagem das ações quase exclusivamente instrumentais para um trabalho profissional mais crítico e competente. Permite, ainda, a realização do movimento de compreensão entre as referências teóricas explicativas sobre a lógica e da dinâmica da sociedade e a compreensão das particularidades do exercício profissional e das singularidades do cotidiano.

As três dimensões citadas, que compõem a intervenção do assistente social, constituem níveis diferenciados de apreensão da realidade da profissão. Essas dimensões são indissociáveis entre si, mas formam uma unidade, independentemente de suas especificidades (GUERRA, 2000 apud PEREIRA, 2015).

As competências teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política são requisitos fundamentais que permitem ao profissional colocar-se diante das situações com as quais se defronta, vislumbrando com clareza os projetos societários seus vínculos de classe. Os fundamentos históricos, teóricos e metodológicos são necessários para apreender a formação cultural do trabalho profissional e, em particular, as formas de pensar dos assistentes sociais (ABEPSS, 1996, p.7).

Pereira (2015) aponta que, a partir da problematização dessas dimensões, poderão ser discutidas estratégias e técnicas de intervenção profissional pautadas em quatro questões centrais: o que fazer; por que fazer; como fazer e para que fazer. Assim, não somente existirá uma construção operacional, mas também uma dimensão intelectual e ontológica do trabalho, permitindo considerar aquilo que é específico ao trabalho do assistente social e sua contribuição nos processos de trabalho nos diferentes espaços sócio-ocupacionais.

Como foi citado pela profissional na entrevista, e a partir das considerações realizadas por Guerra, apud Pereira (2015), conceber a unidade dessas três dimensões pode evitar a

consideração de concepções equivocadas, que podem surgir no cotidiano profissional, como, por exemplo, defender que a “teoria é diferente da prática”. Até porque, como afirma Santos (2016), pode-se relacionar a teoria e prática, quando se apreende a (inter)relação entre as dimensões que compõem os fundamentos teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos da realidade de atuação profissional do Serviço Social.

3.3.7. Gestão, planejamento e Serviço Social na Unimed

Os princípios do Código de Ética de 1993, da nova Lei da Regulamentação da profissão de 1993, o projeto de formação profissional com as diretrizes curriculares de 1996 da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, além do conjunto de direitos sociais afirmados na Constituição de 1988 colocaram novos fundamentos para os profissionais do Serviço Social elaborarem conceitos de planejamento e operacionalizarem os instrumentos da gestão de forma diferenciada (BONIN; KRUGÜER, 2015).

Como empresa, o discurso institucional defende a excelência da gestão com estratégias sustentáveis (na utilização dos recursos naturais, ou não, de modo inteligente e responsável). Tais ações se dão com a finalidade da construção de um modelo de assistência à saúde eficiente e resolutivo⁵⁰ (UNIMED, 2016).

A partir disso, sobre a importância da gestão e do planejamento, na fala das profissionais:

Compreendo o planejamento como um instrumento da gestão, eles são importantes para a gente priorizar os atendimentos, entender como aqueles serviços irão funcionar. Se o serviço está atingindo os objetivos e metas propostas. A diferença é de como você faz isso, hoje a gente faz com a particularidade do Serviço Social, mediado pelo projeto ético-político, as concepções de saúde orientado pelo projeto da reforma sanitária, a gestão e planejamento é importante para todos os serviços, o que diferencia são os instrumentos teórico-metodológicos que irão estar mediados aí e, como eu sou assistente social, são esses parâmetros que nortearão a gestão dos serviços (AZALÉIA).

Sem um planejamento da nossa atuação, fica muito difícil a gente colocar em prática, diariamente, a gente consegue estabelecer rotinas que precisam estar em um plano maior para a gente conseguir gerenciar as atividades que são múltiplas e novas diariamente, então, a gente vai adequando o projeto que a gente têm de atendimento na dinâmica da rotina, e a gente vai incrementando com novidades, nunca estável, a nossa realidade sempre vai ser dinâmica, que a gente vai precisar estar se adequando

⁵⁰ Objetivando a transformação o modelo clássico da Medicina Preventiva para Atenção Integral à Saúde. Os focos são as necessidades dos beneficiários, com cuidados gerenciados por uma equipe multidisciplinar, guiada pelo conhecimento e experiência do médico de família (UNIMED, 2016).

não só as formas de abordagem, a instrumentalidade, tudo precisa estar sendo renovado, de acordo com o que vai sendo apresentado para a gente (VIOLETA).

A compreensão das assistentes sociais sobre o processo de gestão e planejamento se aproxima do necessário entendimento de que esse processo deve estar articulado não somente com outros instrumentais. Deve estar articulado também à contribuição para o avanço no domínio de intervenções e competência técnica e à competência ético-política (BONIN; KRÜGER, 2015). A Lei nº 8.662/93, que regulamenta a profissão do Serviço Social, em seus artigos 4º e 5º especifica entre as competências e atribuições o planejamento como uma das ferramentas que compõem as ações profissionais. Entre as quais, destaca-se:

Elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito do Serviço Social com participação da sociedade civil. Planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais. Planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais. Planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidades de Serviço Social. Coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social; e, Planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidades de Serviço Social (CFESS, apud BONIN; KRÜGER, 2015, p. 69).

Ainda que se configure como um desafio, diante da correlação de forças existente entre os sujeitos envolvidos, é necessário apreender o processo de gestão e planejamento como um ato que não se limita ao aparente, à demanda espontânea, imediata, não se reduz ao papel técnico-operacional. Ainda que utilizando o discurso de custo-benefício defendido pela empresa, é possível através de um ato contínuo de reflexão-decisão-ação-reflexão, analisar intencionalidades, idealizar e implementar projetos e programas, tomada de decisões, escolha de prioridades e definição de atividades e identificação de possíveis demandas e necessidades dos usuários dos serviços, perpassados pelo suporte ético-político profissional (BAPTISTA, 2002; BONIN; KRÜGER, 2015).

Tornar o exercício profissional refém de um movimento que apenas objetiva o alcance de metas institucionais e governamentais é negar qualquer perspectiva crítica de tensionamento e alargamento da esfera política e emancipatória, consequentemente, é ir contra os preceitos ético-políticos defendidos no Código de Ética profissional [...] Para ultrapassar este movimento que tem por características um exacerbado messianismo ou um caráter fatalista, é necessário aprofundamento teórico mediante apropriações de teorias gerais e filosóficas que contribuem na elucidação da realidade, na percepção da dialeticidade do movimento do real e, neste caso, entendemos que a teoria social crítica contribui significativamente para isso (BERTOLLO, 2016, p. 252).

Assim, o processo de gestão e a operacionalização de planos, programas e projetos pelos assistentes sociais explicitam o referencial teórico-metodológico adotado e a opção ético-política assumida pelo profissional do Serviço Social. Ainda que a atuação profissional esteja inserida em um contexto marcado por severa ofensiva do capital sobre todos, nos mais variados aspectos da vida social, é imprescindível que, cotidianamente, seja reafirmado o posicionamento assumido pelo corpo profissional de defesa e a favor da classe trabalhadora (BERTOLLO, 2016).

3.3.8. Condições de trabalho dos(as) assistentes sociais

O trabalho do assistente social é determinado por sua condição de trabalhador inserido na reestruturação dos processos de trabalho, o que impacta diretamente a sua atuação profissional. Sobre as condições de trabalho, as profissionais relatam que:

Apesar do Serviço Social não ter uma sala privativa, no EVB, no centro [*de Terapias Especiais*] em construção terá sim, porque é um serviço novo e está sendo montado, apesar disso, quando eu preciso atender o usuário, sempre encontro um lugar para atender, então eu garanto o sigilo desse meu usuário. Em relação à documentação, temos a metodologia do prontuário eletrônico, a gente consegue bloquear o acesso, têm um elevado nível de segurança. Hoje, o registro não me preocupa tanto, acho que até um registro sigiloso a gente consegue bloquear no sistema. Em relação às condições de trabalho, a única coisa que eu reclamo é não ter sala, mas isso é um problema da maioria dos profissionais. Isso precisa melhorar, mas não interfere no nosso trabalho, eu consigo uma sala para o atendimento do cliente e de sua família sem problemas. Em relação ao salário e benefícios, eu acho que a Unimed, dentro do mercado de trabalho que temos hoje, em relação a lá fora, está muito bem, de um até três salários mínimos, trabalhamos seis horas por dia, segunda à sexta, com plano odontológico, plano de saúde, participação sobre os lucros da empresa, tíquete-alimentação, o vale-transporte, o KM, segurança no trabalho, regime CLT, não é por contrato, assim as pessoas ficam muitos anos na Unimed. A gente tem trabalhadores de 20 anos, 14 anos trabalhando... não é cultura da empresa mandar embora por qualquer coisa, na época da crise, no início de 2017, a gente não mandou ninguém embora, ela não contratou nenhum profissional mas não mandou ninguém embora, na época o presidente falou isso, e isso dá uma segurança pra gente. É um ambiente bacana de trabalhar, eu gosto de trabalhar na Unimed, têm desafios em termos de equipe, principalmente, para nós do Serviço Social que temos um projeto societário diferente do que o capital coloca, então isso é outro desafio, que a gente tem que mediar no dia a dia profissional (AZALÉIA).

Eu ganho entre um e até três salários mínimos, tenho plano de saúde, plano de carreira... temos dificuldades com a sala privativa, temos salas no EVB, mas não exclusivamente para o atendimento de cada profissional. As informações não ficam expostas, temos a garantia do sigilo profissional, temos as informações guardadas, que só os assistentes sociais têm acesso. Trabalho 30 horas semanais, com participação nos lucros, temos vale-transporte ou recebemos um auxílio combustível, mas não acompanha as oscilações do valor do combustível. Como a Unimed não fornece carro próprio para as visitas e abordagens, esse valor deveria suprir também a manutenção, mas de fato, não cobre o combustível que utilizamos (VIOLETA).

[...] Sou a única assistente social do programa de Atenção Domiciliar, programa com mais de 1.200 pacientes [...] e como a demanda é muito grande, às vezes eu tenho que escolher qual demanda tem prioridade, e as outras demandas vão ficando para depois, e isso é muito ruim [...] (VIOLETA).

Ainda que, de um modo geral, as condições de trabalho sejam boas, e que o discurso das profissionais demonstre satisfação com estas condições, de acordo com Mota e Amaral apud Trindade (2015), é necessário compreender que as transformações societárias dimensionam o mercado de trabalho e incidem sobre o exercício profissional e conformam o cotidiano. As transformações afetam as condições e relações de trabalho, mas também interferem nas condições de vida da população usuária dos serviços e como foi apresentado no relato das profissionais, a falta de um número maior de profissionais do serviço social é um dos limitadores que condicionam a atuação profissional. Ainda de acordo com Trindade (2015), a quantidade reduzida de assistentes sociais nas instituições se configura como um dos elementos que contribuem para a precarização do trabalho dos profissionais. Outro elemento limitador apontado por Trindade é o espaço físico, em que há dificuldade de garantir locais adequados e suficientes nas instituições, sobre a importância da sala privativa, a resolução do CFESS nº 493, de 21 de agosto de 2006, expõe que:

Art. 2º O local de atendimento destinado ao assistente social deve ser dotado de espaço suficiente, para abordagens individuais ou coletivas, conforme as características dos serviços prestados, e deve possuir e garantir as seguintes características físicas:

A- Iluminação adequada ao trabalho diurno e noturno, conforme a organização institucional;

B- Recursos que garantam a privacidade do usuário naquilo que for revelado durante o processo de intervenção profissional;

C- Ventilação adequada a atendimentos breves ou demorados e com portas fechadas;

D- Espaço adequado para colocação de arquivos para a adequada guarda de material técnico de caráter reservado.

Art. 3º O atendimento efetuado pelo assistente social deve ser feito com portas fechadas, de forma a garantir o sigilo (CFESS, 2006, p. 2).

Ainda sobre as condições de precarização do trabalho, muitos trabalhadores, diante do contexto de ofensiva neoliberal, necessitam atuar em jornadas duplas ou triplas, e a categoria profissional do Serviço Social muitas vezes se insere nesta condição. Percebeu-se isso nas entrevistas, quando duas profissionais afirmaram que atuam em outros espaços sócio-ocupacionais. A profissional *Azaleia* indicou que é docente de pós-graduação em duas instituições privadas de ensino superior na cidade, além de prestar consultoria e assessoria de projetos sociais. A assistente social *Lírio* também é docente, trabalha em uma instituição privada de ensino superior e a terceira profissional, *Violeta*, que agora compõe o quadro fixo

de profissionais do serviço, anteriormente, no período de contratação temporária, atuava também em uma Organização Não Governamental, no município.

Sobre a esfera da autonomia, uma das profissionais indica que:

[...] Nós temos autonomia aqui, mas a gente atende uma demanda que é institucional, talvez, a demanda institucional, instituída não atenda necessariamente a necessidade de saúde desse paciente. Um desafio é conciliar as necessidades de saúde dos pacientes e do que é institucionalmente colocado como possibilidade de resposta (atenção às necessidades de saúde). Fazer com que a gestão entenda aquela necessidade que o usuário coloca, que o cliente que compra o serviço, isso possibilita que ele tenha uma melhor saúde, que utilize menos o serviço, isso é um desafio [...] (AZALEIA).

A questão da autonomia foi citada de forma direta pela assistente social Azaleia, e de forma indireta nos discursos das outras profissionais. Assim, o trabalho que é desenvolvido pelo Serviço Social na empresa enfrenta limitadores e, a partir disso, como aponta Iamamoto (2007):

[...] durante o período em que trabalha, sua [*do assistente social*] atividade é socialmente apropriada por outro: o sujeito que trabalha não tem poder de livremente estabelecer suas prioridades, seu modo de operar, acessar todos os recursos necessários, direcionar o trabalho exclusivamente segundo suas intenções, o que é comumente denunciado como o “peso institucional”. Simultaneamente, o assistente social tem como base social de sustentação de sua relativa autonomia -, e com ela a possibilidade de redirecionar o seu trabalho para rumos sociais distintos daqueles esperados pelos seus empregadores (IAMAMOTO, 2007, p. 422).

Ainda reafirmando essa perspectiva, de acordo com Mota e Amaral (1998, p.42), há a existência de uma relativa autonomia teórica, política, ética e técnica que é exercitada pelo profissional e nunca é plena porque, como afirma Iamamoto (2009, p. 352), “depende do prévio recorte das políticas definidas pelos empregadores, que estabelecem demandas e prioridades a serem atendidas”. É importante apontar que, mesmo que a profissional indique que exista alguma autonomia, e necessário compreender que a mesma, sempre vai ser condicionada por outros fatores, como, por exemplo: conjunturais, institucionais, políticos, éticos e técnicos.

Violeta explicita a condicionalidade dos limites conjunturais quando afirma que:

[...] cada vez mais, temos limites conjunturais, também, a partir disso, temos uma dificuldade maior em orientar em relação, principalmente aos serviços públicos. Existe uma desconstrução de vários direitos adquiridos pela sociedade, os direitos vêm sendo tomados, e gradativamente reduzidos, e vejo que o impacto das propostas

desse governo atual que está por vir, atemoriza tanto, eles descontrolam muita coisa que foi construída através de muita luta. É necessário, refletirmos sobre o que tem sido feito por trás disso tudo, esse totalitarismo mesmo, individualismo, não pensar na coletividade, isso nos deixa muito inseguros, além de ganhar força um pensamento de que a esquerda é tudo aquilo que é ruim, e de que tudo o que foi construído pelos políticos de esquerda, todas as conquistas, foi tudo ruim, diante de diversos crimes políticos. Na verdade, a proposta da esquerda é da garantia do acesso, da garantia e ampliação dos direitos, mas eles vêm sendo desconstruídos. Isso é muito difícil, para o âmbito social e também para a nossa profissão, o que vai ser daqui a alguns anos? Qual será a perspectiva, se os direitos estão sendo reduzidos? (VIOLETA).

Nesse aspecto, atualmente, vivencia-se um esgotamento da política de conciliação de classes. Setores mais atrasados, conservadores e reacionários da sociedade brasileira ascenderam ao poder e de forma sistemática estão contribuindo para a desconstrução de todos os avanços que a classe trabalhadora construiu ao longo dos anos, na história nacional. Experencia-se o avanço de um projeto político ultraneoliberal, pró-capital, que objetiva a acumulação em detrimento dos interesses da classe dominante no país, além do aprofundamento da dependência dos interesses do capital internacional. Sistemáticamente, o peso da crise da acumulação é transferido para os trabalhadores. As propostas de contrarreforma, tais como citadas anteriormente: Trabalhista; da Previdência Social; Terceirização Irrestrita; Novo Regime Fiscal, entre outras, comprometem as relações sociais de produção, como também o acesso aos direitos da população, garantidos legalmente (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

Assim, como trabalhador assalariado do setor privado de assistência à saúde é de elevada necessidade a compreensão crítica e reflexão dos rebatimentos dos fatores que incidem diretamente tanto da condição do assistente social como um trabalhador assalariado, detentor de direitos, como também as demandas que se apresentam em nível institucional e a partir dos usuários dos serviços. Tais ações são necessárias para que se possa defender junto à categoria profissional melhores condições de trabalho e vislumbrar tentativas de respostas profissionais pautadas em princípios comprometidos com um projeto alternativo de sociedade.

3.3.9. As percepções sobre o processo de supervisão de estágio

A supervisão acadêmica inserida na lógica do estágio supervisionado se configura como uma disciplina que permite compreender a dinâmica dialética entre teoria-prática em Serviço Social. Articulada a essa disciplina, tem-se a supervisão de campo, em que o aluno estagiário será acompanhado no cotidiano profissional na instituição em que é desempenhado

o estágio supervisionado (CASTRO et al., 2013). Na fala das profissionais sobre a importância da supervisão acadêmica e de campo:

Hoje temos um estágio que não é remunerado, com uma carga horária reduzida, eu sempre achei importante se compromissar com a formação, eu acho que a nossa responsabilidade de ter um estagiário, porque nós fomos alunos e precisamos ter essa contrapartida, porque foi uma educação pública, o estagiário oxigena o campo, ele traz uma inovação, aquela vontade de fazer, isso resgata um pouco da nossa vontade, dessa animação, porque na correria do dia a dia, ele oxigena isso, ele traz uma vida ao campo. A supervisão de campo... eu acho muito importante, eu acho que ela precisa ser sistematizada, tem que ser referenciada a partir de um referencial teórico, ela não pode ser solta, por exemplo, vamos fazer por fazer, existe explicação. A supervisão acadêmica... ela complementa dentro dessa perspectiva, a prática não é mais importante do que a discussão teórica, elas trabalham juntas, de modo complementar, é importante a gente ter esses dois movimentos, para que o estagiário possa conseguir fazer um *link* também, a respeito disso (AZALÉIA).

O estágio supervisionado se configura como parte indispensável da formação e é uma atividade curricular obrigatória. Percebe-se que a profissional compreende a importância dessa atividade em consonância com o que é defendido na Política Nacional de Estágio da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS).

Caracteriza-se pela atividade teórico-prática, efetivada por meio da inserção do(a) estudante nos espaços socioinstitucionais nos quais trabalham os(as) assistentes sociais, capacitando-o(a) nas dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa para o exercício profissional [...] Configura-se em um processo coletivo de ensino-aprendizagem, no qual se realiza a observação, registro, análise e acompanhamento da atuação do(a) estagiário(a) no campo de estágio, bem como a avaliação do processo de aprendizagem discente, visando à construção de conhecimentos e competências para o exercício da profissão. Esta avaliação deve ser realizada continuamente, contemplando duas dimensões: a avaliação do processo de estágio e a avaliação do desempenho discente, assegurando a participação dos diferentes segmentos envolvidos (supervisores acadêmicos e de campo e estagiários [as]) (ABEPSS, 2010, p.14-5).

Apesar de a outra profissional também haver afirmado a importância da existência do estágio supervisionado, a sua fala indica limites e desafios vivenciados nesse processo.

É muito importante o diálogo entre o profissional e o estudante, há um crescimento não apenas para o graduando, mas também para o profissional, isso enriquece o nosso trabalho diariamente, sem falar de contribuir para a formação de quem está chegando e de ter essa responsabilidade de entender como funciona, de como a gente pode construir, de como a gente pode mudar...a importância desse diálogo contínuo, desse aprendizado contínuo...não deixar isso parar, porque diariamente são coisas novas, e diariamente temos que está aprendendo tudo isso. Com uma visão ampla e não limitada, para ir além da aparência, então para o estudante isso é muito bom, essa apreensão da realidade na perspectiva do outro e isso ser discutido, e isso a gente ampliar. Tenho pouquíssimo contato com a supervisão acadêmica, ainda não consigo falar sobre, como funciona, porque tem pouco tempo que comecei na empresa e como supervisora de campo, ainda está muito novo para mim, tem poucos meses que eu supervisiono as estagiárias. Procuro participar e estar presente, mas devido a minha rotina profissional, existe certa dificuldade também, mas acredito

que será muito rico se existir uma interlocução maior, uma aproximação para discutir mesmo, para as alunas trazerem o posicionamento delas, enquanto profissionais que estão na Academia e nós que estamos aqui, atuando na empresa (VIOLETA).

É importante ressaltar que existem, de fato, desafios inerentes à lógica da educação superior, e do próprio campo do estágio, tais como: o número reduzido de docentes; sobrecarga de demandas de trabalho para o supervisor acadêmico e de campo, que extrapolam as horas contratadas; o excesso de burocracia que torna lento o processo de convênio com os campos de estágio; ausência de recursos materiais, como carro para visitas aos campos de estágio; ausência ou restrito contato com a supervisão acadêmica; insuficiência de tempo destinado à análise da documentação, construção do Plano de Estágio, acompanhamento e avaliação contínua; prospecção de vagas de estágio, entre outras (ANDRADE, 2016).

Ainda assim, em um cenário de desafios, torna-se estratégica a defesa e reflexão crítica sobre a importância da existência do estágio na instituição, permitindo a constituição deste:

[...] em um instrumento importante e fundamental na formação da análise crítica e da capacidade interventiva, propositiva e investigativa do (a) estudante, que precisa apreender os elementos concretos que constituem a realidade social capitalista e suas contradições, de modo a intervir, posteriormente como profissional, nas diferentes expressões da questão social, que vem se agravando diante do movimento mais recente de colapso mundial da economia, em sua fase financeira e de desregulamentação do trabalho e dos direitos sociais (ABEPSS, 2010, p.11).

Assim, é percebida nas falas das profissionais a tentativa da garantia de que o estágio se configure como um espaço e “um momento de reflexão e troca de saberes, e o estagiário visto como sujeito dentro desse processo educativo” (CASTRO et al., 2013, p.101). Ainda de acordo com a autora, mesmo com a existência de inúmeros desafios oriundos do avanço e intensificação da lógica neoliberal nas diferentes instâncias da vida acadêmico-profissional, é necessário reafirmar o compromisso e responsabilidade com o processo de formação acadêmico-profissional. Possibilitando, assim, o desenvolvimento da capacidade de investigação, apreensão crítica e estabelecimento de bases sólidas para proposições e intervenções na realidade social, por parte do futuro profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho buscou apontar e analisar as particularidades do trabalho profissional dos/ das assistentes sociais, a partir dos discursos dos/das mesmos/as para identificar se, de fato, existe a possibilidade de realização de estratégias profissionais comprometidas com o atendimento das necessidades dos usuários dos serviços. Para isso, traçou-se um caminho reflexivo que partiu da compreensão sobre a categoria trabalho e suas especificações no modo de produção capitalista, relacionando com o movimento dialético da realidade sócio-histórica brasileira.

A partir das análises, foi possível perceber que os fundamentos do modo de produção capitalista são orientados pela exploração e alienação, em que o trabalho que é estranhado e alienado se caracteriza como o único meio de sobrevivência. Nesse sentido, durante as análises, foi possível perceber que o cotidiano profissional dos /das assistentes sociais tem apresentado diversos desafios, que refletem tanto na sua condição de trabalhador assalariado como nas suas respostas profissionais, em detrimento das necessidades dos usuários dos serviços. Ainda assim, percebeu-se nas falas das profissionais a importância da reflexão sobre a realidade profissional (intrinsecamente relacionada à realidade de vida dos sujeitos sociais), e essa reflexão ser pautada pela criticidade e identificação da existência dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. Refletindo um avanço da concepção de saúde e se tornando uma das ferramentas para o desenvolvimento de ações profissionais na instituição para além da mesma.

Mesmo que o Serviço Social não seja uma profissão exclusiva da área da saúde, em especial, da saúde suplementar, os/as assistentes sociais possuem qualificação e competência para atuar nas diferentes dimensões da questão social que tem efeito sobre a vida dos usuários. Até porque, a própria profissão é legitimada na divisão sociotécnica do trabalho, e esses profissionais podem operacionalizar demandas, produzir serviços, de forma interventiva e propositiva.

A partir disso, é necessário ressaltar a importância de se articular o trabalho profissional aos princípios e valores expressos no Projeto Ético-Político e o Código de Ética da profissão. Até porque, o projeto profissional do Serviço Social reconhece como valor central a liberdade, a partir da defesa da escolha entre alternativas concretas, do compromisso com a autonomia e emancipação dos sujeitos sociais. Percebe-se que este projeto se vincula a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem exploração e

dominação de classe, etnia e gênero. Assim, a partir da dimensão política desse projeto em favor da equidade e da justiça social, da perspectiva da universalização do acesso a bens e a serviços relativos às políticas e programas sociais, da ampliação e a consolidação da cidadania a atuação profissional do Serviço Social pode expressar o compromisso com a garantia dos direitos civis, políticos e sociais da classe trabalhadora. Consequentemente, considerando o horizonte de democratização como socialização da participação política e socialização da riqueza socialmente produzida.

Nesse sentido, afirma-se a importância de o trabalho profissional ter como uma de suas premissas o compromisso com a competência e qualidade dos serviços prestados à população e o aperfeiçoamento intelectual também. Além da importância de a própria formação acadêmica-profissional ser qualificada, orientada por concepções teórico-metodológicas críticas e sólidas, que permitam a realização de uma análise concreta da realidade social. Além da necessidade de uma constante preocupação, tanto em relação à (auto)formação como o desenvolvimento da perspectiva investigativa. Nesse sentido, um profissional informado, crítico e propositivo, que aposte no protagonismo dos sujeitos sociais, versado de um instrumental técnico-operativo, capaz de realizar as ações profissionais, aos níveis de assessoria, planejamento, negociação, pesquisa e ação direta, estimuladoras da participação dos usuários na formulação, gestão e avaliação de programas e serviços de qualidade, são alguns elementos (mas não exclusivos) que podem orientar o trabalho profissional.

É importante que o profissional busque legitimar o seu trabalho com a população usuária dos serviços prestados, para além dos segmentos patronais. Porém, precisa compreender também, criticamente, os limites impostos à atuação profissional, que existem na realidade e que condicionam o mesmo, para que o trabalho profissional se afaste tanto do teorismo estéril, do fatalismo, quanto do militismo.

Assim, o presente trabalho teve como objetivo central refletir sobre se existem, de fato, respostas profissionais do trabalho desenvolvido pelos profissionais do Serviço Social, vinculados ao atendimento das necessidades dos sujeitos sociais. Nesse sentido, por meio e a partir das questões levantadas e trabalhadas, o pressuposto central das reflexões do presente trabalho é de que a atuação dos assistentes sociais, munida de aporte teórico-metodológico e técnico-político crítico, comprometido com as necessidades dos sujeitos, pode contribuir tanto para a tentativa do alargamento do atendimento dessas necessidades em nível institucional, como a garantia dos direitos dos usuários para além desta.

Ressalta-se ainda a importância da realização de futuros estudos sobre esta temática, pois as possibilidades de abordagem e reflexão não estão esgotadas e podem ser mais bem trabalhadas futuramente.

REFERÊNCIAS

ABEPSS. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. **Lei de Diretrizes Curriculares**. Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social. Com base no Currículo Mínimo aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 8 de novembro de 1996. Rio de Janeiro. 1996.

_____. **Política Nacional de Estágio (PNE)**. Brasília-DF: ABEPSS, 2010.

AMARAL, Ângela Santana; CESAR, Monica de Jesus. **O trabalho do assistente social nas empresas capitalistas**. In: CFESS: ABEPSS. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília-DF: 2009.

AMORIM, K. L. S; LÚCIO, C. V. **A importância da atuação dos assistentes sociais para a efetivação dos direitos das crianças e adolescentes com autismo**. In: IV Simpósio Mineiro de assistentes sociais: 80 anos de serviço social – Tendências e desafios. Belo Horizonte- MG. 2016.

ANDRADE, S. A. L.; **Supervisão Acadêmica de Estágio em Serviço Social: Um Estudo no Estado de São Paulo**. In: Investigación Cualitativa en Ciencias Sociales. Universidade Federal de Goiás. Goiás-GO. v. 3. 2016.

ANS. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**. Dados e indicadores do setor. Beneficiários de Planos Privados de Saúde. Taxa de cobertura de serviços. 2019

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. São Paulo: Editora Boitempo, 2010.

_____. DRUCK, Graça. **A terceirização sem limites: a precarização do trabalho como regra**. Revista O Social em Questão, n.34, p.19-40. 2015.

AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. **Saúde na Constituinte: a defesa da emenda popular**. Saúde Debate, n.20, p.39-46. 1988.

AVILLA, Ana Lúcia Fiuza da Silva. **O trabalho do assistente social no hospital privado**. In: Anais do II Congresso Internacional de Política Social e Serviço Social: Desafios Contemporâneos. Eixo: Fundamentos do Serviço Social: Exercício Profissional, trabalho e processos de trabalho. Londrina. Paraná. Jul. 2017.

BAPTISTA, Myrian Veras. Planejamento social: intencionalidade e instrumentação. São Paulo: Veras Editora, 2002.

BARROCO, Maria Lúcia Silva. **Ética: Fundamentos sócio - históricos**. 3ª Edição. Editora Cortez. São Paulo. 2010.

_____. **Ética e Serviço Social: fundamentos ontológicos**. São Paulo: Editora Cortez, 2008.

BEDINELLI, Talita; BENITES, Afonso. **PMDB volta a se chamar MDB: retorno ao passado para apagar crise de imagem**. Periódico online El País. 2017. Disponível em:

<https://brasil.elpais.com/brasil/2017/12/19/politica/1513695154_142381.html <. Acesso: 23 set. 2018.

BEHRING, Elaine Rossetti. *Brasil em Contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. São Paulo: Cortez, 2003.

_____.; BOSCHETTI, Ivanete. *Política Social: fundamentos e história*. 9ª ed. São Paulo: Editora Cortez, 2011.

BERTOLLO, Kathiúça. Planejamento em Serviço Social: tensões e desafios no exercício profissional. *Revista Temporalis*, Brasília (DF), ano 16, n. 31, jan/jun. p. 333-356, 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Saúde Suplementar – Coleção Progestores - Para entender a Gestão do SUS**. v.12. 234p. Brasília. 2007.

_____. **Conferência Nacional de Saúde**, 8., 1986, Brasília. Relatório final. Ministério da Saúde: Brasília, 1986.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispões sobre os princípios que devem ser desenvolvidos nas ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS, de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

_____. Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 de dezembro de 1990b.

_____. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na rede de atenção psicossocial do sistema único de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 156p. 2015.

BRAVO, Maria Inês de Souza. **A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica**. In: Capacitação para Conselheiros de Saúde. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

_____. MATOS, Maurílio Castro. **Reforma Sanitária e o Projeto Ético-Político do Serviço Social: elementos para o debate**. In: BRAVO, Maria Inês Souza; VASCONCELOS, Ana Maria; GAMA, Andréa de Souza; MONNERAT, Gisele Lavinas (Org.). *Saúde e Serviço Social*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

_____. **Projeto Ético-Político 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*. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde. Cortez. p.197-217. 2006.

_____. **Política de Saúde no Brasil.** In: MOTA, A. E. et al. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo: fundamentos sócio-históricos.** São Paulo: Cortez. 2013.

_____. PELAEZ, Elaine Junger; PINHEIRO, Wladimir Nunes. **As contrarreformas na política de saúde do governo Temer.** Revista Argumentum. Vitória. v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018.

BONIN, Silvana; KRÜGER, Tânia Regina. **Planejamento e Serviço Social.** Sociedade em Debate, v. 21, n. 2, Pelotas (RS), p.63-83. 2015.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. **A saúde e seus determinantes sociais.** Revista Physis. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 78, 2007.

CAMARGO, M. B. F. **Contribuições do Serviço Social no contexto da mediação de conflitos no ambiente escolar.** Trabalho de Conclusão de Curso. Especialização. Pós-Graduação da Universidade do Sul de Santa Catarina. Tubarão. 2015.

CASTRO, A. F. L.; Giaqueto, A.; NOGUEIRA MATTOS, B. **O Processo de Supervisão de Campo no Estágio Supervisionado em Serviço Social.** In: XII ENCONTRO DE PESQUISADORES, 2013, Franca. XIV Encontro de Pesquisadores Na Vanguarda do Conhecimento: Diálogos e Debates. Franca - SP: Editora Uni-Facef, p. 24-25. 2013.

CATETE, Vania Lucia Lemos; SAKATAUSKAS, Giselle de Lourdes Bangoim; SANTOS, Laira Vasconcelos. Trabalho e Ser Social: precarização do trabalho nas dimensões da crise contemporânea. Anais da Jornada. VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luis. 2015.

CAVALCANTI, Cecília Paiva Neto. **Resenha :O público e o privado na saúde.** In: Heimann LS, Ibanhes LC & Barboza R, organizadores. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 11, n. 3, Rio de Janeiro, p. 847-849. jul./set. 2006.

CFESS. **Conselho Federal de Serviço Social.** Resolução n. 493, de 21 de agosto de 2006. Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do Assistente Social e prevê algumas condições mínimas para o exercício da profissão. CFESS, 2006.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. **Retrocessos no legislativo e impactos para a saúde no Brasil.** In: BRAVO, Maria Inês et al (orgs). Cadernos de Saúde: a mercantilização da saúde em debate. Rio de Janeiro: Rede Sirius: 2015.

COLMÁN, Evaristo.; POLA, Karina Dala. **Trabalho em Marx e Serviço Social.** Revista Serviço Social & Sociedade. Londrina. v. 12, n.1, p. 179-201, jul./dez. 2009.

CONCEIÇÃO, Tainá Souza. A Política Nacional de Humanização e suas implicações para a mudança do modelo de atenção e gestão na saúde: notas preliminares. SER Social, Brasília, v. 11, n. 25, p. 194-220, jul./dez. 2009

COSTA, Liduína Faria A. **O público e o privado na política de saúde: panorama atual do SUS e o serviço social.** In: COSTA, Liduína Farias A. LESSA, Ana Paula Girão (orgs). *O Serviço Social no Sistema Único de Saúde.* Fortaleza – Ceará. Edições UECE, 2003.

COSTA, J.P. **A Reforma Obama e o Sistema De Saúde Dos EUA.** *Arquivos Da Medicina.* n. 27 v. 4 p. 158-167, 2013.

COUTINHO, Carlos Nelson. *O estruturalismo e a miséria da razão.* Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1974.

CUEVA, AGUSTÍN. **O desenvolvimento do capitalismo na América Latina.** São Paulo: Editora Global. 1983.

ESCOREL, S. et al. **As Origens da Reforma Sanitária e do SUS.** (Org.). *Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 59-81, 2005.

FARIA, L. *Saúde e Política: a Fundação Rockefeller e seus parceiros em São Paulo.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p.103, 2007.

FERNANDES, Florestan. **A Revolução Burguesa no Brasil: ensaio de interpretação sociológica.** Prefácio: José de Souza Martins. 5ª Ed., São Paulo: Globo, 2005.

FILHO, Aluizio Alves. **Aspetos políticos e administrativos da formação e consolidação do Estado nacional brasileiro (1808-1889).** *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão.* Lisboa. v.8, n. 1, p. 100-110, jan./mar. 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Editora Atlas, e 1999.

GOMES. Gleiciane Viana. **Breve apreciação sobre a política de saúde no Brasil no contexto da contrarreforma do estado.** In: V Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luís. 2011.

_____. **Serviço Social e Interdisciplinaridade: confluências e desafios.** In: *Anais do IV Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais: 80 anos de serviço social – tendências e desafios.* Belo Horizonte. 2016.

GUERRA, Yolanda. **Instrumentalidade do processo de trabalho e Serviço Social.** In: *Serviço Social e Sociedade.* Cortez editora. Ano XXI, n. 62, mar. 2000.

_____. et al. **Atribuições privativas e competências profissionais do/a assistente social: contribuições ao debate.** In: *XV Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais: 80 anos do Serviço Social no Brasil.* v.1. Olinda-PE: CFESS, 2016.

HARVEY, David. **O Novo Imperialismo.** São Paulo: Editora Loyola, 2005.

_____. **Condição pós-moderna.** 17 ed. São Paulo: Editora Loyola, 2008.

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

_____. **Os espaços sócios ocupacionais do assistente social. In: Serviço Social: direitos e competências profissionais.** In: Programa de Capacitação continuada para assistentes sociais. Brasília: CFESS/ABEPSS/CEAD, p. 353, 2009.

_____. **Serviço Social em tempo de capital fetiche.** São Paulo: Editora Cortez, 2014.

IESS. Instituto de Estudos da Saúde Suplementar. **Relatório de Emprego na Cadeia Suplementar.** Edição 21. Data base: dez. São Paulo, 2018. Disponível em: <https://www.iess.org.br/cms/rep/Relatorio_Emprego_21_dez18.pdf>. Acesso em março de 2019.

JESUS, Júlio César Lopes; LOPES, Flávia Augusta Santos M. **As ações do governo Temer e suas implicações para as políticas de previdência e assistência social: o que está por vir?** In: Anais da VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luís. 2017.

JÚNIOR, Reginaldo P. F.; LARA, Ricardo. **Trabalho e Ser Social: reflexões sobre a ontologia lukacsiana e sua incidência no Projeto Ético-Político Profissional.** Revista Textos & Contextos, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 20-31, 2015.

KRÜGER, T. R. **Conferências Nacionais de Saúde: ganhos democráticos ou reprodução da nossa cultura política.** Revista Serviço Social & Saúde. Campinas. v. 6. n. 6, p. 117-126, mai. 2007.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica.** São Paulo: Editora Atlas, 1993.

LARA, Ricardo. **A produção do conhecimento em Serviço Social: o mundo do trabalho em debate.** 2008. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de História, Direito e Serviço Social da Universidade Estadual Paulista (Unesp). Franca, 2008.

LESSA, Ana Paula G. **O trabalho do assistente social no SUS: desafios e perspectivas.** In: COSTA, Liduína Farias A; LESSA, Ana Paula Girão (orgs). **O Serviço Social no Sistema Único de Saúde.** Fortaleza – Ceará. Edições UECE, 2003.

LIMA, Maria José de Oliveira; COSAC, Claudia Maria Daher. **Serviço Social na empresa.** In: Katálysis, v. 8. n.º 2. Jul/dez. 2005.

LUKÁCS, György. **As Bases Ontológicas da Atividade e do Pensamento do Homem.** Revista Temas, São Paulo: Ciências Humanas, nº 4, 1978.

_____. **Para uma ontologia do ser social II.** Tradução: N. Schneider, I. Tonet, R. V. Fortes. São Paulo: Editora Boitempo. 2013.

MACIEL, Sergiane Maia. **Reforma (contrarreforma) do Estado: reflexos na política de saúde.** Anais da VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luís. 2017.

MACHADO, Juliane da Silva. **Saúde Suplementar: A inserção de Assistentes Sociais em operadoras de planos privados de assistência à saúde de Juiz de Fora.** 2009. 81f. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Juiz de Fora. 2009.

MARINI, Ruy Mauro. **Dialética da dependência** – uma antologia da obra de Ruy Mauro Marini. Petrópolis: Ed. Vozes, 2000.

MARX, Karl. **Manuscritos Econômico-Filosóficos**. Tradução Jesus Ranieri. São Paulo: Editora Boitempo. 2004.

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

MEDEIROS, Silvana Márcia de Andrade. **Reforma ou Contra-Reforma do Estado: repercussões na política de saúde**. In: II Jornada Internacional de Políticas Públicas. Mundialização e Estados Nacionais: a questão da emancipação e da soberania. São Luís. 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa de (organizadora); SUELY, Deslandes; CRUZ NETO, Otávio; GOMES, Romeu, **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 19ª. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2001.

MIOTO, R. C. T. NOGUEIRA, V. M. R. **Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde**. In: MOTA, A. E. et al (org.). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo, OPAS, p.228, 2006.

MONTAÑO, Carlos; DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Estado, Classe e Movimento Social**. São Paulo: Editora Cortez, 2011.

MORAES, Sâmia Bessa; et al. **A efetivação do Serviço Social na empresa: cotidiano e desafios profissionais**. In: Anais da VII Jornada Internacional de Políticas Públicas. Para além da crise global: experiências e antecipações concretas. Universidade Federal do Maranhão. São Luís/Maranhão. 2015.

MORAES, Jinadiene da Silva Soares. **A política de saúde na atualidade: desafios à consolidação do SUS**. In: 7º Seminário da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde: Saúde em Tempos de Retrocesso e Retirada de Direitos. Alagoas. 2017.

MOTA, Ana Elisabeth.; AMARAL, Ângela S. do. **Reestruturação do capital, fragmentação do trabalho e serviço social**. In: MOTA, Ana Elizabete (org.). A nova fábrica de consensos. São Paulo: Cortez, p. 42, 1998.

NETTO, José Paulo. **Crise do socialismo e ofensiva neoliberal**. São Paulo: Cortez, 1994. 1994.

_____. **Transformações societárias e Serviço Social**. *Serviço Social e Sociedade*, n. 50, Ano XVII, São Paulo, Cortez, 1996.

_____. **A construção do projeto ético-político do Serviço Social frente à crise contemporânea**. In: CFESS/ABEPSS; CEAD/UnB (org.). Crise contemporânea, questão social e Serviço Social. Capacitação em Serviço Social e política social. Brasília: CEAD/UnB, 1999.

_____.; BRAZ, Marcelo. **Economia Política: uma introdução crítica**. São Paulo: Editora Cortez. 4ª ed. 2008.

_____. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. 8 ed. São Paulo: Editora Cortez, 2011.

NOGUEIRA, D. O.; SARRETA, F. O. **A inserção do assistente social na saúde: desafios atuais**. In: 4º Simpósio Mineiro de Assistente Sociais – 80 anos de Serviço Social: tendências e desafios. Belo Horizonte. 2016.

OLIVEIRA, Lúcia Conde de. **A seguridade social brasileira como sistema de proteção social “inacabado”**. In: COSTA, Liduína Farias A.; LESSA, Ana Paula Girão (orgs). O Serviço Social no Sistema Único de Saúde. Fortaleza – Ceará. Edições UECE, 2003.

OLIVEIRA, Carlindo Rodrigues; OLIVEIRA, Regina Coeli. **Direitos Sociais na constituição cidadã: um balanço de 21 anos**. Revista Serviço Social e Sociedade. n.105. p.5-29. 2011.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para compreensão e crítica**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador, p. 300. 2007.

_____. **Reforma Sanitária como objeto de reflexão teórico-conceitual**. In: Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador, EDUFBA. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 153-174, 2008.

_____. **A Reforma Sanitária e o CEBES**. Rio de Janeiro: CEBES, 27p. 2012.

PAIVA, Beatriz; ROCHA, Mirela; CARRARO, Dilceane. **Política social na América Latina: ensaio de interpretação a partir da teoria marxista**. SER Social, Brasília, v. 12, n. 26, p. 147-175, jan./jun. 2010.

PEDUZZI, Marina. **Equipe multiprofissional de Saúde: conceito e tipologia**. In: Revista de Saúde Pública. v. 35, n.1. 2001.

PEREIRA, Sofia Laurentino Barbosa. **As dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa: particularidades e unidade**. In: I Congresso Internacional de Política Social e Serviço Social: desafios contemporâneos. Londrina -PR. 2015.

PEREZ, Davi Machado. **Capitalismo dependente, questão social e ideologia neodesenvolvimentista no Brasil**. In: Congresso Catarinense de Assistentes Sociais. Florianópolis. 2014.

PIETROBON, Louise; PRADO, Martha Lenise; CAETANO, João Carlos. **Saúde Suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor**. Revista Physis. v. 18, n. 4, p. 767-783. 2008.

REIS, et al. **O avanço neoliberal no contexto do Serviço Social: o projeto ético-político enquanto instrumento de defesa**. In: Anais do Seminário de Saúde do Trabalhador de Franca. v. 1. p. 01-16, 2010.

SARRETA, F. O.; BERTANI, I. F. **A construção do SUS e a participação do assistente social.** Revista Serviço Social & Saúde: UNICAMP, São Paulo. Campinas, v.11, p.31-58, 27 jul. 2011.

SANTOS, Cláudia M. dos. **Do conhecimento teórico sobre a realidade social ao exercício profissional do assistente social: desafios na atualidade.** In: SILVA, Maria L. O. (org.). Serviço Social no Brasil – história de resistência e de ruptura com o conservadorismo. São Paulo: Cortez, 2016.

SANTOS, Tatiane Valéria Cardoso; SILVA, L. B.; MACHADO, T. O. **A influência dos determinantes sociais no trabalho do assistente social na saúde.** In: Revista Libertas, Juiz de Fora, v. 16, n. 1, p. 117-130, jan./jul. 2016.

SECON, Milene Alves. **Políticas Públicas no Brasil: a particularidade da Política de Assistência Social.** In: 25ª Semana de Ciências Sociais: “50 anos do Golpe Militar”. Londrina. 2014.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação.** 4. ed. Florianópolis, 2005.

SILVA, Robson Roberto. **Coerção e Consenso no Imperialismo: impedimentos à democratização na América Latina.** In: Anais do VIº Encontro Internacional de Política Social e 13º Encontro Nacional de Política Social. p. 1-16. Vitória: 2018.

SOARES, L. Tavares. **Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina.** Petrópolis; RJ: Vozes, 2001.

SOARES, Joseneide Costa. **O Serviço Social nas operadoras de planos privados de assistência à saúde: demandas, atribuições e respostas profissionais.** Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, p.141. 2008.

SOARES, Raquel Cavalcante. **Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS.** Revista Argumentum. Vitória. v. 10, n. 1, p. 24, jan./abr. 2018.

TRASPADINI, R. et al. (Org.). **Ruy Mauro Marini: vida e obra.** São Paulo: Editora Expressão Popular, p. 304. 2005.

TRINDADE, Rosa. L. P. **Tendências do mercado de trabalho do Serviço Social: descobertas e inquietações a partir da pesquisa sobre a realidade de Alagoas (1998 a 2010).** In: LINS, Maria Alcina Terto; TRINDADE; Rosa Lúcia Predes (org.). Assistente Social trabalhador assalariado – fundamentos teóricos e históricos para uma análise crítica. Maceió: Ed. UFAL, 2015.

UNIMED, Confederação Nacional das Cooperativas Médicas. **Desospitalização: uma transição do nível dos cuidados.** In: Boletim Auditorial. Belo Horizonte, 2010. Disponível em:
< http://www1.unimed.com.br/nacional/boletim_auditoria/01/16_26_6_Dr_Iva_Pozzi.pdf > .
Acesso em: 20 mar. 2019.

_____. **Política do Espaço Viver Bem da Unimed de Juiz de Fora.** Juiz de Fora. 2017. Documento de acesso exclusivo em meio institucional.

_____. **Relatório de Gestão e Sustentabilidade de 2017.** Juiz de Fora. 2018. Disponível em: <
http://www.unimed.coop.br/portalunimed/flipbook/juiz_de_fora/relatoriodegestao_2017/> .
 Acesso em: 20 mar. 2019.

_____. **A cooperativa: Área de Atuação.** Juiz de Fora. 2019 a. Disponível: <
<http://www.unimedjf.coop.br/conteudos/a-unimed/a-cooperativa>>. Acesso em: 13 mar. 2019.

_____. **Serviços Próprios: Centro de Terapias.** Juiz de Fora. 2019 b. Disponível: <
<http://www.unimedjf.coop.br/conteudos/a-unimed/a-cooperativa>>. Acesso em: 15 mai. 2019.

VIANNA, M. L. T. W. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas.** Rio de Janeiro: Revam: UCAM, IUPERJ. Ed. 2000.

YAMANOE, M. C. P.; **A Relação Trabalho e Educação na Sociedade Capitalista: alguns apontamentos sobre Educação Profissional.** In: ANPED SUL 2010 Formação, Ética e Política: Qual Pesquisa? Qual educação? 2010, Londrina/PR. 2010.

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa “Reflexões sobre o exercício profissional dos/as assistentes sociais na Unimed do município de Juiz de Fora/MG”. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é a importância de se refletir sobre a atuação do/a assistente social e seu desenvolvimento, diante dos desafios postos na realidade da saúde do âmbito privado (suplementar), a partir da possibilidade do trabalho profissional ser perpassado pela dimensão investigativa e orientação ético-política compromissada com os direitos dos usuários dos serviços. Nesta pesquisa, pretendemos analisar o exercício profissional da/o assistente social na Unimed de Juiz de Fora, suas particularidades e desafios vivenciados no cotidiano institucional.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, vamos fazer as seguintes atividades com você: pesquisa de campo, com entrevista orientada por um roteiro semiestruturado elaborado previamente e uso de gravador. Esta pesquisa não apresenta riscos. Para participar deste estudo, você não vai ter nenhum custo e nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causa das atividades que fizermos com você nesta pesquisa, você tem direito à indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a sua permissão. A pesquisa pode contribuir para a reflexão acerca do trabalho profissional do Serviço Social no setor da saúde suplementar, bem como, os elementos que perpassam este processo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco anos. Decorrido esse tempo, o pesquisador avaliará os documentos com para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais, atendendo as legislações brasileiras (Resoluções Nº 510/16 e Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Mediante o disposto no Artigo 9º da Resolução 510/16 CNS que diz: “São direitos dos participantes”: “V – decidir se sua identidade será divulgada e quais são, entre as informações que forneceu, as que podem ser tratadas de forma pública;”.

Declaro que concordo em participar da pesquisa, que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas e que minha identidade e os dados poderão ser divulgadas. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2018.

Assinatura do Participante

Assinatura do (a) Pesquisador

Nome do Pesquisador Responsável:
Campus Universitário da UFJF
Faculdade/Departamento/Instituto:
CEP: 36036-900
Fone:
E-mail:

APÊNDICE B – Roteiro de perguntas

1) Processo de Formação:

- Graduação;
- Pós-graduação;
- Relação com a área da saúde;

2) Trabalho Profissional:

- Por que existe o serviço social na Unimed?
- Qual a importância do serviço social na empresa?
- Como você chegou até a Unimed?
- Em quais frentes você já atuou? Há uma articulação? As principais demandas?
- Em qual frente está agora? O público-alvo? Principais demandas? Importância da gestão e do planejamento?
- Instrumentalidade: relação entre as dimensões teórico-metodológica, técnico-operativas e ético-políticas?
- Equipe interdisciplinar;
- Trabalho em saúde? Acesso à rede pública?
- Condições de trabalho? Sala privativa? Arquivo privativo? Salário? Plano de saúde?
- Limites;
- Conjunturais, ofensiva sobre os direitos sociais em especial na área da saúde pública;
- Institucionais;
- Outros tipos;

3) As possibilidades e importância da supervisão acadêmica.

4) Alguma perspectiva em relação às frentes de atuação do serviço social?