

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Ana Cláudia de Moraes Pereira

O PROCESSO DE RENOVAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL
E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE:
concepções, dinâmicas e possibilidades de convergência.

Rio de Janeiro

2017

Ana Claudia de Moraes Pereira

O PROCESSO DE RENOVAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL
E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE:
concepções, dinâmicas e possibilidades de convergência.

Dissertação apresentada à Escola Politécnica
de Saúde Joaquim Venâncio como requisito
parcial para obtenção do título de Mestre em
Educação Profissional em Saúde.

Orientador: Prof^a. Dra. Mônica Vieira

Rio de Janeiro

2017

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

P436p

Pereira, Ana Claudia de Moraes

O processo de renovação do serviço social e a política nacional de humanização em saúde: concepções, dinâmicas e possibilidades de convergência / Ana Claudia de Moraes Pereira. - Rio de Janeiro, 2017.
135 f.

Orientadora: Mônica Vieira

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, 2017.

1. Saúde Pública. 2. Humanização da Assistência.
3. Problemas Sociais. 4. Trabalho Social.
I. Vieira, Mônica. II. Título.

CDD 614

Ana Claudia de Moraes Pereira

O PROCESSO DE RENOVAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL
E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE:
concepções, dinâmicas e possibilidades de convergência.

Dissertação apresentada à Escola Politécnica
de Saúde Joaquim Venâncio como requisito
parcial para obtenção do título de Mestre em
Educação Profissional em Saúde.

Aprovada em 27/04/2017

BANCA EXAMINADORA

Prof^aDr^a Monica Vieira (FIOCRUZ / EPSJV / LATEPS)

Prof^aDr^a FilippinaChinelli (FIOCRUZ / EPSJV / LATEPS)

Prof^aDr^a Adriana Ramos (Escola de Serviço Social/UFF)

*Dedico este trabalho aos meus queridos pais,
Elcio e Valmiria, pelo cuidado, generosidade
imensurável e por aquele amor vibrante que
me faz seguir a caminhada com gratidão.*

*Ao meu amado esposo, Mauro Cezar, por ter
estado a bordo nesse voo com a missão de me
ceder uma de suas asas, no cuidado de
garantir meu voo em equilíbrio....obrigada
meu comandante, te amo!*

*A todos os pacientes que conheci na minha
caminhada pela saúde pública, e aos que
ainda irei conhecer.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu encontro permanente com o Pai Celestial por ter permitido escolher caminhar por outros jardins e reconhecer sua generosidade em cada detalhe sutil que me foi enviado.

Ao meu irmão Elcio João, nosso querido “Cicinho” ou “Dedé” por me proporcionar nutrir um carinho e cuidado que resistirá a distância, recompensada pelos bons reencontros em família.

Aos meus sobrinhos Maria Eduarda e João Vitor, pela fascinante capacidade de me fazer sorrir fácil, de me impressionar com os gestos espontâneos cheios de carinho.

A minha orientadora Professora Mônica Vieira, pelo fantástico encontro com esse ser humano transbordante de generosidade e sabedoria, trilhando calmamente pelas vias da serenidade, me avisando cuidadosamente em doses homeopáticas de que a caminhada seria possível, porém nos obstáculos clássicos do processo de construção dessa dissertação, se valia de uma omissão sábia, permitindo meu crescimento com a leveza que lhe é particular. Muita gratidão por nosso encontro!

A turma 2015 do Mestrado profissional em educação profissional em saúde, pelos momentos compartilhados e amizades construídas. Vocês serão inesquecíveis por ter me permitido perceber um Rio de novidades.

A toda equipe da EPSJV em especial para a generosa e acolhedora Michele.

Aos profissionais do querido “8C”, Clínica de Cardiologia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro, pela acolhida e parceria na produção do cuidado em tempos tão difíceis para a equipe.

A querida amiga Giovana Rocha pelo (re) encontro de uma amizade verdadeira e por sua filha, Rafaela Rocha responsável pela formatação e revisão dessa dissertação. Um caminho, três encontros e muita gratidão.

A Prof^a Dr^a Filippina Chinelli por seu talento de transmitir conhecimentos sempre com uma novidade a somar.

A Prof^a Dr^a Adriana Ramos por sua prontidão em se comprometer com a construção dessa dissertação, apontando caminhos que me eram desconhecidos.

Por fim, a elegante “Buenos Aires”, cidade que nos acolheu por um ano em cumprimento de missão militar de meu esposo Mauro Cezar. A rotina porteña com seus encantos culturais e gastronomia marcante foi uma das sutilezas que a vida nos proporcionou nessa época animada.

“Tenho a impressão de ter sido uma criança brincando à beira-mar, divertindo-me em descobrir uma pedrinha mais lisa ou uma concha mais bonita que as outras, enquanto o imenso oceano da verdade continua misterioso diante de meus olhos”. (Isaac Newton)

RESUMO

Este estudo tem por objetivo analisar a relação entre a construção do processo de renovação do Serviço Social e da Política Nacional de Humanização no campo da saúde, buscando compreender suas concepções, dinâmicas e possibilidades de convergências. Tem por referencial teórico-metodológico o pensamento histórico dialético crítico de investigação, caracterizado como uma pesquisa do tipo qualitativa, e como estratégia de coleta e tratamento dos dados a opção de análise de conteúdo. Essa pesquisa elegeu quatro documentos oficiais textuais, pertinentes ao estudo em evidência: Lei de regulamentação da profissão (Lei 8.662/93), Código de ética profissional – Resolução nº 273/93 –CFESS, Parâmetros para atuação do assistente social na saúde (2010) e o documento base da Política Nacional de Humanização (2004). Como categorias empíricas desse estudo se privilegiam: a ressignificação do Serviço Social na reestruturação produtiva do trabalho na temporalidade neoliberal. Nesse contexto, se aponta a historicidade da profissão no campo da saúde e os desafios ao comprometimento com as novas práticas reconhecidas no projeto ético-político, na produção do cuidado e no reconhecimento da dimensão subjetiva do cotidiano. Os resultados e as conclusões não objetivam ou intencionam quantificar, mas, sim, compreender e explicar a dinâmica das relações sociais que, por sua vez, são depositárias de crenças, valores, atitudes e hábitos. Reforçam a vivência, a experiência e a cotidianidade, além de, também, ratificar a compreensão das estruturas e instituições como resultantes da ação humana objetivada, pautadas no ponto de vista, na linguagem, nas práticas e nas coisas, que na investigação em pauta são inseparáveis. Assim, o desafio foi o de compreender os sujeitos políticos e históricos que produziram os documentos elegidos, identificando-os no tempo e no contexto em que foram produzidos e publicados, confrontando-os uns aos outros, para perceber-se, nos elementos do discurso e nos objetivos do estudo, as contradições e as similitudes nas análises e conclusões formuladas.

Palavras-chave: Reestruturação produtiva. Renovação Serviço Social. Processos de trabalho em saúde. Humanização.

ABSTRACT

This study aims to analyze the relationship between the construction of the process of renewal of Social Service and the National Humanization Policy in the field of health, seeking to understand their conceptions, dynamics and possibilities of convergence. It has as theoretical-methodological reference the critical historical dialectic research thought, characterized as a research of the qualitative type, and as a data collection and treatment strategy the option of content analysis. This research chose four official textual documents, pertinent to the study in evidence: Law of regulation of the profession (Law 8.662 / 93), Code of professional ethics - Resolution n° 273/93 -CFESS, And the basic document of the National Humanization Policy (2004). As empirical categories of this study, the emphasis is on: the re-signification of Social Service in the productive restructuring of work in neoliberal temporality. In this context, it is pointed out the historicity of the profession in the field of health and the challenges to the commitment to the new practices recognized in the ethical-political project, in the production of care and in the recognition of the subjective dimension of daily life. The results and conclusions do not aim or intend to quantify, but rather to understand and explain the dynamics of social relations, which in turn are custodians of beliefs, values, attitudes and habits. They reinforce the experience, the experience and the daily life, as well as to ratify the understanding of structures and institutions as resulting from objective human action, based on the point of view, language, practices and things that are inseparable. Thus, the challenge was to understand the political and historical subjects who produced the chosen documents, identifying them in the time and context in which they were produced and published, confronting each other to perceive themselves in the elements of discourse And the objectives of the study, the contradictions and similarities in the analyzes and conclusions formulated.

Keywords: Productive restructuring. Social Work Renewal. Health work processes. Humanization.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Guia analítico.....	85
TABELA 2	Lei de nº 8662 de sete de junho de 1993 - Regulamentação da Profissão do Serviço Social.....	86
TABELA 3	Código de Ética do Assistente Social - Código de Ética do Assistente Social, com texto aprovado em 13/03/1993, com as alterações introduzidas pelas resoluções CFESS nº 290/94, 293/94, 333/96 e 594/11.....	87
TABELA 4	Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde - CFESS 2010.....	88
TABELA 5	Política Nacional de Humanização, Ministério da Saúde, BRASIL, 2003.....	91
TABELA 6	Agrupamento das categorias sínteses.....	99

LISTA DE SIGLAS

ABESS	Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social
ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviço Hospitalar
CBCISS	Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviços Sociais
CEAD	Curso de Ensino à Distância
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CELATS	Centro Latino Americano de Trabalho Social
CEPAL	Comissão Econômica para a América latina e o Caribe
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalar
ENESSO	Executiva nacional de estudantes de Serviço Social
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EUA	Estados Unidos da América
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FITS	Federação Internacional de Serviço Social
GT	Grupo de Trabalho
LBA	Legião Brasileira de Assistência Social
LDBEN	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OSs	Organizações Sociais
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PUC-SP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
ReHuNa	Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento

SCIELO	Biblioteca Científica Eletrônica em linha
SENAI	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SESI	Serviço Nacional da Indústria
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UnB	Universidade de Brasília
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO 1	20
A RESSIGNIFICAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA	20
1.1 OS (DES) SENTIDOS DO MUNDO DO TRABALHO NA TEMPORALIDADE NEOLIBERAL	20
1.2 A PERSPECTIVA HISTÓRICA DO SERVIÇO SOCIAL	26
1.3 SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E A LÓGICA PRAGMÁTICA	32
1.4 A CONSTRUÇÃO DO PROJETO ÉTICO POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL	40
CAPÍTULO 2	50
TRABALHO EM SAÚDE E A HUMANIZAÇÃO	50
2.1 A CONTEMPORANEIDADE DO TRABALHO NA SAÚDE: UM NOVO PARADIGMA PRODUTIVO PARA O COTIDIANO LABORAL	50
2.1.1 Antecedentes da mudança do modelo assistencial	50
2.1.2 A captura do protagonismo do trabalhador pela “servidão”	52
2.2 CUIDADO E HUMANIZAÇÃO	61
2.3 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO	66
2.3.1 A evolução do conceito de humanização: do programa à política	66
2.3.2 O discurso do texto da política nacional de humanização	74
CAPÍTULO 3	78
METODOLOGIA DO ESTUDO	78
3.1 APOIO TEÓRICO METODOLÓGICO	78
3.2 O PERCURSO METODOLÓGICO ELEGIDO	82
CAPÍTULO 4	95
O COTEJAMENTO ENTRE A RENOVAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL E O ADVENTO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: CONVERGÊNCIAS E DIVERGÊNCIAS NA PRODUÇÃO DO CUIDADO.	95
4.1 A PRÁTICA DISCURSIVA E A PRÁTICA SOCIAL NOS DISCURSOS DOS TEXTOS	95
4.2 AGRUPAMENTO DAS CATEGORIAS SÍNTESES	98
4.2.2. Amadurecimento do acúmulo histórico do Serviço Social	107
4.2.3. Fortalecimento do projeto ético-político	110
4.2.4. O Assistente Social e o processo de mudança dos modelos de gestão na saúde	112
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	120
REFERÊNCIAS	128

INTRODUÇÃO

Esta dissertação teve por objetivo principal analisar a construção dos processos de renovação do Serviço Social e de humanização em saúde buscando compreender suas concepções, dinâmicas e possibilidades de convergências. Especificamente, buscamos historicizar os processos de renovação do Serviço Social e de construção da Política Nacional de Humanização e identificar, até que ponto, a prática social do Assistente Social está mediada pela proposta da Política Nacional de Humanização. Além disso, também buscamos apreender em que medida o processo de construção das concepções de humanização e o processo de renovação da profissão do Serviço Social, propõem uma nova prática social em saúde, se alinhando ou não, entre seus princípios quanto à reconfiguração do campo de gestão do trabalho em saúde.

Para tanto, cabe de início explicitar a concepção do conceito de práticas sociais que orienta o estudo já que a humanidade nos apresenta em sua trajetória de existência, um acúmulo de saberes sistematizado, ao longo do tempo, como conhecimentos. Esses compreendem o senso comum no caminho das práticas sociais enraizadas nas crenças de gerações, até o conhecimento científico, quando surge a necessidade de se explicar o fenômeno vivenciado.

Os conhecimentos são construídos em práticas sociais, das quais participamos, quando se integram às críticas que deles fazemos, orientam nossas ações, formando-nos. Esta formação decorre de uma práxis que vamos construindo em colaboração com aqueles com quem vivemos. As práticas sociais se produzem no intercâmbio que as pessoas estabelecem entre si ao significar o mundo que as cerca e ao intervir nele. (...) é participando das práticas sociais que as pessoas se abrem para o mundo. (COTA, 2000, p. 211).

O trabalho em saúde entendido como prática social apresenta estreita relação com o processo de reprodução das condições para o acúmulo do capital (LIMA, 2007). Promove, assim, a reprodução da força de trabalho, no instante em que toma o corpo individual como seu objeto de trabalho privilegiado.

As práticas de saúde se, por um lado, fazem parte do processo de produção da vida, também criam e recriam as condições materiais necessárias à produção econômica ao definir a capacidade física e ao normatizar as formas de utilização do corpo. Ao mesmo tempo, nesse processo, o trabalho em saúde participa também da determinação do valor de uso da força de trabalho, situando-se, portanto, para além dos objetivos tecnicamente definidos. (LIMA, 2007, p. 92).

Donnangelo (1976) ressalta que o trabalho em saúde é uma prática social e não somente uma prática técnica. Esta constatação não se deu a partir de uma dimensão exclusivamente intelectual, mas sim de maneira mais efetiva das novas necessidades sociais de saúde emergentes do capitalismo. O trabalho em saúde se organiza então, a partir da dimensão coletiva do fenômeno saúde e doença ou sendo mais tarde reconhecido como trabalho em saúde propriamente dito.

O desenvolvimento social acompanha a capacidade de os homens darem respostas aos seus carecimentos. Para tanto, mobilizam não só a complexidade do trabalho, mas na mesma intensidade, as mediações, que na visão ontológica, direcionam-se para níveis de trabalho cada vez mais complexos.

As necessidades ou carecimentos variam de acordo com determinada sociedade em diferentes contextos históricos, desenhando aos poucos uma estrutura de normatividade em que o próprio homem define o “normal” e o “patológico” na vida social e individual.

Nesse sentido, pensar a prática social do Serviço Social em saúde requer refletir que as necessidades de saúde, bem como a busca das respostas que os homens mobilizam para satisfazê-las, precisam ser apreendidas em sua historicidade e sua articulação com a totalidade social, por serem partes integrantes. A re-produção das necessidades de saúde e a constituição do trabalho em saúde devem ser entendidas em suas conexões com os modos históricos de produção da existência.

Assim, foram realizadas aproximações analíticas quanto aos rearranjos do trabalho em saúde com a emergência da sociedade capitalista já que o advento deste modo de produzir a vida trouxe ao corpo humano um novo significado social como sede da força de trabalho.

Vê-se, por um lado, o controle das tensões sociais a partir do aumento do consumo das classes subalternas, hoje régua de medida do neoliberalismo, e por outro lado, a ampliação dos direitos sociais para os trabalhadores, gerando as contradições das necessidades de saúde.

Xavier (2014), em tempos atuais, nos assinala que a prática profissional do assistente social pode ser entendida como um componente específico inserido na prática social. Esta última, por sua vez, é uma categoria teórica que permite compreender e explicitar a constituição e as expressões do ser social e a dinâmica social no contexto histórico.

A emergência da prática social para a categoria do Serviço Social ressoa na historicidade das necessidades humanas, conformando-se no contexto do modo de produção capitalista. O caminho percorrido na atuação nas diversas instituições mantém seu caráter técnico instrumental voltado para uma ação educativa e organizativa, sendo sua prática social

justificada pelo fio condutor da ação humanitária.

Este fio condutor humanitário torna-se elemento constitutivo, tanto na proposta da Política Nacional de Humanização, quanto no afinamento de prática social na saúde, no processo de renovação profissional da categoria dos assistentes sociais. A presente política nacional propõe mudanças às práticas sociais, valorizando o uso das tecnologias leves, e induzindo um novo perfil de competências profissionais, entre eles o Serviço Social, no contexto das variáveis da ordem societária.

Apoiada nas reflexões de Santos (2006) quanto à prática profissional do Serviço Social, vemos em seus apontamentos consideráveis compreensões equivocadas da relação teoria/prática por parte da categoria, imprimindo um tom reducionista, cabendo destacar dentre os equívocos: idéia de que a teoria de ruptura é igual à prática de ruptura; que na prática a teoria é outra; que a teoria não serve de fato para a prática cotidiana; que a sistematização da prática gera de imediato uma teoria; redução da teoria a algo que se encaixe na prática.

A ação profissional no cotidiano hospitalar se volta ao imediatismo marcado pelo tom reducionista da apreensão das refrações da questão social em sua totalidade, desvinculando-se do comprometimento com os avanços plasmados e reconhecidos no projeto ético-político da profissão. Na agenda de compromissos da categoria, localiza-se o papel do protagonismo da categoria na construção permanente do projeto ético-político profissional, em contraponto ao desalinhamento aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), e demais políticas setoriais que buscam a efetivação de ações inclusivas, em especial, nesse estudo, a sua interface com a Política Nacional de Humanização.

O particular interesse pela temática da saúde advém de minhas experiências profissionais na condição de assistente social no campo da saúde, traduzidas no histórico acúmulo das minhas vivências institucionais pela ótica do Serviço Social localizado na saúde pública, com ênfase ao enfrentamento das vulnerabilidades sociais¹ orientadas ao alinhamento à proposta do acolhimento, fato que me inclinou a questionar o sentido do uso das tecnologias leves no cotidiano profissional pelo assistente social.

¹O termo vulnerabilidade utiliza a noção de plausibilidade, para elucidar as situações de adoecimento/não adoecimento, tendo como base a consistência lógica, na coerência empírica e na evidência prática de certa relação parte-todo. Para Gorovitz (1994 apud AYRES 2009, p. 13,) o conceito de vulnerabilidade para atender aos preceitos éticos, deve incorporar três qualidades: a) A multidimensionalidade. A vulnerabilidade não é binária. Em uma mesma situação pode-se estar vulnerável a determinados agravos e não a outros. Significando que, o que vulnerabiliza, sob certo aspecto, pode proteger sob outro; b) A gradação. A vulnerabilidade não é unitária. Não responde ao modelo 'sim' ou 'não'. Expressa sempre graus em que pessoas, coletivos e coisas estão vulneráveis; c) A instabilidade. A vulnerabilidade não é estável. As dimensões e os graus de vulnerabilização mudam, constantemente, ao longo tempo e espaço.

Percebi no cotidiano da prática social institucional, a disputa por projetos que se opõem de forma tensionada entre o fazer profissional crítico, que busca a compreensão entre as nuances e objetivos das políticas públicas, e o fazer profissional conservador, que intervém na realidade sem a reflexão e contextualização das ações. A prática profissional concretiza-se neste “terreno de disputas”, mediado por um “processo denso de conformismos e rebeldias, forjados ante as desigualdades sociais, expressando a consciência e a luta pelo reconhecimento dos direitos sociais e políticos de todos os indivíduos sociais” (IAMAMOTO, 2002, p. 26).

O protocolo do Serviço Social institucional, marcado por uma redação de cunho conservador, nos conduz a uma rotina redundante e previsível. Ele nos desloca do enfrentamento de ruptura com certo tom conservador, quando nos imputa a tarefa de quantificarmos objetivamente nossas “produções diárias”, reduzido em um formulário físico sistemático, na talvez, única intenção de figurarem-se como mais um serviço da unidade hospitalar, para compor protocolos ministeriais.

Acredito que a capacidade em desvelar a realidade vivenciada, para então propor um caminho para a construção de práticas profissionais que efetive direitos sociais, seja para o Assistente Social, a razão primordial em sua conduta. Hoje, inserida nesse contexto institucional, onde minha prática profissional está envolta em parte considerável aos afazeres das rotinas previsíveis, me concentro na parte reduzida, em exercer minha autonomia profissional, direcionada as tecnologias leves previstas na proposta de humanização, por acreditar nas potencialidades que estas oferecem no campo da subjetividade no processo de produção em saúde.

A oportunidade de exercer minhas atividades profissionais na assistência direta aos usuários, junto ao espaço da “Clínica de Cardiologia” do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho entre os anos de 2014-2015, me reencontrou com as inquietações da prática profissional da categoria. Experimentei, de maneira muito particular, uma proposição de mudanças da prática protocolar estabelecida pelo serviço, motivada principalmente por três pontos: pelo cenário deprimente das condições de instalações físicas e de suporte terapêutico, em que se inseriam os pacientes ali “assistidos”; pelo misto de sentimento de impotência e responsabilização em propor mudanças e pelas insistentes revisitações aos documentos normativos².

2 Artigo 3º da Lei nº 8.080/1990; aos “Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde (CFESS, 2010)”; Código de Ética (Resolução 273/93) e Lei de Regulamentação Profissional da categoria do Serviço Social (Lei 8662/93) e por último, a proposta da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004).

Essa atitude estava apoiada nas orientações contidas na Política Nacional de Humanização, que estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto. Relações que, muitas vezes, produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si.

A referida política destaca uma orientação quanto à ambiência a partir da criação de espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem privacidade, propiciem mudanças no processo e gestão do trabalho, com o tom de que esses lugares sejam de encontro entre pessoas, acolhendo-as na perspectiva da integralidade do cuidado.

Segundo Merhy apud Vieira (2006), a dimensão cuidadora está presente em qualquer prática da saúde e visa produzir:

Processos de falas e escutas, relações intercessoras com o mundo subjetivo do usuário como ele constrói suas necessidades de saúde, relações de acolhimento e vínculo, posicionamento ético e articulação de saberes para compor projetos terapêuticos. A dimensão profissional específica: significação do processo saúde doença como um certo sofrimento em um recorte singular. (MERHY, 2002, p. 147 apud VIEIRA, 2006, p. 43).

Em alinhamento com minhas inquietudes no campo de atuação profissional, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), no ano de 2010, publica o documento intitulado: “Parâmetros para atuação dos Assistentes Sociais na Saúde”, que traduz a carência por mim experimentada no enfrentamento do fazer profissional em tempos críticos de desmonte dos direitos sociais.

Enfim, não existem fórmulas prontas na construção de um projeto democrático e a sua defesa não deve ser exclusiva apenas de uma categoria profissional. Por outro lado, não se pode ficar acuado frente aos obstáculos que se apresentam na atualidade e nem desconsiderar que há um conjunto de atividades e alternativas a serem desenvolvidas pelos profissionais de Serviço Social. Mais do que nunca, os assistentes sociais estão desafiados a encarar a defesa da democracia, das políticas públicas e consubstanciar um trabalho – no cotidiano e na articulação com outros sujeitos que partilhem destes princípios – que questione as perspectivas neoliberais para a saúde e para as políticas sociais, já que este macula direito e conquistas da população defendida pelo projeto ético-político profissional. (CFESS, 2010, p. 31)

Os grupos de trabalho, comissões específicas ou ações isoladas, constituídos por observação das normas ministeriais, são formados em conformidade com os contextos sócio-históricos ligados ao campo da saúde. Os exemplos desta dinâmica podem estar nos conselhos

de direitos paritários dos anos de 1990, e nas comissões de apoio intra-hospitalar ou Grupos de Trabalho (GT's) nos anos 2000, todos surgidos no pós processo constituinte de 1988, com o traço de emergência de um novo perfil profissional, alinhado aos ditames das novas portarias ministeriais.

Os questionamentos da categoria de Serviço Social quanto à fragilidade da sua ação profissional, em conferir um trato técnico, ético e político à dimensão cuidadora³ em sua subjetividade, tem sido foco dos dilemas da profissão. Para tanto cabe refletir sobre a reconstrução permanente da relação teoria/prática e sua pertinência diante da inserção contemporânea na divisão sociotécnica do trabalho, com ênfase nas tecnologias leves.

Assim, considerando minha postura de insistência em aproximar-me e alinhar-me ao projeto ético-político do Serviço Social, reconheci nas orientações contidas nas normativas da categoria, em especial, na Política Nacional de Humanização, conteúdos significativos e propositivos ao enfrentamento do cotidiano da hospitalização, porém carecia de um aporte científico para elucidar o processo de construção das categorias teóricas, no intuito de se compreender a sua relação com as categorias empíricas advindas do cotidiano laboral.

Consideramos que essas vivências profissionais motivadoras de inquietações acerca da prática profissional do assistente social no campo da saúde pública, localizam-se em um cenário marcado como campo de disputa tencionado por interesses diferentes, reconhecidos na proposta neoliberal, que traz o aprofundamento de uma política de corte nos investimentos públicos em áreas essenciais como a saúde e educação⁴.

Nesse sentido, a análise do contexto da década de 1990, com os governos Collor e Fernando Henrique, nos possibilitaram perceber a intensificação das idéias liberais na edificação de um Estado mínimo, com a justificativa das mudanças que estavam ocorrendo no mundo do trabalho. O mote destas mudanças foi o avanço tecnológico, revestido da “intenção” de proporcionar uma melhor qualidade de vida para o trabalhador, quando na “redução” de seu tempo de trabalho para converter-se em tempo “livre”.

Porém, nosso estudo permite enfatizar a acentuação desenfreada da alienação e

³Segundo Merhy (2002) a dimensão cuidadora está presente em qualquer prática da saúde e visa produzir: “processos de falas e escutas, relações intercessoras com o mundo subjetivo do usuário como ele constrói suas necessidades de saúde, relações de acolhimento e vínculo, posicionamento ético e articulação de saberes para compor Projetos terapêuticos”. A dimensão profissional específica: “significação do processo saúde doença como um certo sofrimento em um recorte singular” (MERHY, 2002, p. 147 apud VIEIRA, et al 2006, p. 43).

⁴Como afirma Sarreta (2008), a implantação e desenvolvimento do SUS em âmbito nacional requer a atuação do assistente social no processo de (re)organização dos serviços, nas ações interdisciplinares e intersetoriais, no controle social, entre outras demandas, buscando fortalecer a perspectiva da universalização do acesso a bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais.

exploração do trabalho, pela via da fragmentação e dicotomização das atividades laborais, levando, portanto, a desqualificação das profissões. O capital quer de todo modo, promover a pulverização das distintas formas de “trabalho voluntário”, terceirizado, subcontratado, de fato trabalho precarizado.

Os “Estados” se diferem a partir do resultado dos processos históricos que cada um assumiu ao longo da história. Estes processos são expressos de maneira única e singular, como elemento primeiro de sua luta de classe. Cada país tem sua forma e incidência fundamental de como se conformou o Estado, ou seja, a observação e apreensão dos movimentos de suas relações e embates, que são muito particulares. Esta configuração própria que se traduz como sendo uma ossatura de configuração do Estado. O termo “ossatura” leva a compreensão de institucionalidade do Estado, pois este não é somente abstrato, se materializa em formas concretas, a exemplo: os três poderes; ministérios; hierarquias – esta concretude, expressa a marca da luta de classe. O elemento básico para compreensão de cada Estado é apreender as histórias das lutas.

A concepção do neoliberalismo implica, severamente, na não participação do Estado como provedor das políticas sociais, edificando a proposta de um Estado mínimo que vem como um interventor/facilitador do mercado, sendo esta a sua função de dar organicidade. Trata-se da total liberdade de comércio para garantir o crescimento econômico e social do país. Esta situação desdobra-se para o tripé do neoliberalismo: desregulamentação, flexibilização e privatização, como a nova forma de organização do mundo do trabalho, marcado pela barbárie da precarização dos empregos, via perda dos direitos trabalhistas, levando o trabalhador abaixo da linha de um patamar digno de humanidade (POULANTZAS, 2000).

Vê-se que estas são algumas das respostas do capital para sua crise estrutural, o que nos remete a uma reflexão por dentro, ou seja, acerca de como este contexto implica tanto no processo de renovação profissional do Serviço Social quanto no processo de construção das concepções de humanização. Assim, diante destes movimentos societários, cabe apreender em quais contextos as novas normas, sob a roupagem de políticas públicas, surgem como enfrentamento e/ou manutenção do pensamento liberal nas relações de trabalho.

Para tanto, recorreu-se ao aprofundamento teórico vislumbrando a qualificação das ações profissionais do Serviço Social, no alinhamento real da consecução dos princípios constitucionais que norteiam o SUS, com especial enfoque as práticas sociais em saúde desenvolvidas pela categoria, e sua relação com a Política Nacional de Humanização, por

serem processos que atravessam e permeia o fazer profissional, de forma muito presente.

A dissertação, estruturada em quatro capítulos, apresenta como discussão inicial, a ressignificação do Serviço Social no processo de reestruturação produtiva, discutindo os (des) sentidos do mundo do trabalho na temporalidade neoliberal apoiada nas reflexões de Antunes e Alves (2004), Danièle Linhart (2011) e Lima (2007), dentre outros. Contempla, também, a perspectiva histórica do Serviço Social, sob as contribuições analíticas de Netto (2001, 2010), seguindo com a localização do Serviço Social na saúde e a lógica pragmática discutida em Ayres (2007), Guerra (2013) Campos (2010) e Cecílio (2009). A temática da construção do projeto ético político do Serviço Social, necessariamente refletida em Netto (2004), traz o desfecho do primeiro capítulo.

No segundo capítulo, intitulado “Trabalho em saúde e a humanização”, foram analisadas a contemporaneidade do trabalho na saúde e a requisição de um novo paradigma produtivo para o cotidiano laboral. Consideramos a importância de aproximação da discussão quanto à questão da captura do protagonismo do trabalhador pela postura histórica da “servidão”. Em destaque, apresentamos a evolução conceitual da Política Nacional de Humanização, bem como seu discurso enquanto política propositiva do SUS na produção do cuidado.

Para desencadarmos a discussão que parte da compreensão do trabalho em saúde passando pela Política Nacional de Humanização, buscou-se apoio nas fundamentações teóricas de autores como Lhuilier (2013), Vieira e Chinelli (2013), Miotto e Barcellos (2009), Franco e Merhy (2012), Franco (2015), Frigotto (2001), Aneas e Ayres (2011) Merhy (2000), Deslandes (2005) Casate e Corrêa (2005) Puccini e Cecílio (2004), dentre outros.

O estudo foi realizado no campo da pesquisa qualitativa, tendo por referencial teórico-metodológico o pensamento histórico dialético e como estratégia de coleta e tratamento dos dados a opção de análise de conteúdo proposto pela autora Bardin (2009).

Finalizando este estudo, o capítulo quatro está reservado para a análise do cotejamento entre a renovação do Serviço Social e o advento da Política Nacional de Humanização, identificando as possíveis convergências e divergências na produção do cuidado.

Dialogando com o autor, Lima (2007), em sua construção teórica no caminho da “Compreensão do Trabalho em Saúde”, percebe-se a importância desse estudo para historicizarmos a profissão do Serviço Social e a Política Nacional de Humanização, por ambas apresentarem elementos pertinentes à dinâmica da prática social no campo da saúde.

CAPÍTULO 1

A RESSIGNIFICAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA

1.1 OS (DES) SENTIDOS DO MUNDO DO TRABALHO NA TEMPORALIDADE NEOLIBERAL

A reestruturação produtiva foi à grande protagonista nas últimas décadas do século XX, impulsionada pelas constantes crises vivenciadas pelo esgotamento de mercados, pela queda na taxa de lucros e pelo modelo de produção taylorista/fordista que não mais atendia ao perfil de consumo e produção. O grande capital precisava se reinventar e encontrar respostas para manter-se hegemônico. A reestruturação produtiva, alinhada ao ideário neoliberal, reconhece o mercado como o grande regulador das relações sociais pela via do trabalho, e com isso vislumbra uma nova forma de acumulação capitalista, a acumulação flexível.

A globalização capitalista intensificou-se no cenário brasileiro na década de 1990, quando ocorreu a abertura de espaço político para as orientações neoliberais delineadas pelos organismos internacionais em atenção aos países periféricos. Para tanto, se fez necessário à instauração de conteúdo ideacional com o teor das mudanças ocorridas nos novos métodos pós-tayloristas.

As mudanças chegaram com elementos de envolvimento participativo de operários e empregados, com nova proposta de sociabilidade no plano de reprodução social, tudo sob a ótica fetichizada e utópica de mercado. Na simultaneidade de disseminação ideológica de nova ordem, gestavam-se as sérias implicações nas práticas sociais, com exacerbada orientação ao individualismo/competitividade, que desencadeavam as metamorfoses coletivas, pela via da precarização e diminuição da capacidade de reação da classe trabalhadora. (ALVES, 2009).

Para o mundo do trabalho, tornou-se bastante adverso o cenário social e político devido à política autocrática do governo Collor visando destruir o sindicalismo, principalmente de categorias organizadas que resistiam a medidas drásticas que atingiam direitos do trabalho (no caso de empresas estatais e setor público sob o ideário neoliberal, promove o metabolismo social da precarização do trabalho cenário externo de intensa reação neoliberal de cariz político-ideológico (os acontecimentos históricos da Queda do Muro de Berlim em 1989, e o fim da URSS, em 1991, tornaram-se ícones midiáticos para a proclamação da vitória gloriosa da globalização capitalista). É nessa época que se articula a hegemonia neoliberal na América Latina, com o Brasil sendo elemento-chave do "Consenso de Washington".

(que se tornou a política oficial do Fundo Monetário Internacional em 1990, quando passou a ser "receitado" para promover o "ajustamento macroeconômico" dos países em desenvolvimento que passavam por dificuldades.). (ALVES, 2009, p. 9).

A globalização no mundo do trabalho do século XXI nos apresenta um perfil da classe trabalhadora com elementos de fragmentação, heterogeneidade e diversificação, com gradativa perda de direitos e (des) sentidos alinhados com a perversidade do capital vigente. As mudanças nas relações de trabalho orquestradas sob o domínio e controle excessivo do capital, desencadeiam um processo metabólico, tornando o trabalho ainda mais precarizado, por meio das formas de subemprego, intensificando os níveis de exploração para aqueles que vivem do trabalho (ANTUNES; ALVES, 2004).

O processo de mundialização produtiva, apoiado pelos organismos internacionais, acaba por desenvolver uma classe trabalhadora que mescla as suas dimensões locais, regionais e nacionais, com a esfera internacional, permitindo a transnacionalização do capital, pela via da ampliação das fronteiras no interior do mundo do trabalho.

Segundo Antunes e Alves (2004), a classe trabalhadora compreende a totalidade dos assalariados, que vivem da venda da sua força de trabalho – a classe que vive no trabalho – sendo despossuídos dos meios de produção. Ressaltam que por não serem idênticas àquela referida em meados do século passado, não perderam seu sentido ontológico e nem muito menos estão em vias de desaparecimento.

Para compreendermos a significação ontológica do envolvimento do trabalho sob a produção capitalista é importante compreender o conceito de *subsunção*, utilizado por Marx no “Capítulo VI Inédito” de *O Capital*, e seu desdobramento em *formal* e *real*. Em primeiro lugar, o termo “subsunção” indica e caracteriza a relação entre o trabalho e o capital. À primeira vista, poderia parecer mais oportuno denominá-lo “submissão”, já que se trata de expressar a relação que surge quando o trabalhador vende sua força de trabalho ao capital, a ele se submetendo. No entanto, *subsunção* expressa que a força de trabalho vem a ser, ela mesma, incluída e como que transformada em capital: o trabalho constitui o capital. Constitui-o negativamente, pois é nele integrado no ato de venda da força de trabalho, pelo qual o capital adquire, com essa força, o uso dela; uso que constitui o próprio processo capitalista de produção. O termo “submissão” *não* ressalta a relação por ter em seu conteúdo certa carga de “docilidade”. Na verdade, nas relações trabalho/capital, além e apesar de o trabalho “subordinar-se” ao capital, ele é um elemento vivo, em permanente medição de forças, gerando conflitos e oposições ao outro polo formador da unidade que é a relação e o processo social capitalista. (ANTUNES; ALVES, 2004, p. 343-344).

Esses autores referem que a classe trabalhadora vem presenciando um processo multiforme com diversas tendências. Desde a retração do binômio taylorismo/fordismo, com incremento de um novo proletariado fabril e de serviços, passando pelo aumento da força de

trabalho feminino na ordem de 40%. Percebe-se, também, o aumento dos assalariados médios no setor de serviços, com crescente exclusão dos jovens que atingiram a idade de ingresso no mercado de trabalho. Ainda, a exclusão dos trabalhadores considerados “idosos” pelo capital, com uma crescente expansão do trabalho no chamado “Terceiro Setor”, assumindo uma forma alternativa de ocupação e expansão do trabalho em domicílio. Tal fato é permitido pela desconcentração do processo produtivo, promovendo a configuração do mundo do trabalho cada vez mais transnacional.

De acordo com Alves e Antunes (2004), para compreender-se essa nova forma de “ser” do trabalho da classe trabalhadora, é necessário partir de uma concepção ampliada da categoria trabalho, com um olhar ao conjunto de seres sociais que vivem da venda da sua força de trabalho. Portanto, esses autores inferem que a classe trabalhadora incorpora tanto o núcleo central do proletariado industrial e rural, como os part-time que se caracterizam pelo vínculo temporário e trabalho precarizado. Tanto a totalidade dos desempregados, quanto aos trabalhadores improdutivos, são considerados como criadores de antivalor no processo de trabalho, porém com vivências cotidianas muito semelhantes aos ditos produtivos, logo, criadores da mais-valia.

A captura da subjetividade operária pelo capital, ou subsunção à lógica do capital, sempre esteve presente desde sua origem, quando o modo de produção pressupunha e pressupõe um envolvimento operário, podendo hoje, ser observado no toyotismo com a tendência a ser real e de modo integral.

Na verdade, a introdução da maquinaria complexa, das novas máquinas informatizadas que se tornam inteligentes, ou seja, o surgimento de uma nova base técnica do sistema sociometabólico do capital, que propicia um novo salto da subsunção real do trabalho ao capital, exige como pressuposto formal ineliminável, os princípios do toyotismo, no qual a captura da subjetividade operária é uma das precondições do próprio desenvolvimento da nova materialidade do capital. As novas tecnologias microeletrônicas na produção, capazes de promover um novo salto na produtividade do trabalho, exigiriam, como pressuposto formal, o novo envolvimento do trabalho vivo na produção capitalista. (ANTUNES; ALVES, 2004, p. 346).

Conceituando, Linhart (2011), aponta que a subjetividade cresce no encontro com o outro e como confronto com outras lógicas, em um processo de elaboração permanente, no qual o trabalho desempenha um papel essencial, por permitir aventurar-se fora de si.

Retomando Antunes e Alves (2004), aclaram que estamos vivenciando um processo histórico de desintegração, que se direciona para um crescente antagonismo e aprofundamento das contradições do capital, e consequentemente a perda do sentido do trabalho.

Para a autora Danièle Linhart (2011), no mundo do trabalho, as penosidades sempre fizeram parte do contexto, apresentando-se sob a forma de restrições impostas aos indivíduos, gerando os desacordos, que por sua vez, promovem uma trama de relações sociais com dificuldades que ressoam em todas as dimensões da existência. Mas, bem contemporaneamente, a temática das penosidades tomou força e entra em ressonância com o tema onipresente do sofrimento no trabalho. O trabalho tende a ser associado à ideia de mal-estar e de uma possibilidade tão presente de dano psicológico que pode até conduzir ao suicídio, ou pelo menos à depressão.

A penosidade vem da sensação de injustiça e de desordem, acrescida à de impotência. Quando este sentimento é vivido de forma individual sem o apoio do grupo, capaz de relativizá-lo pelo simples fato de compartilhá-lo adquire, sem dúvida, mais força, com risco de 'afogar' os indivíduos. A penosidade surge quando se reafirma e se mostra a ferocidade do contrato de trabalho, que é um contrato de subordinação jurídica estipulando o tempo do assalariado que pertence ao empregador, que o organiza e o utiliza em função de seus interesses próprios e da própria lógica, negando ao assalariado um direito de olhar para a forma como o tempo é empregado no trabalho. Isso se verifica tanto no setor privado quanto no setor público. (LINHART, 2011, p. 151).

Para Antunes e Alves (2004), no mundo, e em particular na América Latina, as condições de instabilidade cotidiana, nos apresentam um extrato precário da força humana de trabalho, com maior índice de diminuição de direitos, próprios da modalidade do trabalho part-time temporário, acrescida da brutalidade da quase perda completa da dimensão de humanidade produzida pelo estranhamento e fetichismo capitalista. As novas formas de organização do trabalho paralelo ao sistema tecnológico da automação avançam numa velocidade sem precedentes, chegando a limites absolutos da alienação dos trabalhadores. A absolutização da alienação apresenta múltiplas formas variando “da rejeição da vida social, do isolamento, da apatia e do silêncio (da maioria) até a violência e agressão diretas.” (ANTUNES; ALVES, 2004, p. 348).

Este processo transcende o âmbito fabril quando atinge o espaço público e societal em forma de conflitos não mais apenas empresariais e sim sociais.

A desumanização segregadora leva ao isolamento individual, às formas de criminalidade, à formação de *guetos* de setores excluídos até as formas mais ousadas de explosão social que, entretanto, não podem ser vistas meramente em termos de coesão social da sociedade como tal, isoladas das contradições da forma de produção capitalista (que é produção de valor e de mais-valor). (ANTUNES; ALVES, 2004, p. 349).

Conforme Lima (2007), se tratando de pontuar o campo da saúde para além do âmbito fabril, a reestruturação produtiva do trabalho em saúde só pode ser compreendida pela descoberta da própria natureza da realidade social inscrita e redefinida historicamente. Infere o autor que, ao qualificar o trabalho em saúde como prática social posiciona-se ao contrário do caminho que defende a prática técnica neutra. O trabalho visto como prática social reconhece a integração e produtividade na consolidação da racionalidade moderna, tendo como compromisso a manutenção e reprodução da força de trabalho, com participação efetiva no controle das tensões e antagonismos sociais⁵.

O autor Lima (2007), infere que a primeira reestruturação do trabalho hospitalar ocorreu ao final do século XVIII, com base nos estudos de Foucault (1981 apud LIMA, 2007). Foi a partir dos inquéritos hospitalares realizados na França e Inglaterra quando apontavam para a reorganização administrativa e política, com desenho de seu esquadramento do poder em seu interior, na intenção de adotar medidas eficazes para anular os efeitos negativos e suposta desordem no hospital.

Nesse momento em que o hospital se realiza como “máquina de cura”, registra-se que a primeira reestruturação hospitalar, não se faz pela inovação da tecnologia médica, mas sim, a partir da tecnologia política – a disciplina (FOUCAULT, 1981 apud LIMA, 2007).

Ao contrário, podemos dizer que, sem abandonar essa tecnologia política, no final do século XIX, a reestruturação do trabalho hospitalar toma como ponto de partida as ciências da vida e suas tecnologias, assim como o modo taylorista de organização do trabalho, isto é, é baseada nas potencialidades que essas ciências demonstram para prolongar a vida humana e na sua capacidade de repor mais rapidamente a mercadoria força de trabalho em circulação, o que as tornam produtivas para o capital. (LIMA, 2007, p. 93).

A segunda reestruturação ocorrida no espaço do trabalho coletivo dos hospitais surgiu na apresentação da organização coletiva no interior dos hospitais, ocorrido ao final do século XIX, impulsionada pelo desenvolvimento da bacteriologia, pelo arsenal terapêutico farmacológico, e o surgimento da anestesia e subsequente organização das técnicas de cirurgia, com o desdobramento da profissionalização do segmento da enfermagem.

Assim como na grande indústria, os hospitais são invadidos pelos conceitos de administração científica e racional aplicados aos cuidados. Um tipo de organização na qual a preocupação central não é dar conta das necessidades de saúde, mas dar

⁵“Inicialmente, as práticas de saúde tomam como objeto de trabalho ‘corpo coletivo investido socialmente’, produzido pela medicina social e sistematizado, mais tarde, pela epidemiologia, para, em seguida, subordiná-lo ao ‘corpo individual’, produzido pela clínica.” (LIMA, 2007, p.92).

conta da grande demanda de cuidados, em consequência do maior fluxo de pacientes, como objetivo de diminuir o tempo de internação, aumentar a rotatividade, e com isso os lucros das empresas de saúde, então em formação. (LIMA, 2007, p. 94).

O desenvolvimento tecnológico e de capital no campo da saúde, trouxe a superação da clínica quando os protocolos de atendimento se afastam do toque e do olhar sobre o corpo, substituídos pela gama de exames diagnósticos de custos elevados e, também, trouxe mudanças na organização da produção dos serviços de saúde, com a criação de novas modalidades, seguido do assalariamento médico e do conjunto dos trabalhadores. Todo esse cenário introduz uma contradição relevante nesse tipo de trabalho, com a constatação da elevação progressiva dos gastos e custo em saúde, por conta da incorporação dos produtos industrializados agregado ao valor do cuidado, e por consequência a barreira enfrentada quanto à efetividade da proposta de universalização. (DONNANGELO, 1976 apud LIMA, 2007).

Com as mudanças, o desemprego estrutural vem sendo a marca registrada nessa fase de mundialização do capital, pela via da redução e precarização das condições de trabalho, propiciando o afloramento de uma subjetividade da classe trabalhadora, que vem funcionando para a autoafirmação e a reprodução de uma força estranha. O espaço da vida cotidiana não está circunscrito com exclusividade da vida alienada, pela razão de ser um campo de disputa entre a alienação e a desalienação, apesar de o trabalho “subordinar-se” ao capital, é um elemento vivo, em constante movimento de medição de forças com seu antagonista, o processo social capitalista. (ANTUNES; ALVES, 2004).

Percebe-se que a subjetividade dos assalariados é posta em jogo, na relação de forças entre eles e os empregadores, ou seja, a cada vitória gerencial, corresponde a um passo a mais na descaracterização do valor socializante do trabalho. A estratégia patronal da individualização sistemática da gestão dos assalariados, gestada em reação e em resposta oportunista as manifestações de maio de 68, chegou à sua plenitude. O mundo do trabalho se potencializou em sua transformação de maneira espetacular, com traço marcante da individualização, que proporcionou as novas formas de organização do trabalho, com enfoque na mobilização subjetiva dos assalariados. (LINHART, 2011)

Nesse contexto a mobilização dos assalariados é rara, e têm por objetivo retirar de suas próprias forças a capacidade de empreender-se em uma missão de seu “salvamento” diante do contexto torpe. Segundo Linhart (2011), a raridade tem herança no movimento pós-maio de 68, quando o patronato enfrentava uma concorrência cada vez mais exigente, e, para tanto, era

necessário o disciplinamento de assalariados menos rebeldes e contestadores para o novo mercado de trabalho que se configurava. Isto é, uma mão de obra adaptada às exigências do trabalho, cada vez mais reativo.

A desestabilização, a precarização do trabalho constringe o assalariado a se pôr à prova sozinho, a se validar permanentemente. A mobilidade, a avaliação sistemática e o isolamento são trunfos preciosos para sustentar a dominação cada vez maior sobre os assalariados, por mais estáveis que sejam seus empregos. A fixação de objetivos pessoais sobre a lógica do 'sempre mais' se torna, nesse contexto de precariedade e impotência, um verdadeiro pesadelo para vários assalariados. (LINHART, 2011, p. 158).

Essa discussão dos (des) sentidos do mundo do trabalho permite que possamos adentrar na historicidade do Serviço Social, como uma profissão inserida na contextualidade da racionalidade capitalista. Para tanto, nos deteremos em apresentar nos próximos subtítulos, a contextualização histórica do surgimento da categoria profissional, com seus desdobramentos no campo da saúde e atuais desafios de seu projeto de renovação profissional.

1.2 A PERSPECTIVA HISTÓRICA DO SERVIÇO SOCIAL

Em seu estágio inicial o Serviço Social serviu aos propósitos da ordem burguesa, que se fez valer dos primeiros profissionais da área, onde de forma indireta, buscava amenizar os conflitos surgidos entre a crescente classe operária, ora absorvida pelo sistema capitalista em ascensão, tanto na Europa quanto nos Estados Unidos da América (EUA). A profissão em si, eclode a partir da experiência acumulada, quando na oportunidade de organização da filantropia própria à sociedade burguesa. O Serviço Social desborda o acervo das suas protoformas ao se desenvolver como um produto típico da divisão social (e técnica) do trabalho da ordem monopólica. O autor José Paulo Netto (2001), ressalta que:

Originalmente parametrizado e dinamizado pelo pensamento conservador, adequou-se ao tratamento dos problemas sociais quer tomados nas suas refrações individualizadas (donde a funcionalidade da psicologização das relações sociais), quer tomados como sequelas inevitáveis do 'progresso' (donde a funcionalidade da perspectiva 'pública' da intervenção) - e desenvolveu-se legitimando-se precisamente como interveniente prático empírico e organizador simbólico no âmbito das políticas sociais. (NETTO, 2001, p. 79).

O Serviço Social originou-se no final do século XIX, no instante em que se intensificou a passagem do capitalismo concorrencial para o seu estágio monopolista. Este período inicial foi atravessado pelas colorações políticas e ideológicas das pioneiras da categoria, marcadas pela estreita aproximação com as hastes da igreja católica e de costas aos movimentos sociais de tradição socialista, em consonância com a conjuntura histórica do Estado Novo.

O traço filantrópico foi característica marcante da formação inicial do Serviço Social, apresentando este perfil profissional por tempo considerável. Posteriormente, aderiu aos dogmas da doutrina social da Igreja Católica, que deu um aspecto ‘humanista’ à profissionalização desta área, perfil este que foi incorporado no início do século passado pelo Serviço Social desenvolvido no Brasil. No desenho da sociedade brasileira, em seus aspectos sociais, econômicos e industriais, o Serviço Social participou do surgimento e criação de algumas de suas principais instituições sociais e de qualificação da força de trabalho, a saber: Legião Brasileira de Assistência Social (LBA) 1942, Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI) 1942 e Serviço Nacional da Indústria (SESI) 1946.

A fundamentação do Serviço Social Brasileiro data de meados da década de 1940 tendo sido marcada pela influência franco-belga, como na gênese da profissão⁶. A criação da primeira Escola de Serviço Social em São Paulo em 1936, anos mais tarde integrada a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), foi fruto do movimento de jovens ligadas ao movimento da Igreja Católica, com ideais de ação profissional em favor da justiça social.

A partir da Segunda Guerra Mundial, os EUA, estabelecido como nação hegemônica, passou a ser o novo “celeiro” de ideias, e, conseqüentemente, nova referência no modelo de ações. Esta oportunidade de aproximação EUA promoveu o “despertar” para o conhecimento do sistema capitalista em expansão.

Foi no contexto da racionalidade capitalista, que o Serviço Social assumiu o modelo funcional implantado pelos EUA e se afastou do doutrinário da Igreja Católica que predominava nos fins da década de 1930 e no início da década de 1940. Nesse período, a ênfase na formação profissional ainda estava sustentada na visão terapêutica e na concepção

⁶O surgimento das escolas de Serviço Social em si não subentende um processo que identifique como início da profissão. “A fundação das primeiras escolas — 1925 Chile; 1936 Brasil; 1937 Peru — apenas revela momentos específicos de um processo de maturação que atinge um ponto qualitativamente novo quando a profissão começa a colocar sua própria reprodução de modo mais sistemático.” (CASTRO, 2000, p. 35). A gênese do Serviço Social na América Latina se deu no acentuado desenvolvimento capitalista, em que se pautava o processo de industrialização e, com ele, a miserabilidade, o crescimento urbano caótico, as migrações, possibilitando um espaço fértil para a proliferação desses profissionais (CASTRO, 2000).

de que a questão social era apenas um desajustamento social, na esteira positivista. Segundo Netto, “[...] a emergência profissional do Serviço Social é, em termos históricos universais, uma variável da idade do monopólio; enquanto profissão, o Serviço Social é indissociável da ordem monopólica – ela cria e funda a profissionalidade do Serviço Social.” (NETTO, 2010, p. 78).

A expansão do Serviço Social somente ocorreu a partir de 1945. Esse movimento visou atender as exigências e necessidades do aprofundamento do capitalismo monopolista no país, e as consequências da pós-Segunda Guerra Mundial, como a urbanização exacerbada, o crescimento da taxa de natalidade, organizações proletárias, sindicatos, cooperativas, entre outras. Surge, assim, a expressão “política social” como estratégia governamental, e a requisição da categoria pelo Estado, com a tarefa precursora de executar tais ações na área social.

O contexto de industrialização e do crescimento das populações das áreas urbanas é comum ao surgimento do Serviço Social no país. Nesse sentido, constatou-se que era preciso controlar a massa operária, em seus ímpetos de reivindicações trabalhistas, sendo essa a primeira missão do Serviço Social no Brasil. A situação econômica e social do país, vigente na época, levou o Estado brasileiro a absorver algumas reivindicações populares, principalmente, aquelas que demandavam condições de alimentação, moradia e saúde. Com isso, através de uma legislação social e salarial, o governo federal ampliou as bases do reconhecimento da cidadania social (IAMAMOTO, 1998). A este respeito, o autor Silva infere que,

O aprofundamento dessa ordem societária (necessariamente contraditória), marcada pela modernização conservadora do país ao longo das décadas de 40, 50, 60 e 70 do século XX, impôs à profissão uma revisão do ‘Serviço Social tradicional’, manifestada no chamado ‘processo de reconceituação’, que, com todos os seus limites, teve o mérito de recolocar questões centrais para o Serviço Social: a formação profissional (nos seus aspectos teóricos, metodológico, técnico instrumental e interventivo), a interlocução com outras áreas do conhecimento, a importância da pesquisa e da produção de conhecimentos no âmbito da profissão, entre outros aspectos. Esse rico contexto permitiu um debate mais intenso sobre as diferentes orientações teóricas na profissão (para além da Doutrina Social da Igreja), desencadeando uma interlocução com matrizes do conhecimento presentes nas Ciências Sociais. (SILVA, 2008, p. 2-3).

Percebe-se que a evolução do Serviço Social no Brasil, mediante um Estado paternalista, “foi fator condicionante da montagem de um sistema de instituições sociais que propunham solucionar os problemas através de programas assistenciais de caráter imediatista” (CBCISS, 1986, p. 24). Nesse momento histórico vivenciado pelo Serviço Social denominado

“conservadorismo”, as ações, desenvolvidas por tais profissionais eram favoráveis à manutenção da ordem capitalista (IAMAMOTO, 2000).

Desde a década de 1960 que o Serviço Social vinha se manifestando quanto à necessidade de revisão crítica em sua formação. O manto sombrio da ditadura fez com que a burocracia técnica não cedesse lugar para os esforços teóricos e práticos, legitimando uma ação profissional cúmplice aos desmandos da época.

O “modelo econômico” da Ditadura Militar, através de suas seqüelas, saturou o espaço brasileiro com todas as refrações da “questão social” que são tratadas pelo Estado ditatorial através de políticas sociais crescentemente centralizadas. Para fazer frente a esta situação, o Estado reformula substancialmente, a partir de 1966-1967, as estruturas das instituições sociais, o que repercutiu tanto na organização quanto no seu funcionamento. Esse mercado colocou para o Serviço Social, dada a sua contextualidade sociopolítica, um novo padrão de exigências relativas ao desempenho profissional, quer nas agências estatais, quer nos espaços privados recém-abertos.

Para Netto (2015), é prudente se observar que este trato repressivo esteve inserido numa relação altamente seletiva do Estado⁷ com a categoria profissional, ressaltando que a ditadura promoveu amplamente os quadros que a serviam, sendo uma verdade imaginar que os assistentes sociais protagonizavam pelos seus segmentos mais representativos um papel de relevo na resistência democrática.

O Estado representa o interesse do conjunto da classe (capitalista coletivo), embora possa prejudicar algum segmento desta mesma classe. Ao longo prazo, vai beneficiando a todos, em detrimento de uma pequena parcela que será prejudicada. Mas, em longo prazo, a classe se beneficia como um todo. A tarefa é a de organizar a classe, ou seja, dar organicidade. Em relação às classes dominantes, a tarefa é a de consagrar e reproduzir a hegemonia, exercendo a coerção naqueles que não consentem, e consenso para o conjunto da população como todo. (POULANTZAS, 2000)

Este movimento de modernização conservadora requisita do assistente social uma postura também moderna. Ao mesmo tempo, o perfil da formação profissional recebe o influxo da sociologia, da psicologia social e da antropologia, e sofre o impacto da

⁷O Estado capitalista expressa na sua própria materialidade institucional, sua natureza de classe, que é um estado de classe, portanto burguês. A marca da burguesia está impressa na própria constituição do Estado, sendo esta relacional. A marca relacional tem a ver com o que ela estabelece com a classe. Não existe classe sozinha ou isolada, pois o que determina a forma que cada uma assume é a relação. O que verdadeiramente está inscrito é a relação, surgindo daí o sentido de o Estado apresentar funções diferenciadas, seja em relação ao dominante ou aos dominados. A função principal do Estado em relação à classe dominante é a tarefa de organização. (POULANTZAS, 2000, p. 130-131).

universidade. Contudo, Kuenzer (2007) infere que,

As mudanças ocorridas no mundo do trabalho a partir da substituição da base rígida pela base flexível, por meio da mediação da microeletrônica, trouxeram um novo discurso sobre a dualidade, orientado para a sua superação. Este discurso se justifica apontando os sinais de esgotamento do fordismo e do keynesianismo na contenção das contradições inerentes ao capitalismo, resultantes da rigidez nos investimentos, nos mercados, na alocação e nos contratos de trabalho, nas posições dos sindicatos, nas relações entre Estado, capital e trabalho expressas nas políticas públicas, nas formas de organizar e gerir o processo de trabalho, nas tecnologias de base física, e assim por diante. (KUENZER, 2007, p. 1158).

Inicia-se o questionamento da ordem burguesa como limite da história. As instituições, organizações governamentais e o elenco das políticas do WelfareState, recusam-se a aparente assepsia política e nega-se a eficácia da intervenção institucional a partir dos próprios resultados que produz. Este é o cenário para promover a contestação das práticas profissionais, como as do Serviço Social “tradicional”. Como afirma Netto (2015),

O cariz do Serviço Social, em meados dos anos 1980, revela a simultânea e contraditória relação que, nas duas décadas anteriores, o desenvolvimento profissional estruturou com a sua herança: mudança, continuidade e intenção de ruptura. A análise desta renovação, tomada na sua pluralidade e na sua multilateralidade, é ainda um desafio para os estudiosos do Serviço Social, sejam assistentes sociais ou não (NETTO, 2015, p. 154).

As mudanças em profundidade na formação profissional eram sugeridas no intuito de se construir um novo perfil profissional, com base na leitura crítica da conjuntura nacional, latino-americana e internacional. Com o aporte de algumas entidades nacionais da categoria na década de 1980, com destaque para a Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social (ABESS), o debate teórico, histórico e metodológico, foi às molas mestras para a formação de um novo *devoir* profissional.

As alterações profissionais têm estreita ligação com as transformações societárias, dadas suas repercussões sobre a divisão sociotécnica do trabalho e logo, sobre o complexo teórico, prático, político e cultural inerente a cada profissão. As bases teóricas do currículo mínimo de 1982 também influenciaram, e muito, a reformulação do código de ética de 1986, que logo à frente já se demonstrava insuficiente para a conjuntura posta (NETTO, 2015).

Com a intenção de superar a ação reducionista e mecanicista na luta pela renovação profissional, a perspectiva histórica dialética requerida, com o aprofundamento dos clássicos do marxismo e do pensamento social, passou pela análise da realidade social. Foi ainda acrescida da reforma curricular nos anos de 1990, bem como pela construção das Diretrizes

Curriculares de 1996, tarefa orientada pela nova lei de Diretrizes e Bases da Constituição de 1988. Este conjunto de ações foram balizadores para a reflexão de uma adequada compreensão do papel social da profissão no quadro da divisão sociotécnica do trabalho⁸.

Os anos de 1990, contexto da luta pela democracia dentro e fora do país, foram marcados pela exaustão da capacidade de articulação no continente e por uma reflexão da relação teoria prática no interior da categoria. Registra-se que o Centro Latino Americano de Trabalho Social (CELATS), foi um dos organismos de apoio à renovação do Serviço Social latino-americano. Na segunda metade dos anos de 1990, a globalização do Cone Sul, gerou considerável impacto no mercado de trabalho local e redefinição das regras trabalhistas.

Deluiz (2001) aponta que as reestruturações empreendidas na cadeia do processo produtivo, são as respostas dadas do capital à sua crise estrutural, via constituição de formas flexíveis de produção, com a inovação científico-tecnológica aplicada, bem como, os novos modos de gerenciamento da organização do trabalho e do saber dos trabalhadores, com vistas à retomada de seu patamar de acumulação.

Oliveira (2002), ressalta que nos últimos anos da década de 1990, as discussões sobre a educação profissional, seguem a crítica ou a defesa da reforma implementada no governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), marcada pela cisão entre a formação profissional e a educação geral. Sugere que talvez a maior contradição observada nesta reforma, de caráter autoritário, promovida pela ofensiva neoliberal, seja a desarticulação entre a educação geral e formação profissional.

Em análise desta reforma, vê-se a interferência das agências multilaterais (Banco Mundial, Banco Interamericano, Comissão Econômica para a América latina e o Caribe (CEPAL)), no teor de seu conteúdo. Há de destacar-se a relação destas agências com as elites nacionais, em dois sentidos, um, refere-se à relação de subserviência das nossas elites ao capital financeiro internacional, outra, a cumplicidade e/ou conivência das mesmas ao projeto global que o capital aos poucos esta instituindo.

Esta relação contraditória (subordinação/cumplicidade) estabelecida pelas elites ao capital financeiro internacional é fundamental para termos clareza do papel reservado aos países da periferia, bem como, a estratégia deste mesmo capital em manter seu processo de reprodução para assegurar sua hegemonia planetária, elegendo sujeitos capazes de exercerem

⁸Por certo, ocorreu grande esforço nas décadas de 80 e 90 em fortalecer a base científica profissional difundida, principalmente, através do processo de desconstrução e reconstrução crítica da profissão e de seu exercício, fundando-se no aporte sócio-histórico da análise do real, que foi disseminado pelo então “novo” currículo de formação da década de 80. (SPOSATI, 2007, p. 17).

o papel de organizadores intelectuais do grande capital.

O Serviço Social alinhado com esta conjuntura reformulou as normativas da categoria como balizadores para enfrentamento das mudanças geopolíticas. Cita-se a defesa e fiscalização do exercício profissional, de acordo com a Lei de Regulamentação da Profissão (Lei 8662/93) e o Código de Ética do/a Assistente Social (1993), e a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), com papel fundamental na construção da política de formação profissional, definindo conteúdos curriculares e supervisão de qualidade. Em 1998, na esteira de investimentos políticos organizativos, a categoria adere à federação Internacional de Serviço Social (FITS).

A este conjunto de reformulação de suas normativas, está cristalizado o movimento de renovação da profissão do Serviço Social, em sintonia com a curva ascendente do movimento democrático e popular, denominado projeto ético-político. Tal projeto profissional, com raízes efetivas na vida social, gesta-se a um projeto societário antagônico ao das classes proprietárias e exploradoras.

Para adentrarmos na discussão do referido projeto profissional do Serviço Social, elegemos a reflexão do pragmatismo na profissão, por ser um componente essencial para compreensão da construção do projeto ético político.

1.3 SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E A LÓGICA PRAGMÁTICA

Segundo Ayres (2007), o trabalho experimentado na produção da saúde, requisita o caminho da construção compartilhada das ideias que os trabalhadores possuem de bem-viver, e de um meio favorável de alcance de terreno propício para realizá-las na coletividade, buscando a construção não só de objetos/objetividade, mas sim de configurar sujeitos/intersubjetividades. Não há a compreensão que hajam meios adequados aos fins almejados em uma linearidade. Porém ressalta-se a ação de decidir, partindo de possibilidades concretas do cotidiano, aclarando quais fins almejar e quais meios escolherem.

Não é, portanto, da ordem do como fazer, segundo interesses e recursos conhecidos, que trata a saúde. É da ordem do quê fazer frente à necessidade de reacomodar-se continuamente, inerente ao estar vivo. É de *caráter contra fático* essa experiência. A saúde é (re) conhecida a cada vez, enquanto e porquanto se vive. São, portanto, da esfera da razão prática (GADAMER, 1997), e não da razão instrumental suas pretensões e exigências de validade discursiva. (AYRES, 2007, p. 50).

Nas reflexões de Guerra (2013), o Serviço Social como uma profissão interventiva e institucionalizada, insere-se na divisão sócio técnica do trabalho para responder ao leque de expressões da chamada questão social. O estatuto profissional confere um alcance de intervenção, diretamente condicionado pelo contexto estrutural do cotidiano e sua relação com a questão social. Essa última apresenta-se na imediaticidade, porém é mediatizada pelas políticas sociais, que conferem a profissão configuração e contornos.

Neste cenário, o pragmatismo como representação ideal da imediaticidade do mundo burguês, aduba o solo para influenciar o fazer profissional em seus olhares prático, teórico e ideopolítico.

Contudo, considera-se relevante discursar sobre as expressões do pragmatismo do Serviço Social, a partir do enfoque da natureza da profissão e da incorporação da racionalidade que constitui o modo de pensar o real em sua imediaticidade e em uma forma de conceber a relação teoria e prática. A referida racionalidade além de orientar as representações e autorrepresentações profissionais, acaba por influenciar a apropriação que os assistentes sociais fazem das teorias sociais, com destaque para o marxismo. (GUERRA, 2013)

O autor Campos (2010), elegendo os variados métodos de gestão desenvolvidos no século XX como seu objeto de estudo, apresenta a hipótese de que os mesmos, em sua maioria, possuem a estratégia utópica de controle absoluto do trabalho humano, denominando de “racionalidade gerencial hegemônica”, as diferentes e variáveis teorias e métodos que visam à regulação do trabalho do ser humano.

No tocante ao pragmatismo prático da profissão, vemos que a profissão se especializa em responder ao imediatismo dos problemas apresentados, com maior ênfase aos que ameaçam o ordenamento social.

No entanto, na sociedade capitalista, observa-se que as contradições são convertidas em conflitos individuais, com a preocupação de desequilíbrio a ordem vigente, imperando o que na teoria positivista reconhecem como “anomia”. A historicidade do Serviço Social apresenta que seu surgimento como profissão busca responder a necessidade de consenso para os conflitos “ditos” individuais, com a prerrogativa de adequar comportamentos considerados “desviantes” e anômicos, colaborando para o pronto reestabelecimento da ordem social.

Retomando Campos (2010), este nos aponta que os métodos de gestão se esforçam para se aproximarem ao funcionamento de uma lógica mecânica ou cibernética, sendo criados tanto os métodos de controle direto sob a forma de supervisão, como os indiretos de controle, sob a forma de avaliação de resultados.

Infere Campos (2010) que há justificativas políticas, econômicas e científicas que dão sustentabilidade a essa racionalidade. Dentre os elementos fundantes que constituem e justificam a lógica de controle sobre o trabalhador, está à tendência a subordinar o trabalho a modos de funcionamento padronizados a priori,⁹ com condicionamento para a rede produtiva, e aos protocolos definidores de condutas e comportamentos apropriados.

Trata-se de uma postura que indica uma maior confiança no saber previamente acumulado com base em evidências, ou seja, embasados em justificativas científicas, havendo um grande esforço histórico em reduzir o sujeito do trabalho a um instrumento funcional, a um objeto, a um recurso maleável, que se adapte a procedimentos previamente definidos, por “especialistas” que pensam e planejam as regras afastadas do cenário de trabalho.

Outra face desta racionalidade gerencial dominante, que subordina o trabalho à modos padronizantes, é o reconhecimento do pensamento como instrumento disciplinar, como um modo de controle sobre trabalho de maneira geral e particularmente sobre os trabalhadores, com a máxima: centralização normativa e descentralização executiva.

Uma terceira característica do discurso gerencial dominante seria a constatação de que as escolas ou teorias da administração, tendenciam a adotar uma visão “essencialista” sobre a natureza humana, quando o ser humano apresentaria uma tendência a comportar-se conforme seu interesse imediato, não se importando ou reconhecendo sua inserção no contexto histórico social.

Desta maneira, o controle pretendido por estas escolas não estaria no plano de gestão marcado por elementos de ampliação de solidariedade ou de formar cidadãos cultos e reflexivos. A lógica é de que o sujeito não funcione autonomamente sempre que se encontrar inserido em processos coletivos de trabalho. (CAMPOS, 2010).

A particularidade da profissão do Serviço Social lhe confere uma concepção de ser uma técnica de ajuda, especialmente a ajuda no campo psicossocial, bem como de administração de conflitos ou ainda, tecnologia de solução de problemas. Então, além da imposição da divisão do mundo do trabalho, percebe-se que o solo ontológico no qual se gesta o “*devir*” profissional é o privilegiado cotidiano.

Considerando o cotidiano como uma dimensão que abrange a realização da reprodução das individualidades e sua capacidade de socializar pelas relações, localiza-se

⁹Antunes apud Campos (2010, p. 2338) menciona a tendência contemporânea dos modelos de gestão, apesar de todo discurso sobre a qualidade total e função polivalente do operador, de priorizar o trabalho morto sobre o trabalho vivo em ato, produzindo a “liofilização” do trabalhador e de seu trabalho (ressecamento de sua dimensão humana).

como um lócus determinante para o exercício profissional do assistente social. A imediaticidade vem na constatação de que no âmbito do cotidiano, há a predominância do espontaneísmo e do ponto de vista da consciência comum, dado que "a vida cotidiana se desenvolve e se refere sempre ao ambiente imediato" (HELLER, 1994 apud GUERRA, 2013, p.3).

Diante do exposto, vemos que atitude pragmática é um elemento constitutivo da unidade imediata entre teoria e prática, pois a abstração das mediações, consideradas necessárias para apreensão da realidade na sua imediaticidade, torna-se procedimento reconhecido pela consciência comum, muito próprio do cotidiano que não busca questionamentos a gênese, e muito menos alcança a apreensão de seus fundamentos.

O pragmatismo promove por sua natureza, um profundo desprezo que alguns profissionais sentem por uma teoria crítica, por considerar que efetivamente busca os fundamentos e, por isso, nem sempre se reverte em respostas imediatas.

Segundo Campos (2010), o trabalho em saúde em especial, guarda algumas peculiaridades que aumentam a tensão entre a racionalidade gerencial hegemônica e o desenvolvimento das potencialidades do ser humano. Diz o autor que o saber prático é considerado o conhecimento produzido a partir da ação ou do agir humano, podendo ser classificado em dois tipos: técnica e práxis.

A técnica se valeria da atividade humana onde o conhecimento prévio e estruturado, aboliria o sujeito de ação reflexiva, deliberação ou oportunidade de escolha em ato, na execução de seu trabalho. Ao revés, a práxis se apresenta como aquela atividade humana em que o saber prévio, trabalho morto acumulado na formulação marxista, não isenta o trabalhador de uma reflexão prudente, buscando considerar o contexto singular em que sua ação se insere no instante da execução se sua atividade na cadeia produtiva.

A práxis remete ao reconhecimento de outros sujeitos envolvidos, bem como os valores, circunstâncias históricas, o campo da ética, da política e da justiça, somado ao planejamento prévio com base no saber acumulado.

Apoiada em Dewey (1950, 1976, 2007), a autora Guerra (2013), refere que o consequencialismo sob o olhar deste referido autor, converte-se em instrumentalismo, por considerar relevante que o conhecimento se constitui à medida que serve de instrumento para resolver problemas apresentados.

Na lente de Dewey (1950, 1976, 2007 apud GUERRA, 2013), o mesmo compreende que a importância na relação teoria-prática para o pragmatismo, torna-se distinta da relação

entre teoria e realidade. A validade das formulações teóricas será conferida quando apresentarem utilidade e êxito na investigação da realidade em que se insere o sujeito histórico. Alerta para que a teoria não seja a expressão mais próxima possível da realidade, mas que possa servir como orientação de como testar se as concepções teóricas, quando relacionadas ao fato e com a experiência do sujeito, possam extrair a veracidade do contexto da realidade social.

Para Dewey, o contexto é algo inerente à vida dos sujeitos, está intrinsecamente relacionado com os modos de ser e pensar do indivíduo. No contextualismo, a ênfase recai na experiência, considerada um contexto no qual a investigação se realiza. Contexto este que se encontra sempre em transformação, exigindo do sujeito um permanente processo de adaptação. É notório o caráter biológico da educação na formação e na adaptação dos sujeitos ao ambiente. (GUERRA, 2013, p. 7).

Conforme Dewey, o pensamento não é mais do que um instrumento orientado à solução de problemas práticos, dele decorre um tipo de conhecimento advindo do saber adquirido na resolução de problemas. Assim, é conhecimento todo pensamento que se comprova em ação.

Dewey, à medida que considera que todo conhecimento emana da experiência, acaba por negar a teoria ou um tipo determinado de teoria, aquela que se esmera na busca dos fundamentos, já que se baseia na premissa de que "para o homem prático [e assim se colocam também as profissões práticas], a prática é autossuficiente, não exige mais apoio e fundamento que não seja ela própria". (DEWEY, 1950, p. 35). Por isso, a redução da prática a um conjunto de experiências e a noção de teoria como a experiência colocada em prática. O pensamento cumpre estágios que permitem solucionar determinados problemas em cada um dos quais os homens encontram instrumentos eficazes para sua interação com o mundo. (GUERRA, 2013, p. 8).

Guerra (2013) discorre que esta concepção supracitada, norteiam as profissões práticas-interventivas que se autodefinem como “aplicadas”, utilizando um conjunto eclético de conhecimentos, advindo da seleção de cada teoria, método ou doutrina, conforme lhes pareçam mais adequados para o alcance dos resultados desejados, ou seja, estamos falando da “teoria de resultados”.

Dessa maneira, as profissões ditas “interventivas” ou “aplicadas”, ao se apoiarem na “ecleticidade” de conhecimento, acabam por restringir o saber aos conceitos que podem ser aplicados ao cotidiano profissional. Observa-se a recorrência na prática profissional do Serviço Social, quando se vê a concepção de que o saber está nas conseqüências alcançadas como resultado da instrumentalidade dos sujeitos, ou seja, na tradicional capacidade de

“solucionar” situações prático-imediatas.

Ocorre a naturalização tanto da atitude pragmática, quanto ao pensamento do cotidiano, promovidos pela racionalidade típica da burguesia. Ambos, por serem pragmáticos e permitirem a inserção e identificação das profissões na divisão social do trabalho, ratificam um tipo de realismo que se contrapõe ao realismo crítico.

A “racionalidade vigente”, concebida de forma hegemônica, perpassa as diferentes esferas de vida social que se organizam a partir de seus componentes programáticos, utilitários e instrumentais, formando a sociabilidade burguesa de traço transversal às classes, segmentos de classes, instituições e as comentadas práticas sociais.

Observa-se que tal racionalidade vem percorrendo a trajetória histórica da profissão do Serviço Social, expressando-se no contexto sócio-histórico e no formato da política social, seja no espaço sócio-ocupacional onde a intervenção se realiza, ou na sua orientação e reivindicação de resolutividade, quando na aferição de resultados através de metas quantitativas. Também, no uso utilitário e instrumental do projeto ético-político profissional e de seus princípios e orientações, bem como no do referencial teórico e ideopolítico que norteia as intervenções profissionais.

A influência da razão instrumental e a tendência de converter todo conhecimento em modelos e em metodologias para a intervenção; a constante requisição por teorias que facultem pautas interventivas (numa verdadeira compulsão por teorias de resultado ou teorias da ação); a preterição da funcionalidade da profissão em face de procedimentos técnico-instrumentais são expressões de uma visão de Serviço Social como técnica social (de ajuda, de administração de conflitos, de resolução de problemas diversos, de gestão da pobreza, "de aplicação de direitos"). Assim indicamos, ainda que de maneira preliminar, a permanência do pragmatismo prático, teórico e ideopolítico na profissão. (GUERRA, 2013, p. 10).

A lógica pragmática é um dos componentes cada vez mais marcantes do capitalismo na contemporaneidade. A individualidade e o subjetivismo, a centralidade no sujeito na contramão do ser social, a valorização do utilitarismo e não a utilidade social com vistas à transformação compõe as marcas determinantes e ressignificadas da modernidade.

Observamos que o Serviço Social, ao recorrer ao empirismo mais elementar, com ênfase no campo da saúde, adquire uma postura antirrealista, falseando a concepção de ser uma profissão vista como técnica social (de relação de ajuda, de mediadora de conflitos, de resolutiva de problemas, efetivação de direitos).

Recuperando Ayres (2007), este induz que a objetividade conseguida pelos discursos biomédicos modernos, sendo o domínio instrumental da doença, torna-se o produto particular

de certa racionalidade prática, considerada a busca prática da saúde. Tal ação pragmática lhe conferiu validade ética, moral e política de “quê fazer” e “como fazer”, tornando-se preponderantes no Ocidente a partir de meados do segundo milênio.

Segue Ayres (2007, p. 50) apontando que a “racionalidade instrumental biomédica está enraizada nos horizontes normativos desse contexto de sociabilidade”. Nesse sentido, sua relação com a temática da desumanização encontra-se, historicamente, presa ao fato da aplicação dessa instrumentalidade não reconhecer os processos de transformação e reconstrução prática de suas bases normativas, tornando a relação meio-fim uma visão absoluta.

A expressão do pragmatismo na profissão de Serviço Social deu-se com maior ênfase no lapso temporal do chamado Serviço Social tradicional caracterizado pela "prática empirista, reiterativa, paliativa e burocrática", refletida pelo teórico José Paulo Netto.

Neste período equivalente até início dos anos de 1990, registra-se o esforço da categoria em combinar o conhecimento científico pela via das ciências sociais positivistas, no intuito de produzir a instrumentalização técnica do fazer profissional, com a proposta de resgate do valor do indivíduo, da solidariedade associada à comunicação individualizada. A este respeito, discorre Netto:

[...] combinando senso comum, bom senso e conhecimentos extraídos de contextos teóricos; manipulando variáveis empíricas segundo prioridades estabelecidas por via de inferência teórica ou de vontade burocrático-administrativa; legitimando a intervenção com um discurso que mescla valorações das mais diferentes espécies, objetivos políticos e conceitos teóricos; recorrendo a procedimentos técnicos e a operações ditadas por expedientes conjunturais; apelando a recursos institucionais e a reservas emergenciais e episódicas - realizada e pensada a partir desta estrutura heteróclita, a prática sincrética põe a aparente polivalência (NETTO, 1992, p. 103).

Segundo Brotto e Araújo (2012), o tema da burocracia, em especial no campo da saúde, se constitui, com frequência, de elementos impregnados por ela mesma. Os autores, porém inferem que, alguns estudos imputam-na aos trabalhadores, responsabilizando-os ao passo que as conduções das tarefas sejam mais burocráticas e menos relacionais e espontâneas. Por outro lado, há estudos que inferem ser a burocracia intrínseca a certos modelos de gestão do trabalho (FRIEDRICH, 2005; LUZ, 2007 apud BROTTTO; ARAÚJO, 2012, p. 293).

Os autores supracitados discutem a dimensão relacional e cuidadora do trabalho em saúde, nos alertando que os atendimentos centrados em procedimentos, ignoram a dimensão relacional mencionada, no instante em que se concentram em saberes altamente especializado,

fragmentado e ligado as metas gerenciais burocráticas, distanciando e dificultando a capacidade de produção do cuidado, ora cobrado aos trabalhadores em seus textos normativos.

Tais influxos ainda permanecem na atualidade com ênfase nos critérios da formação profissional aligeirada com propostas cada vez mais de conteúdos pragmáticos, seguido de racionalidade hegemônica reduzida à lógica das competências e dos comportamentos manipulatórios, ou seja, acríticos. As categorias de análise da realidade são reduzidas a categorias instrumentais, com adesão ao pensamento agnóstico, negando a possibilidade de ascender ao conhecimento da lógica constitutiva dos processos e práticas sociais, políticas e profissionais e por fim, de almejar o alcance dos fundamentos da vida social.

De fato, parece haver uma política de gestão não proposital de atribuição excessiva de encargos aos trabalhadores do setor saúde imputando-lhes quase que exclusivamente a responsabilidade pela tão cobrada resolutividade dos serviços. Assim, ao discutir acerca das influências do capital e do projeto neoliberal nos modos de gerenciamento dos serviços de saúde, Merhy (2002) afirma estar este contexto de disputa cada vez mais turvo, sendo atravessado por modelos de gestão competitiva e pela noção de clientela consumidora. (BROTTO; ARAÚJO, 2012, p. 302).

Para Cecílio (2009), atualmente as instituições vem buscando a qualificação do atendimento, baseados na elaboração de protocolos de capacitações, de estabelecimento de normas, regras, fluxos e rotinas, denominados por ele de “núcleo duro” da gestão do cuidado, também referida como “dimensão profissional”, no intuito de “modelar” o comportamento dos trabalhadores. Trata-se, segundo o autor, de estratégias que visam dar visibilidade, regulamentar, moldarem e padronizarem o encontro entre trabalhador-usuário, com a finalidade de alcance de eficácia e eficiência com a previsibilidade ao espaço “privado” de tal encontro.

É a manifestação, no campo da saúde, do movimento também vivido em outras esferas da sociabilidade moderna, que Habermas (1988) chama de colonização instrumental ou sistêmica do mundo da vida. Isso posto, a reconstrução das práticas de saúde aponta não apenas para a necessidade de construir novas instrumentalidades, com seus polos positivos e negativos, mas também reclama a tarefa de resgatar o lugar da racionalidade prática como origem e destino de qualquer instrumentalidade nessa área. Isso significa que as dimensões éticas, morais e políticas inexoravelmente presentes nas práticas de saúde (SCHRAIBER, 1997) precisam “sair da sombra” e se tornar, a seu modo próprio, parte ativamente presente e valorizada na produção e aplicação de conceitos e técnicas (AYRES, 2007, p. 51).

Ainda em Cecílio (2009), atualmente as gestões estão fortemente marcadas pela

valorização e a utilização de modelos gerenciais orientadas pelo uso excessivo de informação e sofisticação dos processos de avaliação, destinados a todos os trabalhadores. Uma compulsiva protocolização de práticas aliada a regulamentação de processos de trabalho. Há a tendência de preocupação com a educação continuada dos trabalhadores bem como o ato de processos de “tentativa de cooptação dos trabalhadores” no caminho de despertar a solidariedade, sendo todo esse elenco seguido pelo avanço do gerencialismo. É notória a adoção de métodos e práticas de gestão do setor privado, aplicado ao setor público, sendo reconhecido por alguns autores como a “racionalização crescente das práticas de saúde”.

Face às novas conjunturas históricas e políticas do mundo do trabalho, a profissão do Serviço Social reage a essa impossibilidade de ascender ao conhecimento da lógica constitutiva dos processos e práticas social mediante a proposta de construção do projeto ético político da categoria. Esse movimento particular na divisão social do trabalho será discutido na seção seguinte.

1.4 A CONSTRUÇÃO DO PROJETO ÉTICO POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL

O debate acerca do projeto ético-político do Serviço Social apresenta-se com maior relevância na segunda metade dos anos noventa, com caráter extremamente novo, registrando-se que uma primeira referência sistemática sobre o tema foi realizada em 1999¹⁰.

As novas demandas colocadas como gestão, assessoria e a pesquisa como transversal ao trabalho profissional que estão explicitadas tanto na Lei de Regulamentação da Profissão (1993) como nas Diretrizes Curriculares, uma vez aprovadas pela ABEPSS em 1996, na maioria das vezes, não estão sendo consideradas (BRAVO; MATOS, 2004).

Considera-se que o projeto ético-político do Serviço Social possui a constante característica renovadora da profissão, por se constituir de elementos flexíveis com capacidade de incorporar novas demandas. Assim, parece permitir seu posicionamento diante das novas conjunturas históricas e políticas do mundo do trabalho, alinhado ao processo de revitalização profissional. Identifica-se esse movimento particular da categoria na divisão sócio técnica do trabalho e na pluralidade do debate do lugar do trabalho no mundo.

¹⁰ Este texto, redigido em 1999 e originalmente publicado no módulo 1 de Capacitação em Serviço Social e Política Social (Brasília, CFESS/ABEPSS/CEAD/UnB, 1999), constituiu um dos primeiros materiais para a discussão acerca do “projeto ético-político do Serviço Social brasileiro”, sendo posteriormente reeditado em Portugal (Henríquez, org., 2001) e difundido também na América Latina (Borgianni, Guerra e Montaña, orgs., 2003). Para a presente edição, foram feitas pequenas alterações formais e uns poucos acréscimos bibliográficos. (NETTO, 1999, p. 1).

Embora o debate da renovação profissional seja muito recente no marco do Serviço Social brasileiro, as raízes desse projeto se gestam entre os períodos históricos das décadas de 1970 e 1980. Esse debate apresenta uma particularidade de enfrentamento, denúncia e recusa do conservadorismo profissional, com posicionamento crítico advindo, com maior ênfase, da produção do conhecimento do mundo acadêmico.

Para Netto (2004), os elementos que contribuem para a compreensão do denominado projeto ético-político do Serviço Social, passam pela reflexão acerca dos projetos societários, projetos profissionais, da condição política de construção do novo projeto profissional do Serviço Social e da hegemonia ameaçada. Contudo, iremos apontar ideias centrais elaboradas pelo autor, na intenção de capturarmos a dinâmica conjuntural do lugar do Serviço Social no mundo do trabalho.

Os projetos societários são projetos coletivos, com traço peculiar de construção macroscópica, caracterizados por uma imagem de sociedade a ser construída. Em sociedades como a do Brasil, tais projetos são necessários e é, simultaneamente, projetos de classe, havendo imprescindivelmente uma dimensão política, logo relações de poder.

Conforme Netto (2004), a categoria do Serviço Social, resgata a teoria social crítica para referir os projetos societários, considerando que a sociedade não apresenta característica de natureza intencional ou teleológica, por apenas dispor de existência em si, não tendo objetivos e nem finalidades. Alicerçado na mesma teoria crítica, ressalta que os sujeitos históricos dessa mesma sociedade, sempre atuam teleologicamente, ou seja, as ações humanas sempre são orientadas para objetivos, metas e fins.

As estruturas desses projetos são flexíveis e cambiantes, propensas a incorporarem novas demandas e aspirações, em um conjunto dinâmico de renovação e transformações de acordo com o quadro histórico e político, permitindo a livre concorrência entre diferentes projetos no campo da disputa da adesão dos membros da sociedade, sendo elemento próprio da democracia política (NETTO, 2004).

Todavia, também a experiência histórica demonstrou que, na ordem do capital, por razões econômico-sociais e culturais, mesmo num quadro de democracia política, os projetos societários que respondem aos interesses das classes trabalhadoras e subalternas sempre dispõem de condições menos favoráveis para enfrentar os projetos das classes proprietárias e politicamente dominantes. (NETTO, 2004, p. 3)

Quanto aos projetos profissionais, estes são construídos por um sujeito coletivo, ou seja, o próprio corpo profissional que promove efetividade à profissão, quando envolvido nos

campos de atuação pertinentes à categoria. É necessário que se tenha uma base fortemente organizada¹¹ para permitir que tal projeto de afirme na sociedade, lembrando que também são estruturas dinâmicas que se renovam e podem ser modificadas.

Estes projetos possuem também dimensões políticas que, no sentido amplo, se referem as suas relações com os projetos societários, logo, em sentido estrito, referem-se às próprias particularidades da profissão. Nem sempre tais dimensões são aclaradas, em especial quando se direcionam para posições conservadoras ou reacionárias, destacando que um dos traços mais marcantes do conservadorismo, está na negação das dimensões políticas e ideológicas. (NETTO, 2004).

Ainda acerca da discussão dos projetos profissionais, Netto (2004), debate o tema do pluralismo envolvido nessa questão. Refere que os sujeitos protagonistas dessa construção são, necessariamente, diferentes em um universo heterogêneo. Portanto, o corpo profissional é uma unidade “não homogênea”, configurando um espaço plural, logo com propostas de projetos profissionais distintos, em um campo de tensões e de luta. O pluralismo é um elemento genuíno da vida social e estendido ao corpo profissional, devendo ter seu devido respeito, porém o debate de ideias em um terreno adequado ao pluralismo deva reconhecer as hegemonias legitimamente conquistadas. (NETTO, 2004).

Essas reflexões nos levam a conectar as relações entre os projetos societários e os projetos profissionais e, com maior frequência, vê-se a sintonia entre os projetos hegemônicos mencionados, mas há também, situações de conflitos e contradições entre eles¹².

Dialogando com a dimensão ética, e considerando o pluralismo coexistente entre os membros que compõem o corpo profissional, seus projetos hegemônicos pressupõem um pacto entre eles para afinarem os acordos dos aspectos que são imperativos (compulsórios e obrigatórios a todos que exerçam a profissão), e indicativos (aqueles que referem consenso mínimo de garantia de seu cumprimento rigoroso e idêntico a todos os membros).

Os projetos profissionais requisitam, com frequência, uma fundamentação de valores de natureza explicitamente ética, sendo que sua valoração o atravessa em sua totalidade.

¹¹ Se considerarmos o Serviço Social no Brasil, tal organização compreende o sistema o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS)/Conselho regional de Serviço Social (CRESS), a ABEPSS, a Executiva nacional de estudantes de Serviço Social (ENESSO), os sindicatos e as demais associações de assistentes sociais. (NETTO, 2004).

¹² É possível que, em conjunturas precisas, o projeto societário hegemônico seja contestado por projetos profissionais que conquistem hegemonia em seus respectivos corpos (esta possibilidade é tanto maior quando tais corpos se tornam sensíveis aos interesses das classes trabalhadoras e subalternas e quanto mais estas classes se afirmem social e politicamente) (NETTO, 2004, p.6).

Assim, os elementos éticos de um projeto profissional:

(...) não se limitam a normativas morais e/ou prescrições de direitos e deveres: eles envolvem, ademais, as opções teóricas, ideológicas e políticas dos profissionais - por isto mesmo, contemporânea designação de projetos profissionais como *ético-político* revela toda a sua razão de ser: uma indicação ética só adquire efetividade histórico-concreta quando se combina com uma direção político-profissional. (NETTO, 2004, p. 8).

No tocante a condição política da construção do projeto profissional do Serviço Social, o autor Netto (2004) recupera na trajetória da categoria nos anos de 1970 e 1980¹³, a denúncia ao conservadorismo em desdobramento ao chamado movimento de reconceituação na segunda metade dos anos sessenta, instaurando a primeira consideração política ao processo de renovação profissional.

A ditadura posicionou-se contra os interesses da massa da população, promovendo uma modernização conservadora no país, com um ciclo marcado pelo terrorismo de Estado. A classe trabalhadora na segunda metade dos anos setenta assumiu espaço na cena política, por sua capacidade combativa de mobilização e organização sindical dos operários metalomecânicos do parque industrial de São Paulo. O ciclo ditatorial chega ao seu fim com a eleição indireta de Tancredo Neves em 1985.

Iniciava-se um período de demandas populares e de anseios democráticos por tanto tempo silenciado e reprimido. Motivados por sentimento de justiça social, os trabalhadores ampliam sua capacidade de organização combativa pela via dos movimentos sociais, rumo à construção do processo de democratização da sociedade brasileira, com o traço de exigências de profundas transformações sociais e políticas.

Exatamente no momento histórico da derrota da ditadura militar, se estabelece a primeira condição política e motivadora para a categoria refletir sobre um novo projeto profissional.

É neste contexto que o histórico *conservadorismo* do Serviço Social brasileiro, tantas vezes reciclado e metamorfoseado, confrontou-se pela primeira vez com uma conjuntura em que a sua dominância no corpo profissional (que, sofrendo as incidências do “modelo econômico” da ditadura, começa a reconhecer-se como inserido no conjunto das camadas trabalhadoras) podia ser contestada – uma vez que, no corpo profissional, repercutiam as exigências políticas e sociais postas na ordem do dia pela ruptura do regime ditatorial. (NETTO, 2004, p. 10).

¹³ “O trânsito dos anos setenta aos oitenta, porém, situou esta problematização num nível diferente na escala e que coincidiu com a crise da ditadura brasileira, exercida, desde 1º de abril de 1964, por uma tecnoburocracia civil sob tutela militar a serviço do grande capital.” (NETTO, 2004, p. 9).

Sincronizada com as pulsões do contexto histórico brasileiro entre os anos de 1980 e 1990, a vanguarda revolucionária do Serviço Social se junta ativamente no cenário de contestação política, vinculando-se aos movimentos dos trabalhadores. Registra-se que na ditadura, algumas entidades foram “servis” para não serem incomodadas pelas ações dos militares, reforçando a postura conservadora e distanciamento da visão crítica.

A vinculação aos movimentos dos trabalhadores representava a intenção de firmar sua postura de rechaço ao conservadorismo profissional, propiciando espaço para o pluralismo político na profissão, compreendendo a distinção de trabalhar como classe trabalhadora e com a classe trabalhadora. “Pela primeira vez, no interior do corpo profissional, repercutiam projetos societários distintos daqueles que respondiam aos interesses das classes e setores dominantes”. (NETTO, 2004, p. 11).

No tumultuado contexto da ditadura nos anos de 1970, a reforma universitária promovida pelo regime militar, chega ao Serviço Social com uma condição favorável que foi a de sua legitimação no âmbito acadêmico, desdobrando-se aos anos de 1980 com as pós-graduações nos níveis de mestrado e doutorado, fomentando também as especializações. Esse movimento consolida a produção do conhecimento em Serviço Social e sua acumulação teórica, em escala favorável ao campo da formação aos futuros profissionais, com estreita colaboração a construção do projeto ético-político profissional.

A denominada década de ouro para o Serviço Social – transição dos anos de 1980 a 1990 – foi marcada pela interlocução com a tradição marxista no fluxo dos movimentos democratizantes promovido pela vanguarda profissional, tendo como cenário o ambiente docente e estudantil.

O diálogo estabelecido com a tradição marxista qualificou o Serviço Social em dois planos: o acadêmico universitário com interlocução no campo das ciências sociais, e, por outro ponto, o descolamento da postura de ser compreendido como executor terminal de políticas sociais. Demarca-se um momento de produção de massa crítica considerável, revelando quadro de intelectuais reconhecidos no meio acadêmico e no corpo profissional, com apoio de agências de fomento a pesquisa.

Observe-se que a expressão *massa crítica* refere-se ao conjunto de conhecimentos produzidos e acumulados por uma determinada ciência, disciplina ou área do saber. O Serviço Social é uma *profissão* – uma especialização do trabalho coletivo, no marco da divisão sócio-técnico do trabalho-, com estatuto jurídico reconhecido (Lei 8.669, de 17 de junho de 1993); enquanto profissão, não é uma ciência nem dispõe de teoria própria; mas o fato de ser uma profissão não impede que seus agentes

realizem estudos, investigações, pesquisas etc. e que produzam conhecimentos de natureza teórica, incorporáveis pelas ciências sociais e humanas. (NETTO, 2004, p. 12).

A relevância do acúmulo teórico do Serviço Social desencadeado nesse movimento de reformas políticas agregou valores para a luta contra o conservadorismo profissional, pela incorporação das matrizes teóricas e metodológicas compatíveis com a intenção de renovação. Na mesma esteira, promoveu a abertura ao pluralismo com influência nos referenciais cognitivos dos profissionais, de traço teórico e metodológico alinhado aos projetos societários das massas trabalhadoras.

O Serviço Social experimenta uma prioridade de agenda com o foco no redimensionamento do ensino nos anos oitenta, passando pela reforma curricular e formulação de seu novo código de ética¹⁴. Esta última, não apresentou um acúmulo de produção do conhecimento ao passo do processo de rompimento com o conservadorismo, sendo consolidada no instante em que se concretiza o domínio da dimensão política, com compromisso frontal à classe trabalhadora. O objetivo é formar um profissional com capacidade técnica e ética para responder as demandas de seu *devoir* profissional, com eficácia e competência, emergindo um novo perfil.

Até os dias atuais, essa dinâmica de ressignificação das modalidades prático-interventivas se mantém como elemento vivo do processo de renovação da profissão, com expressivo alargamento das práticas sociais do assistente social, ora pela produção do conhecimento que sinaliza novos campos de atuação, ora pelo reconhecimento dos usuários nos espaços institucionais.

Porém, é imprescindível a constatação de que esse processo de busca renovadora ocorre no cenário da redemocratização da sociedade brasileira, com avanços do campo dos direitos cívicos e sociais, com o devido respaldo jurídico-legal, que por sua vez, trouxe desdobramentos ao Serviço Social em sua ação interventiva. Destaca-se que o vigente Código de Ética Profissional (1993), com seu papel crucial de superação das unilateralidades e limites do anterior (1986), tornou-se um documento normativo basilar, ao processo de construção do projeto ético político do Serviço Social brasileiro.

O referido projeto de renovação profissional é um processo de contínuo

¹⁴ Ainda nos anos oitenta, as vanguardas profissionais procuraram consolidar estas conquistas com a formulação de um novo Código de Ética Profissional, instituído em 1986. Até então, o debate da ética no Serviço Social não era um tema privilegiado – é na sequência do Código de 1986, e após a sua revisão, concluída em 1993, que este tema ganhará relevo significativo, de que será mostra expressiva a pesquisa de Barroco (2001), precedida de uma discussão cuja documentação foi relativamente parca. (NETTO, 2004).

desdobramento, tendo sua estrutura básica, elaborada nos anos noventa, um caráter aberto¹⁵, ou seja, mantendo seus eixos fundamentais, mas com flexibilidade para assimilar e incorporar novas questões de ordem societária.

Apresenta para o corpo profissional envolvido, implicações de compromisso com a competência pela via do aperfeiçoamento intelectual, uma vez que se vincula a um projeto societário sem exploração/dominação de classe, etnia e gênero, tendo como opções fundantes e valorativas, a defesa intransigente dos direitos humanos. Aponta como componente nuclear, o reconhecimento da liberdade concebida historicamente, como possibilidade de escolha entre alternativas concretas, garantindo a “escolha” no campo de seu comprometimento com a autonomia, a emancipação plena expansão dos indivíduos sociais.

A dimensão política do projeto é claramente enunciada: ele se posiciona a favor da equidade e da justiça social, na perspectiva da universalização do acesso a bens e a serviços relativos às políticas e programas sociais; a ampliação e a consolidação da cidadania são explicitamente postas como garantia dos direitos civis, políticos e sociais das classes trabalhadoras. Correspondentemente, o projeto se declara radicalmente democrático – considerada a democratização como socialização da participação política e socialização da riqueza socialmente produzida. (NETTO, 2004, p. 16).

As reformas institucionais ocorridas na década de 1990 estavam associadas às políticas macroeconômicas, com traço de forte liberalização comercial, desregulamentação financeira, abertura de conta de capitais e ademais reformas microeconômicas coerentes com a eficiência dos mercados.

Cabe ressaltar que no governo Lula se experimentou algo incomum no país no que tange a formulação de políticas públicas buscando-se a construção de uma proposta de políticas em que o social e o econômico dialogam e se complementam entre si. Esse quadro foi denominado por Kerstenetzky apud Passos e Guedes (2015), de “políticas sociais economicamente orientadas” e “políticas econômicas socialmente orientadas”. Esse novo modelo de conceber e executar as políticas sociais em seus distintos segmentos desencadeou resultado favorável tanto para a economia quanto para a área social, reconhecendo o governo Lula ((2003 – 2010), como um período de crescimento sustentado e inclusivo).

Percebemos que o segundo governo Lula (2007-2010) apresentou mudanças em

¹⁵Um exemplo do seu caráter aberto, com a manutenção dos seus eixos fundamentais, pode ser encontrado nas discussões acerca da formação profissional, produzidas com as modificações advindas da vigência da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) (Lei nº 9394, de 20 de dezembro de 1996): as orientações propostas por representantes do corpo profissional (cf.ABESS, 1997e 1998) ratificam a direção da formação nos termos do projeto ético-político. (NETTO, 2004, p.22).

relação ao primeiro mandato, em destaque observando o lançamento do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), o alargamento do sistema de crédito consignado para bens de consumo, a ampliação do valor e volume dos programas de transferência de renda, e a política de valorização do salário mínimo.

Porém, apesar de se obter na história recente do Brasil, o melhor desempenho do PIB, muitas das desigualdades sociais não foram ultrapassadas, carecendo de um estado de Bem-Estar mais consolidado. Compreende-se que o governo Lula em certa medida, cumpriu o curso liberal das políticas sociais similares ao período do Presidente Fernando Henrique Cardoso, haja vista as ações de cunho distributivo destinadas aos mais pobres com forte traço assistencialista, compensatório e de receituário neoliberal.

A hegemonia do projeto ético-político do Serviço Social só se consolidou nos anos noventa. Porém, se constata que não se trata de um ato consumado ou do único projeto na agenda da categoria. Experimenta-se um campo tensionado pelo componente de pluralidade profissional, permanecendo lacunas significativas na plenitude das possibilidades almejadas, tendo como exemplo, o desafio de orientação de modalidades de práticas profissionais no cotidiano institucional, reconhecida como instrumentalidade técnica.

A queixa inicial de denuncia ao conservadorismo também não se superou por completo. Vivencia-se a resistência de práticas interventivas com tendências conservadoras e neoconservadoras. Outra observação fica a cargo do componente de pluralidade profissional, mantendo a existência e concorrência entre projetos antagônicos.

Com a ofensiva neoliberal, a burguesia brasileira que se consolidou à sombra da proteção estatal da ditadura, reciclou rapidamente seu projeto societário em defesa a nova cultura política/econômica. Instaure-se o antagonismo entre o projeto hegemônico do Serviço Social nos anos noventa e a racionalização da modernidade, promovendo o desmonte dos direitos sociais, denunciados como “privilégios” (NETTO, 2004, p. 18).

Assim, a cruzada antidemocrática do grande capital, expressa na *cultura* do neoliberalismo – cruzada entre nós capitaneada por setores político-partidários autointitulados socialdemocratas e, mais recentemente, por setores que outrora se reivindicaram de esquerda -, é uma ameaça real à implementação do projeto profissional do Serviço Social. Do ponto de vista neoliberal, defender e implementar este projeto ético-político é sinal de “atraso”, de “andar na contramão da história. (NETTO, 2004, p. 19)

Dentre os desmontes dos direitos sociais promovidos pela ofensiva neoliberal, destaca-se o direito a saúde em tempos modernos. No campo da saúde, após a constituinte de 1988,

emergiram as novas competências profissionais no processo de trabalho desse segmento, em atenção aos ditames das leis orgânicas 8080/90 e 8142/90, constituindo-se práticas de produção em saúde aos moldes da política neoliberal, imputando a revisão curricular das profissões afins.

No bojo destas transformações, o Serviço Social brasileiro, dentre várias frentes de atuação dos setores das políticas sociais, passou, em especial, a redefinir o seu papel profissional no campo da saúde, com o reconhecimento de profissional de saúde, legalmente inscrito na resolução nº. 218, de 06 de março de 1997, junto ao Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. A função do assistente social na área da saúde está delineada no art. 3º da Lei 8080/90, onde insere este profissional nas políticas sociais a nível intersetorial e interdisciplinar na questão social da saúde, conforme abaixo descrito:

Art. 3º: a saúde tem como 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 o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. (BRASIL, 1990).

Por força deste dispositivo legal supracitado, a política de saúde destina-se a garantir às pessoas e a coletividade, condições de bem-estar físico, mental e social. Em face desta norma, o Serviço Social tem, em sua gênese, marca profunda do capitalismo e do conjunto de variáveis: alienação, contradição e antagonismo, que buscou afirmar-se historicamente com uma nova prática humanitária, sancionada pelo Estado e protegida pela “Igreja”, como uma mistificada ilusão de servir (MARTINELLI, 2001, p. 66).

A compreensão do Serviço Social enquanto trabalho nos remete ao reconhecimento de que os assistentes sociais também são trabalhadores, inseridos no contexto de sofrimento por todas as consequências impostas pelas metamorfoses do mundo do trabalho. Tais metamorfoses estão expressas na luta pela manutenção do vínculo empregatício, no enfrentamento do assédio moral, no desemprego estrutural, da redução dos postos de trabalho, da precarização das relações de trabalho, da redução dos direitos, da exigência de um trabalhador polivalente, etc. O conjunto desses fatores termina por refletir na prática profissional da categoria, que, a partir da lógica do mercado, é redimensionada em decorrência de alterações tanto nas demandas quanto nos serviços sociais.

Vemos então que o Serviço Social é compreendido enquanto:

Um tipo de trabalho na sociedade, configurando-se como uma especialização do trabalho, uma profissão particular inscrita na divisão social e técnica do trabalho, [...] que participa de diferentes processos de trabalho no campo de grandes tensões e crises sociais resultantes da questão social. E segue sendo também compreendida como, [...] “conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação de seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade.” (IAMAMOTO, 2000, p. 27).

Um dos campos de trabalho dos assistentes sociais marcado por grandes tensionamentos é o campo da saúde. A trajetória da profissão nos remete a constatação de que este campo absorve a requisição do profissional em maior escala, com o seu “descompasso” na construção do projeto sanitário em oposição ao privatista, por razões a serem discutidas no próximo capítulo.

CAPÍTULO 2

TRABALHO EM SAÚDE E A HUMANIZAÇÃO

2.1 A CONTEMPORANEIDADE DO TRABALHO NA SAÚDE: UM NOVO PARADIGMA PRODUTIVO PARA O COTIDIANO LABORAL.

2.1.1 Antecedentes da mudança do modelo assistencial

A partir do modelo biopsicossocial propagado no movimento da promoção da saúde nos anos de 1970, que promoveu o deslocamento da preocupação com a doença para ocupar-se da produção da saúde com foco na pessoa, tem-se o conceito de saúde definido como um completo bem-estar funcional, social e psicológico, em rompimento com o modelo biomédico e reducionista. No Brasil, as repercussões quanto ao posicionamento a este novo olhar para o campo da saúde acentuou-se nos anos de 1980 com o movimento contra-hegemônico reafirmado no projeto da Reforma Sanitária Brasileira.

Segundo Lhuilier (2013), a década de 1980 registra na história do mundo do trabalho, o contexto de exigências cada vez mais fortes, ao passo que os meios necessários para dar respostas a tais exigências foram reduzidas. A contradição localizada nesse processo acompanha a fragilização e pressão sobre os indivíduos, promovendo uma marginalização progressiva de assalariados.

Somente a partir dos anos de 1980 que essa crise chega ao Brasil com suas consequências econômicas e sociais, tendo como resultado a imposição dos ajustes macroestruturais e a adesão ao ideário liberal, desdobrando-se em fragmentação do trabalho, terceirização com redução da interferência do Estado na economia, segmentação do trabalho, redução dos postos de trabalho, diminuição da proteção jurídica, retração das organizações sindicais e substituição das políticas públicas universalistas por políticas focalizadas, mediante parcerias público-privadas.

Com a diminuição dos empregos na área industrial promovido pelo fechamento de postos de trabalho, cresce o setor de serviços que absorve parte dos trabalhadores da indústria, e expandem aqueles ligados aos cuidados com pessoas, com nossa especial atenção as atividades ligadas à saúde. A dinâmica no campo da saúde se apresenta distinta aos demais setores da economia, significando que o trabalho vivo se mantém central para a produção em

saúde¹⁶. Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), veio à necessidade do mercado em incrementar posto de trabalho na saúde pública e privada contratada. O referido incremento ainda permanece no campo da saúde sob as formas flexíveis de contratação no caminho da desregulamentação do mercado, alinhado as políticas liberalizantes.¹⁷

As eclosões dos movimentos dos trabalhadores da saúde imbuídas de uma nova ordenação política e social culminaram com a criação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), tornando-se estratégia fundamental para a sistematização de propostas e proposição de mudança de modelo de atenção, contidas na emblemática VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986.

O documento final desta conferência sistematizou a proposta reformadora da saúde que se denominou o SUS. A proposta de mudança do modelo assistencial pautou-se no conceito ampliado de saúde, com acesso e garantias de participação popular e controle social aprovado pela Constituição Federal de 1988. Firma-se o reconhecendo da saúde como um direito social universal assegurado pelo Estado, e pautados pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e sendo organizado com proposta descentralizada, hierarquizada e com a plena participação da população.

A partir dessa compreensão ampliada, o maior determinante da saúde é o ambiente social e físico, valorizando as experiências subjetivas do indivíduo e suas interpretações de saúde e de doença. O referido modelo biopsicossocial constrói-se na visão integral do ser e do adoecer, reconhecendo as dimensões física, psicológica e social, promovendo o repensar das práticas de saúde no cotidiano laboral.

Porém, desde o começo da implantação do SUS, se podem identificar diversos problemas relacionados à sua operacionalidade até a atualidade, com resistências ao novo modelo de organização de serviços, em detrimento a superação do antigo modelo assistencial.

(...) a implantação dos SUS nos moldes constitucionais avançou muito pouco, mantendo-se a precarização e a terceirização dos trabalhadores, a descontinuidade

¹⁶De fato, entre 1970 e 1976, a força de trabalho em saúde e o emprego no setor cresceram a uma taxa geométrica média anual de 13,0%, mais do que o dobro da média nacional. Contudo, no período compreendido entre 1976 e 1980 baixou para 8,6% e; entre 1980 e 1984 para 6,2%, chegando a 4,3% entre 1984 e 1987. Entretanto, quando comparado ao crescimento nos demais setores – 1,3% no período (1984 a 1987) –, o emprego na saúde praticamente quadruplicou. (VIEIRA; CHINELLI, 2013, p.1593).

¹⁷“(...) Silva, aponta, ainda, que a Reforma do Estado – associada ao processo de descentralização da gestão dos serviços – assumiu contornos preocupantes, ao possibilitar a vinculação de novos trabalhadores ao Sistema Único de Saúde através de formas “atípicas” de contratação”. (SILVA, 2006 apud VIEIRA; CHINELLI, 2013, p. 1594).

nos repasses financeiros e, de modo geral, fortalecendo-se as forças políticas que lutam para que o princípio de inclusão no sistema público de saúde seja a pobreza. De acordo com Bravo e Menezes, permanecem em disputa o modelo público e universalista da saúde e o modelo privatista, oscilando o governo no apoio a um e a outro, conforme diferentes correlações de forças políticas. (VIEIRA; CHINELLI, 2013, p. 1594).

A natureza do modelo biomédico hegemônico, com sua característica de ser centrado no atendimento de doentes, compromete a operacionalidade da proposta de integralidade do sistema, mesmo que ainda possa apresentar uma assistência de qualidade em situações focadas, porém longe da ideia de coletividade.

Apesar do acúmulo teórico sobre prevenção, a prática brasileira ainda é dominada por uma abordagem curativa. As doenças são explicadas com ênfase em uma perspectiva biológica, não considerando a interação dinâmica entre fatores sociopsicológicos, além dos fatores físicos que influenciam o processo saúde e doença. (MIOTTO; BARCELLOS, 2009, p. 46).

Segundo Miotto e Barcellos (2009), ainda que se perceba a prevalência operacional do sistema biomédico com foco primário da identificação e tratamento da doença, observa-se certa inclinação dos pesquisadores em saúde pública em pensar que as soluções para as questões relativas à saúde da população estariam fora do SUS. A negação de mudança do modelo assistencial biomédico para o modelo ampliado se trataria de um retrocesso ético e científico.

2.1.2 A captura do protagonismo do trabalhador pela “servidão”

Nos últimos anos a atenção à saúde tem sofrido diversas modificações em seu campo de atuação, destacando-se a contribuição significativa das Ciências Sociais para as Ciências Médicas. Para Miotto e Barcellos (2009, p. 44), “a inclusão da análise subjetiva trouxe um ressignificado das práticas de saúde na relação da equipe com as pessoas, antes consideradas objetos no modelo biomédico”.

Para Franco e Merhy (2012, p. 152), “a subjetividade é operadora da realidade, ou seja, o modo singular como cada um significa o trabalho e o cuidado agencia o modo como se produz o agir em saúde.” Torna-se uma das muitas dimensões que compõem o complexo cenário do trabalho em saúde, por ser histórica e socialmente produzida e, operando em redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde.

Porém, na atualidade o mercado de trabalho no campo da saúde a exemplo de outros segmentos, requisita um trabalhador com perfil colaborador e solidário, em alinhamento com o conceito de competências adotado pelo modelo flexível de organização de trabalho na nova forma de gestão empresarial.

Neste modelo, não há espaço para a singularidade do trabalhador na produção em saúde, e sim a impossibilidade de viver seu protagonismo. Na contramão desse conceito de competências, há a defesa do conceito de qualificação interpretado como um processo histórico e socialmente construído, reconhecendo a não dissociação entre a organização, gestão e práticas de trabalho do processo de qualificação e da autoconstrução da subjetividade dos trabalhadores. (VIEIRA; CHINELLI, 2013).

Segundo Franco (2015), a servidão coaduna com a postura de impotência humana para regular e refrear os afetos do trabalhador, que submetido a estes últimos, não experimentaria seu próprio comando, e sim sob o acaso. Portanto, um trabalhador que se organiza e trabalha na “servidão”, sob o domínio e captura das linhas de regulação da vida e de seu próprio processo de trabalho – as capitalísticas, morais e científicas – acaba por não ser um protagonista do seu mundo.

Atualmente estamos vivenciando no campo da saúde pública um processo de reflexão e revisão crítica das formas de se produzir saúde com olhar na totalidade e contexto do paciente assistido no cotidiano laboral. As ações complementares no campo da saúde pública devem ser refletidas, sistematizadas e implementadas, no intuito de promoverem as melhorias sustentáveis com vistas à redução das iniquidades (MIOTTO; BARCELLOS, 2009).

Os trabalhadores experimentam a vida por relações de trabalho árduas no cenário das metamorfoses sociais. O desdobramento dessas relações tem marcado a preocupação de estudiosos de diversas áreas da saúde pública, no intuito de vislumbrarem o entendimento do contexto gerador de desafetos, sofrimento, infelicidade e impotência laboral, motivados em engendrar mudanças no encontro entre usuários e profissionais, dando sentido ao cuidado. Esse último com o sentido de ser uma prática com o outro, implicando na circulação de afetos, buscando a assistência na visão de ser humano em sua integralidade.

Conforme Brotto e Araújo (2012), os serviços de saúde frequentemente impõem aos trabalhadores em seus espaços ocupacionais, um contato prolongado com o sofrimento e o adoecer humano, paralelo com a oferta de condições ergonômicas e infraestruturais inadequadas as atividades desenvolvidas, sendo esta inadequação, resultante dos baixos investimentos por parte do Estado, afetando a saúde do trabalhador.

Tais condições que impedem os trabalhadores de realizarem suas atividades vêm sendo interpretadas no imaginário social de forma negativa, quando o “adoecer” é frequentemente percebido como um sinal de fraqueza e motivo de vergonha, imputando a tarefa de “domesticar, conter e controlar” a doença de maneira que não afete a produção.

É necessário compreender o indivíduo como um ser integral, imerso e submetido nos distintos cenários de vida e mundo do trabalho, onde nas relações sociais e desiguais, resultam em adoecimento, resistindo ao tratamento com a sobrevida ou finitude de vida. A questão da integralidade¹⁸ é representativa em tempos atuais, sendo o maior desafio na construção de novas práticas em produção em saúde, tornando-se uma bandeira de luta para além de uma diretriz mencionada em texto constitucional.

O indivíduo é um ser humano, social, cidadão que biológica, psicológica e socialmente, está sujeito a riscos de doença. Dessa forma, o atendimento deve ser feito para a sua saúde e não somente para a sua doença. Isso exige que o atendimento seja feito também para erradicar as causas e diminuir os riscos, além de tratar os danos. (MIOTTO; BARCELLOS, 2009, p. 46).

No bojo das propostas reconstrutivas, é imprescindível a centralidade do diálogo na construção de novas práticas de saúde permitindo a aproximação das racionalidades práticas e instrumentais, com modelos de atenção que venham a valorizar a integralidade e cuidados humanizados almejados no projeto reformador proposto inicialmente.

A efetividade da prática social em saúde que valoriza e compreende a integralidade, passa pela arena da formação dos profissionais do campo da saúde. A tarefa é penosa diante ao ancoramento do modelo hegemônico biomédico. Para tanto, se faz necessária, a mobilização das instituições formadoras em adotarem uma proposta pedagógica que permita ao aluno a aprender e apreender, como ser ético humano e qualificado para cumprir sua tarefa de trabalhador da saúde, e se possível perceber as armadilhas da “servidão”.

A partir da necessidade de se dar resposta às estas questões que envolvem a produção em saúde, cabe o questionamento e o enfrentamento de toda complexidade das relações entre profissionais e indivíduos inseridos do mundo do trabalho, repensando as práticas de produção em saúde desde a formação profissional.

As autoras Vieira e Chinelli (2013), discutiram “a relação trabalho, qualificação e

¹⁸A integralidade, além de considerada um princípio orientador das práticas, da organização do trabalho, ou ainda da organização das políticas, implica uma recusa ao reducionismo; uma recusa à objetivação dos sujeitos; uma afirmação da abertura para o diálogo. Profissionais de saúde e a comunidade devem falar uma linguagem comum, em torno da qual se forme um campo de poder que possa governar ambos. (MIOTTO; BARCELLOS, 2009, p. 47).

reconhecimento no âmbito da saúde, com ênfase na inserção laboral dos trabalhadores técnicos do SUS e autoconstrução de suas subjetividades”, apontando elementos significativos para reflexão à contemporaneidade do mundo do trabalho no campo da saúde.

As referidas autoras partem do contexto mais geral das mudanças vivenciadas no mundo laboral na atualidade, associados à intensificação, flexibilização e precarização das relações de trabalho, e nos reflexos que atingem a qualificação no processo de formação de subjetividade e no reconhecimento social do trabalhador. Alinham-se com interpretações que redefine a relação entre trabalhador e usuário, destacando o cotidiano com suas contradições no processo de reprodução social, e qualificando-o como instância privilegiada de superação da ideologia e cultura instável e fragmentaria do “novo capitalismo” refletido por Sennett (2006 apud VIEIRA; CHINELLI, 2013).

Conforme Franco (2015), a micropolítica passa pela ação cotidiana de cada indivíduo a partir de seus espaços de trabalho. Ressalta o autor que esta não se encontra em oposição à macropolítica, pela razão de estarem juntas e em relação. Define a macropolítica pelas instituições, o instituído, as regras, normas e lógicas que dão um tom de regulação da vida. Refere que os processos de subjetivação se produzem baseados nas lógicas capitalistas, da moral e da ciência, como pura expressão da macropolítica.

A respeito desta tensa relação entre gestão e trabalho, Alves (2014) nos aponta que:

{...} o realizar do trabalho comporta sempre – em diferentes níveis – uma dimensão de gestão: trabalhar compreende uma dialética entre o uso de si por outros e o uso de si por si; o primeiro marcando o enquadramento político-econômico e jurídico da subordinação no salariado e também a relação com as hierarquias e com os colegas de ofício; o segundo sublinha que, não sendo pura execução do prescrito, trabalhar demanda o realizar de arbitragens, agir no hic et nunc, efetuar micro escolhas (por vezes em desacordo com o que foi prescrito) essenciais para que se realize o que precisa ser realizado, como bem demonstram os ergonomistas. Nesse sentido bastante preciso, podemos dizer que trabalhar é gerir, na verdade, uma confrontação de gestões. (SCHWARTZ, 2000 apud ALVES, 2014, p. 38).

Segundo Vieira e Chinelli (2013), não há consenso na interpretação dos estudiosos quanto às reais perdas dos trabalhadores nesse novo modelo de gestão do trabalho.

A justificativa é de que o capitalismo estaria adentrando em uma nova etapa civilizatória, plena de oportunidades para todos, desde que os Estados nacionais adotassem políticas orientadas para a estabilidade monetária e cambial, liberdade de circulação de mercadorias e capitais, etc., enfim, medidas cujo objetivo foi e continua sendo a produção da adaptação e do consentimento ativo à nova ordem internacional. (VIEIRA; CHINELLI, 2013, p. 1593).

As rapidezzes das evoluções tecnológicas aliadas à turbulência do mercado flexível reforçam a idéia de que a mão de obra é um custo de montante modulável a mercê das necessidades das empresas, ocorrendo uma degradação do valor do trabalho produtivo a benesse da rentabilidade do capital.

Conforme Lhuilier (2013), o tema da flexibilidade tem sido o maior eixo da estratégia empresarial, recaindo sobre os assalariados, sobre as leis da incerteza de mercado e com ênfase na exigência de competitividade. Infere a autora:

A flexibilidade interna se traduz por profundas transformações da organização do trabalho, as quais concorrem para sua precarização. A flexibilidade externa se traduz por uma redução dos efeitos, pelo desenvolvimento da subcontratação e pela precarização do emprego. (LHUILIER, 2013, p. 490).

A cultura da flexibilidade vem se apresentando com centralidade no mundo do trabalho, tornando-se uma característica do capitalismo contemporâneo. O trabalhador viveria em constante migração “de uma tarefa para outra, de um emprego para outro, de um lugar para outro”, o que lhe acarretaria dificuldades de cuidar de si mesmo e das demais relações e o obrigaria “a improvisar a narrativa de sua vida, e mesmo a se virar sem um sentimento constante de si mesmo”. (SENNET, 2006 apud VIEIRA; CHINELLI, 2013, p. 1597).

De acordo com Frigotto (2001), nas últimas décadas do século XX, dada a “crise dos paradigmas” observa-se uma crise histórica de dimensão fora da capacidade de compreendê-la adequadamente, desencadeada pelas contradições que acercam o capitalismo contemporâneo. A referida crise traria a retirada do componente humanidade da teoria sociológica, promovendo desta forma, a naturalização das consequências decorridas das relações de trabalho, inerentes a recomposição contemporânea do sistema capitalista, em maior impacto nefasto para as economias periféricas. (FRIGOTTO, 2001 apud VIEIRA; CHINELLI, 2013, p. 1592).

Podemos perceber que ainda permanece a disputa entre o modelo público universalista e o modelo privatista, com oscilações do apoio governamental entre um e outro, conforme os interesses políticos conjunturais.

Mesmo com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), pelo Ministério da Saúde, as questões relacionadas ao trabalho e trabalhador continuam com os mesmos entraves a serem enfrentados na operacionalidade do SUS, ficando o enfrentamento da situação na busca de alternativas de gestão de processo de trabalho, ao olhar de parte considerável dos estudiosos do tema.

Para Lima (2007 apud VIEIRA; CHINELLI, 2013, p. 1595), o modelo de formação que se estabeleceu até o início dos anos de 1990, vai cedendo espaço para uma “concepção mais restrita, de cunho individualista e voltado prioritariamente para o local de trabalho”. Seguindo esta tendência de concepção de formação profissional, a SGTES apoia-se no modelo das competências, cujo objetivo é: “propiciar ao indivíduo o permanente desenvolvimento de aptidões, habilidades, competências específicas e *posturas solidárias* perante os usuários, para o exercício do trabalho e da educação a fim de inseri-lo nos setores profissionais”.

O setor de serviços que integra o campo da saúde caracteriza-se por ser uma atividade produtiva com maior dependência do trabalho vivo em um contexto de imprevisibilidade. Toda essa característica se torna condição favorável à rotação teórico-ideológica que enfatiza as qualidades interpessoais, quando requisita do trabalhador para além de seu conhecimento técnico, habilidades subjetivas para resolver os imprevistos do cotidiano do trabalho.

Essa conduta pode ser observada nas formulações de políticas de gestão do trabalho e no processo de formação dos trabalhadores da saúde, com a ênfase no processo de trabalho centrado no usuário, requisitando do trabalhador, um perfil humanitário, acolhedor, solidário, etc., estando em conformidade com os moldes do novo paradigma produtivo, reconhecidas nas ideias dos autores Merhy (2002; CAMPOS, 2000, 2003 apud VIEIRA; CHINELLI, 2013).

Há certa ênfase na literatura científica que defende que os serviços de saúde devam estar centrados nos usuários e suas demandas, imputando aos trabalhadores o seu envolvimento articulado com o usuário na sua trajetória terapêutica, tornando o encontro trabalhador-usuário a principal matéria-prima deste processo de produção no cuidado. (CAMPOS, 2000; MERHY, 2002; FRANCO, 2012).

Concordando com Brotto e Araújo (2012), é prudente avançarmos nas pesquisas sobre esta temática, de maneira a compreender como esta dinâmica de centralidade no usuário, afeta a saúde do trabalhador, reconhecendo que há a possibilidade de efeitos positivos e negativos para ambos.

As autoras Vieira e Chinelli (2013), refletem a questão com o posicionamento de que o revés tal condição é legítima, porém com esse foco específico, não se pode obscurecer as reais condições de vida, de formação e realidade de trabalho a qual vivem os profissionais de saúde.

Estes podem ser reconhecidos com condições de vida similares as dos usuários que

atendem em seus postos de trabalho, com considerável responsabilidade moral de promover uma prática assertiva para o SUS, com o ônus de ter que buscar uma qualificação que melhore suas respostas técnicas no cotidiano do trabalho, observando-se que sua condição de trabalhador:

Têm sido historicamente negligenciadas e que o “humanismo” preconizado pelas atuais políticas de gestão do SUS, funciona, mesmo que inadvertidamente, como justificativa implícita desse desinteresse seletivo. Tudo se passou e ainda se passa como se esses trabalhadores fossem portadores de uma solidariedade e um altruísmo iminentes que deveriam levá-los a engajar-se em políticas e programas supostamente capazes de reduzir o imenso déficit sanitário do país e, assim, contribuir para colocá-lo definitivamente no rumo do desenvolvimento. (VIEIRA; CHINELLI, 2013, p. 1596).

Para Franco (2015), as experiências atravessam a pessoa instituindo formas específicas de significar a realidade a qual esta inserida. Os múltiplos encontros que um trabalhador tem na produção de sua vida o modificam de maneira sensível e contínua. Uma das linhas de produção subjetiva no trabalho em saúde é o da “ordem moral”, por atuar na regulação da vida segundo preceitos hegemônicos de conduta na sociedade, estabelecendo uma valoração sobre a mesma de acordo com a obediência a tais preceitos.

A valorização e o reconhecimento dos trabalhadores estão na pauta das reivindicações atuais, porém já faziam parte do projeto da reforma sanitária que se perdeu diante do novo paradigma produtivo. Para a retomada da ideia original, há de se dar centralidade ao trabalho e a formação profissional, retomando o caminho da valorização e reconhecimento dos trabalhadores, como elementos constitutivos de uma prática social em saúde, alinhada com a dignidade humana de quem produz e de quem recebe.

Com essa clareza de projeção de ação, percebe-se que o conceito de qualificação permite o reconhecimento do trabalhador como sujeito de suas próprias ações, captando a relevância das questões subjetivas e do reconhecimento do trabalho. Incute ao trabalhador, a intenção de ultrapassar seu interesse individual, reconhecendo que suas lutas materiais e simbólicas, sejam parte de um projeto coletivo e emancipatório para toda uma sociedade.

Para tanto, deveria se constituir como estruturante nas políticas e gestão do trabalho e formação dos profissionais do SUS, com implicações que passariam por: politização do conceito de processo de trabalho, consideração da experiência de outras instituições sociais na construção da qualificação dos seus trabalhadores. Também, a compreensão das relações entre os processos de qualificação e mercado de trabalho, e o reconhecimento da expressão da subjetividade/intersubjetividade dos trabalhadores como fruto de múltiplas determinações.

Segundo Vieira e Chinelli (2013), o novo paradigma produtivo, no âmbito da reorganização do trabalho, requisita do trabalhador considerado multifuncional¹⁹, graus cada vez mais crescentes de flexibilidade, interdisciplinaridade, autonomia e criatividade, numa rotação de tarefas repetitivas que distanciam da ligação com o processo de produção de uma subjetividade mais plena.

Ocorre que os trabalhadores imersos nessa dinâmica flexível, em relações laborais pouco coerentes e instáveis, buscam o reconhecimento de seus esforços cada vez mais frustrados pelas condições objetivas de suas vidas, condicionada pela divisão social e técnica do trabalho contemporâneo, porém,

A ausência desse retorno resulta em sofrimento devido à desestabilização do referencial em que se apoia a subjetividade. A nova cultura do trabalho tende a desconsiderar qualificações formadas no paradigma taylorista-fordista de organização do trabalho, e a valorizar “competências não apenas técnicas, mas também sociais e culturais, que pegam no contrapé a cultura profissional tradicional” da maioria dos trabalhadores. (VIEIRA; CHINELLI, 2013, p. 1597).

O reconhecimento da qualidade do trabalho quando reconhecido, torna-se elemento central na construção da subjetividade do trabalhador que se transforma a partir dele, caso contrário, o não reconhecimento o leva ao sofrimento, e conseqüentemente reflete em sua prática em saúde direcionada ao usuário, gerando uma penosidade bilateral.

Portanto, é prudente se analisar as relações de trabalho e educação do SUS, a partir da apreensão do conceito de qualificação em sua constituição histórica. Torna-se importante perceber de que forma os trabalhadores estão organizados, e como que esse tema surge na agenda da gestão do trabalho e da educação na saúde, realizando um movimento de reconhecimento dessa tensão que se faz entre ocupação e formação, e promovendo a busca alternativa de enfrentamento da questão. (VIEIRA; CHINELLI, 2013).

Conforme Franco e Merhy (2012), o campo da saúde é um lugar de tensão permanente, pela razão das “linhas de força” não serem harmônicas e muitos menos por não se articularem entre os mesmos campos de interesse, gerando tal tensão no processo de trabalho e da formação do modelo assistencial.

{...} a novidade se instaura no reconhecimento da centralidade do Trabalho Vivo no processo produtivo do cuidado, o que mobiliza forças extraordinárias no ato produtivo, que passa a ser permeado por tudo o que é humano, ou seja, os

¹⁹“A maioria desses trabalhadores transita pelos diversos setores que compõem o campo geral de atuação na unidade, caracterizando uma utilização multifuncional imposta à força de trabalho disponível.” (VIEIRA; CHINELLI, 2013, p.1597).

trabalhadores em atividade atuam sob linhas de força agenciadas por uma ética do cuidado, que se expressam pelo manejo das tecnologias de trabalho e as subjetividades que operam também na produção do mundo do cuidado na saúde. (FRANCO; MERHY, 2012, p. 152).

Os referidos autores seguem com a observação de que a mudança do modelo tecnoassistencial para a saúde estará menos dependente de normas gerais e mais inclinado á produção da saúde que ocorre no espaço da micropolítica de organização, onde se efetiva a ideia geral do uso das tecnologias de trabalho, a centralidade do trabalho vivo e os diversos componentes do modo de produção do cuidado.

No encontro entre o trabalho morto, instituído na maquinaria e instrumentos, e o trabalho vivo em ato, no interior do processo de trabalho, há a reflexão entre certa correlação entre eles, no núcleo tecnológico do cuidado, sendo esta correlação intitulada de “Composição Técnica do Trabalho”.

Inferem os autores que quando a composição técnica do trabalho favorece o trabalho morto sob sua hegemonia, experimentam-se graus menores de liberdade e opera-se um cuidado mais capturado por lógicas estruturadas, vinculadas aos protocolos e formas de regulação do trabalho. Ao contrário, quando a composição técnica do trabalho favorecer o trabalho vivo em ato, terá maior incidência em graus de liberdade, promovendo o exercício da criatividade necessária ao cuidado. O trabalho poderá, dessa forma, ser conduzi por diretrizes efetivas na proposta de mudança na rede de serviços para a produção do mesmo, reconhecendo-se a dependência das tecnologias leves. (FRANCO; MERHY, 2012, p. 156)

Importa registrar, que a Composição Técnica do Trabalho não é mensurável, é um analisador qualitativo das tecnologias de cuidado presentes no processo de trabalho. Se a razão existente entre trabalho vivo e trabalho morto no núcleo tecnológico do cuidado estiver centrada no Trabalho Vivo, é indicador de que o trabalhador conta com altos graus de liberdade, maior autogoverno do seu próprio processo de trabalho, podendo estabelecer com o usuário uma relação mais produtiva, porque mais inclusiva desta usuário como sujeito também da produção do seu próprio cuidado. (FRANCO; MERHY, 2012, p. 157).

Acreditamos que uma das buscas alternativas ao enfrentamento das tensões inerentes às relações de trabalho no campo da saúde, seja a compreensão do termo cuidado, que hoje se apresenta centrado no trabalho morto, requerendo do processo de sua produção, uma inversão desta centralidade para o trabalho vivo em ato, em atenção ao uso das tecnologias leves. Este assunto vem marcando espaço nas reflexões dos estudiosos da área com considerável ênfase em suas preocupações na produção do cuidado, promovendo e provocando a (re) construção de alternativas de gestão em saúde alinhada à humanização.

2.2 CUIDADO E HUMANIZAÇÃO

A compreensão do termo cuidado se apresenta de diferentes maneiras na literatura pertinente, tornando-se uma categoria problemática na medida em que as definições oscilam entre muito restritas ou muito amplas, dependendo do interesse dos pesquisadores. Embasadas em uma revisão crítica da literatura sobre cuidado em saúde, as autoras Bustamante e Mccallum (2014), propõem duas grandes formas de conceituar o cuidado.

De um lado, o cuidado constitui um horizonte normativo para as práticas de saúde, e de outro lado, o cuidado não tem uma qualidade definida a priori, e se constrói cotidianamente em interações que se envolvem em relações de poder. (BUSTAMANTE; MCCALLUM, 2014, p. 674).

A temática do cuidado vem ganhando espaço privilegiado entre os estudiosos da Saúde Coletiva. Segundo Ayres apud Bustamante; Mccallum (2014, p. 674), partindo do entendimento do sendo comum, o cuidado é compreendido como “{...} um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de um certo tratamento”, ou seja, a noção do cuidado em saúde orbita em recursos e medidas terapêuticas e nos procedimentos aplicados.

Desta maneira, a compreensão do cuidado em saúde desdobra-se de sua compreensão ontológica, que quer dizer que o “homem sempre cuida”, até mesmo nas relações de desprezo e de descuido, há a ação do cuidado.

O Cuidado, ontologicamente, segundo Heidegger (1986a), tem um lugar fundamental na existência humana. O Cuidado articula a totalidade da existência e a sustenta. Não se pode fazer referência a qualquer ação humana no mundo sem considerar o Cuidado em seu sentido ontológico. A própria temporalidade é o sentido do cuidado e revela a totalidade do Dasein.” (ANEAS; AYRES 2011, p. 654).

A terminologia “Dasein” pode ser traduzida por “ser-aí” ou “pré-sença”, referindo-se ao fundamento da existência, apreendendo a indissociabilidade existente entre o humano e o seu mundo. Então, um humano como “Dasein”, é percebido como um ente entre todos os outros, traduzindo a constituição fundamental do Dasein é ser-no-mundo. Portanto, considerando o cuidado em sentido ontológico, o próprio cuidado em saúde como uma ação do “Dasein”, trata-se de um desdobramento.

O homem “Dasein” experimenta, em sua inserção na cotidianidade do mundo, o uso de instrumentos que o circunda, caracterizando a chamada “ocupação”, ou seja, nos ocupamos com o manuseio dos instrumentos.

No cuidado em saúde deve-se considerar o modo de ser da instrumentalidade, como: manejo das medicações, procedimentos, materiais, protocolos etc. Ao se considerar estes entes como instrumentos, muda o modo de se estabelecer relação com estes na prática cotidiana, rompendo com a lógica que é baseada na perspectiva científica e que, atualmente, sustenta as práticas de cuidado que tanto consideramos como “desumanizadoras”. (ANEAS; AYRES, 2011, p. 655).

Para Schraiber (1997 apud ANEAS; AYRES, 2011) a dimensão objetiva do cuidado em saúde se ocupa do controle da intervenção técnico-instrumental, enquanto a dimensão subjetiva do cuidado em saúde se ocupa em trazer a dimensão aberta e imponderável das inúmeras possibilidades humanas.

A concepção do cuidado em Merhy (2000), parte do discurso da medicina tecnológica, quando identifica o esvaziamento do aspecto relacional, caracterizado pelo autor como tecnologias leves. O mesmo considera que as práticas de saúde na atualidade tendem a centrar-se com exclusividade sobre as denominadas tecnologias duras, que são as ferramentas materiais manejadas no cotidiano do cuidado, apontando que nas tecnologias leves-duras, centram-se os saberes estruturados da clínica e da epidemiologia. (MERHY, 2000 apud ANEAS; AYRES, 2011, p. 652).

Segundo Ayres (2007), há uma cisão no ato médico fundado no cuidado entre duas pessoas, quando a operação técnica em sua maioria, surge desvinculada da relação interpessoal. Infere o autor que a interação é dividida na relação com o outro, consolidando-se apenas na intenção de obter informações objetivas para promover o raciocínio clínico e posterior alternativa terapêutica/assistencial, findando como uma conversa útil unilateral. (AYRES, 2007 apud ANEAS; AYRES, 2011, p. 652).

A tendência dessa cisão ainda se faz presente de maneira marcante nas práticas de saúde. Recuperando Schraiber (1997 apud ANEAS; AYRES, 2011, p. 652), esta nos alerta que a dimensão técnica (objetiva), em seus fundamentos científicos e operacionais, não se separa da dimensão ética por suas implicações no aspecto relacional inerente ao processo do cuidado.

Exatamente nesse (des) encontro que se estabelece a pretensa cisão vivenciada no cotidiano, percebida como um ato de desumanização das práticas de saúde exercidas nesses moldes. Fica notório o que se considera por objetivo e subjetivo, desconsiderando que os campos do conhecimento científico e tecnológico deveriam estar a serviço das reais

necessidades humanas.

O cuidado em saúde, em direção ao intervencionismo em si, de forma autoritária e fragmentada, não considera a totalidade da rede conjuntural que o circunda, e pode ser percebido: no modo como se organizam as ações e os serviços de saúde; na formulação das políticas de saúde; na relação médico-paciente; na relação dos serviços com a população, e na relação entre os diversos profissionais nas equipes de saúde. (AYRES, 2004 apud ANEAS; AYRES, 2011, p. 655).

Os autores acima nos possibilitam refletir que no cuidado em saúde, o campo da instrumentalidade encontra-se conectado a algo no mundo que é significativo, mas que há uma face que revela as possibilidades de serventia. A instrumentalidade em seu “para quê”, sempre trará um “para quem” e um “de quem” simultaneamente.

A contribuição de Franco (2015), tomando como referencia a ideia de subjetividade contida na obra de Baruch Spinoza (2008), apresenta-nos os conceitos de liberdade e servidão, apontando estas, como questões presentes no dilema humano. O autor busca a associação entre liberdade e trabalho criativo, reconhecendo o ato da criação como elemento intrínseco aos processos de trabalho em saúde.

Portanto, por liberdade, o autor identifica uma prática que é a expressão da vontade, proveniente das forças interiores da pessoa, tomando para si o protagonismo da própria vida, agindo conduzida pelas ideias e produzindo o entendimento sobre as coisas. Tal entendimento não passa somente pelo racional, mas passa pelo corpo sensível, que ele nomeia de “ciência intuitiva”.

Para alcançar um estado de liberdade, o trabalhador da saúde precisa romper com os signos do mercado, da moral e da ciência, como agenciamentos sobre sua subjetividade, e, portanto, como linhas de captura que agem na modelagem da sua prática. Para ser livre é necessário, então, abrir “linhas de fuga”, criando desvios, o que significa resignificar seu mundo do trabalho e cuidado ou enfrentar, como em um combate, as forças que impõem a servidão. (FRANCO, 2015, p. 106).

Já por servidão, ressalta a impotência humana quanto à ação de regulação e repressão dos afetos, por considerar que o homem submetido a estes, não estaria sob seu próprio comando. Segundo Spinoza (2008 apud FRANCO, 2015), um trabalhador que apresenta suas ações exclusivamente por efeito dos afetos (forças exteriores), estaria submetido à servidão, pois não opera a produção de sua própria vida, seguindo sua própria vontade.

O autor se propõe a discutir a ideia de que os processos de subjetivação operados pela liberdade inclinam-se favoráveis a formação do Trabalho Criativo, observado no

protagonismo dos trabalhadores em seu cotidiano, com significativos efeitos sobre a produção do cuidado. Ainda nos revela que no cotidiano das Unidades de Saúde, sejam na atenção básica ou hospitalar, públicos ou privados, é notório que na multiplicidade de ações e procedimentos, proporcionados pelo encontro entre trabalhador e usuários, existe uma ação mediadora no plano do cuidado centrado no trabalhador, formando um “campo de consistência”, onde o trabalho se abre para as possibilidades de ação não previstas.

O cuidado resultante desse encontro é formado a partir de um conjunto de atos assistenciais, provenientes de atos de criação do trabalhador e do próprio usuário. Este último, também apresenta criatividade, por ser ativo em relação ao seu problema de saúde, diante dos protocolos terapêuticos que lhes são prescritos.

O ato de criação, localizado no contexto das relações construídas entre trabalhador e usuário, é algo que ressignifica o problema apresentado em suas variadas necessidades. Vistos como inusitados, fogem da previsão inscrita nos protocolos instituídos para normatização e padronização de condutas.

O rompimento com o instituído na relação de trabalho em saúde traz para o trabalhador uma opção de fazer o cuidado baseado no denominado “trabalho criativo” de alternativas de novas condutas, porém assumindo certos riscos, com a ampliação de possibilidades e de igual amplitude no campo da responsabilização solitária. (FRANCO, 2015).

O grande dilema do trabalhador da saúde, assim como de todas as pessoas, é o de viver entre a servidão e a liberdade, isto é, prisioneiro a essas linhas de força ou livre para agir conforme sua própria ideia de cuidado. Estar na servidão ou liberdade é o efeito que estas linhas de agenciamento têm sobre o trabalhador e, por consequência, sobre seu processo de trabalho na função de cuidador. (FRANCO, 2015, p. 105).

Conforme Cecílio (2009) é na micropolítica das organizações de saúde que se produz o cuidado, ressaltando que os usuários são parte central desta. O autor considera que a micropolítica pertinente nas organizações de saúde, se expressa com um conjunto de relações estabelecidas entre variados atores organizacionais, formando uma “rede complexa, móvel, mutante, mas com estabilidade suficiente para construir uma determinada realidade organizacional”. O autor infere que os referidos atores são portadores de valores, de projetos, de interesses e que disputam sentidos para o trabalho em saúde por relações de poder, ou seja, tratam-se de um campo marcado por disputas, acordos e composições, coalizões e afetos.

Para Franco (2015), o “ato de criação” no processo de trabalho é possível desde que

esteja livre de constrangimentos e de interdições causadas por força dos afetos.

{...} o trabalhador da saúde pode ser capaz de realizar aquilo que o constitui, tendo a clareza dos afetos que tomam seu corpo, e podendo, assim, controlar as afecções que são as marcas da sua subjetividade. Há aqui a possibilidade de exercício do Trabalho Criativo, ou seja, o trabalho como ato de criação para o cuidado em saúde. (FRANCO, 2015, p. 111).

Recuperando Cecílio (2009), o encontro entre trabalhador e usuário apresenta um movimento em um campo estruturado por uma série de instituídos, estando ambos presos a determinações que delimitam suas possibilidades de ação. Configura-se uma relação de servo-criado marcado por determinações externas. Segundo o autor, a gestão do cuidado comporta três dimensões que podem ser representadas por círculos concêntricos, expressando a ideia de imanência entre elas. A dimensão profissional é caracterizada pelo sempre singular encontro trabalhador-usuário em contextos organizacionais, e por seus três elementos essenciais: a postura ética, a competência e a capacidade de boa prática.

A dimensão organizacional caracteriza-se pelo irreversível processo de institucionalização das práticas de saúde, bem como por seus novos e mais variados atores, novas questões, novos desafios e problemas, que irão configurar a dimensão do cuidado. A divisão social do trabalho resulta em tensões, decorrentes das diferentes valorizações dos trabalhadores no que tange, por exemplo, remunerações, status de poder e autonomia, independente do anúncio de que todos são imprescindíveis para a finalização do cuidado.

A gestão do cuidado pode ser pensada em uma perspectiva sistêmica, caracterizando a terceira dimensão sugerida. Trata-se de apreendê-la como um conjunto de serviços da saúde com suas diferenças de funções e graus de incorporação tecnológica e seus fluxos inerentes ao processo.

Ao tratar da produção bibliográfica mais voltada ao processo de consolidação do SUS identificamos que a discussão do termo cuidado vem sendo associada à questão da integralidade e humanização das práticas de saúde. As autoras Bustamante e McCallum (2014), comentam que:

Ao refletir sobre a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão na Saúde (PNH), Benevides e Passos (2005, p. 392) apontam que a humanização “se constrói com as direções da inseparabilidade entre atenção e gestão e da transversalidade”, e como o fazer desta política se concretiza como “tecnologias relacionais”, onde a inseparabilidade das práticas de cuidado e de gestão do cuidado é central. No entanto, apesar de chamar a atenção sobre a centralidade do cuidado, esses autores não refletem sobre o conceito em si mesmo. (BUSTAMANTE; MCCALLUM, 2014, p. 675).

Para Ayres (2001), em um contexto de crise das práticas de saúde que prioriza as tecnociências, afastando-se das respostas às reais necessidades de saúde das pessoas, torna-se necessário a reflexão sobre o papel central do cuidado. Em face da crise, surgem iniciativas que propõem mudanças, entre elas a “humanização”.

A ideia do cuidado, então, vem na esteira do tentar (re) construir, tendo como ponto de partida as questões sociais tensionadas, uma gestão com o reconhecimento de atenção integral à saúde de indivíduos e comunidade. Busca-se recompor “competências, relações e implicações ora fragmentadas, empobrecidas ou desconexas.” (AYRES, 2009 apud BUSTAMANTE; MCCALLUM, 2014, p.681).

[...] se conceituarmos os fenômenos da saúde-doença como processos sociais e se aceitarmos o suposto de que processos sociais são históricos, complexos, fragmentados, orgânicos, corporais, conflitantes, dependentes e incertos, então precisamos gerar dispositivos interpretativos mais adequados para referenciar, com o devido rigor, os objetos da pesquisa científica em saúde. Para isso, torna-se urgente conceber e utilizar abordagens capazes de fazer justiça à natureza complexa e múltipla dos processos concretos relativos à vida, a aflição, sofrimento, dor, doença, cuidado, cura e morte – a saúde, enfim, que ocorrem em agregados humanos históricos. (ALMEIDA FILHO, 2011 apud BUSTAMANTE; MCCALLUM, 2014, p. 675).

Dentre as propostas de conceber e utilizar abordagens com elementos de justiça à natureza complexa dos processos relativos à vida, e em especial nas relações complexas no campo da saúde, destacam-se políticas que vem se conformando neste intenso contexto de disputa. Dentre elas, a Política Nacional de Humanização (PNH) apresenta uma proposta integradora, porém, soma-se ao cotidiano da produção em saúde no SUS, com questionamentos de sua operacionalidade que serão abordados na seção seguinte.

2.3 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

2.3.1 A evolução do conceito de humanização: do programa à política

No processo democrático que encerrou a ditadura militar no país, são inegáveis os avanços na abordagem sobre os direitos e garantias fundamentais. Com a Constituição Federal de 1988, o conceito de Seguridade Social, constante no referido documento, define que esta deve ser composta pelo tripé: Saúde, Previdência Social e Assistência Social. Vemos que tal concepção de proteção social no Brasil foi resultado da intensa mobilização social em prol da

ampliação da esfera pública e da democratização.

No tocante ao campo da saúde, destaca-se o ano de 1990, como sendo o ano que trouxe grandes mudanças, com a promulgação da Lei 8080 – Lei Orgânica da Saúde (LOS) – e da Lei 8142, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS.

Esses dois dispositivos legais que regulamentam o SUS promoveram ações assertivas no desdobramento de sua operacionalidade, porém, em tempos atuais, identificam-se lacunas no cotidiano das relações de trabalho com sérios entraves, tornando-se objeto de estudo entre os especialistas em saúde pública, que buscam propor caminhos de enfrentamento no processo de produção da saúde.

A premissa da garantia do direito à saúde através de ações de promoção, proteção e recuperação, está como tarefa primordial do SUS, baseando-se principalmente nos princípios da universalidade, equidade e integralidade. No entanto, tem-se a compreensão de que os princípios mencionados estão longe de serem efetivados, sendo exigido e engendrado ao longo de sua implementação, uma reflexão sobre as práticas de produção em saúde, que viabilizasse a efetividade de tais princípios.

Considerando que as ações e serviços de saúde não existem de forma isolada, por dependerem de intervenções profissionais em todos os níveis do sistema, se pressupõe que a efetividade da comunicação no atendimento às reais demandas de saúde da população, torne-se uma ferramenta a ser construída como fio condutor de todas as práticas de produção.

Ocorre que ao longo da implementação do SUS, apesar do modelo público e universalista ter sido reconhecido como política pública de saúde na Constituição Federal de 1988, ainda permanece a disputa entre os modelos antagônicos de atenção a saúde no cotidiano das relações de trabalho. Em geral as políticas buscam falar das relações interpessoais e institucionais com orientações de conduta tanto para coletividade quanto para singularidade.

A oportunidade de observação do movimento de implantação do SUS trouxe, para um grupo de estudiosos do Ministério da Saúde, a inquietação quanto às lacunas encontradas nas práticas de produção em saúde, relacionadas à capacidade das equipes em operarem mudanças no processo de trabalho.

Detectou-se que a investida da tecnologia parece ter gerado a impessoalidade na assistência, e com isso a imperiosa necessidade de equilibrar as relações entre tecnologia e a

variabilidade²⁰ da vida, fazendo com que alguns profissionais desenvolvessem de maneira isolada práticas exitosas, que foram consideradas importantes no processo de produção a saúde a serem compartilhadas.

Porém a ausência de uma proposta de comunicação horizontalizada desencadeou a fragmentação das boas práticas em produção de saúde, motivando a reflexão quanto à necessidade de propor uma política transversal, no sentido de horizontalizar as relações na gestão do trabalho no campo da saúde.

Todo esse esforço de reflexão culminou com o lançamento da PNH pelo Ministério da Saúde em 2003, com a consolidação das propostas humanitárias reconhecidas no campo da saúde, agora retomadas pela política em evidencia, com a característica de operar mudanças na gestão do trabalho do SUS.

A consolidação dos princípios e diretrizes do SUS, sob a perspectiva da integralidade, requer uma visão de totalidade do sistema por parte de todos os envolvidos em sua composição, questão retomada pela PNH, lançada em 2003 (BRASIL, 2004).

O caminho percorrido para que esta proposta se consolidasse como política necessita ser contextualizado e historicizado no intuito de apreendermos o real movimento de construção de seu conceito compreendido hoje como polissêmico. E é com essa intenção que iremos apresentar o contexto histórico protagonizado pelos atores sociais que promoveram a construção da atual PNH.

O “movimento de humanização” no Brasil, ocorre desde meados do século XX, chegando ao início do século subsequente, como uma política reconhecida em documento base ministerial no ano de 2003. Nesse processo de discussão e normatização da política em si, tem-se o caminho percorrido pelos atores sociais envolvidos, quanto à conceituação do termo “humanização”, reconhecendo que a única unanimidade que todos chegaram, foi a de que se trata de um conceito polissêmico.

Na busca de seus antecedentes, segundo Deslandes (2005), em meados de 1940, a temática da humanização já estava presente na formação médica nos Estados Unidos da América (EUA), com forte vinculação no que diz respeito ao papel social do médico na produção do cuidado. Observado o passar de alguns anos, necessários às experimentações isoladas por parte de vários profissionais, têm-se em 1972, em São Francisco nos EUA, o simpósio intitulado: “Humanizando o Cuidado em Saúde”, reconhecido como um marco da história da humanização.

²⁰A variabilidade da vida se refere à condição do usuário que sofre um incidente inesperado, variando repentinamente sua capacidade física, emocional e laboral, necessitando de uma resposta a sua singularidade.

No Brasil, a temática da humanização, foi reconhecida a partir da década de 1950, influenciada pela Declaração Universal dos Direitos Humanos²¹ e na defesa em prol da assistência ao parto humanizado. Nos diversos setores da saúde, a área hospitalar foi o lócus principal deste debate. Entre as décadas de 1950 e 1970, os debates acerca da proposta da então desconhecida “humanização”, mantinham suas referências, ainda que de maneira residual, em torno do confronto entre tecnologia x humanização, com tendência de se resgatar nesta novidade, valores caritativos e religiosos na percepção das autoras Casate e Corrêa (2005).

Percebe-se, ainda, que esse movimento em prol da humanização se intensifica a partir da década de 1970, com as experiências isoladas desenvolvidas por obstetras e enfermeiros, motivados pela natureza de suas ações específicas, porém, registram-se também, o envolvimento de outros profissionais inseridos ou não na área da saúde, que colaboraram décadas mais tarde, com a criação da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa).²²

Há de se destacar, que nesta luta antecedente a publicação da atual Política Nacional de Humanização (2003), o movimento de luta antimanicomial, motivado e baseado, também, na Declaração Universal dos Direitos Humanos, iniciou uma discussão a respeito da Saúde Mental no Brasil, contribuindo para esta reflexão coletiva, e posterior configuração de um “núcleo do conceito de humanização”, com ênfase na dimensão ética da relação entre usuários e profissionais de saúde. (ANDRADE; VAITSMAN, 2005).

Historicamente o modelo da assistência médica, sob os preceitos católicos, descrevia o sofrimento no momento do parto como desígnio divino, compreendido pelo pecado original, sendo dificultado e até mesmo penalizado qualquer apoio que aliviasse os riscos e dores do parto. Com o passar do tempo, a obstetrícia passa a reivindicar seu papel de resgatadora das mulheres, trazendo uma preocupação humanitária de resolver o problema da parturição sem dor, se afastando dos preceitos divinos e aproximando-se do campo do direito e da ética.

²¹ A Declaração Universal dos Direitos Humanos foi adotada pela ONU em dezembro de 1948. Destaca-se em seu artigo 25º: 1. Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade. 2. A maternidade e a infância têm direito a ajuda e a assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozam da mesma proteção social.

²² A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa) – é uma organização da sociedade civil que vem atuando desde 1993 em forma de rede de associadas(os) em todo o Brasil. Nosso objetivo principal é a divulgação de assistência e cuidados perinatais com base em evidências científicas. Essa rede tem um papel fundamental na estruturação de um movimento que hoje é denominado “humanização do parto/nascimento”.

Assim, na assistência ao parto, surge o termo “humanizar”, com os mais diversos sentidos. Apesar das muitas versões oferecidas, houve um entendimento no sentido de definir a humanização da assistência ao parto, como uma mudança na compreensão deste momento como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança no “que fazer” diante do sofrimento de uma mulher.

Para Diniz (2005), o termo humanização na assistência nasce ligado ao parto, datando ao início do século XX, polarizado por várias partes do mundo, com destaque nos países capitalistas centrais, desencadeado pelo modelo inspirado no considerado “Pai da obstetrícia”, Dr. Fernando Magalhães. Este modelo defendia a utilização de “narcóticos e do fórceps”, a fim de aliviar a dor das parturientes – em contraposição ao modelo anterior, vinculado à Igreja Católica.

Segundo as autoras Casate e Corrêa (2005), entre as décadas de 1950 a 1980:

[...] a humanização é enfocada, predominantemente, de modo circunscrito às relações interpessoais estabelecidas com o doente, bem como às questões administrativas de dada instituição (predominantemente hospitalar), mostrando-se desarticulada das dimensões político-sociais do sistema de saúde (CASATE; CORREA, 2005, p. 109).

Em especial no Brasil, a configuração do “núcleo do conceito da humanização”, passa pelo reconhecimento de quatro destacados eventos que contextualizam o cenário propício das reflexões humanitárias que configuraram os antecedentes históricos da PNH, a saber: a Reforma Psiquiátrica, a Reforma Sanitária, a VIII Conferência Nacional de Saúde e a promulgação da Constituição Federal de 1988.

As conexões que ocorreram entre estes eventos, passam, de maneira peculiar, pela busca da saúde no campo do direito e pelo convite a mudança de prática social. Observando as reivindicações destes eventos, tem-se, por exemplo, na Reforma Psiquiátrica, a busca de garantia de cidadania e respeito aos seus direitos e a individualidade. Contudo, no movimento da Reforma Sanitária, há a defesa da saúde como um direito de todos e um dever do Estado, com destaque para a universalidade do acesso e a integralidade das ações.

Na histórica VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, legitima-se a afirmação de um conceito ampliado de saúde, como resultante de condicionantes sociais, políticos e econômicos e, a consolidação do conceito de Seguridade Social, em seu tripé: saúde, previdência e assistência social, inscritos posteriormente na Constituição Federal de 1988, bem como seus desdobramentos em leis orgânicas que normatizam a política de saúde atual,

com seus já conhecidos entraves.

Na década de 1990, emerge a discussão da temática da humanização com maior ênfase para além da classe médica, ou seja, a proposta pensada em sua transversalidade com status de política e gestão.

Os debates acerca da temática da humanização nos anos 90 promoveram avanços significativos na direção de necessidades de mudanças nas práticas sociais de produção em saúde, tendo como destaque, o foco no sentido que liga a humanização ao campo dos direitos humanos, como o direito à privacidade, à confidencialidade da informação, ao consentimento do usuário em face de procedimentos médicos e o atendimento respeitoso por parte dos profissionais, potencializando propostas, programas e políticas de saúde (PEREIRA; BARROS, 2009).

A década de 1990 registra com veemência as novas reflexões sobre humanização no Brasil na oportunidade da 9ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1992. O tema foi retomado na 11ª Conferência Nacional de Saúde, em 2000, tendo como título “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”, suscitando a interferência nas agendas das políticas públicas de saúde.

Essa discussão foi criando ancoragem e uma necessidade premente em virtude dos desafios encontrados pelo SUS, no que diz respeito ao despreparo dos trabalhadores para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção.

Ainda em 2000, o então ministro da Saúde José Serra, cria o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), trazendo a proposta do aprimoramento das relações entre profissionais de saúde e usuários e a valorização da dimensão humana e subjetiva de todo ato de assistência à saúde. Nesse momento, “ao identificar o número significativo de queixas dos usuários referente aos maus tratos nos hospitais” (BRASIL, 2000, p. 3), e, como forma de dar resposta a essas necessidades, convida vários profissionais da área de saúde mental para elaboração da proposta.

Conforme Benevides e Passos (2005), entre os anos de 1999 e 2002, conviveram em paralelo com o PNHAH ações e programas de cunho humanitário, também propostos pelo Ministério da Saúde. Observa-se, no entanto, que o termo humanização, não se encontra descrito nessas narrativas, porém o conceito os perpassa.

Consideramos relevante elencarmos alguns destes programas e ações, para reavivarmos nossas experiências institucionais, a saber: Carta ao Usuário (em 1999); Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH, em 1999); Programa de

Acreditação Hospitalar (em 2001); Programa Centros Colaboradores para a Qualidade e Assistência Hospitalar (em 2000); Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde (em 1999); Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000); Norma de Atenção Humanizada de Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (em 2000), dentre outros.

Em novembro de 2003, na gestão do governo de Luiz Inácio Lula da Silva, é realizada em Brasília, a “Oficina Nacional Humaniza SUS: Construindo a PNH”. Esta ação contou com a composição de uma nova equipe para o Ministério da Saúde, que engendrou as alterações necessárias ao PNHAH enquanto programa de governo, em resposta ao movimento da temática da humanização.

Esse momento foi marcado pela socialização do trabalho efetuado ao longo do ano pela equipe do Ministério da Saúde, que procurou acompanhar as políticas, programas e ações que estavam sendo desenvolvidos no âmbito da saúde, além de alterar a condição da “humanização”, ampliando seu alcance, e transformando-a de programa em uma política, agora reconhecida como PNH, já em 2004. (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Atualmente, o conceito de humanização se constitui pelo acúmulo de representações das ações práticas e refletidas a luz de aporte teórico no campo de saúde. Em versão inicial, a proposta foi compreendida por parte considerável dos trabalhadores e gestores, envolvidos no processo de saúde, como uma possível acusação unilateral e culpabilizante de maus-tratos ao usuário.

Porém, posteriormente, o conceito ultrapassou a noção de caritas, voltado à prática da caridade como indicador de elevação moral, dando eco para os comentários informais nos “corredores” de ações “romantizadas”.

Exatamente nesse contexto de afastamento e desapropriação do conceito de humanização, que se valida o papel das “Comissões de Humanização” nas instituições de saúde, orientadas pela política vigente, com a responsabilidade de desconstruir a conotação assistencialista de cunho moral herdada do processo histórico de acúmulo teórico do conceito, que propõe o caminho de operar mudanças nas relações de trabalho.

No entanto, faz-se necessário, revisitarmos os conceitos elaborados por alguns estudiosos da temática em cena, para que possamos capturar nas aproximações conceituais, o movimento da realidade a ser refletido no cotidiano do trabalho e quiçá projeta-los em nossas ações concretas correlatas as atribuições da profissão.

Para Deslandes (2004, p. 8) “o conceito de humanização da assistência ainda carece de

uma definição mais clara, conformando-se mais como uma diretriz de trabalho, um movimento de parcela dos profissionais e gestores, do que um aporte teórico-prático”

Para Casate e Corrêa (2005, p. 110), a humanização “envolve questões amplas que vão desde a operacionalização de um processo político de saúde calcado em valores como a cidadania, o compromisso social e a saúde (...) e passando pela revisão das práticas de gestão”.

Para Andrade (2007), a humanização em saúde está voltada para as práticas concretas comprometidas com a produção de saúde e com os sujeitos, de tal modo que atender melhor o usuário se dá em sintonia com melhores condições de trabalho e de participação dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Esse voltar-se para as experiências concretas considera o humano em sua capacidade criadora e singular inseparável dos movimentos coletivos que o constituem.

Para Hennington (2008), a PNH pretende reorientar as práticas em saúde numa perspectiva de transversalidade. A partir da democratização das relações de trabalho e da valorização dos trabalhadores da saúde, preconizou-se a construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde, estimulando assim o protagonismo e autonomia de sujeitos, bem como sua corresponsabilidade nos processos de gestão e atenção. Dessa forma, o modelo coletivo de produção de saúde e de sujeitos e a cogestão se tornam conceitos norteadores da PNH como política pública.

Para Puccini e Cecílio (2004), vão considerar que a humanização apresenta um movimento crescente, que assume diferentes sentidos de acordo com a proposta de intervenção.

O caminho proposto de uma “reumanização” da medicina guarda forte apego bucólico, limitando-se à questão da formação médica e seu caráter clássico perdido por força da tecnologia. Reduz a questão a um problema no interior da epistemologia médica, procurando retomar, por meio da volta ao passado, o caráter técnico e moral perdido, restaurando um médico idealizado na literatura romântica. Avalia-se, assim, que essa discussão, sem a devida articulação com a evolução das relações sociais, sem a presença da concepção da totalidade concreta, dos interesses, das classes sociais, da cultura, do Estado moderno, não consegue ultrapassar uma saudade idealizada, uma inconformada racionalidade religiosa perdida. (PUCCINI; CECÍLIO, 2004, p. 1345).

As reflexões conceituais acima nos apresentam parte do esforço destes autores, em construir o referido acúmulo de representações das ações práticas, imputando a necessidade de cada vez mais nos revisitarmos reflexivamente em colaboração ao enfrentamento conceitual da temática em questão. A luta institucional é a de desconstruir a

percepção e ação prática de “certo processo de banalização dos desafios que o conceito construído propõe com tendências ao seu esvaziamento.” (DESLANDES; MITRE, 2009).

Compreendendo a humanização como uma política transversal construída pelo referido acúmulo de representações das ações práticas já mencionadas, iremos discutir no próximo subtítulo, a importância de se compreender a finalidade prescrita desta política em tela.

2.3.2 O discurso do texto da política nacional de humanização

A reestruturação do capitalismo, aliado as bases neoliberais, através de seus “modelos de gestão”, gera um quadro de agravamento e perdas para a classe trabalhadora sem precedentes. Observa-se que as relações de trabalho, pautadas em regras endurecidas, repercutem significativamente no processo saúde doença da população brasileira. Dentre as várias consequências decorrentes dessa relação desigual, destaca-se o adoecimento e a dificuldade experimentada pelos trabalhadores quanto ao acesso aos serviços básicos de saúde e enfrentamento da vulnerabilidade decorrente da doença.

Tal inacessibilidade aos serviços de saúde se configura como elemento decisivo na desestruturação das relações cotidianas dos trabalhadores. O acúmulo sequencial de eventos desta natureza que cerceia o direito a saúde “universal”, gera forte impacto para o cotidiano do trabalhador, partindo desde o sofrimento agudo na doença sem acesso ao atendimento de urgência/emergência, até aos casos de atrasos na definição de diagnósticos com agravamento da doença, negação ao início do tratamento, entre outros. Este cenário se faz somado aos quadros de extrema pauperização pela também inacessibilidade à rede de proteção social, cada vez, mas severa em seus critérios de elegibilidade.

Reconhecemos que as políticas de saúde, quanto às demais políticas sociais, inserem-se no cenário de confronto com um contexto socioeconômico marcado pela reestruturação do capitalismo, vinculadas aos propósitos de ajustamento em bases neoliberais, o que implica na diminuição do investimento e das responsabilidades assumidas pelo Estado, com a defesa da privatização dos serviços e da construção de um perfil de cidadão cada vez mais consumidor e individualista.

Segundo Bravo (2006), a contrarreforma parte do suposto que o correu um desvio de suas funções básicas por parte do Estado, ao permitir de maneira exponencial sua presença no setor produtivo, colocando em cheque o modelo econômico vigente. Vemos que a saúde, em

meio à contrarreforma do Estado, tendencia-se em terreno fértil à mercantilização dos serviços através das Organizações Sociais (OSs), das Fundações Públicas de Direito Privado e, mais recentemente, da Empresa Brasileira de Serviço Hospitalar (EBSERH), sob a Lei 12.550/2011, assinada pela atual presidente, Dilma Rousseff.

Em meio ao cenário de desmonte das políticas sociais, em especial, no campo da saúde, localizamos nesse contexto a PNH, observado que seu processo de construção como política propositiva, passa pela proposta de mudança dos modelos de atenção e gestão, fundados na racionalidade biomédica (fragmentados, hierarquizados, centrados na doença e no atendimento hospitalar).

Porém, retornando aos conceitos, tem-se o alerta de que uma política que não situe estas questões corre sério risco de servir, em grande medida, para o ocultamento das contradições sociais, e por consequência, operacionalizando uma prática de saúde romantizada e desprovida dos elementos críticos essenciais para os enfrentamentos das desigualdades sociais e garantia de acesso.

Portanto, para a construção de uma Política de Qualificação do SUS, a humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, não podendo ser entendida como apenas um “programa” a mais a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS.

Essa referida política propõe o movimento de mudança dos modelos de atenção e gestão fundados na racionalidade biomédica. A proposta afirma-se como política pública de saúde, com base nos seguintes princípios: transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão e protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos coletivos.

A política em tela orienta a necessidade da inseparabilidade entre clínica e política, o que implica a inseparabilidade entre atenção e gestão dos processos de produção de saúde. A compreensão da transversalidade fica entendida como aumento do grau de abertura comunicacional nos grupos, e entre os grupos, isto é, a ampliação das formas de conexão intra e intergrupos, promovendo mudanças nas práticas de saúde (PASSOS, 2006).

Quando observamos as diretrizes da PNH, vemos em suas orientações gerais, a expressão quanto ao método da inclusão de usuários, trabalhadores e gestores na gestão dos serviços de saúde, por meio de práticas como: a clínica ampliada, a cogestão dos serviços, a valorização do trabalho, o acolhimento, a defesa dos direitos do usuário, entre outras.

A PNH emerge com o propósito de promover alterações no modelo assistencial aos usuários do SUS no eixo das instituições, gestão do trabalho, financiamento, atenção,

educação permanente, informação, comunicação e gestão. Ao observarmos o eixo da atenção, vemos a proposta de “uma política incentivadora do protagonismo dos sujeitos e da ampliação da atenção integral da saúde, promovendo a intersetorialidade” (BRASIL, 2004, p. 19).

O grande desafio da intersetorialidade está na ação operacional da política em questão, quando propõe a troca e a construção de saberes no trabalho em rede com equipes multiprofissionais, identificando necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde.

Identifica-se na PNH, a opção pelo pacto entre os diferentes níveis de gestão do SUS (federal, estadual e municipal), seguido das diferentes instâncias de efetivação das políticas públicas de saúde (instâncias da gestão e da atenção), assim como entre gestores, trabalhadores e usuários desta rede. Defende o resgate dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS, reconhecendo os gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde, e da construção de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS (BRASIL, 2004).

No entanto, as repercussões desta proposta de ação foi secundarizada por gestores e profissionais de saúde, porém requisitada pelos usuários atingidos pelas consequências da ação fragmentada. Temos, por um lado, a reivindicação dos usuários pelo direito a atenção ao modo resolutivo e acolhedor; e, por outro lado, os profissionais lutando por melhores condições de trabalho. Os críticos às propostas humanizantes, no campo da saúde, denunciavam que as iniciativas em curso se reduziam, grande parte das vezes, as alterações que não chegavam efetivamente a colocar em questão os modelos de atenção e de gestões instituídas. (PEREIRA; BARROS, 2009).

Essa política trouxe aos trabalhadores da saúde, e em especial, para os assistentes sociais o chamamento à viabilidade de seus princípios e diretrizes, tendo por essência a humanização. Parece surgir na contramão do contexto contemporâneo deste segmento político, absorvido pelos valores neoliberais em suas relações, logo em movimento oposto a proposta de cunho humanístico, com o florescimento de valores individualistas e o fortalecimento da consolidação do projeto voltado para a privatização, sendo uma das estratégias persuasivas da ordem burguesa (VIANNA, 1999).

A finalidade prescrita da PNH tem sido alterar a maneira de trabalhar e de interferir nos processos de trabalho no campo da Saúde. Com esse objetivo, uma das direções de abordagem é a criação de formas de trabalho que não se submetam à lógica dos modos de funcionamento instituídos.

A proposta da humanização aparece nas diversas práticas sociais, como a necessária redefinição das relações humanas na assistência, como revisão do projeto do cuidado, e mesmo da compreensão da condição humana, das condições dadas a exercer a autonomia, a liberdade e o acesso e garantia aos direitos humanos.

O compromisso em dar respostas humanizadas, em seu sentido teórico/prático, aos anseios dos usuários e trabalhadores do campo da saúde, passa pelo enfrentamento do desafio conceitual que o processo de humanização ampliou até os dias atuais.

O desafio está posto a todas as profissões que compõem as categorias profissionais no segmento da saúde, trazendo em especial para o Serviço Social, o comprometimento na tarefa permanente de refletir a luz da teoria, o conceito ampliado de humanização.

Portanto, a tarefa de identificar as potencialidades inscritas nas atribuições específicas da profissão, em prol de um movimento de renovação das práticas sociais, se consolida em um movimento dialético de promoção a redução das desigualdades sociais e garantia de acesso aos níveis correspondentes, refletindo em especial para o Serviço Social, como a capacidade técnica, ética e política ao alinhamento proposto no projeto de renovação profissional.

CAPÍTULO 3

METODOLOGIA DO ESTUDO

3.1 APOIO TEÓRICO METODOLÓGICO

O presente estudo foi situado no campo da pesquisa qualitativa e leva em consideração que nas ciências sociais, este tipo de abordagem tem sido mais utilizado nos estudos culturais, educativos e sociológicos, já que possibilitam uma interpretação e análise explicativa do caráter humano e subjetivo²³. Conforme Minayo (2001),

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (MINAYO, 2001, p. 22).

Esta pesquisa apresentou como aporte teórico-metodológico o método do materialismo histórico dialético, no qual o ponto de partida foi o reconhecimento de que nada se sabe sobre o objeto. Tal desconhecimento nos inclinou a iniciarmos a análise, a partir do ponto de vista da aparência do objeto, por ser na imediatez que se apresenta na realidade, o que nos possibilitou decompô-lo em seus elementos simples.

Conforme Kosik apud Araújo (2002), o nosso grande desafio é ir desvelando a “pseudoconcreticidade” do real. Sendo assim, é a partir da aparência que nos é possível chegar à essência do nosso objeto, como afirma Kosik,

[...] o mundo da pseudoconcreticidade é um claro-escuro de verdade e engano. O seu elemento próprio é o duplo sentido. O fenômeno indica a essência e, ao mesmo tempo, a esconde. A essência se manifesta no fenômeno, mas só de modo inadequado, parcial, ou apenas sob certos ângulos e aspectos. O fenômeno indica algo que não é ele mesmo e vive apenas graças ao seu contrário. A essência não se dá imediatamente; é mediata ao fenômeno e, portanto, se manifesta em algo daquilo que é. [...] (KOSIK apud ARAUJO, 2002, p. 4).

²³ Num embate frontal com o positivismo, a sociologia compreensiva propõe a subjetividade como o fundamento do sentido da vida social e defende-a como constitutiva do social e inerente à construção da objetividade nas ciências sociais. Os autores que seguem tal corrente não se preocupam em quantificar, mas, sim, em compreender e explicar a dinâmica das relações sociais que, por sua vez, são depositárias de crenças, valores, atitudes e hábitos. Trabalham com a vivência, com a experiência, com a cotidianidade e também com a compreensão das estruturas e instituições como resultadas da ação humana objetivada. Ou seja, desse ponto de vista, a linguagem, as práticas e as coisas são inseparáveis (MINAYO, 2001, p. 24).

A tarefa da decomposição dos elementos simples torna-se o passo²⁴ necessário na busca do desvendamento deste objeto de estudo, que agora, segue na busca de quais relações possam existir entre estes elementos simples, e o que já é de conhecimento do pesquisador. Trata-se, nesse sentido, de buscar a particularidade do objeto partindo da vinculação entre o singular e o universal. “Desta forma, o objeto, antes uma faceta do ‘concreto caótico’ – ou o ponto de partida original, transforma-se a partir do processo de abstração (realizado pelo intelecto) em uma expressão do chamado ‘concreto pensado’ – o resultado da pesquisa” (GRAVE, 2004, p. 16).

Todo processo investigativo parte de um problema com uma questão, com uma dúvida ou com uma pergunta, vinculados a conhecimentos anteriores, porém, também podem requisitar a criação de novos referenciais. O conhecimento, previamente sistematizado por outros estudiosos, é utilizado como feixe de luz sobre a questão de nossa pesquisa, sendo a chamada teoria, que tem por finalidade a explicação e compreensão de um fenômeno, um processo ou um conjunto de fenômenos e processos, apresentando sempre um caráter abstrato.

Há de se registrar que nenhuma teoria, por mais bem elaborada que seja, dá conta de explicar todos os fenômenos e processos. A tarefa do investigador de separar e recortar determinados aspectos significativos da realidade ora apresentada em sua aproximação com o objeto de estudo para trabalhá-los, torna-se essencial para a tarefa seguinte de interconexão sistemática entre eles. (MINAYO, 2001, p. 18).

Conforme, Grave (2004),

[...] com efeito, o ‘método das duas vias’ – ida e volta indicado por Marx configura-se na maneira que o intelecto encontrou para desvendar, no plano da subjetividade, as exigências históricas e ontológicas postas pela própria realidade, seja na dimensão da singularidade, da universalidade e da particularidade. (GRAVE, 2004, p. 16).

No caminho percorrido para se chegar à essência dos fenômenos, faz-se necessário o exercício da abstração no movimento do pensamento, ou seja, percorrer do abstrato ao concreto. O todo só se torna compreensível a partir do processo de abstração e do retorno ao concreto, sendo agora, o concreto pensado (MARX apud NETTO, 2011, p. 45).

Segundo Netto (2011), as reflexões conceituais sobre as “determinações”, destacadas

²⁴Para Gil (1999), o método científico é um conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos utilizados para atingir o conhecimento. Para que seja considerado conhecimento científico, é necessária a identificação dos passos para a sua verificação, ou seja, determinar o método que possibilitou chegar ao conhecimento. Segundo o autor, já houve época em que muitos entendiam que o método poderia ser generalizado para todos os trabalhos científicos. Os cientistas atuais, no entanto, consideram que existe uma diversidade de métodos, que são determinados pelo tipo de objeto a pesquisar e pelas proposições a descobrir.

no pensamento de Marx, são assim traduzidas: “o conhecimento concreto do objeto é o conhecimento das múltiplas determinações”. “As determinações são traços pertinentes aos elementos constitutivos da realidade – tanto mais se reproduzem as determinações de um objeto, tanto mais o pensamento reproduz a sua riqueza (concreção) real”. As “determinações mais simples” circundam o nível da universalidade, na imediaticidade do real, mostrando-se como singularidades. Neste sentido, o movimento de construção do conhecimento concreto operacionaliza-se no tripé: universalidade, singularidade e particularidade (NETTO, 2011, p. 45).

A partir do intermédio do conhecimento, o homem se torna apto a chegar à essência dos fenômenos e agir teleologicamente sobre o real modificando-o, isto é, o conhecimento é o caminho para a práxis, sendo esta a proposta do método marxiano²⁵.

Para Minayo (2010), a metodologia é uma sistemática volta para abordar a realidade e a opção metodológica de uma pesquisa está, de forma intrínseca, vinculada à visão social de mundo do pesquisador e aos recortes epistemológicos, temporal e espacial, que seleciona para elaborar e sistematizar os fatos da realidade.

Tem-se como referencial teórico-metodológico o pensamento histórico dialético que nos conduz a produção do conhecimento. Os pressupostos contidos na produção marxiana, nos apresentam algumas categorias²⁶ ontológicas como: historicidade, totalidade, contradição e mediação, sendo que para Netto (2011), a três últimas são nucleares no pensamento marxiano, tornando-se fundamentais para a produção do conhecimento, dando corpo ao método em sua função social de conhecer para transformar.

Ainda em Netto (2011), para Marx, “a teoria é o movimento real do objeto transposto para o cérebro do pesquisador – é o real reproduzido e interpretado no plano ideal (do pensamento)”, ou seja, o conhecimento teórico é o próprio conhecimento do objeto, de sua “estrutura” e “dinâmica”. É esta reprodução que constitui o conhecimento teórico. Quanto

²⁵[...] nas Ciências Sociais existe uma identidade entre sujeito e objeto. A pesquisa nessa área lida com seres humanos que, por razões culturais, de classe, de faixa etária, ou por qualquer outro motivo, têm um substrato comum de identidade com o investigador, tomando-os solidariamente imbricados e comprometidos, como lembra Lévi-Strauss (1975): “Numa ciência, onde o observador é da mesma natureza que o objeto, o observador, ele mesmo, é uma parte de sua observação” (MINAYO, 2001, p. 14).

²⁶A palavra categoria, em geral, se refere a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si. Essa palavra está ligada à ideia de classe ou série. As categorias são empregadas para se estabelecer classificações. Nesse sentido, trabalhar com elas significa agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso. Esse tipo de procedimento, de um modo geral, pode ser utilizado em qualquer tipo de análise em pesquisa qualitativa. As categorias podem ser estabelecidas antes do trabalho de campo, na fase exploratória da pesquisa, ou a partir da coleta de dados. Aquelas estabelecidas antes são conceitos mais gerais e mais abstratos. (MINAYO, 2001, p. 70).

maior a fidelidade do sujeito ao seu objeto, mais verdadeiro o será. Marx observou neste momento, que o método com o qual trabalha, é o dialético, mas com a ressalva de que não se tratava da dialética Hegeliana, mas sim seu oposto:

Meu método dialético, por seu fundamento, difere do método hegeliano [...] para Hegel o processo do pensamento [...] é o criador do real, e o real é apenas sua manifestação externa. Para mim, ao contrário, o ideal não é mais do que o material transposto para a cabeça do ser humano e por ele interpretado. (MARX, 1968, p. 16 apud NETTO, 2011, p. 21).

Na pesquisa marxiana o objetivo é o conhecimento das categorias que constituem a articulação interna da sociedade burguesa. Para Netto (2001, p. 46), as referidas categorias são objetivas, reais, históricas e transitórias. Portanto, torna-se necessário conhecer a gênese histórica de uma categoria. Porém, há de se ter clareza que a sua gênese não determina o desenvolvimento ulterior de uma categoria. Entretanto, o estudo das categorias deve conjugar a “análise diacrônica (da gênese e desenvolvimento) com a análise sincrônica (sua estrutura e função na organização atual)” (NETTO, 2011, p. 49).

A totalidade se deve a união dos complexos sociais que formam o tecido da sociedade, sendo uma categoria dinâmica que se articula à categoria da contradição, em razão do constante movimento de transformação da sociedade. Já a categoria da mediação, indica as relações estabelecidas, mediadas pela estrutura da totalidade. Neste sentido, ao perceber o movimento articulado destas três categorias, Marx estabelece sua perspectiva teórico-metodológica.

As reflexões supracitadas nos indicam um caminho metodológico para a constatação de que o método de Marx nos instrumentaliza para o desvelamento da realidade, com a capacidade de produzir o conhecimento. É a partir do intermédio do conhecimento que o homem se torna apto a chegar à essência dos fenômenos, e agir teleologicamente sobre o real modificando, isto é, o conhecimento é o caminho para a práxis.

Envolvidos nessa atmosfera crítica e comprometida com uma abordagem dialética, reconhecemos a inserção do Assistente Social no campo da saúde, como expressão da prática social, compreendendo suas singularidades como parte de uma totalidade, imersa na dinamicidade da sociedade em constante transformação.

Alinhado e apoiado a este referencial teórico citado, apresentamos o percurso metodológico da pesquisa, na intenção de desvelar as contradições inerentes as dimensões do processo de Renovação da profissão do Serviço Social, e da Política Nacional de

Humanização, tendo como base norteadora do estudo, a concepção de prática social em saúde.

3.2 O PERCURSO METODOLÓGICO ELEGIDO

Essa pesquisa elegeu quatro documentos oficiais textuais, pertinentes ao estudo em evidência: Lei de regulamentação da profissão (Lei 8.662/93) com referência a resolução que a reconhece como profissional de saúde (nº 218/97), Código de Ética Profissional; Resolução do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) nº 273/93, Parâmetros para atuação do assistente social na saúde (2010) e o documento base da Política Nacional de Humanização publicado em 2004, (BRASIL, 2004).

Após a exploração dos documentos elegidos para pesquisa na fase de busca das fontes primárias, seguiu-se para a fase das fontes secundárias, que nos permitiram o acesso às produções científicas voltadas ao tema. Para tanto, foram consultados livros, artigos, relatórios, dossiês e dissertações. Nas bases de dados on-line: SCIELO (Biblioteca Científica Eletrônica em linha) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) foram utilizados os seguintes descritores na consulta aos artigos: prática social em saúde, processo de renovação do trabalho do Serviço Social e política nacional de humanização. O período da pesquisa compreendeu os anos de 1990-2015.

A aproximação com a literatura disponível permitiu evidenciar que há uma vasta produção relacionada ao termo humanização, passando das experiências isoladas anteriores a 2003, às críticas de sua interpretação e implementação enquanto política propositiva no campo da gestão em saúde. Quanto ao processo da ação profissional dos Assistentes Sociais, identificou-se um conjunto de referências dos aspectos sócio-históricos da formação profissional, quando na emergência do Serviço Social Brasileiro, apreendendo o seu processo de renovação permanente, face às transformações societárias experimentadas e enfrentadas pela categoria.

Destacamos, contudo, que os artigos relacionados ao Serviço Social e Humanização, apresentaram de forma geral, relatos de experiência na linha de execução da política, percorrendo sobre os limites e possibilidades quanto ao chamamento para que a categoria componha os grupos de trabalho. Por fim, o termo Prática Social como fio condutor da centralidade deste debate, surgiu também em vasta produção como categoria amplamente estudada no campo de produção da saúde.

A aproximação com as produções literárias endossaram a relevância deste estudo

acerca da prática social, e sua relação com as dinâmicas de renovação do Serviço Social e a Política de Humanização no cotidiano do trabalho do campo da saúde.

O desafio foi o de compreender os sujeitos políticos e históricos que produziram esses documentos, identificando o tempo e contexto em que foram produzidos e publicados, confrontando-os uns aos outros, para perceber-se nos elementos do discurso em que foram formuladas as concepções, se há contradições e similitudes.

Consideramos que os documentos oficiais supracitados, nos oferecem uma gama de informações em sua linguagem, nos instigando a pesquisar a referida “hegemonia discursiva” elaborada por Jamenson (1997 apud SHIROMA, 2004).

A opção de analisar os textos impõe a tarefa de darmos relevo aos processos intertextuais²⁷ que constituem os discursos, capturando o silêncio que acompanha as palavras, na compreensão de que este indica que o sentido pode sempre ser outro. (ORLANDI, 1999, p. 83).

Para tanto, identificou-se a técnica de análise de conteúdo, por ser amplamente utilizada em estudos qualitativos, a partir do conceito elaborado por Bardin (2009), eleito como caminho metodológico para análise dos dados. Infere a autora, que a referida técnica se define por “um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos.” (BARDIN, 2009, p. 9), prestando-se a analisar diferentes fontes de conteúdos verbais ou não verbais.

Na análise do material, busca-se classificá-los em temas ou categorias que auxiliam na compreensão do que está por trás dos discursos. O caminho percorrido pela análise de conteúdo, ao longo dos anos, perpassa diversas fontes de dados, como: notícias de jornais, discursos políticos, cartas, anúncios publicitários, relatórios oficiais, entrevistas, vídeos, filmes, fotografias, revistas, relatos autobiográficos, entre outros. (SILVA, FOSSÁ, 2013, p. 2).

A técnica da análise de conteúdo abrange variadas etapas para conferir significação aos dados coletados. Entretanto, as diferentes fases inerentes a análise de conteúdo citadas por diferentes autores, diferenciam o uso de terminologias, porém com semelhanças e aproximações terminológicas, tendo todos como balizador as etapas de Bardin (2006), estando organizadas em três fases: 1) Pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos

²⁷[...] o conceito de intertextualidade aponta para a produtividade dos textos, para como os textos podem transformar textos anteriores e reestruturar as convenções existentes; esse movimento, que atesta a historicidade intrínseca dos textos, pois implica uma dupla relação – dos textos na história e da história nos textos –, permite compreender também os processos intertextuais como processos de luta hegemônica na esfera do discurso, que têm efeitos sobre a luta hegemônica, assim como são afetados por ela no sentido mais amplo. (FAIRCLOUGH, 2001, p. 135).

resultados, inferência e interpretação. (SILVA; FOSSÁ, 2013, p. 4).

A primeira fase da pré-análise compreende a leitura geral do material eleito e sua organização, para condução das operações sucessivas de análise que compreende: a) leitura flutuante, b) escolha dos documentos, c) Formulação das hipóteses e objetivos e d) elaboração de indicadores.

A segunda fase se detém na exploração do material, que consiste na construção das operações de codificação, considerando os recortes dos textos em unidades de registros (a exemplo textos de documentos político/jurídico), identificando palavras chaves. Aqui se estabelece a regra livre e criativa de contagem e a classificação e agregação das informações em categorias simbólicas pelo pesquisador. Têm-se, nesse momento, as primeiras categorias agrupadas de acordo com temas correlatos, originando as categoriais iniciais, intermediárias e finais.

Finalizando a explicitação da técnica, tem-se a terceira fase que compreende o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A análise comparativa é elaborada por via da justaposição das diferentes categorias existentes em cada análise, buscando-se o destaque dos aspectos considerados semelhantes ou concebidos como diferentes.

Sustentada pela técnica da análise de conteúdo, proposta por Bardin (2009), seguiu-se com a construção das tabelas contendo as categorias iniciais extraídas dos quatro documentos em estudo para, posteriormente, seguir-se com a condução da análise dos dados. Foram respeitadas as etapas necessárias e inerentes ao método apresentado, na tarefa de conferir significação aos dados codificados e classificados na pesquisa em tela, conforme segue tabela demonstrativa da técnica aplicada.

Após a seleção dos documentos e organização em arquivos separados, foi realizada a leitura flutuante de cada documento para a primeira aproximação com o teor dos assuntos defendidos pelos mesmos. A segunda aproximação foi realizada através de uma leitura mais atenta e guiada pelos conceitos trabalhados nos capítulos anteriores. Nesse momento, foram destacadas frases, expressões e palavras do corpo do texto de cada documento, gerando o registro em células das chamadas categorias iniciais.

Realizado esse exercício de leitura guiada com os quatro documentos elegidos para o estudo, seguiram-se com um terceiro momento onde se buscou agrupar as semelhanças do contexto dos textos definidos em quatro codificações, a saber:

TABELA 1 –Guia Analítico

CODIFICAÇÃO	GUIA ANALÍTICO
-------------	----------------

A	Prática profissional anterior aos anos de 1990
B	Superação da lógica produtivista nos anos de 1990
C	Legalidade, atribuições e competências profissionais do Serviço Social.
D	Serviço Social na saúde

Fonte: Do próprio autor, 2016.

O primeiro documento refere-se à lei nº 8662 de junho de 1993, que dispõe sobre a profissão de Assistente Social, dando corpo jurídico a regulamentação da Profissão do Serviço Social. A lei se compõe de 24 artigos, que rezam sobre as competências e atribuições privativas da profissão, bem como a ação do conjunto Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) com destaque para alteração trazida para a Lei nº 12.317 de 26 de agosto 2010, que trata da jornada de 30 horas semanais.

TABELA 2 – Lei de nº 8662 de sete de junho de 1993 - Regulamentação da Profissão do Serviço Social

DOCUMENTO I Lei de nº 8662 de sete de junho de 1993 - Regulamentação da Profissão do Serviço Social	
CODIFICAÇÃO	CATEGORIAS INICIAIS
A	Desdobramentos do cunho neoliberal contidos nos textos políticos publicado nos anos de 1990
A	Exercício profissional
A	Orientação social a indivíduos e grupos
B	Coletividade
B	Gestão
B	Fiscalização
B	Disciplina/normatizar
B	Legislação
B	Defesa dos direitos
C	Formação profissional
C	Competências
C	Atribuições privativas
C	Jornada de 30 horas semanais
C	Ética

Fonte:Brasil, 2011.

O segundo documento refere-se ao Código de Ética do Assistente Social, com texto aprovado em 13/03/1993, com as alterações introduzidas pelas resoluções CFESS nº 290/94, 293/94, 333/96 e 594/11. O documento se compõe por onze princípios fundamentais. No Título I se refere às Competências do CFESS, o Título II dos Direitos e Responsabilidades

Gerais do Assistente Social, no Título III das Relações Profissionais, subdividido em seis capítulos: no capítulo I se refere às relações com os usuários, no capítulo II trata das relações com as instituições empregadoras e outras, no capítulo III referem das relações com Assistentes Sociais e outros/as profissionais, no capítulo IV reza das relações com entidades da categoria e demais organizações da sociedade civil, no capítulo V referem-se ao sigilo profissional, no capítulo VI trata das relações do/a Assistente Social com a justiça. Finalmente, no Título IV fala da observância, penalidade, aplicação e cumprimento do referido código.

TABELA 3 - Código de Ética do Assistente Social - Código de Ética do Assistente Social, com texto aprovado em 13/03/1993, com as alterações introduzidas pelas resoluções CFESS nº 290/94, 293/94, 333/96 e 594/11

DOCUMENTO II	
Código de Ética do Assistente Social - Código de Ética do Assistente Social, com texto aprovado em 13/03/1993, com as alterações introduzidas pelas resoluções CFESS nº 290/94, 293/94, 333/96 e 594/11	
CODIFICAÇÃO	CATEGORIAS INICIAIS
A	Prática profissional
A	Autonomia no exercício da profissão
A	Policiamento dos comportamentos
A	Cerceamento da liberdade
A	Transgressão e convivência com condutas antiéticas
A	Respeito às decisões dos usuários
A	Desburocratizar as relações com usuários
A	Exercício de sua autoridade
A	Bloquear acesso dos usuários
A	Integrar comissões interdisciplinares
A	Denunciar falhas nas normas e regulamentos
A	Contribuir para alteração nas correlações de forças na instituição
A	Empenho na viabilidade de acesso ao direito
A	Denunciar violação da lei dos Direitos Humanos
B	Liberdade
B	Democracia
B	Equidade
B	Justiça social
B	Universalidade
B	Respeito à diversidade
B	Gestão democrática
B	Pluralismo
B	Nova ordem societária
B	Participação população usuária
B	Democratizar as informações
B	Respeitar as normas e princípios

B	Sigilo profissional a favor do usuário
B	Eficiência e responsabilidade
B	Publicado nos anos de 1990
C	Recusa do arbítrio (servidão)
C	Acesso aos direitos da classe trabalhadora
C	Qualidade
C	Competência
C	Livre exercício
C	Inviolabilidade do local de trabalho
C	Aprimoramento profissional
C	Condições de trabalho condignas
C	Livre acesso ao usuário
C	Ser solidário
D	Discussão das diferenças

Fonte:Brasil, 2012.

O terceiro documento se refere aos Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Saúde, publicado pelo CFESS em 2010. O corpo do documento se compõe de subtítulos que tratam dos temas: atendimento direto aos usuários, ações socioassistenciais, articulação com as equipes de saúde, ações socioeducativas, mobilização, participação e controle social, investigação, planejamento e gestão e assessoria, qualificação e formação profissional.

TABELA 4 - Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde - CFESS 2010

DOCUMENTO III Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde - CFESS 2010	
CODIFICAÇÃO	CATEGORIAS INICIAIS
A	Atribuições e competências
A	Ações sócio assistenciais
A	Ações de articulação com a equipe
A	Ações socioeducativa
A	Práticas conservadoras
A	Campo privilegiado de atuação dos assistentes Sociais – atendimento aos trabalhadores
A	Espaços de atuação: hospitais
A	Ampliação do assistencialismo
A	Segmentos mais pobres da população
A	Neutralidade
A	Fragmentação
A	Amenizar situação
A	Categoria desarticulada no movimento
A	Ocupação pelos setores progressistas na maquina do Estado
A	Aconselhamento/assistencialismo
A	Ofensiva conservadora

A	Prática médica
A	Méritos de competência profissional do Serviço Social
A	Cotidiano
A	Enfrentamento das questões
A	Visão generalista
A	Desigualdade no acesso
A	Elaboração de protocolos e fluxos
A	Organizar, normatizar e sistematizar o cotidiano
A	Ângulos particulares de observação
A	Caráter técnico-administrativo
A	Pulverização e fragmentação da questão social
A	Conformismo
B	Redimensionamento de novas práticas sociais em saúde nos anos 2000
B	Conceito de saúde na concepção ampliada
B	Universalização
B	Direito social
B	Superação da lógica produtivista
B	Garantia de direitos
B	Derrota dos anos 90
B	Mercantilização da saúde
B	Reconhecimento da questão social
B	Leitura crítica da realidade
B	Instrumentos apropriados
B	Perspectiva da totalidade social
B	Dimensão social e histórica do trabalho
B	Tomar por objeto a subjetividade
B	Contrarreforma do Estado
B	Desfinanciamento da saúde
B	Perda da disputa ao projeto privatista
B	Americanização perversa
B	Avanços e lacunas ocorridos na profissão
B	Produção científica insuficiente
B	Neoliberalismo e nova requisição ao Serviço Social
B	Função social da profissão obscurecida
B	Determinantes sociais
B	Perspectiva fragmentada da ação
B	Desemprego/subemprego
B	Transpor caráter emergencial e burocrático
B	Planejamento coletivo
B	Observância dos princípios éticos
B	Dimensão da diversidade como mediação
B	Ruptura com o modelo centrado na doença
B	Mudanças necessárias a prática
B	Fortalecimento da gestão democrática
B	Reestruturação de processos de trabalho
B	Respeito às diretrizes do projeto profissional
B	Criar estratégias e rotinas de ação
B	Reconhecer os princípios do SUS

B	Subsídios para reflexão do processo de trabalho
C	Atendimento direto ao usuário
C	Participação e controle social
C	Investigação, planejamento e gestão.
C	Assessoria, qualificação e formação profissional.
C	Melhores condições de vida e trabalho
C	Competências
C	Compreensão do significado social da profissão
C	Condições do trabalho
C	Precarização/flexibilização
C	Atenção básica, média e alta complexidade.
C	Investigação transversal ao trabalho profissional
C	Valores solidários
C	Interdisciplinaridade
C	Formação profissional
C	Projeto hegemônico da profissão
C	Produção subjetiva dos sujeitos
C	Execução terminal da política social
C	Dimensões subjetivas vividas pelo usuário
C	Efetivar o projeto da reforma sanitária
C	Projeto ético-político
C	Considerar dimensões da subjetividade
C	Conhecer as condições de vida dos trabalhadores (usuários)
C	Participação popular
C	trabalho profissional
C	Potencializar a orientação social
C	Competências em permanente construção
C	Observar armadilhas do capitalismo
C	Responsabilização do usuário
D	Ações desafiantes
D	Gestão do trabalho
D	Condições precárias de trabalho
D	Criar experiências
D	Novas formas de organização do trabalho
D	Precariedade de recursos, burocratização.
D	Novas estratégias
D	Individualidade humana
D	Clareza das diferentes concepções da humanização
D	Condições de trabalho dignas
D	Humanização transversal ao atendimento
D	Educação em saúde
D	Criar conselhos gestores de unidade
D	Ouvidoria
D	Intersetorialidade
D	Inserção nos segmentos da gestão
D	Qualificação dos trabalhadores
D	Perspectiva de trabalho interdisciplinar
D	Ações inovadoras na aproximação com o usuário

D	Capacitação permanente
----------	------------------------

Fonte:CFESS, 2010.

O quarto documento se refere à Política Nacional de Humanização, publicada em documento base lançada em 2003 pelo Ministério da Saúde. Constitui-se pelos princípios da transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão e protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. Prossegue com a apresentação do método da PNH e suas diretrizes que seguem com a proposta da clínica ampliada, cogestão, acolhimento, valorização do trabalho e do trabalhador, defesa dos direitos do usuário, fomento das grupalidades, coletivos e redes e construção da memória do SUS que da certo. Apresenta seus dispositivos como sendo a atualização das diretrizes e a preocupação com os resultados esperados. Quanto às estratégias gerais, organiza os eixos das instituições do SUS, da gestão do trabalho, do financiamento, da atenção, educação, informação/comunicação e da gestão da PNH

TABELA 5 -Política Nacional de Humanização, Ministério da Saúde, BRASIL, 2003.

DOCUMENTO IV Política Nacional de Humanização, Ministério da Saúde, BRASIL, 2003.	
CODIFICAÇÃO	CATEGORIAS INICIAIS
A	Processos de gerir e de cuidar.
A	Rede de atenção básica
A	Autonomia e responsabilização sanitária
A	Baixa transversalização
A	Rede de cuidado
A	Desigualdade socioeconômica
A	Disputa de recursos
A	Condução de um processo
A	Modelos tradicionais
A	Fragmentação do processo de trabalho
A	Condições de trabalho (ambiência)
A	Experiência concreta do trabalhador e usuário
A	Condições de trabalho
A	Fundamentos básicos que norteiam as práticas
A	Espaços de encontro entre sujeitos
A	Troca de saberes
A	Grupos de trabalho
A	Protocolos clínicos
A	Atendimento ao usuário
B	Saúde direito do povo e dever do Estado

B	Universalidade, Integralidade e equidade.
B	Concepção de saúde que não se reduz a ausência
B	Defesa da vida
B	Mudança de rumos
B	Profundas desigualdades socioeconômicas
B	Inovações na organização e ofertas das práticas de saúde.
B	Produção de cidadania
B	Novos arranjos e instrumentos de gestão
B	Diminuir a inferência da lógica privada
B	Fortalecimento do controle social
B	Democratização das relações de trabalho
B	Princípios
B	Método
B	Diretrizes
B	Dispositivos
B	Diretrizes expressam o método
B	Colegiado gestor
B	Contrato de gestão
B	Ampliação do acesso
B	Referencia territorial e atenção integral
B	Ajustar metodologias para monitoramento e avaliação
B	Eixos das instituições do SUS
B	Mapeamento de demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde.
B	Defesa da diversidade do povo
B	Mudanças dos modelos
B	Eixo da gestão e do trabalho
B	Eixo do financiamento
B	Eixo da atenção
B	Eixo da educação
B	Eixo da informação/comunicação
C	Dimensões de comprometimento
C	Garantia do direito
C	Ampliação do acesso com qualidade ao serviço
C	Educação permanente
C	Saúde como produção social
C	Qualificação dos trabalhadores
C	Processo de formação
D	Prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar.
D	Produzir saúde
D	Aperfeiçoamento do sistema
D	Corresponsabilização entre trabalhadores, gestores e usuários.
D	Incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas.
D	Relação custo-efetividade
D	SUS é ainda uma reforma incompleta na Saúde
D	Qualificar o sistema de cogestão do SUS
D	rede, que supere o isolamento dos serviços em níveis de atenção
D	Cooperativa e solidária
D	Considerar diversidade

D	Estratégias e tecnologias
D	Valorização da dimensão subjetiva
D	Fortalecimento do trabalho em equipe multidisciplinar
D	Grupalidade
D	Movimento de mudanças nos modelos
D	Inclusão dos analisadores sociais
D	Potencializando os processos de mudança
D	Inclusão do coletivo
D	Experiência singular sensível
D	Escuta qualificada
D	Visita aberta e direito ao acompanhante
D	Formação em saúde do trabalhador
D	Apoio matricial
D	Acolhimento com classificação de risco
D	Trabalhamos para alcançarmos resultados
D	Reduzir as filas e o tempo de espera
D	Rede sociofamiliar
D	Corresponsabilização nos processos de cuidado
D	Acolhimento e clínica ampliada
D	Compromisso ético-político
D	Qualificação das equipes
D	Singularidade dos sujeitos
D	Estratégia de valorização o trabalhador
D	Incorporar de forma efetiva nas práticas de gestão e de atenção os direitos dos usuários da saúde
D	Humanização como política pública
D	Transversaliza as diferentes ações
D	Traduzir os princípios
D	Orientar as práticas de atenção e gestão do SUS
D	Construir trocas solidárias
D	Aspecto subjetivo
D	Contagiar por atitudes e ações humanizadoras
D	Valorização dos diferentes sujeitos implicados
D	Fomento da autonomia e do protagonismo
D	Aumento do grau de corresponsabilidade
D	Vínculos solidários
D	Indissociabilidade
D	Acolhedor
D	SUS mais humano
D	Participação de todos
D	Qualidade dos serviços
D	Protagonista das ações
D	Eixo da gestão da PNH
D	Orientar a implementação das ações de humanização
D	Diálogo entre os trabalhadores
D	Práticas de atenção compartilhada e resolutive
D	Conceito de clínica ampliada
D	Problemas da violência em todos âmbitos de manifestação
D	Respeitando a privacidade

D	Valorização da jornada de trabalho integral do SUS
D	Produção de vínculo por projetos terapêuticos
D	Gestão compartilhada dos cuidados/atenção
D	Qualidade de vida no trabalho
D	Resolução da Urgência/emergência
D	Acesso ao atendimento hospitalar
D	Integração
D	Necessidades do usuário
D	Protocolos de referencia e contra-referência
D	Agenda multiprofissional de ações diagnósticas e terapêuticas
D	Diferentes saberes e tecnologia de reabilitação
D	Metas discutidas
D	Visita aberta
D	Respeitando a dinâmica de cada unidade hospitalar
D	Peculiaridades das necessidades do acompanhante
D	Recepção com acolhimento
D	Mecanismo de escuta para a população
D	Atendimento à família e/ou rede social
D	Conselho de gestão participativa
D	Mecanismo de desospitalização
D	Alternativas às práticas hospitalares
D	Trabalho em rede
D	Pactos entre diferentes níveis de gestão do SUS
D	Construção de redes solidárias e criativas
D	Cuidados domiciliares
D	Atividades sistemáticas de formação
D	Temáticas permeadas pelos princípios e conceitos da PNH
D	Definição de indicadores
D	Intersetorialidade

Fonte: HumanizaSUS, 2004.

Entende-se que os textos devem ser lidos com e contra outros, ou seja, compreendidos em sua articulação ou confronto com outros textos, na busca da não “colonização”, e na atenção a um novo terreno de análise – a intertextualidade como uma dimensão constituinte dos textos. Nesse sentido, cabe considerar que termos como individualismo, escolha, diversidade, competição, forças de mercado, excelência, oportunidade, modernização, eficiência, autonomia responsável, descentralização, apelo à participação da sociedade civil, à solidariedade dos voluntários da comunidade, cada vez mais presentes nos documentos oficiais, evidenciam não apenas a “colonização” do campo da educação pela ideologia do gerencialismo, mas expressam também a conformação e produção de um novo “léxico” pedagógico (BOWE; BALL apud SHIROMA, 2004).

Segundo Shiroma (2004), os textos das políticas são caracterizados por seu tom prescritivo e recorrem a argumentos de autoridade, dá margem a interpretações e

reinterpretações, gerando, como consequência, atribuição de significados e de sentidos diversos a um mesmo termo. Esses significados e sentidos apresentam-se, não raro, em competição com outros veiculados por outros textos e outros discursos. De acordo com Fairclough (2001), observa que:

É preciso lembrar, todavia que, embora sociais os significados, os sentidos com que as palavras são empregadas “entram em disputas dentro de lutas mais amplas”, uma vez que, “as estruturações particulares das relações entre as palavras e das relações entre os sentidos de uma palavra são formas de hegemonia.(FAIRCLOUGH, 2001, p. 105).

Cumprida a explicitação das etapas do processo metodológico proposto, no próximo e último capítulo, apresentaremos o agrupamento das sínteses e os eixos norteadores com o objetivo de analisarmos as concepções, dinâmicas e possibilidades de convergência entre os documentos elegidos, com principal enfoque no contexto da Política Nacional de Humanização em todo cenário observado.

CAPÍTULO 4

O COTEJAMENTO ENTRE A RENOVAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL E O ADVENTO DA POLITICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: CONVERGÊNCIAS E DIVERGÊNCIAS NA PRODUÇÃO DO CUIDADO.

4.1 A PRÁTICA DISCURSIVA E A PRÁTICA SOCIAL NOS DISCURSOS DOS TEXTOS

As dimensões políticas e ideológicas contidas nos discursos dos textos de uma referida política apresentam-se como elementos centrais a serem capturados na leitura de dado discurso, já que são assimiladas na orientação da prática social.

Há a compreensão de que as práticas instituídas não são neutras nem estáticas, por ganharem um sentido ou direção, a partir de concepções construídas. Nestas, identifica-se um fundamento filosófico e ideológico harmonizado com uma determinada concepção de mundo e com um projeto de sociedade, construídos a partir de um ponto de vista de classe e frações de classe.

Na teoria marxista, a dimensão da historicidade apresenta a dinâmica do real na dinamicidade da sociedade, sendo contrária a percepção de que se trata de um conjunto de fatores naturais e positivos²⁸. Esta categoria traz o pressuposto de que a realidade pode ser modificada, mediante uma nova hegemonia orientada por uma concepção de mundo que reconhece os trabalhadores como sujeitos históricos responsáveis pela produção da existência humana. As práticas sociais construídas e reconstruídas no processo de disputa por hegemonia são relações contraditórias que, ao tempo em que insistem em se manter, podem também potencializar o novo (RAMOS, 2009, p. 1).

Citando Marx em seus escritos a Feuerbach, vemos a afirmação da historicidade como um dos pressupostos de sua teoria.

[...] o primeiro pressuposto de toda a existência humana e também, portanto, de toda a história, a saber, o pressuposto de que os homens têm de estar em condições de viver para “fazer história”. Mas, para viver, precisa-se, antes de tudo, de comida, bebida, moradia, vestimenta e algumas coisas mais. O primeiro ato histórico é, pois, a produção dos meios para a satisfação dessas necessidades, a produção da própria vida material, e este é, sem dúvida, um ato histórico, uma condição fundamental de toda a história, que ainda hoje, assim como há milênios, tem que ser cumprida diariamente, a cada hora, simplesmente para manter os homens vivos (MARX;

²⁸O objeto das Ciências Sociais é histórico. Isto significa que as sociedades humanas existem num determinado espaço cuja formação social e configuração são específicas. Vivem o presente marcado pelo passado e projetado para o futuro, num embate constante entre o que está dado e o que está sendo construído. Portanto, a provisoriidade, o dinamismo e a especificidade são características fundamentais de qualquer questão social. (MINAYO, 2001, p. 13).

ENGELS, 2007, p. 32-33).

Uma contribuição interessante para a análise das políticas expressas em documentos seria a identificação das contradições internas às formulações, posto que os textos evidenciem vozes discordantes, em disputa. O terreno de disputas não se aloca apenas no campo conceitual, mas as intenções políticas podem conter ambiguidades, contradições e omissões, que poderão ser iluminadas no processo de implementação, fomentando um olhar crítico e analítico (SHIROMA, 2004).

Jamenson (1997), em seu processo de elaboração do conceito de “hegemonia discursiva”, infere ser cada vez mais freqüente entre os pesquisadores brasileiros, a citação de trechos de documentos, relatórios nacionais e internacionais, não como mera transposição, mas por se aterem ao movimento das reformas dos países como EUA e Inglaterra. Estes últimos países, conhecidos mundialmente por suas experiências de reformas exitosas pelos organismos internacionais, permitem de certa forma, a compreensão das medidas recomendadas aos países periféricos ou chamados “países emergentes”.

A disseminação massiva de documentos oficiais colabora para a construção dessas referida “hegemonia discursiva” de Jamenson (1997). Tais documentos são considerados pelos pesquisadores como valiosos, por oferecerem pistas sobre como as instituições explicam a realidade e buscam legitimar suas atividades. A publicização, especialmente na web, exerce a função principal da disseminação, oferecendo um conjunto de justificativas que torne as reformas legítimas e necessárias (SHIROMA, 2004).

De acordo com Shiroma (2005, p. 429), “a vulgarização do vocabulário da reforma” pode ser considerada uma estratégia de legitimação eficaz na medida em que consegue “colonizar” o imaginário educacional e se espalhar no cotidiano como demanda imprescindível da “modernidade”. Para compreendermos o “vocabulário da reforma” de maneira apropriada, torna-se imprescindível a atenção à linguagem, em sua relação com a política de forma a uma constituição mútua. Dentre os conceitos já conhecidos como coesão social, inclusão, cidadania, surge a bricolage²⁹, que é a forma com que são apresentados e como vêm sendo utilizados nos documentos que orientam as políticas públicas contemporâneas.

Nessa mesma direção da análise da política educacional dada por Shiroma (2004),

²⁹“Bricolage é a atividade de aproveitar coisas usadas, quebradas ou apropriadas para uso, em um novo arranjo ou em uma nova função. Lévi-Strauss introduziu este termo na linguagem antropológica para caracterizar a atividade mito-poética”. (DUTRA, 1989 apud SHIROMA, CAMPOS, GARCIA, 2004).

percebe-se que os documentos elegidos para objeto de estudo desta pesquisa, que tratam da temática das práticas de produção em saúde, incluindo, de forma especial, as normas pertinentes à profissão do Serviço Social e a Política Nacional de Humanização (PNH), também são amplamente divulgados por meios impressos e digitais, prontamente assimiláveis ou aplicáveis.

Sua implementação, entretanto, exige que sejam traduzidos, interpretados e adaptados de acordo com as vicissitudes e os jogos políticos que configuram o campo da saúde em cada local. Tal processo implica, de certo modo, uma “reescritura” das prescrições recebidas, o que coloca para os estudiosos a tarefa de compreender a racionalidade que os informa e que, muitas vezes, parece contraditória, fomentando medidas que aparentam ir em direção contrária ao que propõem. Portanto, a facilidade de acesso aos documentos disponibilizados pela internet, não é encontrada quando se trata dos conceitos e teorias que nos ajudem a refletir sobre as políticas. Os textos são frequentemente contraditórios. Eles devem ser lidos em relação ao tempo e particular contexto em que foram produzidos e também devem ser confrontados a outros do mesmo período e local (SHIROMA, 2004).

Os documentos disseminam afirmações sobre o mundo em que vivemos que tanto pretendem oferecer representações únicas sobre a realidade como têm a intenção de trazer soluções idealizadas para problemas diagnosticados. Convém observar que qualquer discurso, ao enfatizar determinados objetos e certos conceitos, omite outros (BALL apud SHIROMA, 2004).

Assim, na acepção de Fairclough (2001), os discursos são, a um só tempo, texto, prática discursiva e prática social. É a partir dessa concepção tridimensional de discurso que o autor aponta o estudo das mudanças discursivas como um meio para se apreender as mudanças sociais. Discurso e estrutura social constituem-se dialeticamente: “a última é tanto uma condição como um efeito da primeira” (FAIRCLOUGH, 2001, p. 91).

É o discurso compreendido como prática social que nos possibilita apreender as dimensões políticas e ideológicas que também o constituem: “o discurso como prática política estabelece, mantém e transforma as relações de poder e as entidades coletivas [...] O discurso como prática ideológica constitui, naturaliza, mantém e transforma os significados do mundo de posições diversas nas relações de poder” (FAIRCLOUGH, 2001, p. 94).

Assim, tratando desse campo de possibilidades de mudanças nas formações discursivas, Fairclough (2001) aponta que, se por um lado, a dimensão ideológica é constitutiva das formações discursivas, por outro, as articulações entre diferentes ordens de

discurso (interdiscursividade) não são harmônicas ou homogêneas. Nesse caso, ao contrário, são relações tensas e contraditórias. Conforme diz o autor, uma consequência dessas lutas articulatórias “é que novos elementos são constituídos mediante a redefinição de limites entre os elementos antigos” (FAIRCLOUGH, 2001, p. 97).

A difusão e promulgação dos textos normativos desencadeiam situações de mudanças ou inovações, experimentadas no contexto da prática educativa, por serem ao mesmo tempo produto e produtor de orientação política ao campo em que está referido. Os autores Bowe, Ball e Gold (1992) propõem um modelo de análise de política educacional que abrangem três contextos: a) contexto de influência; b) contexto da produção de textos e c) contexto da prática. Quanto ao contexto da prática, inferem os autores Bowe, Ball e Gold (1992 apud SHIROMA, 2004), referindo-se a esfera da implementação:

[...] Ball apud Shiroma (2004), observa que quanto mais ideológica e abstrata for uma política, mais distante da concepção da prática e menor a possibilidade de ser incorporada no contexto da prática. De acordo com o autor, os textos produzidos a partir de idealizações sobre o mundo real, não são exaustivos, sendo, portanto incapazes de cobrir as eventualidades. No contexto das práticas, os educadores são influenciados pelos discursos da política, contudo, a leitura diferenciada dos mesmos pode conduzir a consequências não previstas pelos reformadores e levar a implicações práticas diferentes. (SHIROMA, 2004, p.13).

Segundo Bowe, Ball e Gold (1992), a geração e implementação da política são momentos distintos. Apesar do discurso da descentralização, crescem as políticas centralizadoras de administração. Políticos e burocratas estão cada vez mais distantes e desconectados dos destinatários, dos que “receberão” a política, bem como reforçam os mecanismos de controle sobre os destinados a política.

A organização e tratamento dos documentos políticos desse estudo nos revelaram a priori nas categorias iniciais e conceitos norteadores, os referidos elementos capturados na leitura do discurso, quando na finalização do exercício de agrupamento das quatro categoriais finais que se apresentam na tabela abaixo.

4.2 AGRUPAMENTO DAS CATEGORIAS SÍNTESES

O esforço de teórico-metodológico empreendido identificou quatro categorias que permitem sintetizar o processo de análise do projeto do Serviço Social e sua relação com a humanização, e realçam aspectos ambíguos de convergências e divergências. Nesse sentido,

este capítulo trata de compreender cada uma dessas categorias em seus aspectos estruturantes e também permite um olhar analítico mais amplo acerca do processo de construção do projeto do Serviço Social contemporâneo e suas interações com a prática social prescrita pela PNH.

TABELA 6 – Agrupamento das categorias sínteses

AGRUPAMENTO DAS CATEGORIAS SÍNTESES		
Categorias iniciais	Eixo norteador	Categorias Sínteses
<p>A</p> <p>Prática profissional anterior aos anos de 1990</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ A prática profissional no cotidiano. ✓ Perspectiva neutralizadora dos processos de resistência. ✓ Hegemonia privatista. ✓ Orientação às respostas diante da desigualdade social. ✓ Assistencialismo. ✓ Conservadorismo. 	<p>I</p> <p>Movimento de ruptura com a ação conservadora, pela evidência das injustiças sociais vivenciadas nas relações de trabalho.</p>
<p>B</p> <p>Superação da lógica produtivista nos anos de 1990</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ O cenário de perda da disputa ao projeto privatista nos anos de 1990. ✓ Reconhecimento da questão social como objeto de intervenção profissional. ✓ A localização do Serviço Social no mundo do trabalho e a questão da subjetividade inerente às relações de produção. ✓ Avanços e lacunas ocorridos na profissão, observados pela leitura crítica de seu protagonismo. ✓ A busca da garantia dos direitos sociais. ✓ Identificação da inexpressiva produção científica. 	<p>II</p> <p>Discussão teórica e política no interior da categoria do Serviço Social, e amadurecimento do acúmulo histórico da profissão.</p>
<p>C</p> <p>Legalidade, atribuições e competências profissionais do</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Alinhamento com a efetivação do projeto da Reforma Sanitária. ✓ Ampliação do acesso ao direito com o reconhecimento de ser o profissional um executor terminal da política social. ✓ Dispositivos legais construídos com elementos de liberdade, ética, participação popular, fiscalização e controle social. ✓ Processo de formação e delimitação de competências com valorização da dimensão subjetiva. ✓ Recusa do arbítrio e defesa da liberdade e acesso aos usuários e ao aprimoramento profissional. ✓ Defesa da melhoria das condições 	<p>III</p> <p>Fortalecimento da consolidação/ construção permanente do Projeto Ético-político e do processo de qualificação/ formação</p>

Serviço Social.	de trabalho, combatendo a precarização e flexibilização das relações de trabalho.	profissional.
<p style="text-align: center;">D</p> <p style="text-align: center;">Serviço Social na Saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ A clareza da competência do Assistente Social na produção do cuidado na transversalidade da PNH. ✓ A identificação da ação profissional do Serviço Social na efetivação da PNH na proposta de corresponsabilidade entre trabalhadores, gestores e usuários. ✓ O desafio de superar o isolamento profissional, buscando a intersectorialidade/interdisciplinaridade na troca de saberes e práticas. ✓ Respeito e reconhecimento da singularidade humana e suas subjetividades, motivando discussão entre diferentes. ✓ A busca da qualificação profissional e fomento da autonomia para contribuir na construção de trocas solidárias práticas resolutivas. ✓ Compromisso ético com a tradução dos princípios, através do diálogo entre os trabalhadores, gestores e usuários. ✓ Inserção em segmentos da gestão do trabalho, denunciando condições precarizadas no processo de produção do cuidado, colaborando com a qualificação do sistema de gestão. 	<p style="text-align: center;">IV</p> <p style="text-align: center;">A requisição do Assistente Social, no movimento de potencialização dos processos de mudanças dos modelos de gestão na saúde, em defesa e incorporação dos direitos de forma efetiva nas práticas.</p>

Fonte: Do próprio autor, 2016.

4.2.1. Movimento de ruptura com a ação conservadora

A categoria final I está identificada como o “Movimento de ruptura com a ação conservadora, pela evidência das injustiças sociais vivenciadas nas relações de trabalho”. Derivada da categoria inicial de codificação “A” – que se refere à prática profissional anterior aos anos de 1990.

O ponto de partida para se analisar a prática profissional do Serviço Social anterior aos anos de 1990, nos remete ao contexto do processo democrático que culminou com o término da ditadura militar no Brasil, marcado pelos avanços do trato político destinado aos direitos e garantias fundamentais consolidados na Constituição Federal de 1988, resultante da intensa mobilização social a favor de mais proteção social e ampliação da cidadania.

Podemos verificar esse avanço do trato político no campo do direito, expresso na lei de regulamentação da profissão do Serviço Social, em seu art.4º que trata das competências da categoria, especificamente na orientação legal abaixo:

V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;

IX - prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade. (BRASIL, 2011, p. 45)

Observando o código de ética vigente do Serviço Social, identificamos o alinhamento, com as necessárias mudanças no campo do direito social, já contido entre os princípios fundamentais, a saber,

III. Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras;

V. Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática. (BRASIL, 2011, p.23).

Dentre as garantias, destacam-se as políticas públicas reconhecidas no tripé da seguridade social composto pela saúde, previdência e assistência social e suas implicações desencadeadas ao mundo do trabalho, que já anunciava o caminho inverso ao acesso as garantias consolidadas juridicamente e distanciadas no campo econômico.

Contudo, o lastro histórico da profissão que foi parametrizada e dinamizada pelo pensamento conservador em sua criação inicial como profissão, se manteve presente no cotidiano do trabalho, gerando as tensões entre os projetos de renovação profissional e o chamado neoconservadorismo. Este último, como bem considera Netto (2001), fiel às adequações ao tratamento dos problemas sociais em suas refrações individualizadas por um lado, e por outro lado, pelas seqüelas inevitáveis do progresso, promoveu e ainda promove a legitimidade da perspectiva da funcionalidade pública de intervenção, na busca do controle social a favor de um Estado desumanizador nas relações de trabalho e facilitador das relações do grande capital.

Nos incisos descritos no artigo 4º referentes às competências da lei de regulamentação da profissão do Serviço Social encontraram as estratégias de enfrentamento quanto à insistente postura neoconservadora de adequar as refrações da questão social de maneira

individualizada e culpabilizante, se valendo de re-leituras que distorcem o real sentido da defesa dos direitos sociais do usuário-cidadão e da coletividade, como podemos observar na seqüência:

- III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;
- IX - prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;
- XI - realizar estudos sócio-econômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades. (BRASIL, 2011, p. 44).

Nesse mesmo sentido, o Código de ética da profissão aponta a compreensão e necessidade do rompimento dessa postura acrítica que se refere ao individualismo descontextualizado das seqüelas das relações desiguais, como se lê nos seguintes incisos:

- VI. Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças;
- VIII. Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero. (BRASIL, 2011, p. 23-24).

Parte dos profissionais do Serviço Social, defensores de um projeto de renovação profissional, ainda nesse cenário anterior aos anos de 1990, remonta uma caminhada histórica do saber e fazer profissional. A motivação destes profissionais orientava-se pela busca de estabelecimento de novas bases para a compreensão de sua localização na divisão sócio-técnica do trabalho. Reconhecendo sua prática social marcada por relações de classe e de sua relação com o Estado, se ocuparam das preocupações conjunturais quanto ao enfrentando junto à sociedade civil organizada e seus impasses, aos desafios e dilemas do processo de redemocratização, a ampliação da cidadania e os direitos sociais.

Este período anterior aos anos de 1990 legitimou o Serviço Social como uma profissão de corte interveniente empírica, bem como de ser compreendida como organizadora simbólica no âmbito das políticas sociais, transformando os seus profissionais em executores finais das políticas sociais, mas com a presença de resistência a esta identidade por parte da categoria engajada no movimento de renovação profissional. Porém, as mudanças de ordem societária, imputam à categoria a necessidade de revisitar suas práticas sociais como profissão inserida na divisão sociotécnica do trabalho.

Verifica-se que um dos movimentos atuais dessa tarefa de revisitar a prática social encontra-se representado no documento base que trata dos “Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na política de saúde na saúde”

A universalidade do direito – um dos fundamentos centrais do SUS e contido no projeto de Reforma Sanitária – é um dos aspectos que tem provocado resistência dos formuladores do projeto privatista da saúde. Os valores solidários, coletivos e universais que pautaram a formulação da Seguridade Social inscrita na Constituição de 1988 estão sendo substituídos pelos valores individualistas, corporativos, focalistas, que fortalecem a consolidação do projeto voltado para o mercado, que tem por suporte a consolidação do SUS para os pobres e a segmentação do sistema. (CFESS, 2010, p.23).

As já mencionadas políticas públicas, entre outras instâncias do leque pertinente ao assunto em suas interfaces com o Estado, passam a ser pauta no interior do debate profissional do Serviço Social. A produção acadêmica de corte crítico ganha visibilidade alicerçando o movimento de ruptura com a base conservadora, pelo avanço das investigações sobre a sociedade civil e seus processos de gestão e controle social.

É notório o reconhecimento desse movimento acadêmico por ter possibilitado redesenhar a compreensão das novas competências profissionais do assistente social, incentivando a prática de análise da realidade como pontes para repensar as novas práticas e respostas qualificadas as demandas do cotidiano. Essa questão está presente textualmente no inciso X dos princípios fundamentais do Código de ética profissional: “Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional” (BRASIL, 2011, p. 24). E ainda nas atribuições privativas referentes à lei de regulação profissional da categoria, como podemos observar no inciso I, “coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social” (BRASIL, 2011, p. 46). Finalmente também nas competências profissionais com destaque para os seguintes incisos:

VI - planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais;
 VII - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;
 X - planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social. (BRASIL, 2011, p. 45)

Há, nesse período, o desencadeamento de reflexões sobre o fazer profissional, com ênfase no campo de preocupação em relação aos usuários do Serviço Social, motivado pela observação de uma lacuna nas produções acadêmicas quanto ao tema da centralidade desse

sujeito protagonista e mandatário da prática social.

A ação dinamizada pelo pensamento conservador mantinha a prática vinculada a uma abordagem individualizada e culpabilizante do usuário visto como “desajustado” ao sistema que estava em pleno progresso. Havia a predominância de uma prática psicologizada, que se ocupava perversamente de gerar a responsabilização do indivíduo com seu destino social.

O pragmatismo prático da profissão apresentava uma destreza em responder ao imediatismo das demandas surgidas no cotidiano, buscando maior ênfase aos que, aos olhos conservadores, poderiam gerar ameaças aos ordenamentos sociais. Façanha muito própria do capitalismo, quando converte as contradições das relações do mundo do trabalho em conflitos individuais, dissipando a possibilidade de uma tomada de consciência coletiva pela via dos direitos e da percepção de atos desumanizadores, como a precarização do trabalho.

Acreditamos que uma das motivações em se construir parâmetros para atuação dos assistentes sociais em 2010, refere-se às façanhas do capitalismo, em promover a cristalização das respostas imediatas desprovidas de uma leitura crítica e distanciadas dos princípios éticos plasmados nos anos de 1990. Segue registro dessa preocupação do documento base dos “parâmetros de atuação”:

Outra preocupação que se coloca é a necessidade de sujeitos históricos individuais e coletivos não caírem no possibilismo, que significa flexibilizar os princípios defendidos no projeto ético-político profissional e na proposta de Reforma Sanitária com vistas a assegurar pequenos ganhos políticos, “a partir de concessões e revisionismos teórico-políticos” (BRAZ, 2004). Essa é uma realidade que está posta na saúde, nos movimentos sociais e tem repercutido no Serviço Social, devendo ser problematizada à luz dos princípios e diretrizes do projeto ético político do Serviço Social brasileiro. (CFESS, 2010, p. 29).

Partindo de um segmento da categoria que se ocupava de fazer uma leitura crítica da realidade social, ligada em planejamentos e ações mais amplas, inicia-se uma proposta de renovação da prática profissional com novos contornos, em sintonia com outros segmentos da sociedade que defendiam a idéia de totalidade e integralidade, a exemplo do movimento da reforma sanitária, que veio a se consolidar no pós anos de 1990.

O amadurecimento e acúmulo histórico e teórico ecoaram anos mais tarde, no momento de formulação dos parâmetros de atuação no campo da saúde ressaltando que:

O projeto ético-político da profissão, construído nos últimos trinta anos, pauta-se na perspectiva da totalidade social e tem na questão social a base de sua fundamentação como já foi referido. Alguns conceitos são fundamentais para a ação dos assistentes sociais na saúde como a concepção de saúde, a integralidade, a intersectorialidade, a

participação social e a interdisciplinaridade, já ressaltados no primeiro item deste documento. (CFESS, 2010, p. 39).

Porém, cabe salientar que os parâmetros se alicerçaram nas suntuosas normativas pertinentes a profissão em defesa dessa construção de uma nova prática orientada por princípios e diretrizes reconhecidos nos valores de liberdade e autonomia. Na lei de regulamentação da profissão destacamos no artigo 4º - competências em seu primeiro inciso: “I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares”.(BRASIL, 2011,p.44). Voltando os olhares para o código de ética, temos entre os direitos e deveres do assistente social descritos nas alíneas:

h- ampla autonomia no exercício da Profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções; (BRASIL, 2011, p. 24)

c- abster-se, no exercício da Profissão, de práticas que caracterizem a censura, o cerceamento da liberdade, o policiamento dos comportamentos,denunciando sua ocorrência aos órgãos competentes. (BRASIL, 2011, p. 27).

O olhar estava começando a se voltar para as questões conjunturais e sua relação com o usuário/cidadão não mais isolado de seu contexto sócio-histórico. Para tanto, exercita-se o olhar para as implicações de não se perder a referência do usuário de seu contexto sócio-histórico por ser o campo das relações tensionadas e contraditórias entre a ação profissional e o cidadão/usuário, capturando nas diferentes formas a maneira que o sujeito-cidadão se relaciona com a realidade social.

Até os dias atuais, percebe-se o desafio da categoria em formular respostas qualificadas nesse sentido da valorização da dimensão subjetiva, conforme bem expresso no documento dos parâmetros de atuação:

Não se trata de negar que as ações do assistente social no trato com os usuários e familiares produzam impactos subjetivos, o que se põe em questão é o fato do assistente social tomar por objeto a subjetividade, o que não significa abster-se do campo da saúde mental, pois cabe ao assistente social diversas ações desafiantes frente às requisições da Reforma Psiquiátrica tanto no trabalho com as famílias, na geração de renda e trabalho, no controle social, na garantia de acesso aos benefícios (ROBAINA apud CFESS, 2010, p. 41).

Mas, ainda nessa época, se observa que a categoria de porte conservador não se via como classe trabalhadora, destinando ao usuário as atenções de cuidado desvinculadas de sua própria condição de ser um trabalhador, vulnerável as mesmas penosidades do sistema que lhe

conferia e confere a tarefa de ser mediador de conflitos sociais a favor da manutenção favorável a exploração da mão de obra.

Observou-se que havia uma lacuna nas produções acadêmicas quanto ao tema da centralidade do sujeito protagonista e mandatário da prática profissional, e reconhecido como o usuário e beneficiário das políticas públicas na condição de cidadão, e não mais de sua banalização transformada em um dado acrítico, desvinculado das relações de força no mundo do trabalho.

O processo de ruptura com a postura conservadora trouxe para a categoria, o trato mais técnico no campo das políticas sociais, distanciando-se da visão de campo relacional da demanda populacional empobrecida e oferta do sistema capitalista, e com isso, aproximando-se do acesso a essas políticas setoriais no reconhecimento aos direitos sociais e à defesa da democracia em consonância com os demais movimentos sociais pungentes ocorridos anteriormente aos anos de 1990.

As alterações da prática social da profissão neste período anterior aos anos de 1990 apresentaram o reflexo do que estava ocorrendo com as transformações de ordem societária, instigando a categoria em desenvolver uma necessidade premente de compreender o seu lugar na divisão sociotécnica do trabalho. Destacam-se nesse período as bases teóricas do currículo mínimo de 1982 e o código de ética de 1986, ambos já apresentavam elementos insuficientes para acompanhar a conjuntura posta em plena mutação social.

Vemos esse movimento por dentro do Serviço Social, anterior aos anos de 1990, como um tom de denúncia ao conservadorismo, marcado por uma prática social fragmentada, individualizada e distanciada da dimensão coletiva do trabalho. Pelo reconhecimento no campo do direito social, buscou-se um caminho a ser construído para sua renovação. Contudo, a temática exterior também se apresentava em franco movimento de cunho reivindicatório com centralidade de defesa ao usuário do sistema.

Nesse contexto, contrapondo com o movimento de renovação do Serviço Social, localizamos a PNH com a mesma tendência de prática isolada, fragmentada e também relegada do campo do direito social, com seu debate entre tecnologia x humanização de maneira residual. Entretanto, os antecedentes históricos dessa política nos apontam que a evolução de seu núcleo reflexivo para uma mudança de prática social na saúde no campo do direito social, só ultrapassou a percepção de “caritas”, após as influências da emblemática Conferência Nacional de Saúde de 1986 e ao marco legal da Constituição Federal de 1988, que compreende esse período anterior aos anos de 1990 que estamos analisando.

O documento base da PNH, no tema que trata dos avanços e desafios, aborda a questão das práticas isoladas, sendo um reflexo dessas preocupações anterior aos anos de 1990 nos seguintes termos: “Criar um sistema de saúde em rede, que supere o isolamento dos serviços em níveis de atenção, o que produz baixa transversalização/comunicação entre as equipes e, conseqüentemente, segmentação do cuidado e dificuldades de seguimento/continuidade da ação clínica pela equipe que cuida do usuário” (BRASIL, 2004, p. 14).

O conceito ampliado de saúde como resultante de condicionantes sociais, políticos e econômicos e, a consolidação do conceito de Seguridade Social, em sua tríade: saúde, previdência e assistência social, trouxeram tanto para o processo de renovação do Serviço Social, quanto para a evolução do núcleo conceitual da humanização, o desafio de construir novas dinâmicas face às novas concepções inscritas no conjunto jurídico/normativo, lhes reservando nesse contexto, similitudes com a insatisfação diante da orientação às respostas produzidas para a desigualdade social na experiência da prática profissional do cotidiano, e também com a postura neutra diante dos processos de resistência a hegemonia positivista de resposta conservadora.

Uma das similitudes entre o processo de renovação do Serviço Social e a PNH está na preocupação com os modelos de gestão e o reconhecimento das reais necessidades dos usuários-cidadãos, como podemos ver a seguir: “Mudança nos modelos de atenção e gestão em sua indissociabilidade, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho.” (BRASIL, 2004, p. 19).

Destarte, a evolução do núcleo conceitual da Política Nacional de Humanização e o caminho trilhado pelo Serviço Social anterior aos anos de 1990, convergiram na busca de ultrapassar as ações fragmentadas e isoladas, vislumbrando o alinhamento ao campo do direito social, com profundas reflexões e produções científicas que promoveram nas décadas seguintes, o conjunto jurídico necessário ao desencadeamento das novas mudanças na prática social no campo da saúde.

4.2.2. Amadurecimento do acúmulo histórico do Serviço Social

A categoria final II está identificada como “Discussão teórica e política no interior da

categoria do Serviço Social, e amadurecimento do acúmulo histórico da profissão”, derivada da categoria inicial de codificação “B” – que se refere à superação da lógica produtivista nos anos de 1990.

No que tange as competências profissionais da lei de regulamentação do Serviço Social, verifica-se o seguinte conteúdo em seu inciso “VII - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais” (BRASIL, 2011, p. 45). Trata-se aqui, do reconhecimento da importância da pesquisa no cotidiano como estratégia de superação da lógica produtivista.

No contexto dos anos de 1990, a profissão do Serviço Social já se encontrava articulada aos movimentos externos de luta contra a ofensiva neoliberal com a perversa precarização do trabalho. Surge como tema relevante, neste período, a questão da ética na política ligada aos movimentos reivindicatórios, muito publicizados nos meios de comunicação de massa no intuito de atingir o cotidiano da população.

A secundarização dos valores e práticas das categorias insatisfeitas com o contexto de precarização das relações de trabalho com os reflexos nas demandas profissionais embasaram a revisão do código de ética profissional do Serviço Social, pela razão do anterior não mais atender as novas exigências da questão social em franca transformação.

A história recente da sociedade brasileira, polarizada pela luta dos setores democráticos contra a ditadura e, em seguida, pela consolidação das liberdades políticas, propiciou uma rica experiência para todos os sujeitos sociais. Valores e práticas até então secundarizados (a defesa dos direitos civis, o reconhecimento positivo das peculiaridades individuais e sociais, o respeito à diversidade, etc.) adquiriram novos estatutos, adensando o elenco de reivindicações da cidadania. Particularmente para as categorias profissionais, esta experiência ressituiu as questões do seu compromisso ético-político e da avaliação da qualidade dos seus serviços. (BRASIL, 2011, p. 19).

Esse instante marca, para a profissão do Serviço Social, o desafio e as inquietudes teórico-práticas e ético-políticas em resposta ao ideário do modelo de globalização neoliberal, que aprofundava as desigualdades sociais. A lógica capitalista de destruição e desmantelamento dos direitos sociais, civis e econômicos, pela via da exclusão foi intensificada pela redução drástica da responsabilidade estatal em face da questão social. Para Netto (2011), as abordagens conservadoras da questão social passam pelo pensamento da naturalização, moralização, individualização e deshistoricidade de tal fenômeno, porém na realidade “não tem nada a ver com o desdobramento de problemas sociais que a ordem burguesa herdou ou com traços invariáveis da sociedade humana” (NETTO, 2011, p. 158).

Exatamente nesse período que o Serviço Social se apropria com clareza de seu real objeto de intervenção: a questão social,

[...] o desenvolvimento capitalista produz, compulsoriamente, a ‘questão social’ – diferentes estágios capitalistas produzem diferentes manifestações da ‘questão social’; esta não é uma seqüela adjetiva ou transitória do regime do capital: sua existência e suas manifestações são indissociáveis da dinâmica específica do capital tornando potência social dominante. A ‘questão social’ é constitutiva do desenvolvimento do capitalismo. Não se suprime a primeira conservando-se o segundo. (NETTO, 2011, p. 157).

Ressalta-se que nesse período dos anos de 1990, com a privatização dos serviços e empresas estatais, a categoria do Serviço Social, reconhecida como especialização do trabalho coletivo, se compreende rebatida e atingida. Esses profissionais, entendidos enquanto cidadãos trabalhadores assalariados e executores finais das políticas públicas na defesa e garantia do acesso aos direitos sociais, trazem para si as contradições e determinantes da conjuntura vivenciada na macropolítica, para identificar a estratégia de superação do caráter conservador vinculado à prática profissional.

A percepção do cenário de perda da disputa ao projeto privatista nos anos de 1990 desencadeou o agravamento das desigualdades sociais, trazendo para as relações de trabalho as demandas decorrentes do encurtamento da rede de proteção social. Com isso, a questão social ganha centralidade no projeto de intervenção da profissão, suscitando a imperiosa necessidade do Serviço Social se (re) posicionar no mundo do trabalho, com o olhar voltado as subjetividades inerentes às relações de produção.

[...] a questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresário e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesa, a qual passa exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e repressão. (IAMAMOTO, 2005, p. 77).

Inaugura-se um período profissional de maturidade histórica, inclinado a capacidade de realizar a leitura crítica de seu protagonismo, avançando na direção de ampliar as produções científicas, que eram inexpressivas na época, para além da margem estabelecida até aquele momento.

O intuito era parametrizar as novas práticas profissionais alinhadas à ordem social vigente que era a de garantir e ampliar os direitos sociais plasmados na década anterior, pela via da construção/consolidação do instrumento normativo/operativo intitulado “Projeto ético

político do Serviço Social.” Tal fato se fez concretizado nos anos de 1990, na publicação do código de ética revisado, com ênfase para o artigo 5º, em sua alínea “b”, a saber: “garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e conseqüências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos/as usuários/as, mesmo que sejam contrários aos valores e às crenças individuais dos/as profissionais, resguardados os princípios deste Código” (BRASIL, 2011, p. 29).

4.2.3. Fortalecimento do projeto ético-político

A categoria final III está identificada como “Fortalecimento da consolidação/ construção permanente do Projeto Ético-político e do processo de qualificação/ formação profissional”, derivada da categoria inicial de codificação “C” – que se referem à legalidade, atribuições e competências profissionais do Serviço Social.

O dispositivo legal dos direitos sociais demandou do Serviço Social a preocupação em reconhecer o trabalhador como sujeito-cidadão, lhe imputando relevância ao âmbito da prática profissional, bem como no desenvolvimento de pesquisas científicas apontadas como ênfase em seu projeto ético-político.

A pesquisa em Serviço Social avança não só para elucidar as questões estruturais, mas passa a compreender a perspectiva de totalidade do processo de reprodução material e espiritual da existência do ser social. Assim, novos contornos são dados às formas como esse sujeito-cidadão se relaciona com a realidade social, trazendo elementos significativos para as análises na área de estudo.

A consolidação do projeto ético-político da profissão permitiu e permite o reconhecimento do assistente social enquanto trabalhador assalariado, inserido na divisão sociotécnica do trabalho coletivo, e atingido pelas mazelas do sistema de produção de caráter excludente. Esse quadro impôs a necessidade da pesquisa com a centralidade do sujeito em sua condição ontológica como instrumento de luta por sua localização e identificação de seu “*devir*” no mundo do trabalho.

A revisão a que se procedeu, compatível com o espírito do texto de 1986, partiu da compreensão de que a ética deve ter como suporte uma ontologia do ser social: os valores são determinações da prática social, resultantes da atividade criadora tipificada no processo de trabalho. É mediante o processo de trabalho que o ser social se constitui se instaura como distinto do ser natural, dispondo de capacidade teleológica, projetiva, consciente; é por esta socialização que ele se põe como ser

capaz de liberdade (BRASIL, 2011, p. 21-22).

A pesquisa fica reconhecida como o caminho a ser trilhado e traduzido à luz de um diálogo crítico, e desafia o profissional a refletir sobre o desenvolvimento de novas práticas sociais alinhadas e comprometidas ao pensamento ético-político com a possibilidade de conferir maior visibilidade ao sujeito-cidadão inserido em seu lócus. Isso possibilitaria desvelar suas particularidades e singularidades na experiência de viver em uma sociedade desigual, reconhecendo na coletividade e nos diferentes saberes, um norte para superar as condições de privação, inacessibilidade e total exclusão aos direitos sociais. No inciso XI dos princípios fundamentais do código de ética profissional, vê-se a orientação quanto à maior visibilidade do sujeito-cidadão: “Exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física.” (BRASIL, 2011, p. 24).

Percebe-se que a efetivação do projeto ético-político do Serviço Social, originou-se do resultado da organização da categoria na percepção de sua quase totalidade, valendo-se de sua maturidade teórica no legado de tradição marxista de firmar a profissão, um marco histórico de formulação de respostas qualificadas em face da questão social apresentada.

Esse projeto ainda trouxe e permanece com a tarefa de recriar o perfil profissional e sua identidade possibilitando através da pesquisa a projeção de estratégias de ultrapassar os limites institucionais, bem como a manter a superação constante a ideologia do assistencialismo face aos novos formatos neoconservadores, avançando no campo dos direitos e pela ampliação irrestrita da cidadania ao sujeito-cidadão. Trata-se de um projeto que, para Netto (2000, p. 104), é um “[...] processo em contínuos desdobramentos, flexível, contudo sem descaracterizar seus eixos fundamentais”.

A construção do pensamento crítico pelo caminho da pesquisa em Serviço Social tornou-se uma condição permanente para alicerçar o processo de consolidação desta como constitutiva e constituinte do fazer profissional. Entretanto, não se cumpre tal tarefa no campo da individualidade, mas ao revel, trata-se de um caminhar coletivo da categoria na busca de outros horizontes que partilhem das idéias de seu projeto ético-político.

A imprescindível sustentabilidade institucional e legal, copilada nesse conjunto de leis³⁰ e de regulamentações que marcaram a década de 1990, esta representada nesse referido

³⁰a) o Novo Código de Ética Profissional de 1993; b) a nova Lei de Regulamentação da Profissão em 1993; c) as Diretrizes Curriculares dos cursos de Serviço Social em 1996; d) as legislações sociais que referenciam o exercício profissional e vinculam-se à garantia de direitos como: o Estatuto da Criança e do Adolescente

projeto ético-político composto de uma dinâmica de ruptura com o conservadorismo, de caráter aberto e postura crítica as futuras e necessárias re-leituras da realidade social. Com a finalidade profícua de combater as desigualdades sociais, se busca o aprofundamento das pesquisas com compromisso de retorno e alcance social de seus resultados, bem como a necessária vinculação orgânica com o fazer profissional e garantia da centralidade ao sujeito-cidadão em sua condição ontológica, aproximando-se do terreno das subjetividades.

Todo esse processo de maturação se fez em alinhamento com a efetivação e ideais contidos no projeto da reforma sanitária, com o comprometimento de ampliação do acesso ao direito pela qualificação da ação profissional. Esta última, posicionada em defesa da melhoria das condições de trabalho, no combate a sua precarização e flexibilização das relações no processo de produção.

A nova prática profissional, constituída de elementos de liberdade, ética, participação popular, fiscalização e controle social, presentes nos dispositivos legais construídos em um processo de formação e delimitação de competências, reconhece a necessária ênfase na valorização da dimensão subjetiva, em recusa ao arbítrio, mas em defesa da liberdade e ao aprimoramento profissional, como infere a alínea “c” do artigo 3º do código de ética: “abster-se, no exercício da Profissão, de práticas que caracterizem a censura, o cerceamento da liberdade, o policiamento dos comportamentos, denunciando sua ocorrência aos órgãos competentes.” (BRASIL, 2011 p. 27).

4.2.4. O Assistente Social e o processo de mudança dos modelos de gestão na saúde.

A categoria final IV está identificada como “A requisição do Assistente Social no movimento de potencialização dos processos de mudanças dos modelos de gestão na saúde, em defesa e incorporação dos direitos de forma efetiva nas práticas.”, derivada da categoria inicial de codificação “D” – que se refere ao Serviço Social na saúde.

Apoiada em Yazbek (2001), vemos que o Serviço Social na atualidade adquiriu, ao longo de sua trajetória, o desafio de decodificar a lógica do capitalismo contemporâneo com atenção às metamorfoses no mundo do trabalho, aos processos de desmonte dos sistemas de proteção social e das políticas sociais, bem como ao elevado índice de pobreza e a

(ECA) de 1990, a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) de 1993, a Lei Orgânica da Saúde em 1990.

conseqüente exclusão social.

Diante dessas condições, o exercício profissional recorre a ação de um sujeito profissional com competência para propor as instituições que abrigam seu cotidiano de trabalho, ações que extrapolem as rotinas prescritas, mas que decifrem a realidade subjacente, promovendo ações concretas em acesso aos trabalhadores atingidos pelo desmonte do sistema de proteção social.

As ações transversalizam desde a relação profissional/usuário com atuação direta ao atendimento da população, passando pelo crivo de elegibilidade e critérios de acesso aos poucos direitos reconhecidos, até a complexidade da gestão e planejamento. Porém, quanto a esta última dimensão, com o alerta de não se perder a identidade do (a) assistente social em sua essência profissional, ou seja, vigiar para o risco de ser compreendido pela coletividade como um (a) gestor (a) desvinculado do projeto ético-político que o parametriza.

É notória a consolidação da profissão do Serviço Social na sociedade brasileira, por sua visibilidade no atual contexto social, sustentada por seu projeto ético-político que o instrumentaliza a formular intervenções na realidade social com o compromisso de relacionar o recorte de sua demanda a totalidade da questão social, ressaltando o protagonismo crescente na prestação dos serviços sociais.

As novas expressões das questões sociais, lideradas pelo desemprego, precarização do trabalho, penalização dos trabalhadores, discriminação de gênero e etnia, assédio moral, violência e suas crueldades, entre outras atrocidades, tornam-se o cenário de confronto e desafio a ser compreendido pelo Serviço Social, para que possa estabelecer o norte de sua intervenção prática com respostas qualificadas, alinhado com a intransigente defesa dos direitos humanos.

Nessa teia a ser decifrada, localiza-se a identificação da ação profissional do Serviço Social na efetivação da PNH, quando na sua proposta de corresponsabilidade entre trabalhadores, gestores e usuários, suscitando a clareza da competência do (a) Assistente Social na produção do cuidado na transversalidade da política em tela. O desafio permanece na superação do isolamento profissional, através da intersetorialidade/interdisciplinariedade na imperiosa troca de saberes e práticas. Para tanto, o respeito e o reconhecimento da singularidade humana, bem como suas subjetividades, se tornam o ponto comum que motivará a discussão entre diferentes, apreendendo a construção do conceito de humanização como:

Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão. (BRASIL, 2004, p. 8).

Porém, as trocas solidárias e as práticas resolutivas, só se fazem diante da busca de qualificação profissional e irrestrita fomento a autonomia para consolidar esse processo comprometido com a ética e orientado pela tradução dos princípios prescritos em seus textos normativos, tanto do Serviço Social, quanto no próprio documento base da PNH, dialogando entre os trabalhadores, gestores e usuários.

Para tanto, defende-se a inserção em segmentos da gestão do trabalho, com comprometimento de apontar as condições precarizadas de produção do cuidado, com olhar crítico, construtivo e propositivo de boas práticas, denunciando as más práticas e promovendo a qualificação do sistema de gestão, em sintonia com a PNH quando implica em “Construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos”. (BRASIL, 2004, p. 17).

Contudo, ressaltamos que as más práticas, ditas “desumanizadas”, integram uma das variadas conseqüências do capitalismo que sobrevive do lucro, do individualismo e do consumismo, promovendo a desvalorização da condição humana de maneira naturalizada no cotidiano do trabalho, permitindo que o trabalhador se reconheça vulnerável somente após ter sido excluído da sociedade do trabalho por não mais apresenta utilidade para o capital, e por conseqüência não mais ser um potencial consumidor. Nesse instante, é que o trabalhador torna-se o objeto de centralidade das ações de solidariedade reconhecidas como humanizadoras.

Quando um problema de um pequeno agrupamento de pessoas (ou até de um único indivíduo) que vive num mundo isolado, portanto, abstrato, passa a ser compreendido como pertencente a tantos outros indivíduos, grupos, povos, etc.(segmentos sociais), então, aquela situação única, que se afigurava no plano da singularidade como problema individual-familiar, mediatiza-se. Essa mediação se dá pelas *leis sociais* e particulariza pelas *determinações históricas*, ganhando, por aproximações sucessivas, concretude no entrecruzamento dos complexos sociais que compõem a realidade (PONTES, 2000, p. 47).

As práticas sociais desenvolvidas pelos profissionais de saúde voltados aos programas e projetos que ensejam ações de educação, promoção e prevenção em saúde, realçam a busca de compreensão da dimensão humana na produção do cuidado no ambiente hospitalar, com

especial atenção ao sofrimento advindo não só da dor física da doença, mas em igual condição para a inacessibilidade aos direitos sociais. Há um alerta do documento base dos parâmetros de atuação o assistente social na saúde que reza:

O exercício profissional do assistente social não deve desconsiderar as dimensões subjetivas vividas pelo usuário e nem se reduzir a defesa de uma suposta particularidade entre o trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais nas diferentes especialidades da medicina. Esta última perspectiva fragmenta a ação do assistente social na saúde e reforça a concepção de especialização nas diversas áreas médicas e distintas patologias, situação que tem sido colocada pelas demais profissões de saúde como necessária de superação. (CFESS, 2010, p. 28-29).

Por outro lado, vemos a similitude nas preocupações com dimensão subjetiva reconhecidas nas orientações gerais da PNH, nos permitindo compreender a necessidade de coerência técnica-operativa no cotidiano da prática:

Valorização da dimensão subjetiva e coletiva em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos de cidadania, destacando-se as necessidades específicas de gênero, étnico - racial, orientação/expressão sexual e de segmentos específicos (população negra, do campo, extrativista, povos indígenas, quilombola ciganos, ribeirinhos, assentados, população em situação de rua, etc.) (BRASIL, 2004, p. 21).

A cena cotidiana do assistente social na saúde esta representada por um campo de expressões concretas das desigualdades sociais advindas das árduas relações de trabalho, em que os direitos sociais são freqüentemente suprimidos e o direito à vida totalmente atingida. De acordo com o documento dos parâmetros de atuação do assistente social na saúde, “Os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional.” (CFESS, 2010, p. 41).

Em especial, a prática no contexto hospitalar requisita ao profissional do Serviço Social, sucessivas reflexões acerca das concepções e dinâmicas pertinentes ao processo de construção de humanização constituinte do processo de produção do cuidado, ou seja, no fino trato desde a vida até sua finitude. Os necessários encontros, pertencentes à natureza técnica da profissão pela escuta e acolhimento em face da vulnerabilidade emocional, se fazem fundantes para as aproximações reflexivas na produção de respostas qualificadas ao enfrentamento das demandas postas de cunho desumanizador.

Não parece difícil aceitar que talvez a mais básica condição de possibilidade da

inflexão de ações de saúde na direção do cuidar é o privilegiamento da ‘dimensão dialógica’ do encontro entre usuários e profissionais. Isto é, a abertura a um autêntico interesse em ouvir o outro, rompendo o monólogo próprio à discursividade tecnocientífica. Poder ouvir e fazer-se ouvir, pólos indissociáveis de qualquer legítimo diálogo, é o elemento que faz efetivamente surgir na cena do cuidado não um sujeito (profissional da saúde) e seu objeto (usuário ou comunidade), mas dois sujeitos e um objeto mediador (riscos, dismorfias, disfunções, sofrimentos, etc.). (AYRES, 2008, p. 70).

Atualmente muito se tem refletido sobre os efeitos perceptíveis da globalização na força de trabalho em saúde que vem desafiando a gestão de recursos humanos. Os desdobramentos desses efeitos enfeixam as atrocidades de traço neoliberal como o enxugamento do Estado e os conseqüentes cortes na rede de proteção social e de saúde. Dentre tais desdobramentos, destacam-se a redução e/ou manutenção do contingente de trabalhadores em contexto de ampliação de demandas do cotidiano cada vez mais marcadas pelo sofrimento e pauperização dos usuários desprotegidos do sistema de proteção social. Também se aliam as precárias condições de trabalho acompanhadas da precarização do mercado e do aumento significativo da participação do setor privado na oferta de serviços.

Na produção e gestão do cuidado, atualmente identificamos a força de trabalho como componente fundamental na gestão em saúde pleiteando mudanças no processo de desenvolvimento da gestão de pessoas. A humanização como política transversal sugere que busquemos,

Orientar as práticas de atenção e gestão do SUS a partir da experiência concreta do trabalhador e usuário, construindo um sentido positivo de humanização, desidealizando “o Homem”. Pensar o humano no plano comum da experiência de um homem qualquer. (BRASIL, 2004, p. 17).

As buscas da consolidação do SUS ainda persistem problemas de variadas ordens, mas chamemos a atenção para os termos em equidade de acesso, qualidade de ações e serviços, bem como a escolha da melhor estratégia para adequar recursos e sua sustentabilidade.

A aposta recai nas possíveis mudanças no modelo de gestão, de maneira que os sujeitos envolvidos, gestores, trabalhadores da saúde e usuários, reconheçam e assumam a relevância de suas práticas, potencializando o cunho humanitário de concepção ligada ao direito social em direção a efetividade e eficiência do sistema de saúde vigente. Vejamos que a humanização relacionada a esta dinâmica complexa, envolve o desafio da operacionalidade da integralidade observando seus eixos de ação.

Todavia, dentre os entraves que não possibilitam a consolidação desse sistema operar

com a orientação de seus princípios e diretrizes, ressalta-se os modelos de gestão centralizada e vertical, promovendo a desapropriação do trabalhador e por consequência, de seu processo de trabalho, capturando o protagonismo e autonomia de todos os sujeitos envolvidos na produção de saúde.

As peculiaridades do trabalho em saúde se inclinam tanto para o tom emancipador, transformador e produtor de sentidos, como podem ser completamente estranhados e produtor de sofrimento, logo transgressor dos direitos sociais em uma cruzada contra a dignidade e direito à vida. Nessa ambiguidade que se percebe a brecha que os trabalhadores de saúde podem fazer valer quanto à negação diante da concepção de serem considerados “recursos” quando na produção do cuidado em saúde, potencializando a condição de atores sensibilizados e atentos as dimensões subjetivas, detentores de sua autonomia para inferir práticas individualizadas ou coletivas na direção de políticas inclusivas e resgatadoras do sistema de proteção social suprimido.

Particularmente a PNH se compõe de um escopo ampliado na pretensão de reorientar as práticas de saúde na perspectiva da transversalidade, preconizando a construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção em saúde, reconhecendo o protagonismo e autonomia de sujeitos e coletivos.

Entretanto, a política surge em um cenário de muitas incertezas operacionais e financeiras do sistema único de saúde, que logo após maturar um modelo de gestão universal e integral, depara-se com as intempéries da ofensiva neoliberal, situação em que seu modelo já se apresentava obsoleto aos moldes ditados pelo mercado agora flexível.

A proposta revestida de humanidade construída na concepção do direito social, não encontra eco nos vínculos frágeis dos trabalhadores e usuários (já não mais reconhecidos como cidadãos), no descontrole social, na precarização das relações de trabalho, da ausente participação dos trabalhadores na gestão dos serviços, estímulo ao individualismo contra o trabalho em equipe, pouco investimento em educação permanente, despreparo dos trabalhadores no tocante a dimensão subjetiva entre outros.

A humanização ainda transita num espaço de sentidos enquanto um conceito polissêmico, impreciso e frágil, vinculando-se ao voluntariado, assistencialismo, paternalismo e até mesmo pelo tecnicismo apoiado na racionalidade administrativa e na onda da qualidade total, completamente desprovida de seu acúmulo histórico conceitual no campo do direito social.

Concordamos com Ayres (2005, p. 552) quando infere que a humanização “trata-se de

um projeto existencial de caráter público, trata-se de uma proposta para polis.” Já o autor Teixeira (2005, p. 592), nos alerta que a proposta da humanização está comprometida “com a procura de melhores meios para o homem aumentar sua potência.” Aqui fica evidenciado o caminho a ser tomado nas estratégias do acolhimento e dos encontros/diálogos, bem como nas redes de trabalho afetivo para exercer a potência individual e comunitária.

A junção entre as mudanças na gestão dos processos de produção em saúde e em especial na produção do cuidado e a incorporação de práticas humanizadoras, conduzem ao espaço que transitam simultaneamente mesclados o individual e o coletivo, o social, econômico e o político, a confrontação de interesses muito mais na linha divergente e, a imperiosa postura de mediação, articulação e ao fim, a negociação pela garantia dos acessos aos direitos sociais.

Assim, propor mudanças na forma de ser e de fazer o trabalho resulta na confrontação com o novo e com todo tipo de problemas que precisam ser geridos a partir daí. Evidencia-se desse modo a fluidez do trabalho e a potencialidade do sujeito trabalhador: na possibilidade de novas organizações, da implementação de modos originais de operar aquela realidade e da criação de novas entidades coletivas. A vida no trabalho permite a troca de saberes, as experimentações, a confrontação com a descoberta, o inusitado. (HENNINGTON, 2007, p. 5).

Ainda em Hennington (2007), todo o trabalho em saúde evidencia as normas antecedentes e as renormalizações em um movimento constante, individual e coletivo. Nenhum trabalho é representado por mera execução, seqüência de atividades ou repetição de gestos, mas sim toda produção do trabalho é ressingularizada, ou seja, é uma renormalização parcial em torno de si. Desse modo, a gestão de trabalho em saúde, deve compreender o espaço do trabalho como aquele de transgressão, na reflexão entre a norma e sua renormalização.

Torna-se oportuno observar as “brechas” contidas nas normas que apresentam sempre uma possibilidade da transgressão, ou seja, da potência de se tomar uma livre decisão pessoal, de se questionar o prescrito no mundo das microtransgressões. A prática na área da saúde, ainda persiste nas padronizações e protocolos tornando-se uma meta inatingível na qualidade dos serviços, quando a dinâmica do cotidiano suscita a renormalização e transgressão das normas, por escolhas éticas ou não, que podem ter sentido humanitário ou ao contrário, produzir sofrimento. Vejamos a orientação pertencente aos parâmetros de atuação dos assistentes sociais na saúde (2010):

Não cabe ao profissional de Serviço Social se utilizar no exercício de suas funções de terapias individuais, de grupo, de família ou comunitárias, mas sim potencializar a orientação social com vistas à ampliação do acesso dos indivíduos e da coletividade aos direitos sociais. É importante ressaltar essa questão, pois alguns segmentos profissionais vêm se dedicando à terapia familiar e individual, reivindicando o reconhecimento do campo psíquico enquanto ampliação do espaço ocupacional do assistente social, qualificando-o de Serviço Social Clínico, conforme já referido. (CFESS, 2010, p. 44).

No limiar dessas escolhas que se faz necessária a reflexão a respeito de que valores estão envolvidos os trabalhadores, gestores e usuários do sistema, em se tomando em consideração o campo das microdecisões/microtransgressões no cotidiano do trabalho, bem como a apreensão do campo de suas subjetividades.

Ao refletir sobre a evolução do papel do trabalho afetivo no capitalismo, Hardt¹¹ reitera que a produção foi enriquecida pela complexidade da interação humana, na união entre ação instrumental e comunicativa, produzindo e reproduzindo afetos em redes de comunicação e cultura – subjetividades e sociabilidade tornam-se diretamente exploráveis pelo capital, aflorando o bio-poder. Desse modo, destaca-se o enorme potencial do trabalho afetivo, na medida em que “o que se cria nas redes de trabalho afetivo é uma forma-de-vida.” (HARDT, 1993 p. 154).

Acreditamos que o trabalho em saúde, reconhecido por sua complexidade e contradições e enfrentamentos aos seus estranhamentos, deva ser reconhecido numa perspectiva libertadora em defesa da vida e na garantia de seus direitos sociais. Estamos envoltos em normas padronizadas e prescritas, apresentadas pela lógica de subordinação, mas nos apossamos da capacidade de potencializarmos nossas práticas, trilhando o caminho das microtransgressões, para romper com as subvenções padronizadas e, com isso, propor a coerência de um fazer profissional harmonizado com o sentido da ação humanizadora defensora da vida.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo, ao discutir o processo de renovação do Serviço Social e a relação com a Política Nacional de Humanização, recorre à discussão da reestruturação produtiva do trabalho, identificando nas relações sociais contemporâneas, o lugar do Serviço Social no mundo do trabalho e de seu projeto ético político como estratégia de enfrentamento das desigualdades sociais.

O contexto do processo de renovação profissional do Serviço Social é perpassado pelas questões sociais, que se apresenta nas diferentes expressões advindas da exploração do capital, em espaço de contradição que permite a sustentação à sobreposição do capital sobre o trabalho regido pela ofensiva neoliberal.

A contemporaneidade do Serviço Social, com suas particularidades, nesse contexto histórico requer uma reflexão que parta de sua trajetória histórica para que se possa apreender os seus rebatimentos na era da globalização, diante da intensificação das desigualdades sociais aprofundadas pelo ideário neoliberal. São tempos em que crescem as massas descartáveis, sobrantes e alijados aos direitos e sistemas de proteção sociais. Portanto, tempos marcantes em que crescem, paralelamente, as demandas por políticas sociais, e de maneira particular, por uma amplitude da rede de proteção social. (YAZBEK, 2000, p.95-98).

Diante do legado histórico da profissão, pode-se ressaltar o protagonismo crescente dos assistentes sociais na prestação de serviços sociais, no campo do planejamento, da gestão, formulação e execução das políticas, dos programas, dos projetos e serviços socioassistenciais, no avanço da área acadêmica, na avaliação do processo de formação profissional, na área da pesquisa, na área de produção de conhecimento e na própria organização política da categoria.

O projeto ético-político se firma comprometido com valores e princípios que apontam para a autonomia, a emancipação, a defesa da liberdade e da equidade, a socialização da política e da riqueza socialmente produzida e o pleno desenvolvimento de seus usuários, enfatizando as dimensões subjetivas no cotidiano do trabalho dos assistentes sociais.

A categoria profissional, nas últimas décadas, deparou-se com a nova orientação normativa, que suscitou e suscita a adesão do profissional ao compromisso ético-político, e, com isso, mudanças na gestão do trabalho e por consequência a construção de novas práticas devem estar alicerçadas pela via do aprimoramento intelectual. Especial atenção é dada para uma “formação acadêmica qualificada, alicerçada em concepções teórico-metodológicas

críticas e sólidas, capazes de viabilizar uma análise concreta da realidade social” e possibilitar um processo de formação permanente e “estimular uma constante postura investigativa” (NETTO, 2000, p.105).

O referido projeto ético-político reporta-se aos diferentes segmentos de atuação da profissão, seja qual for o espaço de atuação, permitindo-lhes compreender o Serviço Social na divisão sociotécnica do trabalho e no encaminhamento de ações que contribuam para a ultrapassagem do discurso da “denúncia da questão social”. Reporta-se, ainda, ao movimento de ruptura com a postura neoconservadora, construindo novas práticas institucionais, e contribuindo com a formulação de novas políticas sociais.

Entretanto, a consolidação dos avanços historicamente conquistados pela categoria no tocante a produção do conhecimento, suplementou a lacuna das inexpressivas produções científicas anteriores aos anos de 1990, porém ainda o pensamento crítico se mantém distanciado da prática profissional, fomentando ações e distorções de postura conservadora em detrimento ao comprometimento ético e político já comentado. O caminho a ser trilhado para reverter essa condição é o da própria prática profissional no cotidiano, na oportunidade de sua aproximação com as reflexões críticas, propiciando a devida materialidade sócio-histórica ao projeto ético-político.

Para tanto, busca-se em se ter uma política de formação que possa articular as dimensões da graduação e pós-graduação, juntamente aos processos de capacitação e educação permanente, tendo por eixo norteador as demandas e impasses vivenciados pela categoria no cenário do fazer profissional, levando em consideração os determinantes sociais, políticos, culturais e econômicos que expressam a questão social na atualidade.

O referido contexto suscita que a ação profissional da categoria do Serviço Social se posicione estrategicamente face ao enfrentamento dos antagonismos das relações acirradas pelas desigualdades sociais, tensões e conflitos na cotidianidade do trabalho.

As inquietações da profissão acompanham as alternâncias entre o caráter messiânico das práticas profissionais de cunho conservador e fragmentado, e a postura estratégica de incorporação de práticas que convergem com as reais demandas legítimas para o Serviço Social. Combinam a utilização do referencial teórico-metodológico e técnico-operativo, construídos e referendados historicamente no projeto ético-político.

A ressignificação da prática profissional, balizada pela leitura enviesada do neoconservadorismo, pode ser compreendida como particularidades de uma profissão que surge no seio do capitalismo monopólico e apresenta resistência na forma da reestruturação

produtiva do capital, quando ainda permanece a necessidade de controle social na produção em meios as condições de flexibilização e precarização.

Na contramão da busca pela efetivação do projeto ético-político do Serviço Social, existem duras ameaças de mudanças estruturais propostas pelo capital e obviamente opostas aos princípios do projeto profissional. O neoliberalismo instituiu uma política de desmantelamento do Estado, com a privatização das instituições públicas, desmonte de direitos e garantias sociais, bem como a sobreposição do econômico em relação ao social, expressos na questão social com o conseqüente aviltamento da pessoa humana.

Nesse contexto de tensões e contradições, localiza-se o processo de produção do cuidado na saúde experimentado, dentre outros profissionais, pelo assistente social. As transformações sócio-históricas, submetidas às ordens financeiras do capitalismo, imputam mudanças estruturais nas relações entre estado e sociedade. É exatamente nesse formato societário que as demandas do Serviço Social se expressam com as características da exclusão social, influenciando e definindo o ser e o fazer profissional, adquirindo novos contornos a partir desta complexidade formada pelos monopólios e ofensiva neoliberal.

Ocorre, nesse sentido, uma dinâmica de alterações da demanda apresentada no contexto da ordem financeira vigente, refletindo nos processos de trabalho do assistente social e de suas condições recebidas para realizar as atividades que lhes são conferidas. Somando-se aos demais trabalhadores que compõem a equipe hospitalar, observam-se que estão desprovidos da detenção dos meios necessários e dignos para exercerem suas práticas, logo, a autonomia profissional e liberdade ficam suprimidas nesse contexto que produz insatisfações, adoecimentos e sofrimentos.

Os rebatimentos neoliberais nas políticas sociais são de uma perversidade desastrosa, quando passam a ter um caráter eventual e suplementar, pela adoção de práticas fragmentadas e de característica compensatória, naturalizando os desalinhos com as conquistas no campo do direito social. Os serviços sociais, organizados por setores de atenção especializada e parcelada, são ofertados aos usuários vistos como “desajustados”, por uma prática neoconservadora que reconhece a intervenção na questão social como benesses revestidas de filantropia e favores, sendo a estratégia de controle social.

O maior impacto da globalização se manifesta na desregulamentação da força de trabalho, no achatamento de salários e no aumento do desemprego. Esta é a face perversa da globalização, pois em vez de traduzir melhores condições aos povos, ela vem trazendo a globalização da indiferença com os excluídos. (SPOSATI, 2000, p.64).

Pelo olhar da classe trabalhadora, essas benesses até podem ser reconhecidas por parte de alguns trabalhadores como ações complementares, não suficientes e desconectadas de suas reais necessidades de sobrevivências. No entanto, diante do desemprego estrutural e do pauperismo absoluto, tornam-se vitais para parcelas consideráveis da massiva força de trabalho que se esta fora do mercado de trabalho, vivenciando seu adoecimento e sofrimento como resultantes do enfrentamento a sobrevivência em uma sociedade desigual.

As benesses como respostas às necessidades da classe trabalhadora empobrecida tendem a ser computadas pela burguesia como forma de subordinação aos padrões vigentes, produzindo a alienação e naturalização do não questionamento da questão social, logo, desencadeando ações profissionais isoladas e fragmentadas e alijadas das reflexões metodológicas e técnico-operativas contestadoras de tal barbárie.

Como executores finais de políticas públicas, os assistentes sociais precisam avançar no campo de ação para além da operacionalidade das políticas públicas compensatórias e distorcidas de seu caráter legal no campo do direito social. É necessário conhecer as contradições da sociedade capitalista, suas refrações na questão social e suas expressões no cotidiano do trabalho. As respostas aos carecimentos, expressas em demandas, devem considerar as condições indignas advinda de uma população desassistida como usuário-cidadão e reconhecida como indivíduo favorecido por benesses, em razão de sua inabilidade de competências ao “mercado flexível”.

Somada ao movimento de constituição crítica histórico-social no mundo do trabalho, especificamente na produção em saúde, a temática da humanização ganha espaço nas reflexões e produções científicas. Quando o assunto envolve a organização social da prática médica, a medicalização social, tema capitaneado por estudiosos europeus e norte-americanos, com reconhecida influencia sobre a construção do conceito de humanização na América latina.

A partir dessas influências estudiosas e profissionais protagonizaram a histórica construção do conceito de humanização no campo da saúde, tendo como ponto de partida a “impessoalização” e a “desumanização” da relação médico-paciente. A temática da humanização das práticas de produção do cuidado ganha sentido apoiada na compreensão do conceito de integralidade reconhecido na política do SUS.

A tendência desse movimento traz por característica a análise de um conjunto de aspectos inter-relacionados que se expressam nos processos de trabalho na saúde ou nos

fenômenos desumanizadores ocorridos na dinâmica social, na busca da consolidação do SUS. Há dois grandes eixos de discussão na reflexão teórica da humanização: a discussão das transformações dos processos de trabalho em saúde com a produção de práticas relacionais e intersubjetivas mais pautadas na solidariedade, na autonomia dos sujeitos e na cooperação. E a discussão das políticas de gestão, dos arranjos organizacionais e dos modelos tecnoassistenciais, e suas implicações para a produção de serviços e práticas de saúde alicerçadas na garantia do exercício da cidadania e na corresponsabilização dos diferentes atores envolvidos.

[...] o cotidiano é conformador de automatismos, de reações espontâneas e alienadas aos processos sociais pelos sujeitos, por outro lado, é nesse espaço que surgem os conflitos individuais expressadores do antagonismo entre as restrições impostas pelas relações sociais ao nível individual e as capacidades do gênero, sendo esse o substrato a partir do qual pode se desenvolver o indivíduo não mais particular (HELLER apud GOMES; SCHRAIBER, 2011, p. 345).

Segundo Gomes e Schraiber (2011), o desenvolvimento da humanidade tem vivenciado as matrizes da dialética humanização-alienação com seu caráter ao mesmo tempo contraditório e unitário, refletindo sobre essa bipolaridade de nunca humanização ou alienação, mas sempre humanização-alienação, indissociáveis, polares e contraditórios, que:

[...] a humanidade não tem se desenvolvido ora com caráter humanizador, ora com caráter alienador. Os dois aspectos opostos encontram-se tensamente unificados, e a complexidade gerada por essa tensão se expressa na concretude de diversos processos particulares da sociabilidade. Assim, cabe colocar sob suspeição as várias análises alicerçadas na perspectiva do humanismo ou da humanização como características idealizadas, naturalizadas, a-históricas, pertencentes a um período em que os sujeitos estabeleciam relações harmônicas entre si. (GOMES; SCHRAIBER, 2011, p.346).

Considerando que a referência da maioria das produções analíticas contemporâneas sobre a temática da humanização passa pelas concepções, dinâmicas e projetos éticos políticos, que vislumbram a análise e transformação das práticas do cotidiano (re) produtoras de adoecimento/sofrimento para trabalhadores e coletividades, alertamos que o uso do termo desumanização desprovido de sua característica ambígua, poderemos correr o risco de não identificarmos elementos conformadores da complexidade da totalidade social.

Dito isso, ressaltamos que as concepções do movimento conceitual da temática da humanização transitam no campo do direito social em contraposição ao seu entendimento caritativo. Tal evidência se aproxima do processo de renovação do Serviço Social, quando

busca o caminho da garantia do acesso aos direitos sociais pela mesma motivação ética de reconhecer as subjetividades contidas nas relações desiguais do mundo do trabalho, vindo a se encontrar com similitudes e convergências quando na defesa de seus princípios e diretrizes alinhadas na direção da dignidade humana e divergentes, quando na postura de caritas, isolada e fragmentada em consonância com o conservadorismo requisitado pelo modelo de produção excludente.

Reconhecemos que o SUS, desde sua implementação, apresenta experiências bem-sucedidas, sendo marcado, porém, por problemas estruturais e contradições que demandam posicionamento e enfrentamento na produção cotidiana do cuidado.

A Política Nacional de Humanização traz para esse cenário contraditório, a relevância dos aspectos positivos de um SUS que “dá certo”, valendo-se da análise dos modos de gerir e produzir o cuidado, para formular os princípios, as diretrizes, os dispositivos e os métodos (BRASIL, 2008).

A PNH emerge com o papel de promover transformações sociais que nos estimulam a refletir no cotidiano, modos de vida contemporâneos e seus contornos enquanto produtores de subjetividades, que dão forma aos corpos e aos modos de vida em sociedade e encontram-se intimamente relacionados com as variações nas práticas e discursos relativos aos modos de cuidar e fazer gestão em saúde. Assim, Penha (2009) sinaliza não ser necessário justificar um motivo específico para sua existência enquanto política pública.

Nesse sentido, a PNH não é apenas uma iniciativa do Ministério da Saúde na intenção de fabricar um novo ethos na relação entre os atores em cena no campo da saúde, mas sim, uma política de orientação a aproximação de referência ética, política e institucional de mudança/transformação dos modelos de gestão e logo na produção do cuidado em saúde coletiva.

Esta é uma sensível e radical diferença, um importante deslocamento para o enfrentamento das contradições do SUS, pois ali onde se anunciava o problema (os modos de gerir e de cuidar), onde se localizavam as dificuldades mais radicais (ação autônoma dos sujeitos) e a impossibilidade da construção de planos de ação comum (relação entre sujeitos com interesses e necessidades não coincidentes) é que se vai buscar a força e a possibilidade da produção da mudança. Ação de contágio e afecção pelo SUS que dá certo, que “dá certo” como modo de fazer e como direção ético-política. Das experiências concretas nos serviços e práticas do SUS, da análise de sua construção, é que a PNH extrai, então, suas construções discursivas e práticas. (PASCHE apud NAVARRO e PENA, p.2, 2013).

Compreendemos ser relevante o resgate da humanização das práticas em saúde reconhecendo seus valores humanitários “esquecidos” na contemporaneidade, logo, pouco

praticados. Representa uma nova atmosfera para o campo das possibilidades de atitudes éticas com compromisso na melhoria das relações de trabalho e por conseqüência, com assistência humanizada ao usuário do SUS.

A PNH apresenta ações intensivas e extensivas. As ações intensivas possuem caráter micropolítico, responsáveis pelas ações de sensibilização e mobilização entre trabalhadores, gestores e usuários. Esse é um movimento necessário para qualificar o acolhimento aos usuários do sistema de saúde, bem como a oportunidade de construção de ofertas da assistência na produção do cuidado. Por outro lado, as ações extensivas são de caráter macro político, e destinam-se a afirmação da PNH enquanto política pública do SUS que se direciona para as ações em saúde estendendo-se em nível nacional.

Dentre as diretrizes da PNH, destaca-se o acolhimento por sua centralidade e relevância no processo de trabalho na produção de saúde já que permite nos posicionarmos face ao problema do outro, gerando a necessidade de respostas qualificadas aos carecimentos com trato técnico e ético. A escuta qualificada, valoriza a singularidade dos usuários que buscam acolhimento nos serviços ofertados, afirmando-se com diretriz norteadora do SUS.

Situando o campo do direito a saúde, percebe-se que o sutil campo das possibilidades de potencializar as práticas comprometidas à humanização na produção do cuidado, nos permite citar dentre tantas atitudes que promovam mudanças, a reorganização espacial do ambiente com o uso de cores e artefatos que busquem desconectar o trabalho da sua dureza e cenário de sofrimento. Outra maneira de provocar a leveza das relações árduas de trabalho na saúde se refere a uma política de valorização dos trabalhadores, através de práticas que desvinculem o trabalho e suas dificuldades cotidianas, por modos de acolher e escutar a singularidade dos envolvidos.

Compreendemos que todo o esforço do discurso aqui apresentado é de fundamental relevância para que possamos refletir e construir referências teóricas no sentido de agregarmos conhecimento ao enfrentamento da luta pela consolidação do SUS. A esclarecimento da natureza das mudanças societárias e as repercussões no mundo do trabalho do campo da saúde são imprescindíveis para que possamos tomar posição e propor ações assertivas em defesa e acesso da saúde e de sua universalização. A ofensiva neoliberal busca recuperar os serviços sociais para o mundo das empresas privadas, com a indecorosa proposta de remercantilização de tais serviços, nos provocando a imperiosa necessidade de mantermos o compromisso com o pensamento crítico na luta em desvelar os interesses em jogo.

Portanto, a requisição de um profissional propositivo, reflexivo, crítico, “que aposte no

protagonismo dos sujeitos sociais, versado no instrumental técnico-operativo”, qualificado para ações profissionais em nível de assessorias, de negociações, de planejamentos, de pesquisa e de incentivo à participação dos usuários em gestão e da avaliação de programas sociais de qualidade, permitirá a manutenção da renovação constante da profissão do Serviço Social em cumprimento aos preceitos éticos e políticos defendidos tanto no projeto da categoria, como na efetividade da política Nacional de Humanização. (IAMAMOTO, 2001, p.144).

REFERÊNCIAS

- ALVES, G. Trabalho e reestruturação produtiva no Brasil neoliberal: precarização do trabalho e redundância salarial. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 188-197, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802009000200008>. Acesso em: 04 mar. 2017.
- ALVES, W. F. Crítica à razão gestonária na educação: o ponto de vista do trabalho. **Revista Brasileira de Educação**, [S.l.], v. 19, n. 56, p. 37-59, jan./mar. 2014.
- ANDRADE, J. T. (Coord.). **Em busca do humano: avaliação do humaniza SUS em ações municipais de saúde em Fortaleza**. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2007.
- ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde, **Ciência Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 10, n. 3, p. 599-613, 2005.
- ANEAS, T.V.; AYRES, J.R.C.M. Meanings and senses of healthcare practices: fundamental ontology and the reconstruction of healthcare. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 38, p. 651-62, jul./set. 2011.
- ARAÚJO, L.B.C. **25ª Reunião da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação (ANPED)**. Caxambu 29 de Setembro a 02 de Outubro, 2002.
- ANTUNES, R; ALVES, G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Revista Educação & Sociedade**, Campinas, v. 25, n. 87, p. 335-351, maio/ago. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v25n87/21460.pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2017.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 549-560, abr. 2005.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Coleção Criança, Mulher e Saúde. 406 p.
- AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.43-62, 2007.
- AYRES, J.R.C.M. et al. Conceito de Vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Editora 70, 2009. 281p.
- _____. **L'Analyse de contenu**. [S.l.]: Editora: Presses Universitaires de France, 1977.
- _____. **Ánálise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar./ago. 2005.

BOWE, R.; BALL, S. **Reforming education and changing schools: case studies in policy sociology**. London: Routledge, 1992.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 19 set., 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 09 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humanizamus: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Código de ética do/a assistente social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 9. ed. rev. e atual, Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2011. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros para a Atuacao de Assistentes Sociais na Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf)>. Acesso em: 06 fev. 2017.

BRASIL. **Código de ética do/a assistente social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10. ed. rev. e atual, Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros para a Atuacao de Assistentes Sociais na Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf)>. Acesso em: 06 fev. 2017.

BRAVO, M. I. S. **Política de saúde no Brasil**. Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. 2006. Disponível em: <<http://www.servicosocialesaude.xpg.com.br/texto1-5.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2013.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. Reforma Sanitária e o Projeto Ético-Político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. S.; VASCONCELOS, A. M.; GAMA, A. de S.; MONNERART, G. L. (Org.). **Saúde e serviço social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

BROTTO, T. C. de A.; DALBELLO-ARAÚJO, M. É inerente ao trabalho em saúde o adoecimento de seu trabalhador? **Revista brasileira saúde ocupacional**, São Paulo, v. 37, n. 126, p. 290-305, dez. 2012.

BUSTAMANTE, V.; MCCALLUM, C. Cuidado e construção social da pessoa: contribuições para uma teoria geral. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 673-692, 2014.

CAMPOS, G. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciência & saúde coletiva**, v. 15, n. 5, p.

2337-2344, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500009&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 04 mar. 2017.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, R.; CAMPOS, G. Co-construção de autonomia: O sujeito em questão. In: CAMPOS, G. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2006.

CASATE, J. C.; CORREA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 105-111, jan./fev., 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000100017>. Acesso em: 15 fev. 2016.

CASTRO, M. M.. **História do Serviço Social na América Latina**. 5. ed. rev. São Paulo: Cortez, 2000.

CECILIO, L.C.O. The death of Ivan Ilyich, by Leo Tolstoy: points to be considered regarding the multiple dimensions of healthcare management. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, [S.l.], v. 13, supl.1, p. 545-55, 2009.

CENTRO BRASILEIRO DE COOPERAÇÃO E INTERCÂMBIO DE SERVIÇOS SOCIAIS (CBCISS). **Teorização do Serviço Social**. 2. ed. Rio de Janeiro: Agir, 1986.

CFESS. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Grupo de trabalho Serviço Social na Saúde. Brasília: CFESS, 2009. 42 p. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros%20para%20a%20Atuacao%20de%20Assistentes%20Sociais%20na%20Saude.pdf)>. Acesso em: 06 fev. 2017.

COTA, Maria Célia. De Professores e carpinteiros: encontros e desencontros entre teoria e prática na construção da prática profissional. **Educação e Filosofia**, [S.l.] v. 14, n. 27/28, p. 203-222, jan./jun. e jul./dez. 2000.

DELUIZ, N. O Modelo das Competências Profissionais no Mundo do Trabalho e na Educação: Implicações para o Currículo. **Boletim técnico do Senac**, [S.l.], v. 27, n. 15-25, p. 1, set./dez. 2001. Disponível em: <http://www.bahiana.edu.br/CMS/Uploads/O%20modelo%20das%20competencias%20profissionais%20N_Deluz.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2017.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0171.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2016.

DESLANDES, S. F. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. **Ciência. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000300018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 mai. 2016.

DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. de A. Processo comunicativo e humanização em saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, n. 13, supl. 1, p. 641-649, 2009.

_____. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000300018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 mai. 2016.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, jul./set. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2016.

DONNANGELO, M. C.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

DUTRA, J. P. Texto para discussão 1. In: SHIROMA, E. O.; CAMPOS, R. F.; GARCIA, R. M. C. G. **Subsídios teóricos para construção de uma metodologia para análise de documentos de Política Educacional**. [S.l.: s.n.], 2004.

FAIRCLOUGH, N. **Discurso e mudança social**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2001.

FRANCO, T. B. Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. Supl. 1, p. 102-114, 2015.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Revista Eletrônica Tempus Actas de Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 6, n. 2, 2012.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOMES, R. M.; SCHRAIBER, L. B. Humanization-alienation dialectic as a tool for the critical comprehension of health practices dehumanization: some conceptual elements. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n.37, p. 339-50, abr./jun. 2011.

GRAVE, F. **Serviço Social e Método: a contribuição do pensamento marxiano**. Programa de Pós-graduação, Rio de Janeiro, ESS / UFRJ, 2004.

GUERRA, Y. A. D. Expressões do pragmatismo no Serviço Social: reflexões preliminares. **Revista Katálysis**, v. 16, n. esp., Florianópolis, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/S1414-49802013000300004>>. Acesso em: 04 dez. 2016.

HARDT M. O trabalho afetivo. In: PELBART, P.P.; COSTA, R. (Org.). **Cadernos de Subjetividade: o reencantamento do concreto**. São Paulo: Hucitec; 2003.

HENNINGTON, E. A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 555-561, jun. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n3/6707.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2016.

IAMAMOTO, M. V. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 1998.

_____. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. **Renovação e conservadorismo no serviço social**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

IAMAMOTO, M. V. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade. In: COFI/CFESS. **Atribuições privativas do (a) assistente social em questão**. Brasília, 2002.

IAMAMOTO, M. V; CARVALHO, R. de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação teórico-metodológica**. São Paulo: Cortez, 2005.

JAMESON, F. **Pós-modernismo: a lógica cultural do capitalismo tardio** [2. ed.]. São Paulo: Editora Ática, 1997.

KUENZER, A. Da dualidade assumida à dualidade negada: o discurso da flexibilização justifica a inclusão excludente. **Revista Educação e Sociedade**, Campinas, v. 28, n. esp. 100, p. 1153-1178, out. 2007.

LESBAUPIN, I. (Org.). **O desmonte da nação: balanço do governo FHC**. Petrópolis: Vozes, 1999.

LIMA, J. C. F. **Bases Histórico-Conceituais para a Compreensão do Trabalho em Saúde**, [S.l.: s.n.], 2007. p. 57-96

LINHART, D. Entrevista à revista. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 149-160, mar./jun. 2011.

_____. Modernização e precarização da vida no trabalho. In: ANTUNES, R. (org.). **Riqueza e Miséria do Trabalho no Brasil III**. São Paulo, Boitempo Editorial, 2014, p.45-54.

LHUILIER, D. Trabalho. Tradução F. S. Amador. **Revista Psicologia & Sociedade**, n. 25, v. 3, p. 483-492, 2013. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/seerpsicsoc/ojs2/index.php/seerpsicsoc/article/view/3642/2260>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

MARTINELLI, M. L. **Serviço social: identidade e alienação**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

MARX, K. **A ideologia alemã: crítica da mais recente filosofia alemã em seu representante Feuerbach, B. Bauer e Stirner, e do socialismo alemão em seus diferentes profetas (1845-1846)**, São Paulo: Boitempo, 2007.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MIOTTO, M. M. B.; BARCELLOS, L.A. Contribuição das Ciências Sociais nas práticas de Saúde Pública. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, [S.l.], v. 11, n. 2, p. 43-48, 2009.

NETTO, J. P. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1992.

_____. A construção do projeto ético-político do Serviço Social frente à crise contemporânea. In: **Capacitação em Serviço Social e política social: Módulo 1 - Crise contemporânea, questão social e Serviço Social**. Brasília: CFESS/Abepss/Cead/UnB, 1999.

_____. A construção do projeto ético-político do serviço social frente à crise contemporânea. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social. Crise Contemporânea, Questão Social e Serviço Social**. Brasília, DF:UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, módulo 1, p.91-110, 2000.

_____. **Capitalismo monopolista e serviço social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. **A construção do projeto ético-político do serviço social**. Brasília: [s.n.], 2010. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto3-1.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2016.

_____. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2011.

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

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

MINAYO, M. C. de S. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

NAVARRO, L. M; PENA, R. S. A Política Nacional de Humanização como estratégia de produção coletiva das práticas em saúde. **Revista Psicologia UNESP**, Assis, v. 12, n. 1, p. 64-73, jun. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1984-90442013000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 jun. 2017.

OLIVEIRA, R. Algumas questões para pensar a educação de nível técnico e a qualificação profissional. In: ZIBAS, D. (Org.). **O ensino médio e a reforma da educação básica**. Brasília: Plano, 2002. p. 259-278.

ORLANDI, E. **Discurso fundador**. A formação do país e a construção da identidade nacional. Campinas: Pontes, 1993.

PASSOS, E. **Proposta de apresentação dos níveis de composição da PNH**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2006.

PASSOS, L.; GUEDES, D. O social economicamente orientado: políticas sociais do governo Lula. **Universitas Relações Internacionais**, Brasília, v. 13, n. 2, p. 25-36, jul./dez. 2015.

PEREIRA, E. H. P.; BARROS, R. D. B. Humanização. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p. 243-248.

PONTES, R.N. **Mediação**: categoria fundamental para o trabalho do assistente social. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Mod. 04: O trabalho do assistente social e as políticas sociais, Brasília: UNB/CEAD, 2000

POULANTZAS, N. **O Estado, o poder, o socialismo**. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

PUCCINI, P. T.; CECILIO, L.C.O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, set./out. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2004000500029>. Acesso em: 17 fev. 2016.

RAMOS, M. N. Concepções e práticas pedagógicas nas Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde: fundamentos e contradições. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 7, p. 153-173, 2009. Suplemento

SANTOS, C. M. dos **Os instrumentos e técnicas**: mitos e dilemas na formação profissional do assistente social no Brasil. 2006. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Serviço Social, Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Rio de Janeiro: UFRJ, 2006.

SARRETA, F. de S. O trabalho do assistente social na saúde pública. **Ciência ET Praxis**, Passos, v. 1, n. 1, p. 33-40, dez. 2008.

SILVA, J. F. S. Serviço social e contemporaneidade: afirmação de direitos e emancipação política? **Revista Ciências Humanas**, UNITAU, São Paulo, v. 1, n. 2, 2008.

SILVA, A. H.; FOSSA, M. I. T., “Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos”, IV Encontro de Ensino e Pesquisa de Administração e Contabilidade (ENEPO), Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2013.

SHIROMA, E. O.; C. R. F.; E. O. **Dossiê**: Uma metodologia para análise conceitual de documentos sobre política educacional. Florianópolis, março, 2004.

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

TEIXEIRA R. R. Humanização e atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 585-597, Jul./Set. 2005.

VIANNA, M. L. W. As armas secretas que abateram a seguridade social. In: LESBAUPIN, I. (Org.). **O desmonte da nação: balanço do governo FHC**. Petrópolis: Vozes, 1999.

VIEIRA, Monica et al. **Análise Política de educação Permanente em Saúde**: um estudo exploratório de projetos aprovados pelo ministério da saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2006.

VIEIRA, M.; CHINELLI, F. Relação contemporânea entre trabalho, qualificação e reconhecimento: repercussões sobre os trabalhadores técnicos do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 18, n. 6, p. 1591-1600, jun. 2013

XAVIER, A.; MIOTO, R. C. T. Reflexões sobre a prática profissional do assistente social: relação teoria-prática, historicidade e materialização cotidiana. **Textos & Contextos**: Porto Alegre, v. 13, n. 2, p. 355-365, jul./dez., 2014.

YAZBEK, C. Pobreza e exclusão social: expressões da questão social. **Temporalis**: ABEPSS, ano III, n. 3, p. 33-40, jan./jun. 2001.

YASBECK, M.C. O serviço social como especialização do trabalho coletivo. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social. Reprodução social, trabalho e Serviço Social**. Brasília, DF: UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, módulo 2, p.87-99, 2000.