UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE HISTÓRIA, DIREITO E SERVIÇO SOCIAL

CARMEM LÚCIA CRUZ RAVAGNANI

A SAÚDE NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SERVIÇO SOCIAL

FRANCA
2010

CARMEM LÚCIA CRUZ RAVAGNANI

A SAÚDE NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SERVIÇO SOCIAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", para obtenção do título de Mestre em Serviço Social. Área de Concentração: Formação e Prática Profissional.

Orientadora: Profa. Dra. Cirlene Aparecida Hilário da Silva Oliveira

FRANCA

2010

Ravagnani, Carmem Lúcia Cruz
A saúde na formação profissional em Serviço Social / Carmem Lúcia Cruz Ravagnani. –Franca : UNESP, 2010.

Dissertação – Mestrado – Serviço Social – Faculdade de História, Direito e Serviço Social – UNESP.

1. Serviço Social – Saúde. 2. Assistentes Sociais – Prática profissional. 3. Sistema Único de Saúde (SUS) – Brasil. 4. Política social – Saúde pública.

CDD – 362.1

CARMEM LÚCIA CRUZ RAVAGNANI

A SAÚDE NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SERVIÇO SOCIAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", para obtenção do título de Mestre em Serviço Social. Área de Concentração: Formação e Prática Profissional.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____
Profa. Dra. Cirlene Aparecida Hilário da Silva Oliveira

1º Examinador(a):_____

2º Examinador(a):_____

Franca, _____ de _____ de 2010.

Aos meus pais, expressão
de todo amor e alegria de
viver. Despertaram em mim a
sensibilidade e o valor da união.

AGRADECIMENTOS

À querida professora e orientadora Cirlene, pela confiança, carinho e apoio. Conversas e reflexões que permitiram a conclusão dessa etapa pessoal e profissional. Questionamentos e sugestões preciosas. A sua compreensão e serenidade acalmam e mostram as possibilidades.

Ao querido Jean e à minha família, TODOS, expressão do mais seguro chão para compartilhar o amor, as alegrias e as dificuldades. Sempre presentes e me acompanhando... Tornando possível e menos difícil.

Fernanda e Maria José, partilhadas inquietações com exigentes e sensíveis assistentes sociais.

Aos sujeitos da pesquisa, equipe da “saúde” e da “formação profissional”, pelas partilhas realizadas e ainda possíveis.

A todas as pessoas que participaram e que de maneiras diferentes contribuíram para a realização desse estudo.

E Vamos à Luta

Eu acredito
É na rapaziada
Que segue em frente
E segura o rojão
Eu ponho fé
É na fé da moçada
Que não foge da fera
E enfrenta o leão
Eu vou à luta
É com essa juventude
Que não corre da raia
À troco de nada
Eu vou no bloco
Dessa mocidade
Que não tá na saudade
E constrói
A manhã desejada...

(GONZAGUINHA, 1980)

LISTA DE SIGLAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ABENFAR	Associação Brasileira de Ensino Farmacêutico
ABENFISIO	Associação Brasileira de Ensino de Fisioterapia
ABENO	Associação Brasileira de Ensino Odontológico
ABEP	Associação Brasileira de Ensino de Psicologia
ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ABESS	Associação Brasileira de Escolas de Serviço Social
ABI	Associação Brasileira de Imprensa
ABRAHUE	Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AEU	Academic Education Units
ANAS	Associação Nacional dos Assistentes Sociais
ANDES-SN	Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CBAS	Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEDEPSS	Centro de Documentação e Pesquisa em Políticas Sociais e Serviço Social
CEPAL	Comisión Económica para América Latina
CF	Constituição Federal
CFAS	Conselho Federal de Assistentes Sociais
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social

CGBARSW	Curriculum Guidelines of the Brazilian Association for Research in Social Work
CINAEM	Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNRHS	Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CRASS	Conselhos Regionais de Assistentes Sociais
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DENEM	Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina
DRS	Departamentos Regionais de Saúde
DRU	Desvinculação das Receitas da União
EAD	Educação à Distância
EC	Emenda Constitucional
ENESSO	Executiva Nacional dos Estudantes de Serviço Social
EPS	Educação Permanente em Saúde
EUA	Estados Unidos da América
FCSS	Federal Council of Social Service
FMI	Fundo Monetário Internacional
FNEPAS	Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde
GEFORMSS	Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Formação Profissional em Serviço Social
GTPs	Grupos Temáticos de Pesquisa
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Estatística e Gestão

IDA	Integração Docente-Assistencial
IES	Instituições de Ensino Superior
IFES	Instituições Federais de Ensino Superior
IFET	Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia
IMESB-VC	Instituto Municipal de Ensino Superior de Bebedouro “Victorio Cardassi”
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LDBEN	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado
MEC	Ministério da Educação e Cultura
NHC	National Health Council
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OSCIPs	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
OSs	Organizações Sociais
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PDE	Plano de Desenvolvimento da Educação
PIB	Produto Interno Bruto
PNE	Política Nacional de Estagio
PNS	Política Nacional de Saúde
PROMED	Programa de Incentivo à Mudança Curricular nos Cursos de Graduação em Medicina

Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional e Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
QUAVISSS	Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Saúde, Qualidade de Vida e Relações de Trabalho
RENETO	Rede Nacional de Ensino de Terapia Ocupacional
REUNI	Reestruturação e Expansão das Universidades Federais
RMV	Renda Mensal Vitalícia
SBFa	Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia
SESu	Secretaria de Educação Superior
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAB	Universidade Aberta do Brasil
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFAs	Unidades de Formação Acadêmica
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UHS	Unified Health System
UNAERP	Universidade de Ribeirão Preto
UNESP	Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
UNIFEB	Centro Universitário da Fundação Educacional de Barretos
USP	Universidade Estadual Paulista

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Cursos de Serviço Social 64
Tabela 2 – Vagas no Ensino Superior em Serviço Social 65
Tabela 3 – Oferta Regional de Vagas em Cursos de Serviço Social 67
Tabela 4 – Estabelecimentos de Saúde 151
Tabela 5 – Ano de Criação, Modalidade de Ensino e Natureza Jurídica 154
Tabela 6 – Turnos e Regime de Funcionamento 155
Tabela 7 – Disciplinas que incluem o componente curricular saúde em suas ementas 156

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Vagas em Cursos de Graduação à Distância em Serviço Social 66
Quadro 2 – Modelos de Gestão - SUS, OS e OSCIP 100
Quadro 3 – Municípios Integrantes por DRS 150
Quadro 4 – Disciplinas específicas - nominalmente e de conteúdo 157
Quadro 5 – Disciplinas específicas - conteúdo 158
Quadro 6 – Disciplinas relacionadas à saúde - não exclusivas 159

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 – Organização regionalizada da saúde no Estado de São Paulo.....149
Mapa 2 – Unidades de Formação Acadêmica.....153

RAVAGNANI, C. L. C. **A saúde na formação profissional em Serviço Social.** 2010. 190 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Franca, 2010.

RESUMO

A formação profissional em Serviço Social orientada pelas Diretrizes Curriculares da Associação Brasileira de Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) é parte de um projeto profissional, o Projeto Ético Político da profissão. Esse Projeto foi construído coletivamente pela categoria profissional e expressa a opção e compromisso com os direitos, as lutas democráticas e emancipatórias para o conjunto da sociedade. Numa perspectiva crítica e generalista, tem como princípios e diretrizes a formação de um perfil intelectual que atua na formulação e implementação de propostas para o enfrentamento da questão social. Objetiva a capacitação teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa dos assistentes sociais. Iniciativas entre os Ministérios da Educação e da Saúde, em conjunto com as Associações de Ensino das profissões da área da saúde vêm sendo desenvolvidas no intuito da formação de recursos humanos para a prática na área da saúde. O Serviço Social, enquanto profissão caracterizada e reconhecida como da área da saúde pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e Conselho Nacional de Saúde (CNS), participa por meio da ABEPSS da discussão e implementação dessa mudança na graduação. Assim, o estudo tem como objetivo conhecer qual a inserção do ensino da saúde na graduação em Serviço Social das Unidades de Formação Acadêmica (UFA) da Microrregião da ABEPSS-Franca/SP, suas estratégias e ações que articulem, no ensino superior de qualidade, a inserção do arcabouço teórico-metodológico do Sistema Único de Saúde (SUS). O referencial teórico utilizado privilegiou autores que discutem as políticas de educação e saúde na perspectiva de realização de direitos, em contexto de determinações neoliberais**.** Compõe o estudo a apreensão do conhecimento e percepção dos atores sociais envolvidos na efetivação da formação profissional em Serviço Social, em sua interface com a saúde. Evidenciam-se, por meio de sua participação, a efetivação dessa proposta de mudança na graduação na Microrregião de Franca/SP, o reconhecimento da importância e a valorização do ensino da saúde na formação do assistente social.

Palavras-chave: formação profissional. Serviço Social. formação em saúde. política de saúde. Sistema Único de Saúde.

RAVAGNANI, C. L. C. **Health in Vocational Training in Social Services**. 2010. 190 p. Essay (Masters in Social Work) - College of History, Law and Social Services, State University Paulista "Julio de Mesquita Filho, Franca, 2010.

ABSTRACT

Vocational training in Social Services guided by the Curriculum Guidelines of the Brazilian Association for Research in Social Work (CGBARSW) is part of a professional project, Project of Political Ethics of the profession. This project was made collectively by the profession category, the option and commitment to the rights, democratic struggles and emancipatory for the whole of society. A critical and generalist perspective has the principles and guidelines to form an intellectual profile which acts in the formulation and implementation of proposals for dealing with social issues. Aimed at theoretical and methodological training, ethical-political and technical-operative of social workers. Initiatives between the Ministries of Education and Health, in conjunction with the Associations for Teaching of careers in health care have been developed with the aim of training human resources for practice in health. Social Services, as a profession characterized and recognized as a health care by the Federal Council of Social Service (FCSS) and National Health Council (NHC), participating by CGBARSW discussion and implementation of this change in graduation. Thus, the study aims to know what the insertion of health teaching in undergraduate Social Services Academic Education Units (AEU) of the micro CGBARSW -Franca/SP, their strategies and actions that articulate, in higher education quality the insertion of the theoretical and methodological framework of the Unified Health System (UHS). The theoretical framework favored authors argue that policies on education and health from the perspective of realization of rights, in the context of neoliberal determinations. Comprise the study to apprehension of knowledge and perception of social authors involved in the effectiveness of training in social work at its interface with health. Reveal themselves through their participation, the effectiveness of this proposed change in rating of micro Franca/SP, recognition and appreciation of the importance of health education in the training of social workers.

Keywords: vocational training. Social Services. health training. health policy. Unified health system.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 16

CAPÍTULO 1 A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL 22
1.1 A Contra-reforma do Estado na Educação Superior 22
1.2 Serviço Social: elementos constitutivos e o Projeto Ético Político da profissão 34
1.3 A Formação Profissional: qualidade e compromisso com as demandas democráticas 54

CAPÍTULO 2 A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE 81
2.1 A democratização da saúde e a seguridade social pública: valores coletivos e universais 81
2.2 Saúde e proteção social: deslocamento para a lógica do mercado 96
2.3 A atuação do assistente social na saúde 111

CAPÍTULO 3 O ENSINO DA SAÚDE NA GRADUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL 123
3.1 A formação de recursos humanos para a saúde e a mudança na graduação em Serviço Social 123
3.2 A operacionalização da pesquisa 140
3.3 Conhecendo o ensino da política de saúde na Microrregião de Franca/SP 146

CONSIDERAÇÕES FINAIS 172

REFERÊNCIAS 178

APÊNDICES
APÊNDICE A – Questionário 189
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) .. 190

INTRODUÇÃO

O desafio da efetivação e consolidação do projeto ético-político do Serviço Social, em meio à desconstrução dos direitos sociais historicamente conquistados, ilumina as reflexões e as indagações da pesquisadora acerca da formação profissional comprometida com a consolidação da política pública de saúde. Tais indagações e inquietações têm origem no exercício profissional da pesquisadora no serviço público de saúde no município de Franca/SP, que foi profundamente modificado e instigado pela prática da docência no Curso de Serviço Social em Barretos/SP, ministrando a disciplina Serviço Social e Saúde Pública.

A saúde é definida como direito no Brasil na Constituição Federal de 1988, e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) ocorre num momento em que, nos países centrais, já se questionava a presença e participação do Estado na oferta de serviços e no atendimento às necessidades da população, e se propunha a redução desse papel. Na perspectiva de manutenção e expansão do capitalismo, tal redução da presença do Estado no atendimento às demandas do trabalho se processa à medida em que aumenta a sua participação no atendimento às demandas do capital.

Nesse movimento, a política de saúde caminhou nos anos de 1990, em contexto de imposições neoliberais, para a oferta de serviços básicos aos que não podem pagar por atendimento, favorecendo o direcionamento da demanda ao mercado; procedeu à descentralização de responsabilidades nem sempre acompanhada de autonomia de decisões e recursos adequados; a responsabilização do usuário, família e comunidade pela sua condição e pelo sucesso do tratamento, além do barateamento dos custos, inserindo para a prestação dos serviços, a mão-de-obra mal e brevemente qualificada. Evidencia-se a lógica seletiva e focalizadora, com a permanência de um modelo biomédico de saúde, curativo, individual e baseado em queixa-conduta.

Com ênfase na questão gerencial, procede-se a transferência do Estado para a sociedade, e em consequência para o mercado, de responsabilidades referentes à oferta e prestação de serviços essenciais à população. Na realidade, distanciando-se dos princípios constitucionais de universalidade e integralidade com participação social.

No que diz respeito à política de educação, também são nefastos os impactos de tal encaminhamento político e econômico. Como na saúde, nessa política se expressam as consequências da adoção de um desenvolvimento econômico que, inserido de maneira dependente e subalterna e muito sintonizado aos ditames de orientação liberal, procede ao que se denomina contra-reforma do Estado, donde o redirecionamento de suas funções.

É no contexto de atendimento a essas demandas da acumulação que, marcadamente a partir de 1995, procede-se a uma efetiva reorganização no aparato do Estado, que tem expressão deletéria no âmbito dos direitos constitucionalmente garantidos. Merece destaque o conjunto de medidas infraconstitucionais que se sucederam formalizando a reforma educacional. Dentre elas a autorização e o reconhecimento dos cursos de graduação à distância. A registrada expansão desses cursos nos últimos anos também é anotada no Serviço Social, o que interpela a toda a categoria e órgãos representativos a um firme posicionamento quanto suas às consequências para o projeto de formação e para o exercício profissional, no sentido de efetivação das Diretrizes Curriculares construídas pelo conjunto da categoria, sob coordenação da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) em 1996.

A implantação da política pública de saúde, em especial na organização e execução dos serviços nos municípios, a partir do princípio constitucional da descentralização, conta com a participação ativa da categoria dos assistentes sociais. Considerando a existência de iniciativas dos Ministérios da Educação e da Saúde, com as Associações de Ensino, de proceder a uma mudança na graduação das profissões da área da saúde, dentre elas o Serviço Social, com o objetivo da formação de recursos humanos para o SUS, o interesse pelo tema da pesquisa, a formação profissional do assistente social e a sua interface com a saúde, tem origem nas preocupações e questionamentos despertados na inserção profissional nessas duas políticas públicas.

A escolha do tema e as reflexões ora realizadas inserem-se num contexto em que a busca por conhecimento que auxiliasse na compreensão da realidade e na qualidade do trabalho profissional sempre foi uma constante. Remonta a uma compreensão pessoal rápida por parte da pesquisadora, e ainda numa fase de pouca bagagem teórica, quando do início da trajetória profissional, do significado de desigualdade e injustiça quando os seres humanos são levados a enfrentar

situações de dor, incerteza quanto à continuidade da vida, perdas físicas e emocionais. Considerando estarem tão longe do acesso a uma vida que envolva adequadas condições de moradia, alimentação, educação, do acesso à cultura e ao lazer, aos bens e serviços socialmente produzidos, e que essa inserção se faça via trabalho, em condição de dignidade.

No exercício profissional, compor a equipe de assistentes sociais da Secretaria de Saúde no município de Franca/SP desde 1994 significou a construção dos caminhos a serem trilhados na definição do que seria o papel do assistente social na saúde. Permitiu a compreensão das possibilidades e limites profissionais, em conjunturas de forte questionamento quanto à presença desse profissional na área da saúde, ainda que caracterizado e reconhecido pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e Conselho Nacional de Saúde (CNS). E compreender, sobretudo, que o enfrentamento nesses caminhos deve ser fundado e fortalecido pela reflexão e o conhecimento, aliados à organização profissional.

Em conjunturas de reconhecimento e valorização profissional, e ao mesmo tempo de estudo, a identificação de demandas sociais em saúde e uma postura propositiva da equipe significaram a criação e estruturação de projetos e ações que materializam a efetivação do direito à saúde, enquanto partícipes mesmo do processo de construção da política pública de saúde.

Esse processo de constituição e identificação enquanto objeto de interesse para o conhecimento foi profundamente motivado pela docência da disciplina Serviço Social e Saúde Pública, onde a receptividade, o acolhimento e o apoio a essa proposta configuram-se como decisivos e fundamentais para o chamado ensino da prática.

Compõe ainda o contexto de trabalho e ensino desse estudo, a participação no Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Formação Profissional em Serviço Social (GEFORMSS), e também no Grupo de Estudo e Pesquisa sobre Saúde, Qualidade de Vida e Relações de Trabalho (QUAVISSS), ambos da Faculdade de História, Direito e Serviço Social/Universidade Estadual Paulista (UNESP Franca/SP). Pensar a formação profissional e a saúde nesses espaços tem como significado a possibilidade de estudar e pensar a profissão para além das reflexões até então exercitadas, destacando-se a perspectiva da pesquisa e do espaço da Universidade na relação com o trabalho. Constituem-se ainda enquanto espaços de trocas

profissionais, partilha das dificuldades e indagações, assim como das conquistas e fortalecimento da profissão, de formação permanente.

Partindo das idéias presentes acerca da formação profissional do assistente social e de sua atuação na área da saúde, encontram-se fundamentando o interesse nessa pesquisa, o fato de tratar-se de uma profissão reconhecida como da área da saúde, estar este profissional tão amplamente lotado nos serviços dessa área, e haver essa movimentação intersetorial para a mudança na graduação das profissões da área da saúde, no sentido de incorporar o arcabouço teórico-metodológico do SUS na formação profissional.

Desse modo, o estudo objetiva conhecer como se expressa na Microrregião de Franca/SP, subdivisão da ABEPSS, o ensino da saúde da graduação do assistente social, quais as ações e estratégias adotadas pelas Unidades de Formação Acadêmica (UFAs) localizadas nesta região, no sentido de articular a formação crítica e generalista ao conhecimento da política de saúde.

A decisão em conhecer essa realidade a partir de atores sociais diretamente envolvidos na efetivação da formação profissional, especificamente os coordenadores de cursos de Serviço Social, deu-se em razão do reconhecimento da sua ampla e estratégica lotação funcional, considerando-se que o ensino da saúde pode se efetivar nos níveis do ensino, pesquisa e extensão. Portanto, busca-se conhecer no amplo processo da formação do assistente social qual o lugar ocupado pela política de saúde, num contexto de várias possibilidades de efetivação dessa proposta.

O processo de apreensão das condições concretas em que se processa a formação profissional do assistente social articulada ao ensino da política de saúde compreendeu em intenso estudo exploratório, que viesse acrescentar e solidificar o conhecimento sobre a formação enquanto parte de um projeto profissional, o Projeto Ético Político da profissão. E nesse contexto, recuperar a sua historicidade e o caráter coletivo dessa construção ao longo dos últimos 30 anos. Realizou-se então a conexão da formação profissional em Serviço Social ao contexto da reforma universitária em curso no país, procurando contextualizar a formação no âmbito das concepções que orientam na atualidade a política de educação. Com esses elementos construiu-se o Capítulo 1.

Torna-se relevante no presente estudo a compreensão da construção da política de saúde no país, como processo sócio-histórico, e a constituição desta

enquanto direito universal e igualitário, as contradições e lutas sociais presentes, a dimensão política e socializante que norteia esse direito. Com esse conteúdo foi organizado o Capítulo 2 que, partindo da concepção da saúde como direito, revisita as origens da proteção social estruturada na Seguridade Social pública brasileira, suas possibilidades e limites, o denominado processo de (não) implantação da mesma. Para o entendimento da política de saúde na atualidade e atuação do assistente social nessa área, compõe este capítulo a reflexão de autores que analisam a disputa entre os projetos de saúde, o de Reforma Sanitária e o projeto privatista voltado para o mercado; e a construção teórica da própria categoria no sentido de nortear o exercício da profissão, seus objetivos e atribuições.

Dada a existência da articulação interministerial objetivando a mudança na graduação das profissões da área da saúde e em cumprimento do papel do SUS na formação dos trabalhadores, necessário se fez acessar e conhecer o posicionamento dos órgãos representativos da categoria dos assistentes sociais no que se refere à sua formação específica. Assim, no Capítulo 3 apresenta-se uma retrospectiva dos processos de formação em saúde no país, culminando com a criação do Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde (FNEPAS) em 2004, assim como a decisão deliberada pela categoria de participação da ABEPSS nesse Fórum. É nesse capítulo que se apresenta o estudo de campo no intuito de apreender as características e o funcionamento nessa realidade regional de uma proposta constituída por estrutura e manifestações nacionais.

Busca-se nessa investigação o alcance do conteúdo e não apenas apresentação, descrição e observação dos dados. Para tanto, o tratamento dos dados remete assim a um necessário processo de reflexão, orientado por consistente aporte teórico que signifique não menos que a explicitação e respostas às indagações que movem essa pesquisa. Mas que possa se constituir na própria produção de conhecimento que venha a compor, no quadro de aprofundamento da mercantilização e precarização da formação profissional, expressão da resistência e de concretização de esforços no sentido da defesa da formação profissional qualificada e comprometida com as conquistas democráticas.

Espera-se que os resultados obtidos com o estudo forneçam subsídios para a efetivação da formação profissional na direção apontada pelo projeto profissional, assim como com a consolidação do SUS como política pública universal, de

qualidade e de atenção integral, referenciada pelo projeto da Reforma Sanitária. E que as informações e conhecimentos resultantes possam contribuir para o movimento de avaliação curricular, fornecendo elementos para subsidiar as mudanças no processo de formação profissional que articule a formação crítica e generalista aos conhecimentos da política de saúde.

CAPÍTULO 1 A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL

A reflexão sobre a formação profissional do assistente social em sua interface com a saúde na atualidade requisita a compreensão dos elementos constitutivos do Serviço Social. Na sua trajetória de desenvolvimento enquanto profissão, a formação profissional se situa enquanto parte de um projeto profissional construído pelo conjunto da categoria e determina uma inserção politizada e comprometida com os princípios democráticos e emancipatórios para o exercício da profissão.

A construção dessa trajetória recupera elementos que possibilitam o conhecimento e a reflexão sobre a formação profissional orientada pelas Diretrizes Curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) e pelo projeto Ético Político da profissão.

Contudo, realiza-se inicialmente uma contextualização da educação superior no país, com destaque para a contra-reforma em curso na atualidade e suas implicações no Serviço Social.

1.1 A Contra-reforma do Estado na Educação Superior

O contexto de profundas transformações processadas no modo de produção e acumulação capitalista em nível mundial expressa, no Brasil da década de 1990, um forte conteúdo conservador, oriundo das opções político-econômicas pelo desenvolvimento gerador de pobreza e miséria. A inserção do país no contexto da divisão internacional do trabalho, nos processos de globalização e mundialização da economia, é constituinte, pois, do processo de dependência e subordinação ao capital externo, com aprofundamento da histórica desigualdade.

O enfrentamento da redução da rentabilidade, da chamada crise do capital originária das décadas de 1960 e 1970, tem expressão na reestruturação produtiva e nas políticas de cunho liberal, desaguando na convivência dos novos com os arcaicos modos de relação de trabalho: a super especialização e a precarização do trabalho; trabalho estável e qualificado, e aumento do trabalho temporário, de cunho meritocrático

e seletivo; e ainda a volta ao trabalho familiar e artesanal em moldes de desproteção social e trabalhista, informalidade, dando ênfase à criatividade e à adaptabilidade.

É a intitulada acumulação flexível que, no enfrentamento da crise de acumulação, se apóia na racionalização da produção industrial, mudanças tecnológicas, de produtos e de mercados, fusões de capitais, e a mobilidade geográfica do capital para áreas até então subdesenvolvidas e de maior controle da força de trabalho. Iamamoto (2005, p. 176, grifo do autor) define os rumos das *estratégias* das grandes empresas que, no enfrentamento da crise conduzem

> [...] a uma alteração das bases tecnológicas e das formas de gestão e controle da força de trabalho. Consistem em produzir com maior eficiência e menor custo, isto é, em elevação dos níveis de *produtividade* em aperfeiçoar a *qualidade* dos produtos, tendo em vista a concorrência internacional – materializada em programas de "qualidade total" – o que vem sendo re-traduzido para os trabalhadores como "qualidade de vida".

Enquanto parte desse processo, a autora situa ainda o fenômeno da *terceirização*, onde grandes empresas são transformadas em simples montadoras pela via do modelo indústria enxuta, isto é, têm em torno de si uma rede fornecedora de peças, serviços e insumos, formada por pequenas e médias empresas.

Significa o aumento do desemprego, dos indicadores de pobreza e violência, perda de direitos sociais, fragilização dos movimentos organizados em práticas políticas e sindicais. No Brasil, é a desmobilização do que significou no final dos anos 1970 e em 1980, a constituição e expressão de sujeitos coletivos pela via da participação dos movimentos sociais, partidos políticos progressistas, movimentos populares, entre outros, em torno de processos democráticos. Expressam as conquistas desses sujeitos, a defesa e ampliação de direitos sociais e políticos garantidos na Constituição de 1988 e a institucionalização de canais e mecanismos formais de participação e controle social como os conselhos de políticas e as conferências.

O aprofundamento das condições de pobreza e o desemprego estrutural, ou de desvalorização salarial e insegurança no trabalho, são acompanhados do processo de fragilização da força de trabalho, inserida que está em condições de concorrência, corporativismos e individualismos, de destituição do caráter de classe, em ações meramente defensivas, em luta pela sobrevivência.

Com o objetivo de atender às demandas da acumulação capitalista, uma agenda de reformas estruturais propugnada por organismos financeiros internacionais como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI), que centralizam as decisões estratégicas do capital, determinou aos países denominados mercados emergentes “recomendações” consideradas danosas ao desenvolvimento soberano desses países. Esse contexto de ajuste neoliberal, que para a América Latina foi iniciado nos anos de 1970, para o Brasil, inicia-se na década de 1990.

Enquanto resposta adequada aos ditames dessas agências, o Estado brasileiro procedeu a uma reorganização do seu aparato, iniciando em 1995 modificações na Carta Magna no capítulo da ordem econômica, quando aprova no Congresso Nacional a Emenda Constitucional (EC) n. 6, proposta por Fernando Henrique Cardoso no seu primeiro mandato como presidente da República (1995-1998)

> [...] substituindo o conceito de empresa nacional por empresa constituída sob as leis brasileiras e com sede no território nacional, concedendo a essas o direito de serem concessionárias dos monopólios estatais, desde a exploração do subsolo e à participação em todo o processo de privatizações de empresas estatais que se seguiu (CADERNOS ANDES, 2007, p. 11).

Ocorre então uma redefinição das funções do Estado que significou na realidade, e ainda encontra-se em efetivação, uma redução dos seus espaços de atuação e a transferência dos mesmos a empresas privadas, ao mercado. É executada no governo Fernando Henrique Cardoso a chamada primeira geração de contra-reformas neoliberais que, com a implementação do projeto do então ministro da Administração Federal e Reforma do Estado Luiz Carlos Bresser Gonçalves Pereira, tem na EC n. 19 de 1998 seu momento emblemático, pois se consubstancia a privatização do patrimônio público e de propriedade do povo brasileiro, e a mercantilização das políticas públicas.

A transferência de atividades e recursos públicos para o setor público não-estatal, as organizações sociais de interesse público, é chamada de publicização. Trata-se do surgimento de um novo Estado com a garantida potencialização dos lucros e abertura de novos espaços para a valorização e acumulação capitalista.

Duas são as formas de ação do Estado por meio das quais se efetiva a "[...] transmutação dos espaços públicos em espaços de apropriação privada e de lucratividade" (COLLARES et al, 2004, p. 10).

> [...] oferecimento de seguros e serviços em substituição aos direitos do mundo do trabalho e às políticas sociais e a privatização das empresas estatais construídas com recursos provenientes do fundo público que são entregues ao capital por preços bastante inferiores aos preconizados até mesmo nas "leis de mercado". (COLLARES et al, 2004, p. 10).

A continuidade e aprofundamento das contra-reformas no governo Luís Inácio Lula da Silva (2003-2006), implementando a segunda geração de reformas contrárias ao mundo do trabalho, tem caráter de complementaridade, ou seja, para o atendimento aos anseios e diretrizes do capital financeiro são necessárias ações de reforma constitucional e que regulamentem as emendas constitucionais já aprovadas, a sua operacionalização. Marca o início da chamada segunda geração de reformas a EC n. 41/2004, a qual, instituindo os fundos de pensão, consolida a destruição da previdência pública dos servidores públicos federais (COLLARES et al, 2004, p. 12).

Na análise do Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior ANDES-SN (2004) sobre as principais iniciativas do governo Lula da Silva, na contra-reforma do ensino superior, a referência a uma 'segunda geração' de reformas no setor público, apontando para o objetivo de melhor eficácia e qualidade nos gastos é encontrada no documento *O Banco Mundial no Brasil. Uma parceria de resultados.* (COLLARES et al, 2004, p. 12).

As palavras de Iamamoto (2005) (apoiadas em Harvey) explicam a responsabilização aos investimentos do Estado pela crise fiscal e de legitimação do mesmo, uma vez que esses questionamentos constituem apreensões superficiais das contradições próprias do capitalismo

> Explicitando: a redução dos índices de produtividade e rentabilidade do grande capital acompanhada da capacidade ociosa das grandes corporações com excedente inutilizável decorrente das restrições à produção implicaram, por sua vez, na redução dos fundos fiscais necessários à sustentação do chamado "Estado providência", encarregado de implementar ações sociais que remediassem a exclusão social, pela oferta de bens coletivos nas áreas de saúde, educação, seguridade etc. – condição da própria legitimação do Estado (IAMAMOTO, 2005, p. 175).

É nesse sentido de transformações na dinâmica da ordem capitalista de produção e acumulação que Iamamoto (2005, p. 173) informa uma clara reorientação do fundo público que, "[...] a favor dos grandes oligopólios, em detrimento da reprodução da força de trabalho, pela retração dos investimentos estatais nas áreas de seguridade social, da política salarial e de empregos."

O quadro das reformas estruturais e o modo presente de produção capitalista, entendidos como dupla face de um mesmo processo insere-se na política dos organismos internacionais do capital que, aos países da periferia do capitalismo significa o aprofundamento de sua inserção dependente. Harmoniza-se a uma política econômica financista, ancorada em altas taxas de juros, na redução dos direitos do trabalho. No caso brasileiro propõe-se a focalização das já restritas políticas públicas como enfrentamento do aumento da miséria e violência que expressam a barbárie social "[...] frutos resultantes da socialização dos prejuízos e custos da formação da riqueza pelo conjunto da sociedade e pela apropriação do lucro por proprietários privados" (COLLARES et al, 2004, p. 12).

Na esteira da financeirização do cenário contemporâneo, a banalização do humano é para Iamamoto (2007) característica determinante da questão social. Na ideologia do colaboracionismo, do apelo ao indivíduo isolado e do discurso da solidariedade é obscurecido o universo do trabalho. Segundo a autora, "A fetichização das relações sociais alcança seu ápice na hegemonia do capital que rende juros, obscurecendo e subvertendo a leitura das desigualdades sociais" (IAMAMOTO, 2007, p. 434).

Quando avalia a geração de riqueza como fonte de exploração, Boschetti (2009b, p. 39) afirma "Mas esta política não se traduziu em redistribuição real de capital entre os países ricos e pobres." A autora refere-se aos elevados índices de desigualdade dos países pobres, periféricos em relação à economia mundial, o que se agrava em razão do maior fluxo de capitais destes aos países ricos, decorrente do pagamento de dívidas e de juros, o que, no sentido inverso é muito menor em forma de investimento produtivo. Nesse sentido, ao informar as reflexões de Pochmann[1] traz também a compreensão sobre a sangria no orçamento brasileiro provocada pelo pagamento dos encargos e juros da dívida pública, expressa na contenção de 521 mil postos de trabalho no país, quando em 2005, essa despesa é

[1] Texto: Gasto social, o nível de emprego e a desigualdade da renda do trabalho no Brasil. Publicado em obra organizada por João Sicsú em 2007.

da ordem de US$ 80 bilhões, ou R$ 184 bilhões – 8,1% do Produto Interno Bruto (PIB). (POCHMANN, 2007, apud BOSCHETTI, 2009b, p. 40).

Ainda dentro do processo que destrói a possibilidade de ampliação e efetivação de direitos, informa a apropriação de recursos das políticas sociais para a sustentação da política econômica: a geração do superávit primário para o cumprimento dos acordos da dívida, a partir de recursos extraídos do orçamento da seguridade social por meio da Desvinculação das Receitas da União (DRU). E o crescimento anual do gasto com pagamento de encargos da dívida 7,4 vezes maior que o gasto social em 2005, ou seja, o crescimento de 7,96% dos encargos para 1,07% do gasto social (POCHMANN, 2007 apud BOSCHETTI, 2009b, p. 40).

Ainda com referência em Pochmann, em comparação entre os períodos 2003/2005 e 2001/2002, Boschetti (2009b, p. 40) observa a redução de recursos para as políticas sociais que, atingem de maneira diferente as várias políticas, num contexto onde ocorre um crescimento real per capita de 11,11% apenas na política de assistência social, “[...] o que se deve aos programas de transferência de renda (Bolsa Família, BPC e RMV), enquanto a previdência teve uma variação negativa de -0,70%, a saúde de -7,49%, educação e cultura -5,40%, habitação e saneamento -44,03%” (BOSCHETTI, 2009b, p. 40).

Esse crescimento registrado na política de assistência social é abordado pela autora citada dentro do que se define como “assistencialização” do Estado social brasileiro, considerando ainda a realidade brasileira dentre os países mais desiguais do planeta

> Enquanto programas como o Bolsa Família garante a oito milhões de famílias o acesso a um benefício monetário, cujo montante representa somente 0,3% do PIB, a política de juros do Governo Federal transfere anualmente a poucas famílias ricas uma quantia monetária equivalente a 7% do PIB. Por conta disso, torna-se muito difícil conter a desigualdade de renda e riqueza no Brasil (POCHMANN, 2007 apud BOSCHETTI, 2009B, p. 42).

A compreensão desse quadro de profundas transformações ocorridas no âmbito das relações de produção e reprodução capitalista, e aqui brevemente abordadas, é necessária para que se possa pensar o contexto da contra-reforma do Estado na educação superior que, estruturada no país, sobretudo na forma de universidade, e assentada no tripé ensino, pesquisa e extensão, também passa a ser questionada.

Considerando que na EC n. 19/1998 a educação não foi definida como de responsabilidade exclusiva do Estado, esta se insere no processo de empresariamento iniciado com a flexibilização do direito à educação, imprimindo-se uma lógica mercantil e empresarial.

É ainda na década de 1980 que o intitulado “modelo único”, com a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, fica ameaçado, sob a alegação de ser obsoleto, anacrônico e caro, defendendo-se a necessidade de sua diversificação. Essa idéia ganha força e é operacionalizada então no governo Fernando Henrique Cardoso, em sintonia com as diretrizes do Banco Mundial.

É aprovada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) - Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996 – estando previsto nesta as diversas modalidades de instituições de ensino superior, e ainda a formatação desse ensino diversificado, sendo essa a expressão da abertura e facilitação à iniciativa privada, no sentido da lucratividade para seus negócios.

Na análise do ANDES-SN (CADERNOS ANDES, 2007), um “lastro” conceitual foi sendo construído, fundamentando propostas como os cursos sequenciais e o próprio ensino à distância, nutrindo-se a contra-reforma do Estado desse processo de banalização dos conceitos. Propõe, assim, a compreensão da contra-reforma do Estado, em continuidade no atual governo e denominada de Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE), situada no seu neoliberal Programa de Aceleração do Crescimento (PAC). Este

> [...] precisa ser visualizado como a versão contemporânea, adequada ao atual estágio da circulação capitalista internacional de riquezas e mercadorias, da reforma do Estado brasileiro. Tal como os demais projetos incluídos no PAC, o plano de educação de Lula da Silva também será desenvolvido seguindo os pressupostos da legislação que regula as parcerias público-privadas PPP. E como denunciado pelos setores do capital – federações de indústria, agricultura, dentre outras – quanto à falta de recursos previstos para a implementação do PAC, também para o PDE não haverá verbas suficientes e, seguramente, nenhuma verba nova para sua execução (CADERNOS ANDES, 2007, p. 16).

Na parceria público-privada ocorre uma transferência da administração pública de execução de serviços e atividades de sua competência ao setor privado, uma vez que para o cumprimento de suas atribuições constitucionais considera-se desprovido financeiramente. No entanto é “paradoxal” que esse mesmo governo “[...] apresenta-se ao setor privado e à sociedade como parceiro que poderá assumir o resgate das

dívidas contraídas pelo setor privado para operacionalização dos contratos de parceria." [2]

Apresentam-se como elementos da contra-reforma universitária as seguintes concepções: "a educação como um bem público" – que, diluindo os conceitos e as fronteiras entre o público e o privado, permite a defesa de que se justifica a alocação de recursos públicos para as instituições privadas já que as mesmas prestam um serviço público. Uma segunda concepção, "[...] a justiça social como igualdade de oportunidades" – a conquista de uma vaga nos cursos pós-médio ou nas universidades dependerá de cada indivíduo. E a terceira concepção "o Estado como supervisor" – que no papel de regulador do sistema, não tem entre suas prioridades o financiamento do ensino superior (COLLARES et al, 2004, p. 14-15).

Aqui calam as palavras de Iamamoto (2007, p. 432)

> A universidade que se defende é aquela que cultiva razão crítica e o compromisso com valores universais, coerente com sua função pública, não limitada e submetida a interesses particulares de determinadas classes ou frações de classe; uma instituição a serviço da coletividade, que incorpore os dilemas regionais e nacionais como matéria da vida acadêmica, participando da construção de respostas aos mesmos no âmbito de suas atribuições específicas. Enfim, uma universidade plural e democrática, que forme cidadãos participantes e conscientes de seus direitos civis, políticos e sociais; mas que zele por sua autoqualificação acadêmica e permanente aperfeiçoamento, de modo a contribuir na formação de cientistas, pesquisadores e profissionais voltados aos horizontes do amanhã. Para tanto, é necessário dotar a Universidade de recursos orçamentários estatais, que garantam o seu funcionamento.

Na contramão dessa concepção de universidade, a contra-reforma universitária, condizente com os organismos financeiros internacionais, vem compatibilizando o ensino superior à lógica econômica e submetendo-o aos interesses empresariais para que a obtenção do lucro se dê também por meio das descobertas científicas e do seu emprego na produção.

Koike (2009) destaca dois exemplares de medidas infraconstitucionais, consideradas deletérias na formação profissional que compõem um conjunto de decretos, portarias, resoluções, medidas provisórias e leis, sem debate prévio, adotadas no que chama de "sangria desatada" pelo governo atual. Inserem-se no intuito de romper com a resistência de setores da sociedade à aprovação da reforma

---

[2] Texto: PPP - os contratos de parceria público-privada. Disponível no site da Seção Sindical dos Docentes da Universidade Federal do Rio de Janeiro. (JURUÁ, 2004 apud COLLARES et al, 2004, p. 16). Nota 7.

educacional, e fazer avançar suas metas. São eles os Decretos que criam a Universidade Aberta do Brasil (UAB), de n. 5.622 de 19 de dezembro de 2005, instituindo a Educação à Distância (EAD), e estabelece o Programa Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), de n. 6.096 de 24 de abril de 2007.

A autora recorre a Castro[3] (2006 apud KOIKE, 2009, p. 207) para explicitar o processo que move a EAD, no âmbito da graduação, justificada em nome da democratização do acesso: a transformação de processos artesanais em processos fabris, tal qual na Revolução Industrial, garantindo assim a produção que, sem perder a qualidade, torna-se mais barata e em larga escala.

Consta do mencionado PDE, dentre outras propostas, o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais, cujo objetivo é "[...] 'criar condições para ampliação do acesso e permanência na educação superior, no nível de graduação' [pelo] 'melhor aproveitamento da estrutura física e dos recursos humanos atualmente existentes' [nas universidades federais]." (CADERNOS ANDES, 2007, p. 21).

Este tem como metas, consideradas a coluna vertebral da proposta, alcançar em 5 anos, de 2008 a 2012, uma elevação da ordem de 100% no número de ingressantes expressa na razão de 18 alunos por professor nos cursos presenciais, e estabelecer uma taxa de conclusão média desses cursos em 90%.

Trazemos, nesse momento, algumas das observações da análise do ANDES-SN (CADERNOS ANDES, 2007; ANDES-SN, 2007) sobre os impactos do PDE no ensino superior, no REUNI. As precárias condições de praticamente todas as universidades públicas, no que refere a infra-estrutura e ao insuficiente quadro docente e técnico-administrativo (acumulando um déficit nas instituições federais de 8.000 vagas docentes, herança da já referida reforma de Bresser Pereira em 1998), são consideradas incompatíveis com a qualidade do ensino superior, a ampliação de acesso e garantia de permanência.

O atendimento às atuais demandas da acumulação capitalista na ordem planetária determina ao país, periférico, adequações nesse sentido. À universidade vem sendo atribuído um papel de instrumento de profissionalização aligeirada onde em cursos de curta duração não está previsto o ambiente da pesquisa.

---

[3] Texto: Ensino de massa: do artesanato à revolução industrial. Publicado em obra organizada pelo CFESS em 2006.

As críticas atribuem à universidade voltada para a pesquisa o caráter de modelo excludente, seletivo, arcaico e obsoleto, indicam que esta deve estar restrita a um pequeno número, já que demanda além de corpo docente qualificado em dedicação exclusiva, alto investimento.

Nessa lógica, a transformação da universidade em instituições voltadas apenas para o ensino, numa lógica produtivista e empresarial, tem como apelo a defesa de democratização do acesso. Mas destaca-se aqui a ênfase na formação do cidadão trabalhador, via promoção de um ensino "pobre para os pobres" para a sociedade do desemprego que

> [...] se caracteriza pela aceitação do discurso que o emprego como um direito social não existe mais, é uma coisa do passado e que cada um deve ser responsável por garantir sua própria sobrevivência, tornando-se um empreendedor de si mesmo, ou seja, retirando a responsabilidade do Estado, da sociedade e das empresas. A idéia do trabalhador empreendedor assenta-se nos princípios do liberalismo econômico, do vínculo direto da educação com o mercado, numa perspectiva utilitária, pragmática e imediatista. As universidades, nesse sentido, devem formar indivíduos polivalentes, flexíveis e adaptáveis (CADERNOS ANDES, 2007, p. 17-18).

A referida análise indica que o que se pretende por meio do PDE, é a implantação de uma "pseudo-educação de nível superior", que reforça e amplia para as instituições privadas o mercado de cursos rápidos e baratos, cujos moldes, se implantados nas Instituições Federais de Ensino Superior (IFES), "sucumbindo à cooptação e coerção", justificariam, com um modelo de baixa qualidade, o financiamento público nas instituições privadas, pois que transformadas em universidades de ensino, na ausência da pesquisa e da extensão.

Trata-se de uma estrutura alternativa ao aspirado modelo de produção de conhecimento crítico e inovador, determinante no desenvolvimento e à soberania nacional, considerada uma "[...] transformação e desqualificação da universidade por dentro", (CADERNOS ANDES, 2007, p. 33) aliada à perspectiva de se efetivar também paralelamente, por meio da estruturação de um sistema que destaca a formação tecnológica por meio da constituição de Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia (IFET). Estes são objeto do Decreto n. 6.095, de 24 de abril de 2007, parte integrante do conjunto de medidas normativas, por meio autoritário de decreto, rumo à concretização do PDE.

A meta de aprovação é considerada, como nos moldes do ensino fundamental de aprovação automática, uma aprovação em massa que, desvinculada de critérios de qualidade necessários à formação, traz melhora sim para estatísticas a serem apresentadas internacionalmente.

Quanto à elevação do número de ingressantes, tem-se que, além do pressuposto de que tanto estrutura física como recursos humanos estejam sendo subutilizados, o alcance desta meta realiza-se mediante aprofundamento da precarização do trabalho e do ensino, considerando que a relação estudantes/professor de 18/1 não leva em conta as atividades desenvolvidas pelos docentes com pesquisa e extensão, com pós-graduação. Koike (2009) afirma a ameaça do “aulismo” à qualidade da formação e à produção do conhecimento.

Para o ANDES-SN (CADERNOS ANDES, 2007), anuncia-se um congelamento do financiamento, uma vez que a chamada adesão voluntária e rígido controle externo são componentes da disputa por pequenas verbas adicionais. Ou seja, com o REUNI ocorre “[...] um mero reordenamento de verbas e uma ampliação que não ultrapassa os 20% do que atualmente é destinado às IFES, condicionado, ainda, a adesão das universidades às suas metas e à mudança na estrutura curricular dos cursos de graduação [...]” (CADERNOS ANDES, 2007, p. 25).

Ao abordar a questão do financiamento da educação, este é entendido como insuficiente, mas condição necessária e questão central, determinante no atendimento dos direitos e efetivação das políticas sociais. Além de apontar para a possibilidade de congelamento de verbas (se não houver uma adesão “voluntária”), a análise em questão, recorrendo a dados internacionais, explicita a pouca prioridade conferida à educação no país ao longo dos anos, e desconstrói o mito de que muito se investe na educação superior, estando o problema na aplicação incorreta desses recursos

> Em relação ao total de recursos públicos disponíveis, o país investiu, em 2002, 12,2% em educação como um todo e 2,5% em educação superior (2). Tais percentuais situam-se bastante abaixo dos praticados internacionalmente, salientando-se, por exemplo, a Malásia, em processo de desenvolvimento, que destinou 28% e 9,8% à educação, como um todo, e ao ensino superior, respectivamente. Mesmo o México investe mais na área e na subárea, sendo os volumes respectivamente de 23,8% para o total e 4% no ensino superior. No caso dos Estados Unidos, o investimento em 2003, foi de 15,2% para a educação em geral, e 4% para o ensino superior (CADERNOS ANDES, 2007, p. 36).

Avalia-se, no conjunto, a interferência na autonomia das universidades materializada num processo de cooptação das estruturas gerenciais, composta pelo contingenciamento de recursos, a possibilidade de verbas adicionais condicionada à adesão e cumprimento de metas e no monitoramento por parte do Ministério da Educação e Cultura (MEC), o que certamente distancia-se do atendimento às reais necessidades da classe trabalhadora.

A concepção de educação e formação submetidas à acumulação do capital têm expressão então no desfinanciamento, na desvalorização e desqualificação da docência universitária pelas cumulativas perdas salariais, na eliminação da pesquisa e extensão como funções precípuas da universidade, comprometendo a função pública e a qualidade do ensino superior (IAMAMOTO, 2007). A autora, referindo-se à regulamentação da Educação à Distância (EAD) para todos os níveis de ensino, inclusive congregando as universidades públicas nessa modalidade de ensino a partir de 2006, com a criação da Universidade Aberta do Brasil (UAB) afirma

> Compromete-se assim, no ensino graduado, a formação de quadros acadêmicos e profissionais dotados de competência crítica e compromisso público com os impasses do desenvolvimento da sociedade nacional em suas implicações para maioria dos trabalhadores brasileiros (IAMAMOTO, 2007, p. 437).

Koike (2009, p. 208), ao avaliar o esvaziamento da condição emancipadora da universidade na reforma afirma que a universidade, transformada em ambiente institucional danificado, e com seu *ethos* acadêmico degradado, ao se constituir para as novas gerações em lugar de formação acadêmico-profissional, é espaço também "[...] de disputa e resistência aos processos de socialização do atual padrão societário."

As graves questões ético-políticas que a contra-reforma em curso levanta têm lugar na abordagem da mesma autora

> Qualquer indivíduo obrigado a se autoconstruir abaixo da cultura de seu tempo construir-se-ia infra-histórico – irremediavelmente abaixo de sua condição de humanidade [...] aquém de sua condição histórica – autoconstruído e confinado numa infra-humanidade (FÉTIZON; MINTO, 2007 apud KOIKE, 2009, p. 208).

Elevar o acesso a uma educação pública e de qualidade, rumo à sua universalização é parte da defesa de vários segmentos na sociedade que, de diversas maneiras têm se posicionado na resistência e enfretamento às medidas

que impedem a construção de uma sociedade emancipada, o que passa pela compreensão e combate à perspectiva de governo aqui tratada, a qual

> [...] omite o papel fundamental das universidades públicas em diversos países do mundo, em especial nos periféricos, como espaço privilegiado para produção do conhecimento, para desenvolvimento científico e tecnológico, como instância crítica da sociedade, para o amadurecimento do sujeito político, com formação sólida que o capacite para entender as complexas relações do mundo atual e para influir como propositor na elaboração de políticas públicas e, em alguns casos, tornar-se ele próprio dirigente do processo (CADERNOS ANDES, 2007, p. 18).

Tais proposituras, no sentido de ampliação da esfera pública, solicitam interpretações que não escondam a verdadeira origem de classe dessa investida do capital que busca saídas para suas crises, mediante determinações que, obscurecidas, e num curto espaço de tempo, provocam danosas consequências, dentre elas a supressão de direitos do mundo do trabalho historicamente conquistados.

1.2 Serviço Social: elementos constitutivos e o Projeto Ético Político da profissão

O atendimento às exigências da acumulação capitalista tem permitido que o crescimento da miséria, o aumento e aprofundamento das formas de violência expressem a barbárie social no país, fruto de uma sociabilidade organizada a partir da apropriação privada da riqueza produzida pela via da socialização dos custos e dos prejuízos.

Significa à grande maioria da população, entre outros, o desemprego ou a inserção em formas precárias e degradantes de trabalho, péssimas condições de moradia e alimentação, o adoecimento, a impossibilidade de satisfação de suas necessidades humanas. O atendimento às suas demandas e necessidades se dá pelo acesso a focalizadas e deterioradas políticas sociais, quando acessadas, por profissionais e trabalhadores que, não raro, responsabilizam a população pela sua condição de pobreza e miséria.

Para além de suas condições objetivas de vida cotidiana, as relações permeadas por individualismos e desorganização das instâncias e espaços de debate e enfrentamento coletivo, expressam a destituição de sua identidade de classe. São relações determinadas por forte apelo ideológico à busca individual por "realização", "sucesso" pessoal e profissional, ao uso da criatividade, ao empreendedorismo, e à geração de renda, que vem substituindo a geração de trabalho e emprego.

Para Boschetti (2009b), nesse contexto de mais uma crise do capitalismo na obtenção de lucros extraordinários, fundamentada na finaceirização da economia, na desregulamentação estatal, em bases liberais, "[...] é mais do que urgente reafirmar os valores e princípios do Projeto Ético Político Profissional" (BOSCHETTI, 2009b, p. 38). Afinal, na defesa da socialização da riqueza como possibilidade única de rompimento com a desigualdade, faz-se necessário problematizar que a efetivação dos direitos constitutivos da cidadania tem sua concretização limitada e impedida por fatores econômicos e sociais, sob a égide do capital.

Essa perspectiva é ampliada para a luta por direitos, que se insere em uma instância maior que o dever ético profissional de garantir qualidade nos serviços prestados aos usuários. Para a autora citada, ampliação de direitos para reduzir a desigualdade é pouco e insuficiente, devendo constituir-se em mediação na histórica luta por emancipação humana.

Nesse sentido, a perspectiva de formação e atuação profissional hegemônica na profissão difere e colide com as concepções de educação e de sociedade que vimos tratando nesse texto. Importa situar que tal posicionamento é fruto do processo de Reconceituação do Serviço Social nas décadas de 1960 e 1970, da construção do projeto profissional e sua vinculação a um dado projeto de sociedade.

Recorrer a Silva (1984) nesse momento nos permite um retorno aos elementos constitutivos do Serviço Social como profissão no país, para uma posterior ênfase no quadro atual da formação e seu significado ao exercício profissional.

No processo de surgimento e expansão do Serviço Social como profissão na realidade brasileira nos anos de 1930, num quadro de referência que não apresenta incompatibilidade entre seus objetivos e os de manutenção e reprodução da ordem capitalista, tem aí um cunho doutrinário e religioso na formação profissional.

A constituição de um novo modelo econômico para a América Latina a partir dos anos 1930, a industrialização, “processo contraditório de acumulação de riqueza e pobreza”, tem como consequência a urbanização, o pauperismo, o surgimento do operariado e lutas reivindicativas. Configura-se um contexto de problemas e conflitos sociais a passagem do sistema produtivo agrário, agro-exportador para o modelo agro-industrial, que impõe novas relações entre o capital e o trabalho, e permitem o surgimento do Serviço Social. Considerando que os setores dirigentes da sociedade, utilizam como resposta, nesse contexto, a hostilidade ou a beneficência, “O Serviço Social surge então para operar essa beneficência, aliviando os males sociais, atuando nas sequelas negativas do novo processo econômico [...]” (SILVA, 1984, p. 36). Tem como proposta a restauração e o funcionamento social.

As bases para o surgimento do Serviço Social se colocam quando, em face da necessidade de apoio aos mecanismos econômicos adotados, além da repressão, também tem lugar uma política assistencialista, ao lado de período de tolerância em relação à atuação da Igreja. Surge como prolongamento da ação católica, exercido por setores das classes dominantes, especialmente as senhoras “caridosas”. Se expressa com caráter humanitário e filantrópico, apresentando uma perspectiva que nega o antagonismo e compreende a sociedade como harmônica, e a partir daí a desigualdade como natural; insere-se a serviço de um homem desvinculado da história, abstrato.

Referenciado pelo pensamento social da Igreja[4], num contexto de aliança desta com o Estado, desenvolve-se inicialmente pela abordagem moralizadora das relações sociais e na perspectiva da integração dos indivíduos à sociedade, sendo estes responsabilizados pelo conjunto de problemas constitutivos da questão social. A formação profissional do assistente social brasileiro, sob hegemonia do modelo europeu[5], segue, até 1945, orientada para uma formação essencialmente pessoal e moral.

---

[4] “Foram os movimentos da ação social da Igreja que deram origem à fundação das duas primeiras escolas de Serviço Social no Brasil: a Escola de Serviço Social em São Paulo, em 1936, e a Escola de Serviço Social do Rio de Janeiro, em 1937” (SILVA, 1984, p. 37).

[5] Berço do surgimento do capitalismo e centro educacional por excelência, hegemônico, com influência de seu pensamento político e ideológico no sistema universitário do mundo. A partir de um curso ministrado por professora da Escola Católica de Serviço Social de Bruxelas (Bélgica), e em consequência a criação do Centro de Estudos e de Ação Social (CRAS) em 1932, duas sócias deste, partem para a Europa para uma formação técnica mais aprimorada, ocorrendo com seu retorno, a criação da primeira Escola de Serviço Social em São Paulo.

É no contexto do segundo pós-guerra mundial que ocorre a expansão da influência e controle político e econômico dos Estados Unidos na América Latina, impondo a ideologia do planejamento para o desenvolvimento por meio dos programas de assistência técnica e “ajuda” financeira.

Sob influência norte-americana, a formação profissional passa a dar ênfase na instrumentalização técnica, tendo como eixos teóricos os pressupostos funcionalistas da sociologia. Interpreta o desenvolvimento como resultado de capacidades individuais e culturais, pautando-se na neutralidade das ciências e na visão harmônica da sociedade. Centrando-se metodologicamente no estudo do comportamento dos indivíduos, comunidade ou pequenos grupos, despreza o estudo da estrutura global numa perspectiva histórica “[...] assumindo o empirismo como tendência dominante, cuja atuação profissional exigia apenas habilidade para a entrevista, a observação e o questionário” (SILVA, 1984, p. 41). Efetiva-se a importação dos métodos de Serviço Social de Casos, de Grupo, Organização de Comunidade e, posteriormente Desenvolvimento de Comunidade.

A necessidade de efetivação do modelo desenvolvimentista assumido no país implica ao Serviço Social a busca de aperfeiçoamento de suas técnicas e instrumentos de intervenção, voltada mesmo para a expansão do capitalismo industrial. Amplia suas funções incluindo coordenação e planejamento, estabelece maior vínculo com órgãos estatais. Com a absorção da ideologia desenvolvimentista, duas tarefas fundamentais impunham-se ao Serviço Social: a participação do povo nesse projeto de governo e neutralizar as tensões das contradições resultantes dessa mesma política.

Importa destacar que a formação profissional é marcada, nesse contexto, “[...] por uma perspectiva metodologista, com ênfase nos métodos tradicionais, sobretudo no Desenvolvimento de Comunidade, destacando os procedimentos técnicos e com fundamentos teóricos advindos das ciências sociais, a partir de uma ótica funcionalista (SILVA, 1984, p. 42).

Contudo, a formação percorre caminhos da inserção, para além da ação social católica, rumo à atuação nas políticas sociais públicas mediante a regulação do Estado brasileiro, enquanto suporte ao andamento do processo de acumulação capitalista, e enfrentamento da questão social. E rumo ao questionamento dos seus referenciais teórico-metodológico, técnico-operativo e político, no denominado Movimento de Reconceituação a partir da década de 1960. Até então, durante a

influência dos modelos franco-belga e norte-americano, o Serviço Social exime-se da exigência de formulação de interpretações da sociedade.

Nessa década, surge como movimento latino-americano uma tendência de questionamento da metodologia, objetivos e conteúdos da formação profissional, posicionando-se no sentido da superação da prática profissional, não mais atrelada aos interesses dos grupos dominantes na sociedade. Esse movimento se dá no Serviço Social num momento de crescente inconformismo popular e de questionamento por parte das ciências sociais ao desenvolvimento urbano-industrial dependente, tendo como pano de fundo o êxito da Revolução Cubana[6] (1959). Silva (1984, p. 43) afirma que, é ao lado do movimento das ciências sociais que "[...] o Serviço Social descobre a dimensão política de sua prática, como associada ao caráter científico da profissão." Inicia-se um processo de ruptura com sua perspectiva de integração e manutenção da ordem vigente, a colocar-se então criticamente em relação a essa ordem, propondo-se romper com a dicotomia teoria e prática, orientando-se por uma compreensão estrutural da sociedade. Nesta postura, tem na prática a fonte fundamental para elaboração teórica, adotando para tanto, uma abordagem metodológica de aproximação sucessiva.

Silva (1984) ressalta, porém, que o processo de reconceituação no Serviço Social, que apresenta diversas tendências no continente americano, também no Brasil assume rumos peculiares, não veio se processando de maneira unitária. Para Ramos (2007), a partir das fontes do Movimento de Reconceituação latino-americano, o processo de renovação profissional brasileiro "[...] construiu uma trajetória singular de materialização de um projeto ético-político vinculado a um projeto de emancipação humana (RAMOS, 2007, p. 45).

Na abordagem dessas diversas direções, que Paulo Netto (2005) denomina processo de renovação, tem-se que o mesmo assume três direções: perspectiva modernizadora (conservadora), perspectiva de reatualização do conservadorismo (fenomenológica) e perspectiva de ruptura (marxista).

A contextualização dessas tendências a que nos propomos nesse momento do estudo tem como referência os estudos de Paulo Netto (2005) e de Silva e outros (2007), privilegiando assim a sua relação com o contexto histórico da sociedade e com o amadurecimento teórico, político e ideológico na profissão.

---

[6] SILVA (1984); PAULO NETTO (2009).

A perspectiva modernizadora, sem uma crítica à ordem vigente, fundamenta-se teoricamente no estrutural-funcionalismo. Concebendo o desenvolvimento como superação do atraso, modernização, se caracteriza pelo esforço de que a profissão contribua para o processo de desenvolvimento do país. Nesse sentido, posiciona-se dentre as técnicas sociais e estratégias adotadas para o atendimento às exigências capitalistas que emergiram no país pós 1964. Perde sua hegemonia a partir da segunda metade da década de 1970, por seu conteúdo reformista já não atender às expectativas profissionais dos que se recusavam ao rompimento com a posição historicamente assumida pela profissão, com estatuto e funcionalidade subalternos.

Trata-se de um segmento que se mostra refratário às inovações introduzidas por essa perspectiva de renovação empenhada em sua legitimação com adoção decidida das referências teórico-ideológicas do pensamento estrutural-funcionalista, privilegiando então os componentes mais conservadores da tradição profissional. Por outro lado, "*seu traço conservador* e sua *colagem à ditadura*" mostravam-se, segundo Paulo Netto (2005)[7], incompatíveis com os segmentos profissionais críticos que se apresentavam comprometidos ou comprometendo-se com a resistência democrática.

> Em síntese, pode-se afirmar que a posição do profissional brasileiro, coerente com a sua visão de realidade, se estrutura em aderência ao projeto ideológico que se define de dentro do Estado, e por um reconhecimento da natureza ideológica de sua intervenção, mas a ideologia é por ele percebida como ideologia em geral, no caso, ideologia desenvolvimentista, ao tempo inteiramente ineficaz do ponto de vista social. Com essa postura, o profissional brasileiro tenta ocultar a natureza de classe do projeto a que adere e, em conseqüência, a natureza do vínculo que faz com a sociedade (LIMA, 1982 apud SILVA et al, 2007, p. 99).

Quanto à segunda perspectiva, de reatualização do conservadorismo, tem-se que, pelo próprio caráter de reatualização, não goza de relevância tal qual a experimentada pela vertente modernizadora, quando hegemônica. Tem na matriz teórica fenomenológica o destaque para as dimensões da subjetividade, sendo o diálogo percebido como ajuda psicossocial. No interesse pelo homem, na sua unicidade com o mundo, três grandes conceitos constituem os pressupostos

---

[7] Em *Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64*. Para o autor, parece indiscutível ser essa vertente a que mais substantivamente se viu apropriada pelos assistentes sociais: pela mantida continuidade com a acumulação profissional anterior, e pela funcionalidade às requisições próprias da institucionalidade burguesa autocrática.

teóricos, sendo eles diálogo, pessoa e a transformação social. Esta última referindo-se a uma ultrapassagem do ser pessoal, porém no âmbito da consciência.

É considerada a perspectiva compatível ao segmento profissional mais impermeável às mudanças. Com um verniz de modernidade, essa perspectiva, essencial e estruturalmente, concentra características de uma visão de mundo originária no pensamento católico tradicional e de intervenção profissional com traços microscópicos.

Quanto ao seu caráter renovador, o que se opera é uma reatualização do passado, mediante o esforço consciente de, em matrizes intelectuais mais sofisticadas, fundá-lo. Dessa forma, beneficia-se, e repudia simultaneamente, da tradição positivista em meio ao descrédito cada vez mais generalizado, e das conexões ao pensamento crítico-dialético, de raiz marxiana, que foram, em geral, vulgarmente apropriadas pelo Serviço Social. O seu extremo conservantismo encontra-se perceptível no embasamento científico na relação da profissão com o seu “objeto”, ou seja, encontram-se dissolvidas quaisquer possibilidades de que a realidade macrossocietária e as intervenções profissionais sejam rigorosa e criticamente analisadas.

A perspectiva renovadora chamada intenção de ruptura tem sua emergência identificada no contexto de efervescência política dos anos 1960-1964 (SILVA et al, 2007): nesse período, ainda que sem identificar o esforço de sistematização teórico-metodológica de um novo projeto profissional para o Serviço Social, grupos restritos de assistentes sociais iniciam o questionamento do compromisso da profissão com as vigentes estruturas sociais injustas.

Ressurge a partir dos anos 1970 e tem avanço significativo durante a década de 1980, no quadro da estrutura universitária, ganhando repercussão para além dos muros da academia, tornando-se interlocutor de destaque no debate dos assistentes sociais nos anos 1980, rebatendo com visibilidade nos organismos da categoria.

Nas suas dimensões ideopolíticas residem as razões para uma existência denominada residual por quase uma década na universidade: possuiu um caráter de oposição frente à autocracia burguesa, com a qual colidia no plano teórico-cultural, no plano profissional e no plano político. Ou seja, nos seus referenciais, nos objetivos e perfil de assistente social requisitado pela modernização conservadora, e nas concepções de participação social e cidadania. É no contexto da crise da autocracia burguesa e de reinserção na cena política da classe operária,

configurando-se na redemocratização do país, que a perspectiva da intenção de ruptura transcende o universo acadêmico.

Nessa argumentação, o exame das várias perspectivas renovadoras no Serviço Social indica uma vinculação umbilical da vertente intenção de ruptura com a universidade. O que de antemão já explica a incidência de grande parte das críticas de que foi objeto, serem feitas indicando a mesma ser produto do meio acadêmico, expressando qualificação pejorativa em denuncia ao “teoricismo”. O chamamento ao refrão de que “na prática, a teoria é outra”, significa, pois, uma tentativa de desqualificá-la assim como a definição de que as propostas dessa vertente são estranhas à prática do Serviço Social.

Entre as razões que concorreram para que o projeto de ruptura pudesse evidenciar-se e explicitar-se primeira e especialmente na universidade, apresenta-se a necessidade de construir-se sobre bases quase que inteiramente novas, já que rompendo com o tradicionalismo, numa profissão desprovida de acúmulo no domínio da elaboração e da investigação. Nesse sentido, a inserção da formação profissional - graduação e da pós-graduação do assistente social - no âmbito universitário é tida como decisiva no processo de renovação do Serviço Social no Brasil. É na universidade que se tornou possível a dedicação à pesquisa e a realização de experiências piloto, por meio da extensão, onde, com base nos novos referenciais, os campos de estágio eram diretamente supervisionados. Note-se que no espaço universitário, essa possibilidade se daria sem as demandas imediatas da prática dos profissionais, esta altamente restrita e obstaculizada pelo contexto do período militar, quer na área estatal ou privada.

Referindo-se à universidade refuncionalizada, que oferecia não somente um novo campo profissional com a carreira docente, mas também um campo relativamente menos inseguro para a realização do projeto de ruptura, Paulo Netto (2005) define o espaço acadêmico como menos adverso para apostas de rompimento, nunca um território livre.

Em meio a condicionalismos objetivos, o investimento na vida acadêmica é definido pelo autor citado como, mais que uma forma de sobrevivência, com a criação de novos cursos e oportunidades de trabalho, uma opção dos profissionais que, inserindo-se na intenção de ruptura, tinham a convicção dos resultados multiplicadores e profundos por meio da formação de novos quadros.

É ressaltada, porém, que, diante de tamanha hostilidade, somente em contextos determinados e bem aproveitados, e que não foram muitos, essa opção pode operar em sentido contrário ao que orientava e predominava na universidade e na sociedade.

Recorrendo progressivamente à tradição marxista, a vertente intenção de ruptura se desenvolve e se adensa à medida que avança a crise da ditadura, empolgando vanguardas profissionais quando se processa a transição democrática. Trata-se de uma direção que, possuindo uma crítica sistemática ao desempenho tradicional do Serviço Social, assim como aos seus aportes teóricos, metodológicos e ideológico, pretende a ruptura com o pensamento e a intervenção social conservadora.

Essa vertente, expressão dos segmentos mais avançados da categoria, aproxima-se das camadas trabalhadoras, em meio ao contexto de efervescência no circuito universitário e à participação cívica de amplas camadas urbanas quando da crise da ditadura. A constatação de um distanciamento entre a intenção de romper com o passado conservador e a existência prático-profissional de sua operacionalização, não abala o acúmulo já realizado no sentido de ampliar as referências teóricas e ideoculturais que qualificam o debate político, o repensar a profissão. Paulo Netto (2005) sugere que, ao preservar e aprofundar sua oposição ao tradicionalismo, no campo da prática profissional essa vertente tem permanecido como *intenção*, dada a dificuldade de superação desse mesmo tradicionalismo.

Na evolução dessas tendências, sinaliza-se para o aparecimento simultâneo de nexos de continuidade e ruptura no processo de renovação. E ainda uma frequente sobreposição quanto aos referenciais teóricos, ideológicos e práticos, o que se explica pela ausência de uma completa ruptura concomitante com a evolução gradual da renovação. O que não significa apenas intercâmbio consequente de enfrentamento polêmico e da troca de influências entre as tendências.

A recusa e a crítica do conservadorismo na profissão, definida como primeira condição para a construção do novo projeto profissional se inicia, então, na transição dos anos de 1970 para 1980. Coincide com a crise da ditadura militar, exercida no Brasil a partir do dia 1º de abril de 1964, operando a serviço do grande capital e que enfrenta a resistência de setores descontentes da burguesia e a reinserção da classe operária na segunda metade da década de 1970. Toma evidência as tão

reprimidas demandas democráticas e populares, a mobilização de trabalhadores urbanos e rurais, a organização dos mesmos, sindicalização combativa e a participação de setores progressistas da sociedade civil, como da Igreja Católica - Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), Associação Brasileira de Imprensa (ABI) e da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB). As transformações sociais e políticas daí decorrentes rebatem no Serviço Social, pois nessa conjuntura, o conservadorismo pode ser questionado uma vez que a própria categoria descobria-se como camada trabalhadora em meio ao contexto econômico da ditadura.

Na trajetória do Serviço Social e na construção do seu projeto ético-político, a realização do III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS)[8], em 1979 é um marco histórico. Conhecido como Congresso da Virada, é fruto de uma atividade coletiva onde a ruptura converte-se em realidade, deixando o terreno da possibilidade. Para Abramides e Cabral (2009, p. 731), no âmbito dos congressos e da própria profissão, esse Congresso situa-se como uma divisor de águas, não apenas pelo debate político travado, mas também "[...] pelas posições públicas assumidas coletivamente pela categoria na defesa dos interesses imediatos e históricos dos trabalhadores e por se reconhecer em sua condição de assalariamento, como parte da classe trabalhadora."

É importante nesse momento nos beneficiarmos da contextualização sobre o III CBAS em Paulo Netto (2009). Definindo-o como um episódio histórico, considera-se que o Serviço Social brasileiro nunca mais foi o mesmo depois desse Congresso. A significação essencial do III CBAS reside exatamente na ruptura com a deletéria alienação, donde a inserção do Serviço Social enquanto partícipe, constitutivo das lutas abertas da resistência democrática, tecendo-se a partir desse momento núcleos que articulam a luta pela democracia a um projeto societário de corte anticapitalista.

Relacionar a reinserção da classe operária na arena política ao III Congresso é para o autor citado absolutamente necessário, pois que, em ambos os casos, impedir a consecução do projeto de auto-reforma do regime ditatorial e a quebra do

---

[8] Note-se que até então eram Congressos Brasileiros de Serviço Social (CBSS), com três edições realizadas em 1947, 1961 e 1965. Assume a designação de Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais na década de 1970, sendo o I em 1974 e o II em 1976. O mais recente foi o XII, realizado em 2007.

monopólio conservador em fóruns e instâncias da categoria profissional, as consequências foram para além do marco político.

No tocante ao protagonismo operário, a partir das mobilizações grevistas de trabalhadores do setor métalo-mecânico da indústria automobilística no cinturão industrial paulista, o chamado "grande ABC" na segunda metade da década de 1970, este opera uma *viragem* no processo político uma vez que, tomando a resistência ao regime uma forma aberta, deixa de ter exclusividade na oposição pública as *franjas burguesas.* Envolve e mobiliza, além do proletariado, também amplo e heterogêneo universo de assalariados, pequeno-burgueses e burgueses. Nesse movimento que traz à tona a crise do regime ditatorial, aspirações até então reprimidas e movimentos atomizados são catalisadas na criação de condições para diferentes projeções societárias.

Nessa abordagem do III CBAS, precisamente no impacto da mobilização antiditatorial, trazendo à cena política as tendências democráticas contidas e reprimidas no Serviço Social, desfaz-se os equívocos em relação à contrária noção generalizada de que este Congresso trouxe o Serviço Social à cena política.

É índice de profundo conservadorismo na profissão só se destacar a participação política, especialmente a partidária, considerada negativa ou problemática quando alinhados a causas e idéias da esquerda, com projetos socialistas, vendo-se como guardiões da essência profissional os que não estão dessa forma a politizar ou "partidarizar". Afirma: "[...] em toda sua história (também) no Brasil, o Serviço Social possui uma dimensão inequivocamente política, desde a sua gênese e os seus primeiros momentos de consolidação [...] sempre participaram da política, conscientemente ou não [...]" (PAULO NETTO, 2009, p. 27).[9]

Quanto à presença do Serviço Social na cena política do período ditatorial, registra-se o apoio aberto de incontável contingente profissional, assumindo cargos por indicação política, por convicção ou mesmo por oportunismo. O que não permite, por outro lado, imaginar um coletivo profissional de resistência e perseguidos, nem pensar na obediência de todo o corpo profissional.

> De 1964 a 1979 uma diminuta minoria de profissionais, docente e estudantes, resistiu à ditadura pelos meios que encontrou e boa parte deles recebeu do regime a resposta do terror estatal. Também em nosso corpo

[9] O autor ressalta que "[...] a omissão é, em geral, a forma mais inconsciente de participação política" (PAULO NETTO, 2009, p. 27).

> profissional contam-se exemplos de destemor, fidelidade a grandes ideais, sacrifícios, solidariedade, enfim, grandeza humana em meio a perseguições, tortura, prisão e exílio. [...] Em suma, profissionais, docentes e estudantes de Serviço Social marcaram presença na resistência democrática e no combate à autocracia burguesa (PAULO NETTO, 2009, p. 29).

Tal compreensão do processo de ruptura no Serviço Social nos coloca que, do ponto de vista político, o que particulariza a situação da profissão sob a autocracia burguesa, não são esses elementos anteriormente abordados, e sim a denominada manifestação tardia, por parte das instâncias representativas da categoria, de oposição à ditadura, o que tem provável ocorrência em outras categorias profissionais. É destaca, nesse contexto, a olímpica neutralidade em face da ditadura e do quadro político do país, imperando o silêncio e a omissão até o III CBAS.

Sintetizando a concepção que orientou a organização desse Congresso e sua linha política, culminando com a reação de lideranças politizadas da categoria, relata-se "[...] a subserviência aos donos do poder e de total alheamento e descompromisso com a luta de resistência à ditadura e pela reconquista das liberdades democráticas, travada historicamente pelo povo brasileiro" (ERUNDINA, 2009, p. 114).

São definidos como expressão da mais completa alienação os encontros e a teorização do Serviço Social, assim como a atuação do conselho maior da categoria, o antigo Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS), reproduzida nos conselhos regionais - antigos Conselhos Regionais de Assistentes Sociais (CRASS), e nas convenções da então Associação Brasileira de Escolas de Serviço Social (ABESS)[10].

É, pois, decisiva a existência de potencialidades no interior da categoria profissional para que, mesmo que tardiamente, fosse quebrado o monopólio político conservador no Serviço Social. A participação dos congressistas no III Congresso é entendida enquanto firmeza de posicionamentos nas plenárias rechaçando não só as posições conservadoras "[...] mas acima de tudo se opuseram à condução da direção do III CBAS, que dava as costas à dura luta que

[10] Criada em 1946, dez anos após a instalação do primeiro curso de Serviço Social no Brasil (a Escola de Serviço Social da PUC-SP), a entidade tem como momento marcante de sua história a Convenção de 1979 quando se transforma em Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social, assumindo a coordenação e articulação do projeto de formação profissional. Significa 63 anos completos em 2009.

se travava na sociedade brasileira no enfrentamento da ditadura militar" (ABRAMIDES; CABRAL, 2009, p. 738).

Nessa conjuntura, a repressão e a coerção são entendidas como fatores que não conseguiram impedir a tomada de consciência, a interação com outras categorias profissionais, nem os processos, ainda que moleculares, discretos e singulares, porém intermitentes em que se teciam uma malha de possibilidades.

Considerado um marco na história e desenvolvimento do Serviço Social brasileiro, a partir da sua realização, "[...] o projeto profissional começa a ser repensado, não só pela força das transformações em curso na sociedade brasileira, mas também em razão das contradições existentes no seio da própria profissão" (ERUNDINA, 2009, p. 118). É relevante considerar algumas implicações que contribuíram decisivamente para esse desenvolvimento. Dentre elas, registra-se no início dos anos 1980 o deslocamento do conservadorismo político e acadêmico na formação profissional, traduzindo-se no redimensionamento da qualificação acadêmica dos assistentes sociais, por meio da elaboração de consistentes projetos de formação, na antiga ABESS.

Tal deslocamento também é assistido ao sintonizar os conselhos profissionais, federal e regionais, na transição dos anos 1980/1990. A produção intelectual, enquanto direção ídeo-teórica na contracorrente do conservadorismo, ganha força e conquista hegemônica nos anos 1980, com elaboração fundamental no campo da pós-graduação. Considerada um verdadeiro caldo de cultura, essa expressiva bibliografia tem como objeto a história, os fundamentos e a prática do Serviço Social e instaura um pluralismo antes inexistente. Daí a definição do III Congresso como marco fundacional da mobilização que, tem na sua sequência, empolgando a dinâmica da categoria nos anos 1980 e 1990 do século XX, esse caldo de cultura anticonservadora.

Colocam, porém, dilemas à vanguarda profissional as mudanças nas organizações sindical-partidárias expressas no seu apoio à ordem vigente; o preço político de alianças no Executivo central e renúncia de princípios e propostas, feitas num passado recente; e a veloz permuta de paradigmas também na categoria, quando da reciclagem teórica e metodológica. Situadas à partir de 1998, registra-se as alterações ocorridas no sistema e na estrutura universitários, dentre os quais, a graduação fortemente marcada pela oferta de cursos meramente comerciais e a instituição dos cursos à distância desprovidos de garantias mínimas de qualidade.

Ao referir-se à pós-graduação e à pesquisa, Paulo Netto (2009) afirma a existência de um espantoso e nefasto fordismo intelectual.

Ao longo dos últimos 30 anos, a processualidade histórica da construção do projeto ético-político do Serviço Social é considerada síntese e continuidade do processo da "virada", o qual tem, ao mesmo tempo, o significado de ponto de chegada e ponto de partida (FALEIROS, 2009). Essa construção é fundada na luta e compromisso com os interesses do trabalho, por liberdade e direitos, com explícito fortalecimento da direção social voltada para a crítica da sociabilidade do capital. Nos marcos da mobilização social e politização das necessidades sociais nos anos 1980, a categoria profissional apreende as necessidades vivenciadas pela população como demandas postas à profissão. Entende também que os processos de resistência alteram as condições de vida e trabalho; e que o projeto de vida instituído pelo capital, operando em diversos níveis de opressão e exploração, se traduz em conformismo na vida cotidiana de amplos segmentos populacionais (CFESS, 2009a).

O conjunto das entidades nacionais da categoria e assistentes sociais de todo o país, na trincheira da resistência e do enfrentamento, buscou então a construção do seu projeto profissional. Não se tratando de uma carta de intenções e nem sendo comprado em livrarias, ao tempo que também não dita regras nem receitas, esse projeto é antes "[...] um processo de construção permanente e cotidiana em defesa de uma perspectiva ética, teórica e política que subsidia Assistentes Sociais e entidades nacionais da categoria para atuarem em condições concretas" (CFESS, 2009a).

Conforme Paulo Netto (1999, p. 95), os projetos profissionais

> [...] apresentam a auto-imagem da profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam os seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, institucionais e práticos) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as balizas da sua relação com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais, privadas e públicas (entre estas também e destacadamente com o Estado, ao qual coube, historicamente, o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais).

Não sendo o único na profissão, requer coragem, reflexão permanente e a construção de estratégias cotidianas para não sucumbirmos à "*confusão do espírito",*

ao conformismo, ao "pensamento único", às falsas polêmicas e aos "cantos da sereia" da pós-modernidade (CFESS, 2009a).

Nesse sentido, é no cotidiano que se objetivam as respostas às demandas e aos desafios, afirmando a dialética no entendimento da vida social. Em tempos de barbárie e processos de mercantilização em quase todas as dimensões da vida social, melhores condições de elaboração de respostas profissionais, qualificadas teórico-política e eticamente, estão condicionadas à maior capacidade desta categoria profissional em decifrar e apreender as determinações desse tempo.

Compõem esse processo histórico de construção coletiva, de uma parte, a busca do aprimoramento intelectual, numa interlocução com a tradição marxista e posteriormente, com o pensamento marxiano, como condição para apreensão da realidade e suas determinações numa perspectiva de totalidade. De outra, a produção qualificada de estudos e pesquisas, com participação relevante dos cursos de pós-graduação. Nesse percurso, é sem o signo da subalternidade intelectual que passa a se dar o diálogo com outras profissões e áreas do conhecimento.

Parte do mesmo processo e por situar-se na contra-corrente da sociabilidade ditada pelo capital, esse projeto, que foi e é permeado por desafios e exigências, nos anos 1990 aperfeiçoou os seus instrumentos normativos. A perspectiva ética, política e teórica aprofundada na profissão amadurece as reflexões iniciadas com o Código de Ética Profissional de 1986, resultando no atual Código, aprovado em 1993. Também data de 1993 a renovação da Lei de Regulamentação da Profissão que, contribui para a inscrição de um tratamento qualificado das expressões da questão social, ao definir as atribuições e competências profissionais do assistente social.

As palavras de Koike (2009) sintetizam a consolidação do projeto profissional do Serviço Social nos anos 1990, no que denomina de *duro embate com a ofensiva neoliberal que captura o Estado brasileiro*, que, com a supressão de direitos legalmente garantidos, aprofunda a histórica desigualdade e concentração de renda, tratando de um período

> [...] de contra-reformas que impingiram perdas e derrotas aos trabalhadores, solapando condições de trabalho, demolindo suas estruturas organizativas, suprimindo direitos sociais e elementares condições de vida. Nele, a categoria profissional soube tecer seu projeto ético-político e torna-lo hegemônico (KOIKE, 2009, p. 209).

A comemoração dos 30 anos do já referido “Congresso da Virada” em setembro de 2009 possibilita à categoria profissional rememorar e reafirmar o significado deste na construção do projeto ético-político da profissão, sustentado na perspectiva transformadora.

Boschetti (2009c), ao abordar esses 30 anos como de ousadia, coragem e compromisso político do Serviço Social com as lutas da classe trabalhadora, faz um chamamento à necessidade de se reafirmar os elementos centrais desse projeto, materializados no nosso Código de Ética e na Lei de Regulamentação da Profissão. As Diretrizes Curriculares, aprovadas em 1996, materializam os princípios do projeto profissional também no âmbito da formação. Esses estatutos legais, que estabelecem as diretrizes, normas e regras, e pauta-se por princípios que devem orientar o exercício profissional

> A liberdade como valor ético central; a radicalidade democrática, comprometida com a socialização da riqueza e da participação política; a eqüidade, entendida como justiça social; o pluralismo, entendido como eliminação de todas as formas de preconceito, com respeito à diversidade de cultura, de etnia, de pensamento e de correntes teórico-metodológicas; o exercício profissional qualificado do ponto de vista técnico, ético e político; a aliança com a luta dos trabalhadores; e o princípio da construção de uma nova ordem societária sem guerras, sem violência, sem classes sociais e sem dominação do poder opressor de qualquer espécie: classe, gênero, etnia, orientação sexual, religião (BOSCHETTI, 2009c, p. 153).

Nesse sentido, em tempos de profunda desigualdade e opressão, define como urgente a necessidade de que a realidade social onde vivem e trabalham os assistentes sociais, aproximadamente 87 mil profissionais, seja analisada criticamente, em sua totalidade, rejeitando as perspectivas restritas que “[...] favorecem o individualismo, voluntarismo, politicismo, metodologismo e conservadorismo e não situam as expressões da questão social e as competências e atribuições profissionais nas determinações mais gerais das relações de classe” (BOSCHETTI, 2009c, p. 146).

As lutas por direitos no exercício profissional, nessa perspectiva e como já abordado no início desta subseção, constituem mediações fundamentais do projeto ético-político da profissão, mas não o encerram. São aqui entendidas como constituindo mediação na luta histórica por emancipação humana, para além do dever ético profissional de atendimento qualificado aos usuários dos nossos

serviços. A perspectiva de totalidade acima, referida pela autora, é considera então um dos desafios atuais do Serviço Social.

É, pois, no plano teórico, na reflexão crítica que se encontra a possibilidade de que as complexas relações de reprodução social possam ser compreendidas, assim como as reais possibilidades e limites de que sejam realizados, na ordem capitalista, os direitos e a cidadania. Há que se considerar, para tanto, o crescimento quantitativo e qualitativo, afirmado pela autora na produção de sólidas análises dessa realidade.

O fortalecimento do projeto ético-político profissional, que em seu cerne intenta a construção de uma nova sociabilidade, significa que deva ser também mediado pela coletiva e cotidiana construção dos direitos, por trabalho e cidadania.

Considera-se então, que as solicitações que nos chegam no exercício diário da profissão, considerando que o assistente social tem atuação predominante no âmbito das políticas públicas, em sua execução, formulação, planejamento e avaliação, sejam compreendidas à partir de suas múltiplas determinações, enquanto resultantes da desigualdade proposta pela sociabilidade do capital.

Tal proposição vem ao encontro de questionamentos surgidos na categoria com relação a questões consideradas dissociadas do cotidiano profissional, mas que devem balizar as ações e reflexões, e determinam o significado do projeto ético-político da profissão: de uma parte, a apropriação privada da riqueza socialmente produzida, enquanto determinação fundante da desigualdade na ordem capitalista; e de outra, a socialização da riqueza e a emancipação humana como condição para a superação dessa desigualdade, esta enquanto a orientação do horizonte de lutas do projeto profissional.

> Nesse sentido, cabe refletir, será que é mesmo? Qual a relação do nosso cotidiano profissional, quando mediamos a realização de direitos, com a condição estrutural de desigualdade social do nosso país e nosso projeto ético político profissional? Quais são as nossas competências e atribuições profissionais, senão mediar a construção de respostas sociais e políticas para responder às necessidades sociais das classes trabalhadoras que demandam direitos, bens e serviços indispensáveis à reprodução de suas vidas?
> As demandas que nos chegam cotidianamente são expressões vivas e humanas que resultam dessa condição estrutural de desigualdade imposta pelo modo de produção capitalista (BOSCHETTI, 2009c, p. 148).

Dentre as determinações, necessárias de compreensão para o atendimento dessas demandas profissionais, Boschetti (2009c) destaca: a elevada concentração

de renda e riqueza no país, ao lado dos baixos rendimentos da classe trabalhadora e de indignantes níveis de desemprego; a elevada informalidade nas relações de emprego e em consequência o limitado acesso à previdência social, já que a maioria destes não contribui para a seguridade social; o reduzido valor dos benefícios previdenciários; quanto à educação, laica, pública e universal, o acesso restrito em todos os níveis. Todos esses fatores em meio a uma sociabilidade corroída e que alimenta a violência.

O reconhecimento dessa realidade é uma condição mesma para a compreensão das possibilidades e limites da intervenção profissional, sem, contudo, atestar a inviabilidade do projeto ético-político da profissão: “É preciso termos clareza que não é possível superar e romper essa desigualdade estrutural apenas por meio de “reformas sociais” que viabilizem direitos, políticas e serviços sociais” (BOSCHETTI, 2009c, p. 150).

Torna-se relevante nessa discussão acrescentar a questão referente às ameaças colocadas à hegemonia do projeto profissional do Serviço Social. Braz (2007) problematiza dois aspectos que colocam em crise o projeto da profissão: a ausência de uma proposta que unifique interesses relativos ao *trabalho,* alternativa à proposta do *capital,* o que na realidade brasileira relaciona-se às medidas neoliberais implantadas nos anos 1990 e aprofundadas no governo atual, afetando as classes trabalhadoras e o projeto profissional.

O outro aspecto centra-se em fatores que incidem na base material da profissão, as condições em que se materializam a formação e o exercício profissional, com destaque para a expansão do ensino à distância resultando numa formação pouco qualificada e despolitizada. Nesse contexto se insere também as investidas neoconservadoras na formação e no exercício precarizado da profissão. As saídas e o enfrentamento desses desafios passa necessariamente pelo debate aprofundado, e se encontram no próprio projeto ético-político, na defesa radical dos seus princípios. Requer a articulação aos setores mais avançados, o exercício de possibilidades regulatórias no plano ético-político, jurídico; identificar formas de viabilização prático-política do projeto, preservando as conquistas históricas da profissão (BRAZ, 2007).

Importa destacar, em meio a tamanhos desafios, reais possibilidades e limites, ao lado do aporte teórico produzido, dos estatutos legais da profissão e das diretrizes curriculares para a formação que, processos coletivos resultaram em

conquistas e avanços qualitativos ao longo da história profissional, são considerados momentos históricos cuja lembrança deve ser permanente.

Dentre esses momentos, Boschetti (2009c) aponta a participação que se configura como decisiva para o entendimento da categoria como mediadora na realização de direitos. Refere-se ao seu envolvimento teórico, político, na elaboração e na efetivação cotidiana, participando do processo de (re) construção do Estado democrático de direito na Constituição Federal de 1988, Leis Orgânicas da Saúde, Previdência e Assistência Social; Estatuto da Criança e do Adolescente; Estatuto do Idoso.

Quanto aos espaços sócio-ocupacionais, tem-se a sua ampliação no movimento de identificação de novas demandas e atuação em questões do âmbito sócio-jurídico; sócio-ambiental; movimentos sociais; relação campo-cidade; e ainda educação e previdência social. Como também nas áreas de saúde e assistência social, o ocorrido processo de consolidação nessas áreas históricas.

Nessa trajetória do Serviço Social, em meio a conquistas e desafios, o enfrentamento das expressões da questão social, constituintes de nosso objeto de intervenção, requer a construção de mediações importantes no cotidiano profissional, sendo elas teóricas, éticas e políticas, alicerçadas na crença no projeto ético-político profissional e na construção cotidiana de condições para a sua materialização.

Iniciando por uma visão histórico-processual da realidade social, capitalista com seus limites, Boschetti (2009c) destaca a importância de que, pela ação do homem, sujeito histórico, todas as coisas e idéias são processos, pois se movem, se desenvolvem e assim se transformam. Não sucumbir ao conformismo e ao desencanto! Para tanto, é necessário acreditar na capacidade e potencialidade da profissão de transformar a realidade.

Apontando a necessidade de se explorar as contradições das relações sociais e da sociabilidade capitalista, afirma ser fundamental acreditar e apostar na luta de classes, mediação decorrente e ao mesmo tempo determinante da primeira estratégia. Significa reconhecer que todos os espaços, o Estado, a sociedade e as instituições que a conformam, constituem-se por forças sociais em confronto e conflito, e não blocos monolíticos e homogêneos

> Nessa direção, um segundo desafio do nosso projeto ético político profissional é reconhecer que não existe limite imutável para o descobrimento da igualdade e desigualdade das coisas. Os limites que existem são mutáveis, relativos, provisórios, se suprimem, se deslocam, se suprimem novamente, em função de suas contradições internas que devem ser exploradas (BOSCHETTI, 2009c, p. 151).

A luta pela radicalização da democracia e o fortalecimento dos movimentos sociais da classe trabalhadora compõem a terceira dimensão indicada como estratégica para a viabilização do projeto ético-político do Serviço Social. Ou seja, a sua materialização na articulação de forças e na construção de alianças estratégicas com profissionais, com a classe trabalhadora e usuários dos serviços que, sofrem a opressão e exploração e têm como projeto uma nova sociabilidade, livre de injustiça e desigualdades, com capacidade para autodeterminar o seu futuro.

Fortalecer a participação radicalmente democrática da classe trabalhadora nos espaços políticos como estratégias para acumular forças e mediar a construção de uma nova sociabilidade. O que significa participar da formulação, realização e ampliação de direitos a partir dos princípios como universalidade, redistributividade e ação participativa.

Nessa perspectiva, torna-se essencial o fortalecimento dos movimentos sociais da classe trabalhadora para que a ação político-profissional não seja restrita ao âmbito da prestação de direitos e serviços públicos no aparelho estatal.

Ainda como mediação fundamental para o estabelecimento de relação entre o projeto ético-político profissional e um projeto comprometido com uma nova ordem societária tem-se a organização política das entidades nacionais do Serviço Social como o conjunto Conselho Federal de Serviço Social (CFESS)/Conselho Regional de Serviço Social (CRESS), a ABEPSS e a Executiva Nacional dos Estudantes de Serviço Social (ENESSO), informada enquanto um processo histórico e humano.

Nesse mesmo sentido, tem-se o trabalho profissional que, contrapondo-se a regras institucionais autoritárias e tecnocráticas, cotidianamente formula e desenvolve ações inseridas na luta por direitos, socialização e democratização da política, pela participação dos usuários, tencionando o fundo público.

Valemo-nos de uma longa citação, para que, mesmo diante da realidade de que muito há para se comemorar, faz-se necessário destacar, por outro lado, o muito também pelo que lutar na perspectiva de fortalecimento e consolidação do projeto ético-político do Serviço Social

- Defender a socialização da política e instituições verdadeiramente democráticas, que assegurem a organização autônoma da classe trabalhadora e o fortalecimento dos movimentos sociais;
- Preservar valores éticos em defesa do coletivo e da eqüidade;
- Manifestar posição contrária a toda forma de exploração, opressão e violência contra a mulher, crianças e adolescentes, pessoas idosas, pessoas com deficiência e contra toda forma de expressão de homofobia e restrição da liberdade de orientação sexual;
- Defender uma política econômica a serviço do crescimento e da redistribuição da riqueza socialmente produzida, e de uma política tributária redistributiva, que onere mais o capital e menos o trabalho;
- Fortalecer as lutas pela reforma agrária, para reversão da estrutura fundiária, que hoje concentra enormemente as propriedades rurais;
- Reivindicar o direito ao trabalho e emprego para todos, sem discriminação, com ampliação dos salários e rendimentos do trabalho;
- Lutar em favor da universalização da seguridade social, com garantia de saúde pública para todos, ampliação dos trabalhadores segurados na previdência social e consolidação da assistência social como direito e política pública;
- Engajar-se nos movimentos em defesa da educação laica, pública e universal em todos os níveis, para reverter o quadro de reduzido acesso ao ensino superior (BOSCHETTI, 2009c, p. 154).

1.3 A Formação Profissional: qualidade e compromisso com as demandas democráticas

O projeto de formação profissional construído no Serviço Social ao longo dos últimos 30 anos vincula-se à concepção de uma nova identidade profissional, aliada aos interesses das classes trabalhadoras, à construção de uma nova sociabilidade e conectada aos desafios postos pela realidade social. A formulação dessa concepção é processual e histórica, e não remonta à origem da profissão. Compõem esse processo a inquietação e revisão dos seus referenciais teóricos, éticos e políticos, estruturando um projeto profissional que rompe com as estruturas conservadoras na profissão.

A concepção emancipatória do projeto profissional tem a sua construção situada nos movimentos de resistência da sociedade contra a ditadura militar instaurada no país em 1964 e na reinserção da classe trabalhadora na cena política nos anos 1970 e 1980. É nesse contexto que assistentes sociais se inserem na luta política por conquistas democráticas, pela garantia de trabalho e direitos humanos, por políticas públicas, culminando nas conquistas sociais inscritas na Constituição Federal de 1988. “A formação é, pois, parte de um projeto profissional que se define e redefine

no movimento contraditório da sociedade a partir de uma direção social estratégica" (ABREU; LOPES, 2007, p. 11).

Enquanto mediação fundamental para o estabelecimento de relação entre o projeto ético-político profissional e um projeto comprometido com uma nova ordem societária, o protagonismo da ABEPSS é expressão da organização política das entidades nacionais do Serviço Social e de lutas nesse processo histórico. Pautando-se pela defesa dos princípios ético-políticos que fundamentam a direção social do projeto da profissão, a sua trajetória é constituída por conquistas, avanços, mas também por dificuldades e desafios constantes.

Na análise do protagonismo da ABEPSS nesses trinta anos de lutas, Behring e Ramos (2009) rememoram a construção dessa entidade acadêmico-científica fazendo referência a alguns de seus marcos históricos. Dentre eles a realização da sua XXI Convenção de 1979, em Natal/RN, citada anteriormente. Nesse contexto, em decorrência da criação dos cursos de pós-graduação a partir de 1972, a criação do Centro de Documentação e Pesquisa em Políticas Sociais e Serviço Social (CEDEPSS), órgão acadêmico de articulação da pós-graduação em Serviço Social, ocorre em atendimento às novas demandas derivadas. A unificação entre este órgão e a então ABESS ocorre na década de 1990.

Aparece como outro marco nessa trajetória a mudança de seu nome para o atual, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, o que ocorre na segunda metade dos anos 1990. Tem justificativa na defesa da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, na urgência da organicidade da pesquisa nesse espaço, na articulação entre graduação e pós-graduação e na necessária explicitação de sua natureza científica.

Destaque-se que, em se tratando de um processo democrático de construção do projeto de formação profissional, mediante a participação dos sujeitos que a constroem nas unidades de formação, não se trata de um processo livre de confrontos e conflitos, e sim bastante polêmico em razão de diferenças teórico-políticas, mas com a certeira contribuição para o enriquecimento do debate e o amadurecimento profissional.

Ramos (2007), ao analisar a organização política dos assistentes sociais nos anos 1990, sinaliza alguns determinantes que contribuíram para a particularidade da organização. São eles: o processo de redemocratização e criação de novas identidades societárias no contexto brasileiro de neoliberalismo tardio; as lutas por

direitos, porém, defensivas, em meio ao refluxo do sindicalismo; o aprofundamento da atuação política das entidades representativas dos assistentes sociais.

Sua análise indica como questões fundamentais para o desenvolvimento desse processo político no Serviço Social, a aproximação madura com a teoria marxista e o trato da questão social, objeto da profissão. Sinaliza ainda que, aliada a condições objetivas existentes, os fatores subjetivos constituem-se fundamentais no processo de construção da ação política no Serviço Social, a vontade e a paixão dos sujeitos partícipes.

O Currículo Mínimo aprovado para os cursos de Serviço Social em 1982, por meio do parecer do Conselho Federal de Educação n. 412, de 04 de agosto de 1982, constitui um marco na construção desse projeto de formação profissional, pautando-se pela proposta discutida a partir de 1979. Representando essa nova proposta curricular de 1979/1982 a recusa ao tradicionalismo, tem como centro "[...] a conexão da formação com a realidade brasileira em um momento de redemocratização e ascensão das lutas dos trabalhadores" (BEHRING; RAMOS, 2009, p. 158).

O esforço acadêmico de implantação desse currículo é destacado em Koike (2009), pois que demandando ampliação da pós-graduação e qualificação profissional, ou seja, a pesquisa e produção de conhecimento, como condição mesmo para a aproximação à teoria crítica. E nesse contexto, a aproximação entre a formação e o exercício profissional, e destes com a realidade.

Frente às alterações ocorridas nas expressões da questão social e mundo do trabalho, na conformação do Estado e das relações deste com as classes sociais à partir dos anos 1990, identifica-se também a necessidade de se proceder a uma avaliação da formação profissional no país. Ocorre a partir de 1994, quando na XXVIII Convenção da ABEPSS ocorrida em Londrina/PR, em outubro de 1993, foi deliberada os encaminhamentos necessários à revisão do Currículo Mínimo, vigente desde 1982.

Envolvendo entidades de formação acadêmica de Serviço Social de todo o país, foram realizadas entre os anos 1994 e 1996 aproximadamente 200 oficinas locais, 25 oficinas regionais e ainda 2 oficinas nacionais processando a discussão e elaboração da nova proposta curricular.

Construída coletivamente, resulta a elaboração da proposta das Diretrizes Gerais para o curso de Serviço Social que tem sua proposta aprovada em novembro

de 1996 no Rio de Janeiro, quando da realização da Assembléia Geral da ABESS, o que demonstra o potencial de organização, discussão e de decisões na categoria dos assistentes sociais. Note-se que o currículo mínimo se caracterizou como Diretrizes Curriculares e recebeu essa nomenclatura a partir da exigência da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN), Lei n. 9394 de 20 de dezembro de 1996, e que, quando da exigência do Ministério da Educação (MEC) após a aprovação da LDBEN, somente o curso de Serviço Social já possuía uma proposta curricular, nacionalmente discutida.

Abreu e Lopes (2007) nos informam que, a proposta de formação profissional então formulada reafirma a direção social incorporada pelo Currículo de 1982, “Busca a superação das defasagens teórico-metodológicas e fragilidades operativas da formação, sobretudo no que diz respeito à organicidade do currículo no movimento da sociedade brasileira” (ABREU; LOPES, 2007, p. 13).

Behring e Ramos (2009) apresentam dois desafios permanentes da ABEPSS. De uma parte, enquanto um instrumento necessário e urgente para que o processo de implementação das Diretrizes não seja fraturado em seus relevantes elementos, tem-se o acompanhamento da implantação das Diretrizes Curriculares, pensando num processo de formação continuada que consiga atingir todos os docentes dos cursos de graduação em Serviço Social, nas universidades ou faculdades em que estejam inseridos.

A avaliação continuada da implantação da nova proposta curricular configura a outra dimensão necessária, ressaltando-se que com a realização da pesquisa avaliativa, após dez anos da sua aprovação no âmbito profissional, ocorre um aprofundamento desse processo. A pesquisa sobre a “Implementação das Diretrizes Curriculares do Serviço Social no Brasil”, realizada durante o período 2005-2007, envolveu mais de cem unidades acadêmicas.

A socialização dos dados dessa pesquisa pela ABEPSS, na gestão 2007/2008, deu-se por meio da publicação da revista Temporalis n. 14 e por meio de Cd-room entregues na realização do XI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS), realizado no período de 1 a 6 de dezembro de 2008, em São Luís/MA.

Cabe destacar o posicionamento da ABEPSS no tocante ao "enquadramento"[11] da proposta de formação coordenada pela entidade no formato das diretrizes curriculares, de acordo com a nova LDBEN n. 9.394 /96, citada anteriormente, quanto aos princípios aprovados pelo Conselho Nacional de Educação em 2001

> [...] ao contrário do que preconiza a proposta defendida pela ABEPSS - são reduzidos e esvaziados do conteúdo ético-político. Afirmam uma formação por competência, isto é, pragmática, flexível, polivalente, orientada para o atendimento de exigências imediatas, em detrimento da constituição de profissionais críticos, com capacidade de adaptação e de transformação da realidade, com a explicitação clara do horizonte societário norteador dessa atuação (ABREU; LOPES, 2007, p. 13).

As autoras, abordando os desafios de consolidação das diretrizes curriculares orientadas pelo projeto ético-político do Serviço Social, consideram dois aspectos num quadro que se constitui adverso ao processo de superação das suas inconsistências e fragilidades. Por um lado, a já mencionada desconfiguração das diretrizes curriculares, quando da aprovação pelo Conselho Nacional de Educação em 2001. Por outro, a direção incisiva, nas esferas privada e pública, de aprofundamento da política privatista que imprime o cunho mercantilista da formação.

Os dados dessa lógica mercantilista expressam-se na redução de recursos para as instituições públicas, para o seu financiamento e desenvolvimento; redução também nos incentivos à pesquisa e à capacitação; com exploração do trabalho docente e sucateamento das instalações físicas e dos equipamentos.

Reafirmam-se, porém, as diretrizes curriculares orientadas pelo projeto ético-político do Serviço Social, mesmo afetadas profundamente pelas medidas neoliberais de flexibilização da formação profissional voltada para o mercado: essas mesmas diretrizes "[...] mantém-se como referência de luta e de resistência, na defesa de uma educação referenciada nas demandas das classes subalternas e na perspectiva do fortalecimento das lutas sociais emancipatórias da sociedade [...]" (ABREU; LOPES, 2007, p. 13).

---

[11] Este enquadramento foi elaborado, em atendimento às exigências do Ministério da Educação (MEC), pela Comissão de Especialistas em Ensino em Serviço Social (SESu/MEC), que encaminhou ao Conselho Nacional de Educação (CNE) em 1997 e contou com a participação da ABEPSS (ABREU; LOPES, 2007, p. 12).

Enquanto componente imperativo dos projetos pedagógicos para os cursos de graduação em Serviço Social, as diretrizes curriculares portam uma direção ideopolítica, indicam os fundamentos para que a formação profissional permita, no trato da realidade e do Serviço Social, rigor teórico, histórico e metodológico, desenvolvida com flexibilidade. Koike (2009, p. 212) indica serem tais supostos passíveis de mediação

> [...] pela teoria social crítica, pelas dimensões investigativa e interventiva tomadas como condição central da formação e da relação teoria-realidade; o pluralismo considerado prática do debate acadêmico e de disputa de projetos societários; interdisciplinaridade e indissociabilidade entre ensino/pesquisa/extensão, entre estágio/supervisão acadêmica e profissional; ética como princípio formativo atravessando o desdobramento curricular.

Ao referir-se às diretrizes como concepção pedagógica, a citada autora informa propiciarem a compreensão do movimento da reprodução social para além da questão social, com suas manifestações insuprimíveis e metamorfoseáveis, a partir dos indispensáveis referenciais teórico-práticos para "[...] formular procedimentos operativos destinados ao acompanhamento da dinâmica societária e ao desempenho profissional" (KOIKE, 2009, p. 212).

Definindo-o como um projeto aberto e democrático, portanto, em construção, Koike (2009) indica pontos que estão sempre presentes nos debates, investigações, nos espaços profissionais e em eventos da profissão, explicitando que as potencialidades das diretrizes curriculares não a eximem de problemas e limites. Tais pontos referem-se à questão social, a relação teoria-prática, instrumentalização, pesquisa, metodologia.

Importa destacar nesse momento a ofensiva sofrida por esse projeto desde sua formulação, iniciando pelo denominado ataque perpetrado pelo MEC, quando da longa tramitação no Conselho Nacional de Educação, de 1997 a 2001, o que termina por sua desfiguração nas Diretrizes Curriculares, suprimindo princípios e conteúdos das matérias, precisamente o norte do projeto para a formação profissional do assistente social. Tal supressão faculta, sobretudos aos cursos novos, a estruturação de seus projetos pedagógicos a partir de sua própria apreensão da lógica curricular (KOIKE, 2009).

O que para a autora não pode ser desconsiderado, pelo risco de que as diretrizes curriculares se percam no burocratismo e no formalismo. Compromete-se

aí o alcance histórico, teórico-político, pedagógico, organizativo e prático-operativo que elas emprestam ao processo de formação profissional em Serviço Social.

Enquanto forma essencial de resistência para que o projeto de formação profissional do assistente social não passe de roteiro de boas intenções, Koike (2009, p. 213-214) informa o esforço intelectivo-organizativo

> [...] estudos avançados proporcionados pelos diferentes níveis da pós-graduação, da produção de conhecimento, da apropriação dos princípios éticos; do empenho teórico-prático à aproximação aos carecimentos das classes trabalhadoras; de formação qualificada, com direção social e fino acompanhamento da dinâmica societária, das necessidades sociais subjacentes às demandas profissionais, dos processos formativos e do exercício profissional.

Na análise de Iamamoto (2007), os elementos, que foram exaustivamente debatidos pela categoria profissional, foram descaracterizados nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Serviço Social, homologadas pelo MEC em 04/07/2001 no Parecer n. 492. O texto oficial, e que tem força legal, compromete o projeto original, pois não exprime o projeto de formação profissional da ABEPSS no que refere à direção social da formação, o mesmo em relação aos conhecimentos e habilidades preconizados, estes considerados essenciais ao desempenho do assistente social.

A exemplo dos reducionismos teórico-metodológicos e dos desvios ético-políticos perpetrados ao projeto de formação profissional no Perfil do Bacharel em Serviço Social consta do projeto original encaminhado ao Conselho Nacional de Educação

> Profissional que atua nas expressões da questão social, formulando e implementando propostas para seu enfrentamento, por meio de políticas sociais públicas, empresariais, de organizações da sociedade civil e movimentos sociais.
> Profissional dotado de formação intelectual e cultural generalista crítica, competente em sua área de desempenho, com capacidade de inserção criativa e propositiva, no conjunto das relações sociais e no mercado de trabalho.
> Profissional comprometido com os valores e princípios norteadores do Código de Ética do Assistente Social (BRASIL, 1999).

Note-se que no texto oficial é retirado da proposta de formação o compromisso profissional com os valores e princípios que orientam o Código de Ética dos assistentes sociais. Assim como o norte para uma orientação no sentido

da formação de um profissional na perspectiva intelectual e cultural crítica e generalista.

> Profissional que atua nas expressões da questão social, formulando e implementado propostas de intervenção para seu enfrentamento, com capacidade de promover o exercício pleno da cidadania e a inserção criativa e propositiva dos usuários do Serviço Social no conjunto das relações sociais e no mercado de trabalho (BRASIL, 2001).

Quanto à definição de Competências e Habilidades, consta do projeto discutido pela categoria profissional

> A formação profissional deve viabilizar uma capacitação teórico metodológica e ético-política, como requisito fundamental para o exercício de atividades técnico-operativas, com vistas à
> ● apreensão crítica dos processos sociais numa perspectiva de totalidade;
> ● análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país;
> ● compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio-histórico, nos cenários internacional e nacional, desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade;
> ● identificação das demandas presentes na sociedade, visando formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado (BRASIL, 1996).

Ocorre, com se vê a seguir, a eliminação no texto legal da definição do direcionamento teórico-metodológico e histórico definido, em amplas discussões e análises da categoria, como fundamentais para a análise dos processos sociais e da sociedade brasileira, levando consigo a perspectiva de considerar as transformações ocorridas no sentido de redução das fronteiras entre o público e o privado, nas novas relações do Estado com as classes sociais. Tal conteúdo é substituído por utilização de recursos de informática

> ● compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio-histórico, nos cenários internacional e nacional, desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade;
> ● identificação das demandas presentes na sociedade, visando formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social;
> ● utilização dos recursos da informática (BRASIL, 2001).

Dentro da Nova Lógica Curricular proposta e defendida pelo conjunto da categoria profissional, três núcleos de fundamentação compõem a estrutura curricular: núcleo de fundamentos teórico-metodológicos da vida social; núcleo de

formação sócio-histórica da sociedade brasileira e núcleo de fundamentos do trabalho profissional.

Constitui uma lógica inovadora, na perspectiva de superação das fragmentações no processo de ensino e aprendizagem, que subsidia a intervenção do Serviço Social a partir de diferentes níveis de apreensão da realidade social e profissional, devendo refletir o momento histórico atual e projetar-se para o futuro. Nessa concepção, a compreensão da gênese, manifestações e enfrentamento da questão social, o eixo fundante da profissão e articulador dos conteúdos da formação profissional, é permitida a partir de um conjunto de conhecimentos indissociáveis. Os três núcleos de fundamentação, dessa forma, não são autônomos nem subsequentes (BRASIL, 1996)

Acrescente-se nesse momento a total exclusão dos Tópicos de Estudo, sendo estes a consubstanciação do detalhamento dos conteúdos curriculares. Para Iamamoto (2007), o corte é a expressão da impossibilidade de que a formação profissional em todo o país tenha a garantia de um conteúdo básico comum para além dos três núcleos que compõem e organizam a estrutura curricular. Ou seja, uma vez preservados esses núcleos, fica livre à iniciativa das unidades formadoras em Serviço Social, o conteúdo da formação profissional. Para a autora, a expressão no estatuto legal de uma total flexibilização da formação acadêmico-profissional, “[...] é condizente com os princípios liberais que vêm presidindo a orientação para o ensino superior, estimulando a sua privatização e submetendo-o aos ditames da lógica do mercado” (p. 446).

Nesses marcos, de total omissão do texto legal no que se refere ao detalhamento do conteúdo do projeto original de formação profissional, da direção social proposta no sentido da construção do projeto ético-político da profissão, Iamamoto (2007) afirma que a materialização desse projeto na formação exige especial empenho coletivo, tanto das unidades formadoras como de entidades da categoria. Destaca então, a presença da ABEPSS no sentido de garantir a preservação e implementação do projeto original e assim impulsionar a luta pelo alcance da hegemonia no nível teórico e acadêmico do Serviço Social. Nesse desafio colocado à construção do projeto profissional crítico, na realidade brasileira, a autora aponta como fundamentais acompanhar e assessorar o processo de implantação das diretrizes curriculares nas unidades de ensino.

No quadro de adversidades e ofensivas, Koike (2009) situa como o “ataque em ato”, a mercantilização da educação superior, e nesse contexto práticas como a massificação do ensino como sinônimo de democratização do acesso, a graduação virtual, e ainda o empresariamento da universidade pública ao lado da proliferação dos cursos presenciais privados, no sentido já discutido, de rompimento das barreiras e diferenças entre o público e o privado, a adesão das universidades federais à reestruturação acadêmica e ao REUNI[12].

Em sua compreensão, o uso da tecnologia, a revisão ou mudança das estruturas curriculares e acadêmicas não se constituem problema. É assim entendido justamente quando tais usos ou alterações são realizados sob os ditames emitidos pelo mercado, impondo o realinhamento aos pressupostos do Banco Mundial e demais organismos financeiros internacionais, gestores do capital. Essa autora destaca também serem essas diretrizes muito bem acolhidas em sucessivos governos brasileiros. Quanto ao projeto profissional do Serviço Social, pode significar, pela primeira vez, uma revisão curricular cuja iniciativa não tenha partido, no movimento do corpo profissional, das requisições postas pela realidade social, e sua inspiração por um projeto de uma nova sociabilidade.

A construção e mobilização coletiva da categoria expressam-se nas fortes articulações do Serviço Social brasileiro com a profissão em outros países de todos os continentes. Seja pela participação dos assistentes sociais em eventos internacionais do Serviço Social enquanto pesquisadores, docentes, estudantes de graduação e pós-graduação, em redes de cooperação, pesquisa e intercambio; ou pelos vínculos das entidades representativas nos níveis de formação e exercício profissional. Acrescente-se, na perspectiva da identificação com projetos societários emancipatórios, a construção de vínculos classistas, o protagonismo nas lutas sociais e sua aliança a segmentos organizados das classes trabalhadoras. Por essa razão a autora afirma

> É urgente, portanto, a mobilização da vontade coletiva dos sujeitos da profissão no sentido de intensificar a programática defensiva do patrimônio profissional.
> O grande desafio é salvaguardar as conquistas que conferem legitimidade intelectual, moral e cultural à profissão e fazê-la avançar. Não somente no Brasil, pois se trata da profissão mesma (KOIKE, 2009, p. 214-215).

[12] Este abordado na subseção 1.1 deste trabalho.

É oportuno nos referenciarmos em Iamamoto (2007) para uma aproximação ao quadro atual da formação profissional em Serviço Social. A análise da autora traz elementos essenciais para a compreensão dos impactos da contra reforma universitária, em curso nos governos Fernando Henrique Cardoso ao atual, na graduação e exercício do assistente social. Processo situado no contexto de transformação da universidade pública e de atendimento às recomendações de organismos financeiros internacionais.

Trabalhando com informações do CFESS de 2007 e dados do Ministério da Educação/Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), a autora informa uma projeção de aumento do contingente profissional equivalente ao dobro do número atual de assistentes sociais para 2010, estes em número de 70.500 ativos em julho de 2007. Tais informações situam-se no decurso do processo de regulamentação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, com a autorização pelo MEC em 2006 dos cursos de graduação à distância, sendo então considerada uma projeção acanhada frente à tendência de expansão do EAD.

O número de cursos de Serviço Social existentes no país inscritos em Instituições de Ensino Superior (IES) é de 253, destas 207 são privadas e 46 são públicas, significando 82% e 18% respectivamente.

Tabela 1 – Cursos de Serviço Social

IES Públicas	IES Privadas	Total de Cursos
46	207	253
18%	82%	100%

Fonte: Iamamoto (2007).

Quanto às vagas, o número total é de 32.823 vagas informadas incluindo o ensino presencial e à distância no ensino superior em Serviço Social, considerado um número subestimado em razão de que 13 das IES, uma delas EAD, não dispõem de informações sobre o quesito

Tabela 2 – Vagas no Ensino Superior em Serviço Social

IES Públicas	IES Privadas	Total de Vagas
5.358	27.465	32.823
16%	84%	100%

Fonte: Iamamoto (2007)

A oferta dessas vagas pelas IES na ordem de 18.733 é de responsabilidade de universidades o que significa a oferta regular das atividades que envolvem entre suas funções precípuas a pesquisa, conjuntamente com o ensino e extensão. Já em instituições não universitárias, geralmente restritas às atividades de ensino, tem-se a oferta 14.090 vagas, onde não há a exigência das atividades de ensino, pesquisa e extensão.

A oferta do quíntuplo de vagas pelas instituições privadas em relação às instituições de natureza pública expressa na área da graduação em Serviço Social a avassaladora expansão do ensino privado no país, o que tem forte estímulo dos cursos de graduação à distância, autorizados e em funcionamento a partir de 2006, sendo responsáveis por 30% do total das vagas. Destaca-se o fato de que essas vagas se concentram em apenas 6 cursos distribuídos no país e que um destes não dispõe de informações. Esses cursos são responsáveis por um total de 9.760 vagas, considerando que apenas um deles é alocado em Fundação, considerada universidade pública estadual (IAMAMOTO, 2007). O quadro a seguir apresenta a distribuição destas vagas e sua localização em 5 desses cursos,

Instituição	Localização	Natureza da Instituição	Vagas	Início do EAD
UNITINS[13] Fundação Universidade do Tocantins	Palmas (TO)	Universidade Estadual Pública	2.760	2006
UNIDERP Univ. Desenv. Estado e Região do Pantanal	Campo Grande (MT)	Privada	3.800	2007
UNIVALI Universidade do Vale do Itajaí	Itajaí (SC)	Privada	3.000	2007
UNIT Universidade Tiradentes	Aracajú (SE)	Privada	200	2006
UNIPAR Universidade Paranaense	Londrina (PR)	Privada	Sem informações no MEC	2007

Quadro 1 – Vagas em Cursos de Graduação à Distância em Serviço Social
Fonte: Iamamoto (2007).

Ao abordar a expansão do ensino superior na área de Serviço Social, no que se refere à sua distribuição regional no país, Iamamoto (2007) informa características diferenciadas entre os vários estados da Federação. Assim, o estado de São Paulo encontra-se na liderança da oferta de vagas, seguido por Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Santa Catarina, Tocantins, Rio de Janeiro, Paraná e Rio Grande do Sul. Destaca o registro e a presença do EAD em estados com menor número de IES, sendo estes, Mato Grosso do Sul, Santa Catarina e Tocantins.

[13] Em 19 de agosto de 2009 é publicada a decisão do MEC que, ainda reconhecendo diplomas na modalidade, impede a UNITINS de oferecer cursos de graduação à distância, após um prazo estabelecido para ajustamento de conduta, descumprido.

Tabela 3 – Oferta Regional de Vagas em Cursos de Serviço Social

Estado	IES	N. de Vagas
São Paulo	48	4.980
Mato Grosso do Sul	5	4.170
Minas Gerais	48	3.927
Santa Catarina	16	3.370
Tocantins	3	2.910
Rio de Janeiro	25	2.411
Paraná	24	1.603
Rio Grande do Sul	19	1.425

Fonte: Iamamoto (2007)

A análise da autora aponta para o significado de sérias implicações para o exercício profissional, com relação ao significado e ao projeto da profissão, assim como para as relações de trabalho do assistente social. É possível antever um crescimento acelerado do desemprego nessa área, o que tem explicação no improvável acompanhamento do número de postos profissionais em relação ao aumento do contingente profissional.

Em consequência, a *precarização das condições de trabalho*, com o *piso salarial pressionado*, e *aumento da insegurança do trabalho*. A hipótese trabalhada é de que o aumento do contingente profissional pode desdobrar-se na criação de um *exército assistencial de reserva,* para além da elevação da lucratividade nos negócios educacionais, com características de um curso barato, com predominância do público feminino (IAMAMOTO, 2007).

A constituição desse exército assistencial de reserva é tratada no sentido da possibilidade reforçar o chamamento à solidariedade, ante a possibilidade de figurar como um recurso de qualificação do voluntariado, este uma estratégia que obscurece e mascara o conteúdo de classe da exploração radicalizada do trabalho, em tempos de prevalência do capital rentista. Iamamoto (2007) fundamenta a dedução, pois que num país que registra os mais elevados índices mundiais de concentração de renda e de destituição de direitos, concentram-se esforços políticos direcionados para uma assistencialização da pobreza e a focalização das políticas públicas.

O processo de *despolitização da categoria* dos assistentes sociais é abordado nesse contexto de implicações no que se refere ao projeto profissional e ao seu exercício. Situa-se como desdobramento do reforço de mecanismos ideológicos que, enquanto parte das estratégias do grande capital na contenção das contradições sociais e políticas próprias da questão social, tomam forma na chamada massificação e pulverização da formação universitária.

Orientam-se para uma adequação da formação às *demandas flexíveis do mercado.* A falta de experiências estudantis coletivas favorecidas pela vida universitária e o isolamento decorrente do processo que envolve o EAD são indicados, na análise da autora, como consequência no referido processo ideológico.

As consequências do atual panorama da formação profissional em Serviço Social, que se insere no universo de reformas do ensino universitário, podem significar ainda, comprometendo a construção histórica do projeto profissional e sua direção que se propõe hegemônica, e com repercussões no processo de organização dos assistentes sociais enquanto categoria, um estímulo à reação conservadora e regressiva no âmbito acadêmico e profissional.

Há que se destacar que a análise de Iamamoto (2007) sobre o processo contemporâneo de formação profissional do assistente social, no que diz respeito ao estímulo governamental à expansão do EAD, essa modalidade de ensino não se situa como questão central. O seu uso, mediante qualidade acadêmica e direção intelectual e política pode, para a autora, se mostrar uma técnica eficaz em diversas situações. O que não se resume à recusa simples e ingênua da tecnologia do ensino à distância, mas por outro lado é a necessidade de situá-la no conjunto de diretrizes que orientam a reforma universitária

> [...] capitaneada pela sua privatização e pela lógica da lucratividade que redireciona os rumos da universidade brasileira. O estímulo ao EAD é um incentivo para a ampliação da lucratividade das empresas educacionais – este sim o seu objetivo maior – a que se subordina a qualidade do ensino e da formação universitária. É isto que permite vislumbrar, como faces de um mesmo processo, a precarização do ensino e do trabalho profissional (IAMAMOTO, 2007, p. 441).

Na perspectiva de ampliação das taxas de acumulação, a distribuição espacial dos cursos e sua localização em capitais e cidades médias traduzem um

movimento de criação de novos pólos de pobreza. Ou seja, tanto no âmbito de atividades industriais ou de serviços, expressam a tendência de polarizar economicamente a respectiva região, indicados pela regionalização da classe trabalhadora e do agravamento da questão social, acompanhando a interiorização e o desenvolvimento econômico. Em sua análise, Iamamoto (2007) indica que há que se verificar, de uma parte, se ocorre o desenvolvimento da classe trabalhadora e o agravamento real ou potencial da questão social nas regiões onde se dá tamanha expansão do ensino.

De outra, verificar a possível vinculação com a tradicional política municipalista da história política do país. Tal necessidade se justifica pelo fato de que a existência de demanda pode certamente atrair o que a autora chama *espírito empreendedor do empresariado da educação.* Considere-se nesse aspecto a ampliação de oferta de trabalho nos municípios em razão da regulamentação e implementação das políticas de assistência social e de saúde, com interferência certeira no jogo político historicamente marcado por raízes clientelistas, coronelistas e populistas.

Exemplificando, Iamamoto (2007) nos apresenta os dados referentes ao crescimento do ensino privado em Serviço Social no estado de Minas Gerais, assim definido como *recente e avassalador.* Nesse estado, em 16 municípios distintos são ofertados cursos de Serviço Social por apenas uma universidade privada, em circunstâncias de identificada atuação tradicional na política por parte dos seus mantenedores.

Os números relativos a esse crescimento no estado mineiro falam por si: apenas 6 IES nessa área foram criadas no período de 1930 a 1994, sendo 1 pública e 5 de natureza privada. Já no governo Fernando Henrique Cardoso, de 1995 a 2002, 2 públicas e 6 privadas totalizam 8 IES criadas. É no governo Lula, entre 2003 e 2007, que totalizando 48 IES, 44 privadas para 4 públicas, são criadas 34 novas IES em apenas 4 anos, das quais 1 instituição é pública e 33 são privadas (IAMAMOTO, 2007).

A defesa do projeto ético-político do Serviço Social e, em consonância, que os estudantes dessa área recebam uma formação condizente com as exigências do exercício profissional alicerçado por essa mesma direção, ou seja, adquiram as competências e habilidades e o compromisso profissional construído, encontra

expressão em ações políticas das entidades organizativas e representativas da categoria.

Destaque-se nesse momento o posicionamento da ABEPSS e do conjunto CFESS/CRESS e ENESSO no que diz respeito ao EAD. Assim, respeitando e compreendendo as razões e necessidades que levam estudantes e trabalhadores ao ensino privado, e ainda, reconhecendo o empenho e esforços de docentes e discentes por uma materialização do projeto profissional e implementação das diretrizes curriculares da ABEPSS nos cursos privados, reafirma-se o posicionamento contrário, porém, à política educacional no país, que não significa democratização do ensino.

A luta é histórica na defesa do ensino público, gratuito, universal, laico e de qualidade. É por educação para todas e todos e contra

> [...] a reprodução de informações recolhidas de forma fragmentada da bibliografia da profissão e transmitidas através de apostilas e manuais de baixa qualidade que não observam a perspectiva de totalidade e criticidade comprometendo a formação profissional e o atendimento à população brasileira (CFESS, 2009b).

Tal posicionamento é fundado em pesquisa, discussões coletivas e acompanhamento da implementação dos cursos de graduação à distância numa concepção de educação como mercadoria, e vem, desde os anos 2000 analisando a regulamentação da LDBEN e suas consequências para o ensino superior, com cobrança junto ao MEC para ampliação de vagas com qualidade, em atendimento às necessidades do ensino superior no país.

Ressaltem-se como aspectos graves no ensino à distância a questão de instalações físicas precárias, encontros circunstanciais e o estágio supervisionado, considerando o exercício da supervisão direta, com a presença do supervisor de campo e acadêmico. Dentre os obstáculos que impedem a garantia dos critérios pedagógicos para uma formação de qualidade e requisitos legais da profissão, tem-se a ausência de ações institucionais que garantam campos de estágio, e em alguns municípios, a incapacidade de absorção da demanda de estudantes em razão de um número de profissionais inferior à elevada quantidade de estudantes. Vale trazer alguns elementos do perfil profissional previsto nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS presentes na Carta Aberta aos Estudantes e Trabalhadores dos Cursos de Graduação à Distância em Serviço Social no Brasil

1. Favorecer a dinamicidade do currículo por meio de disciplinas, oficinas, seminários temáticos, atividades complementares;
2. Rigor teórico, histórico e metodológico na análise da realidade social e do Serviço Social;
3. Adoção de uma teoria social crítica que possibilite a apreensão da totalidade social;
4. Considerar as dimensões investigativa e interventiva da formação profissional, e a relação teoria e realidade;
5. Padrões de desempenho e qualidade idênticos para os cursos diurnos e noturnos;
6. Indissociabilidade nas dimensões de ensino, pesquisa e extensão;
7. Exercício do pluralismo com debate sobre as várias tendências teóricas em luta pela direção social da formação profissional;
8. Ética como princípio formativo perpassando a formação curricular;
9. Indissociabilidade entre estágio e supervisão acadêmica e profissional (CFESS et al, 2009, online).

Abreu e Lopes (2007), analisando o caráter mercantil da proliferação dos cursos de graduação à distância e a sua derivação em uma formação profissional incompatível com a direção social defendida pelo projeto profissional do Serviço Social, chamam a atenção para o fato de que, nesses moldes, sem ter recebido uma formação voltada para o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à sociedade, os egressos desses cursos encontram-se habilitados a requerer registro profissional junto ao seu Conselho.

Behring (2009) quando afirma a impossibilidade de uma formação profissional com qualidade por meio da graduação à distância, relaciona a descoberta do Serviço Social pelo empresariado da educação no século XXI à expansão que ocorre no mercado de trabalho para essa profissão. Explica: a questão social contemporânea, que tem no desemprego e na violência suas expressões mais contundentes, tem suas formas de enfrentamento requisitando um número maior de profissionais assistentes sociais.

Nesse sentido, explica qual Serviço Social (que o Brasil realmente precisa) vem sendo solicitado, uma vez que, a exemplo da política de assistência social, esta se delineia numa perspectiva oposta à defendida pelo conjunto da categoria, no sentido do direito, da erradicação da pobreza, redistribuição da renda e da riqueza socialmente produzida, e da proteção social articulada na seguridade social. Constitui-se, contrariamente, pela administração da pobreza, a diferenciação entre trabalhadores e pobres, controle sobre estes últimos que são tratados como caso de polícia.

Afirma então, esclarecendo a relação entre essa restrita concepção de direito e de trabalho profissional e a formação à distância que, “Para a implementação

dessa política da emergência e do controle cadastral dos pobres cabe a apreensão superficial, aligeirada e padronizada dos conteúdos" (BEHRING, 2009, p. 50). Afinal, um profissional prático-crítico, culto, que articula no seu trabalho as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, não interessa ao investimento privado.

A formação profissional em sua relação com essa concepção de assistencialização da política social brasileira, focalizada e minimalista, segundo Behring e Ramos (2009, p. 166-167), se retrata na produção de um adestramento

> [...] em torno de conteúdos fragmentados, parciais e medíocres. Nada de livros, mas apostilas! Nada de discussão e riqueza da sala de aula, mas a relação individual e virtual com um tutor distante e que orienta muitos alunos, ou seja, ele é super explorado. Empobrecimento e mediocridade em quantidade, com a ilusão de que está se promovendo o acesso ao ensino superior.

A produção de um exército de reserva de trabalhadores de formação superior é definida pelas autoras citadas acima como a maior perversidade desse projeto, que se insere na estratégia política do governo de legitimação, uma vez que ocorre em nome da democratização do acesso ao ensino superior, e assim ao emprego, numa realidade como a brasileira que se situa entre as mais desiguais do planeta. No contexto da mundialização, ao tempo em que reproduz o seu projeto político, o governo brasileiro corresponde, dessa forma, aos parâmetros internacionais de competitividade e atratividade.

Para situar a desigualdade na sociedade brasileira no âmbito da globalização, permitindo uma dimensão de sua profundidade, nos valemos da fala do Prof. Dr. José Paulo Netto, quando da abertura da 19ª Conferência Mundial de Serviço Social, ocorrida em agosto de 2008, em Salvador/BA. O autor considera os termos "globalizado" e "desigual" muito pouco para definir o mundo contemporâneo por se distanciar enormemente da realidade concreta de mais da metade da população mundial. Considera-as expressões elegantes e eufemísticas demais. Informa preferir a dureza pouco diplomática das palavras do pesquisador Alex F. Mello

> Os países ricos, que representam apenas 15% da população mundial, controlam mais de 80% do rendimento global, sendo que aqueles do hemisfério sul, com 58% dos habitantes da terra, não chegam a 5% renda total. Considerando, porém, a população mundial em seu conjunto, os números do *apartheid* global se estampam com maior clareza: os 20% mais pobres dispõem apenas de 0,5% do rendimento mundial, enquanto os

> mais ricos dispõem de 79%. Basta para isso pensar que um único banco de investimento, o Goldmann Sachs, divide anualmente o seu lucro de US$ 2,5 bilhões de dólares entre 161 pessoas, enquanto num país africano como a Tanzânia, com um PIB de apenas US$ 2,2 bilhões, tem de sustentar 25 milhões de habitantes. A concentração [de riqueza] chegou ao ponto de o patrimônio conjunto dos raros 447 bilionários que há no mundo ser equivalente à renda somada da metade mais pobre da população mundial – cerca de 2,8 bilhões de pessoas (MELLO, apud PAULO NETTO, 2008, p. 6-7).

Considerando e concordando com Paulo Netto que a luta pela concretização de direitos é a luta contra a barbárie instalada na sociabilidade do capital, a relação da desigualdade nacional e mundial com o processo de formação profissional do assistente social orientado pelas Diretrizes da ABEPSS se faz necessária em razão de que, para que o seu enfrentamento, que não é exclusivo da categoria, se converta em prática social deixando o plano da retórica, requer, entre outras propostas, "[...] uma análise rigorosa, objetiva (o que não quer dizer neutra, bem ao contrário), documentada da realidade do mundo contemporâneo, esse que é designado 'globalizado' e 'desigual'." (PAULO NETTO, 2008, p. 6).

O uso dos recursos virtuais para Behring (2009), que como Iamamoto (2007) não desconsidera o avanço da tecnologia, nos níveis de extensão, aperfeiçoamento e especialização pode significar interessante suporte à educação presencial. Mas na formação aligeirada de pesquisadores e professores, na graduação que se abstém da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, estes oferecendo as condições para se ultrapassar os limites da aparência dos processos sociais, ocorre a queda vertiginosa da qualidade do exercício profissional. Na graduação, essa modalidade de ensino compromete a ética profissional, cujo ethos nitidamente individualista estimulado entre os alunos, certamente se reproduzirá no atendimento prestado aos usuários. Ainda sobre o EAD na graduação continua

> A sugestão da auto-aprendizagem no ensino de graduação é uma perversidade, porque atribui ao aluno uma maturidade que ele não tem, e porque gera uma expectativa falsa de acesso ao ensino e ao mercado de trabalho que vai absorver essa *força assistencial* de reserva provavelmente na ponta, de forma precária, se absorver [...]. (BEHRING, 2009, p. 51).

Entre as preocupações, porém, lembra a autora, está a não garantia dos princípios orientados pelas Diretrizes Curriculares da ABEPSS também no ensino presencial, que tem expressão tanto nas unidades de formação privadas, quanto nas unidades públicas, haja vista a iniciada implantação de uma lógica também

produtivista e a desarticulação com a pesquisa que compõem o Programa de Apoio ao Plano de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI).

Ao considerar a recente e intensa expansão da graduação em Serviço Social no âmbito privado e suas implicações para a proposta de formação acadêmica e para o exercício profissional, Iamamoto (2007) enfatiza duas questões, sendo elas, o fato de os novos cursos não estarem inseridos no processo histórico de construção e implantação das Diretrizes Curriculares coordenado pela ABEPSS; e a lógica produtivista e empresarial que compromete o princípio curricular de integração do ensino, pesquisa e extensão. Decorre daí a condição penalizada dos docentes que, contratados em regime de hora-aula, têm elevada carga disciplinar.

Diante da impossibilidade de não reconhecer o peso quantitativo dessas Instituições de Ensino Superior (IES), e da dependência dos cursos alocados em instituições não universitárias do MEC para autorização, reconhecimento, credenciamento e renovação do credenciamento, afirma a importância da Comissão Assessora de Avaliação da Área de Serviço Social. “Assim a representatividade dessa Comissão e seu compromisso coletivo com a formação profissional mostram-se da maior importância, visto ser o único canal de regulação estatal desses estabelecimentos de ensino [...]” (IAMAMOTO, 2007, p. 444). Sua consideração leva em conta o fato de que a Comissão tenha poder de recomendação e não de deliberação.

Torna-se fundamental, por parte das entidades nacionais da categoria, a ação política que se paute pela integração desses novos cursos à proposta consensuada para a formação e exercício profissional do Serviço Social. Dessa forma, a formação continuada dos docentes desses cursos, com a estratégia de realização regional, aparece como um meio de se proceder a essa aproximação aos fundamentos das Diretrizes. Iamamoto (2007, p. 444) afirma que a “[...] elevação do nível de qualidade acadêmica do conjunto da área do Serviço Social exige um investimento na qualificação dos docentes, também no ensino privado, que é um dos espaços ocupacionais do assistente social e parte de suas atribuições [...].”

Das proposições de Behring e Ramos (2009) sobre o protagonismo da ABEPSS no processo de lutas pela implementação das Diretrizes Curriculares e o projeto profissional, destaca-se, a partir de uma conexão aos interesses das maiorias e da construção de uma nova identidade profissional, as três grandes frentes de trabalho na agenda político-acadêmica eleitas no último ano 2009. São

elas: a construção da Política Nacional de Estagio (PNE), a implementação dos Grupos Temáticos de Pesquisa (GTPs), e a implementação do Plano de Lutas em Defesa do Trabalho e da Formação e Contra a Precarização do Ensino Superior.

A começar pela PNE, registra-se a participação coletiva dos sujeitos das Unidades de Formação Acadêmica (UFAs), no sentido da efetivação do papel do estágio supervisionado em consonância com as Diretrizes e com o projeto ético-político da profissão. A realização dos debates, das proposições e práticas compõe a construção da PNE. Entende-se que tal construção se situa no contexto atual de defesa da ampliação de direitos e da emancipação humana, tradução e um projeto orientado pela concepção de uma nova sociabilidade.

A tarefa de acompanhar o processo de implementação das Diretrizes Curriculares, com destaque para uma política de estágio, se dá em razão da compreensão desta como fundamental na integralidade da formação profissional do assistente social, balizando os processos de mediação teórico-prática, como importante componente curricular.

Assim entendida a discussão do estágio supervisionado, tal dimensão da formação profissional remete a questões centrais da implementação das Diretrizes, considerando, entre outros, a ampliação do EAD no país, a legislação recente que dispõe sobre o estágio de estudantes – a Lei n. 11.788 de 25 de setembro de 2008, e a regulamentação do estágio supervisionado em Serviço Social pelo CFESS por meio da Resolução n. 533, de 29 de setembro de 2008. Acrescente-se a diversidade de percursos dos projetos pedagógicos das unidades formadoras acadêmicas.

Destaque-se que a realização da Oficina Nacional de Graduação realizada no Rio de Janeiro nos dias 24 e 25 de novembro de 2009, consolidando o processo de discussão da PNE após debates ocorridos em oficinas locais, fóruns e oficinas regionais. O tema da Oficina Nacional foi *A ABEPSS em Defesa da Qualidade na Formação em Serviço Social*, e os seus resultados ainda não se encontram sistematizados e disponibilizados.

Ocorrido em 25 e 26 de novembro de 2009 no Rio de Janeiro, o Seminário Nacional de Pós-graduação e Pesquisa, com o tema *A Pós-graduação e a Pesquisa em Serviço Social: o compromisso científico e ético-político da ABEPSS* situa-se no processo de discussão e dos esforços envidados no sentido de dar concretude a uma aspiração antiga na categoria, quando da unificação já mencionada anteriormente do CEDEPSS e a então ABESS. Referimo-nos à construção dos

Grupos Temáticos de Pesquisa (GTPs), consolidando a pesquisa e pós-graduação em Serviço Social em meio ao conjunto de exigências produtivistas e *quantitativistas*.

A criação desses espaços de discussão e redes temáticas de pesquisadores tem como objetivo central "[...] também avançar na qualificação do Serviço Social como área de produção de conhecimento socialmente relevante, que venha a contribuir com o fortalecimento das lutas sociais no Brasil" (BEHRING e RAMOS, 2009, p. 170).

A implementação do Plano de Lutas em Defesa do Trabalho e da Formação e Contra a Precarização do Ensino Superior é o terceiro dos desafios indicados. A construção do plano e dessas lutas que se pauta pela defesa dos princípios ético-políticos que fundamentam a direção social estratégica do projeto profissional do Serviço Social, se constitui na sistematização da ação política que se posiciona contra a precarização do ensino abordada nesse estudo.

Referenciar o Ministério Público em ações relacionadas ao ensino de graduação à distância aparece como parte dos resultados importantes num conjunto de dimensões que envolvem, em conjunto com o CFESS e a ENESSO, a qualificação do trabalho e da formação profissional. O Plano é composto por Eixos de Ações Relativas à Política Nacional de Fiscalização, de Estudos e Pesquisas, de Articulação com Entidades, Movimentos Sociais e Conselhos, Ações Junto ao MEC, Ações Junto ao Poder Legislativo, Ações Jurídicas, e Ações de Comunicação e Mobilização (ABEPSS, 2008, online).

A concretização do cronograma do referido Plano encontra-se, entre outros, na elaboração e divulgação da Carta Aberta aos Estudantes e Trabalhadores dos Cursos de Graduação à Distância em Serviço Social no Brasil, que divulga o posicionamento das entidades sobre o EAD; a mobilização em defesa da abertura de cursos de Serviço Social nas IES públicas; a própria construção da Política Nacional de Estágio e o posicionamento contrário aos cursos de graduação em Serviço Social à distância.

A denúncia sobre a expansão do ensino superior privado ligeiro, presencial ou à distância, segundo Behring e Ramos (2009, p. 165) é, na verdade, sobre "[...] o uso da tecnologia para a padronização, empobrecimento e banalização da formação, além de meio de valorização do capital transformando a educação em mercadoria."

Depreende-se então a vinculação a um projeto societário que garanta o atendimento das necessidades humanas e o projeto ético-político profissional dos assistentes sociais mediada pela ação político-profissional, essa considerada patrimônio da categoria.

Ressalte-se nessa concepção de formação profissional do assistente social, orientada pela defesa e concretização dos princípios norteadores do projeto profissional da categoria, a formação e seus reflexos no exercício profissional, situada sempre no contexto da mais ampla reforma universitária que, salienta Iamamoto (2007), vem sendo realizada no país “em silêncio”.

A disseminação de um projeto de formação consoante com as leis de mercado contrapõe-se ao histórico padrão de universidade no país, que tem inspiração em moldes europeus. Trata-se de um processo movido pela lucratividade, com perda da autonomia reduzida à gestão de receitas e despesas, o estímulo à criação das parcerias público-privado e que, enquanto concepção de um negócio empresarial privado, tem como diretriz tornar a educação uma mercadoria.

Mais uma vez, as palavras de Paulo Netto (2008), quando da abordagem referente aos desafios colocados à realização de direitos na contemporaneidade e às condições que afirma não serem as mais favoráveis, são necessárias a essa reflexão.

> Num contexto como este, a afirmação teórica segundo a qual o trabalho se esgotou como signo de identificação social não é algo inocente: confundindo a incapacidade da ordem vigente para oferecer emprego a todos, desqualifica o trabalho como fundamento da sociabilidade e substitui o protagonismo dos trabalhadores pela vinculação abstrata de todos os homens e mulheres a uma mistificada condição de consumidores (PAULO NETTO, 2008, p. 8-9).

Em atendimento à requisição de novas especializações do trabalho, originárias das profundas alterações nos padrões tecnológicos e gerenciais ocorridas em escala mundial, tanto na esfera da produção como da comercialização de bens e serviços, procede-se a um estreitamento da vinculação entre ensino superior e mercado de trabalho. Objetiva-se, pelos governos, uma universidade que produza quadros técnico-profissionais que respondam, em curto espaço de tempo, ao novo panorama ocupacional. Segundo Iamamoto (2007), significa o risco de que, mais barato, eficiente e sofisticado que os departamentos de treinamento das grandes corporações empresariais, para atender às necessidades imediatas do

mercado, a universidade se transforme num grande centro de formação de mão-de-obra.

Essa tendência remete às várias medidas desencadeadas pela aprovação da LDBEN, com apoio institucional do MEC e do atual governo, no sentido de favorecer a expansão dos serviços privados, a privatização das políticas sociais, diversificar e massificar o ensino, reconfigurando as profissões, concretizando as recomendações dos organismos financeiros internacionais para uma maior diferenciação do ensino superior. Trata-se da substituição dos currículos mínimos por diretrizes curriculares, cursos sequenciais, exame nacional de curso, mestrados profissionalizantes e ensino à distância em todos os níveis.

Para a autora, a oferta de certificação intermediária pode significar a busca de consenso ativo por parte da população que se encontra excluída do ensino superior. Para tanto, faz-se uso de mecanismos considerados mais baratos e atraentes aos provedores privados da educação, por meio da diversificação das instituições de ensino superior envolvendo, entre outros, as instituições não universitárias, cursos profissionais e técnicos e programas de ensino à distância. Destaque-se que são "esforços" de diversificação do ensino superior, considerados prioritários para o financiamento do Banco Mundial.

Sua abordagem sobre a autonomia proposta pelo MEC às universidades federais indica o crescente processo de privatização ao orientar-se pela redução da participação financeira do Estado na manutenção das mesmas. O estímulo à celebração de contratos de prestação de serviços e convênios com empresas e instituições privadas, enquanto fonte de recursos agrega, além da restrição orçamentária, pela perda salarial dos docentes e demais funcionários, uma concepção de autonomia restrita a uma "[...] *autonomia gerencial e financeira*. Institui-se o "contrato de desenvolvimento institucional", que materializa a transformação da Universidade Pública em uma *organização social*, coerente com o Plano de Reforma do Estado, do Governo Cardoso [...]" (IAMAMOTO, 2007, p. 448). Conforme abordado na subseção 1.1 deste texto, a expansão do financiamento público fica, dessa forma, condicionada ao cumprimento de metas estipuladas nesses contratos.

O financiamento da pesquisa, laboratórios, convênios para bolsas de estudos, para prestação de serviços e a venda de serviços a organismos governamentais,

corporificam o chamado estreitamento de laços da universidade com o mundo empresarial.

A investigação e produção de conhecimento recebem um caráter imediatista e instrumental uma vez que as instituições contratantes, além de beneficiar-se dos resultados das pesquisas, o fazem mediante interferência na definição de temas e do seu processamento.

Quanto ao pesquisador e docentes, são transformados em captadores de recursos e, em uma relação típica de mercado, submetem-se às demandas e exigências das agências financiadoras e dos clientes que encomendam os serviços. Ao referir-se à introdução da alienação da atividade e do seu produto para o próprio produtor na esfera pública da produção acadêmica, Iamamoto (2007, p. 449) afirma

> O cientista-pesquisador torna-se prisioneiro de sua própria atividade criadora e do resultado encomendado, a ele estranho, mas a cujo processo afirma seu consentimento. Tem-se a inversão da relação sujeito/objeto no ato mesmo da atividade científica – a submissão do homem às coisas e o estranhamento em relação à sua própria atividade [...].

Para a autora, trata-se da transferência dos padrões que regem a compra e venda de mercadorias para o mundo acadêmico, com estímulo ao individualismo e competição entre os professores, favorecendo o encurtar caminhos rumo ao ensino privado. Ao referir-se à negação da autonomia do conhecimento, enquanto livre produção do saber explica que deixa de ser sua finalidade “[...] a descoberta da verdade histórica, a busca do saber universal, passando a ser dominada pelo “saber pragmático e instrumental”, “operativo”, “internacionalizado”, produzido sob encomenda para que as “coisas funcionem” (IAMAMOTO, 2007, p. 450).

Behring e Ramos (2009) relacionam as mudanças estruturais contemporâneas ocorridas no país solicitando um novo perfil do ensino superior, cuja saída é novamente a privatização, à existência de movimento semelhante ocorrido no período da ditadura militar, com a modernização conservadora. Apontam como vetores estruturais e políticos a pressionar para a expansão do ensino superior privado ligeiro, e com investidas também no setor público, como já referido, a escolha do governo brasileiro por “crescimento econômico” pautado na implementação do projeto neoliberal no país, a expansão do ensino como estratégia de legitimação uma vez que se dá em nome da democratização do acesso, e a

descoberta do curso de Serviço Social como nicho de valorização do capital. Explicam:

> O conceito de supercapitalização em Mandel (1982), que significa espraiar relações capitalistas de produção em esferas, a rigor não mercantis, complementa esse raciocínio (que ademais vale para a previdência, a saúde, etc.). O ímpeto do capital e valorizar-se sempre e a qualquer custo: do desperdício, da destruição do meio ambiente e no caso da contra-reforma do ensino superior, da qualidade discutível e o aligeiramento (BEHRING; RAMOS, 2009, p. 166).

Para as autoras, a supercapitalização, como mercantilização universal, é uma tendência avassaladora no presente período que se caracteriza por intenso metabolismo destrutivo, esgotando-se no capitalismo qualquer papel civilizatório. Situam o EAD e a contra-reforma do ensino superior na contra-reforma do Estado, na forma de privatizações, enquanto uma das dimensões da supercapitalização fundante da reação burguesa à crise de acumulação do capital dos anos 1970.

CAPÍTULO 2 A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

2.1 A democratização da saúde e a seguridade social pública: valores coletivos e universais

O cotidiano dos serviços públicos de saúde, nos seus vários níveis de atendimento, expresso nos meios de comunicação, a imprensa falada e escrita, nos permite uma compreensão do direito à saúde um tanto distante do direito garantido na Constituição Federal de 1988. Não é demasiado lembrar que, antes dessa Constituição, o atendimento à saúde dos trabalhadores inseria-se no modelo de seguro, mediante contribuição prévia, com grande presença do setor privado na oferta de serviços, ficando grande parcela da população, desvinculada do mercado de trabalho, destinada ao atendimento filantrópico.

A saúde, garantida como um direito de todos e como um dever do Estado, não o é assim acessada, entendida e defendida. A realidade, e dura realidade brasileira, no que refere ao direito à saúde se caracteriza, entre outros, por dificuldades de acesso ao atendimento digno e de qualidade, longas filas de espera, a falta de medicamentos, burocratização, ênfase na assistência médica curativa. E não menos, pela precarização do trabalho nessa área, expressa muitas vezes na baixa remuneração, no aumento da carga horária e na diversificação das atividades, com redução de pessoal. Dificuldades essas que se acentuam nas diferentes regiões, em se tratando de um país com tamanha extensão territorial e diversidade política, econômica e cultural.

O registro das dificuldades e limites da política de saúde deve ser acompanhado também das significativas mudanças ocorridas e processadas desde sua instituição constitucional. Informações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004 apud CAMPOS, 2006, p. 141) trabalhadas como “[...] efeito demonstração de políticas públicas interferindo no bem-estar” podem ser expressas, ao lado de limites e pontos obscuros no funcionamento, da ausência de serviços em determinadas regiões do país e do funcionamento inadequado, em dados como

> [...] a expansão do acesso tem sido impressionante. Hoje, há 100 milhões de brasileiros vinculados a programas da atenção primária à saúde: a cobertura vacinal de crianças alcançou padrão adequado, acima de 94% das crianças têm vacinação básica completa, para isso o SUS realiza 124 milhões de vacinação/ano; o acesso ao parto é quase 100%, ainda que o pré-natal não seja adequado; milhões de hipertensos e de diabéticos são acompanhados em programas que lhes fornecem medicamentos essenciais. O SUS realiza mais de dois terços dos atendimentos em terapia intensiva, câncer, traumatologia, transplantes e Aids (CAMPOS, 2006, p. 141).

Valemos-nos dos estudos desse autor e de Bravo (2006) para revisitarmos o processo de instituição da saúde como um direito no país, e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto fruto do Movimento Sanitário.

O processo de descentralização política deflagrado com a Constituição é acompanhado, porém, de diferenças no empenho, no ritmo, na adesão ou não dos municípios aos programas e ações considerados prioritários e essenciais; e da ocorrência de definições imprecisas quanto à responsabilidade dos entes federados. O repasse regular e automático de recursos orçamentários, uma das formas de apoio à nova responsabilidade de estados e municípios, não é acompanhado do necessário repasse de autonomia e poder na elaboração de projetos próprios.

E mesmo tendo se transformado em “[...] um dos maiores sistemas de saúde do mundo” (CAMPOS, 2006, p. 141), desde sua criação, várias dificuldades são enfrentadas pelo SUS, por se tratar de uma política universalista instituída em contexto de ajuste econômico, permanecendo distante no que se refere à qualidade e ao financiamento que estabilize o sistema. O volume de recursos de saúde do SUS, metade do que é gasto, por exemplo, na vizinha Argentina, equivale ao volume do mercado de saúde, porém, este último destinado a atender apenas um terço da população.

O desenho da política pública de saúde no Brasil apresenta algumas demarcações. Até o século XVIII a filantropia e a prática liberal são características da assistência médica, estendendo-se por todo o século XX a polêmica sobre a saúde ser de interesse privado ou público.

Assim, no século XIX, os problemas de interesse da coletividade como o meio ambiente e controle de alimentos, as epidemias e a regulamentação da vida econômica, eram atribuições da saúde pública, sendo considerados de natureza privada a doença e o seu atendimento, este sendo responsabilidade de cada pessoa, família ou empresa.

Bravo (2006), que aborda o início da intervenção estatal na saúde no século XX, informa no início deste século, marcado pelo predomínio da economia cafeeira exportadora e pela emergência do trabalho assalariado, o surgimento da saúde como “questão social”.

A autora aponta medidas consideradas embrião do esquema previdenciário brasileiro, e a mais importante a criação da Lei Elói Chaves em 1923, que institui as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), tendo essas financiamento tripartite, União, trabalhadores e empresas empregadoras. Eram organizadas por empresas, sendo o presidente das mesmas, indicado pelo presidente da República, e a participação paritária dos empregadores e empregados na sua administração. A assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio-funeral foram os benefícios previstos, proporcionais às contribuições.

Há que se destacar que as categorias de trabalhadores urbanos vinculadas ao complexo exportador como ferroviários, estivadores e marítimos, foram os mais combativos politicamente na organização dessas Caixas nas suas empresas até 1926, conseguindo os demais trabalhadores tal organização após 1930.

No período de 1930 a 1964, a política de saúde apresenta como pano de fundo o processo de industrialização, a urbanização acelerada ao lado do crescimento da massa trabalhadora em condições de saúde, higiene e habitação precária. Nesse mesmo cenário, visualiza-se o processo de surgimento das políticas sociais e de redefinição do papel do Estado com respostas às reivindicações dos trabalhadores, estes considerados sujeitos sociais importantes no quadro político nacional e na nova dinâmica de acumulação. Tratava-se da estruturação de respostas sistemáticas e da criação de novos aparelhos que respondessem aos problemas de saúde e sociais em geral, transformados em questão política, com intervenção estatal.

É nesse contexto que a saúde apresenta-se então organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O primeiro, predominante até meados de 1960, cria para o setor urbano condições sanitárias mínimas, e em caráter restrito ao campo, tendo como principais alternativas adotadas, entre outras, a ênfase nas campanhas sanitárias, a criação de serviços de combate às endemias e a interiorização das ações para as áreas rurais.

Quanto ao subsetor da medicina previdenciária, que vem a sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966, surgiu na década de 1930, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) organizados por ramo de atividade e não mais por empresa, substituindo as CAPs. Os benefícios estendidos a um número maior de categorias de assalariados urbanos situavam-se na proposta de antecipar as reivindicações destas categorias, mais que uma ampla prestação de serviços, orientando-se para o acúmulo de reservas financeiras.

Na legislação, demarcações iniciam a diferenciação entre previdência e assistência social. Ao final deste período, encontra-se consolidada a Política Nacional de Saúde que se esboçava desde 1930, com a permanência do quadro de elevadas taxas de morbidade e mortalidade, geral e infantil, e de doenças infecciosas e parasitárias. Contando já com uma estrutura privada de atendimento hospitalar pressionando para a privatização com financiamento estatal.

Já no período da ditadura militar, regime político instalado no país após 1964, a situação de saúde e demais problemas estruturais encontram-se aprofundados e mais complexos, e a intervenção estatal, com o objetivo de aliviar as tensões e aumentar a regulação sobre a sociedade, além garantir a acumulação do capital, engendra a ampliação, burocratização e modernização da política social. Como ocorrido com a unificação dos diversos IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966, fato este que significa ainda a exclusão e desmobilização dos trabalhadores do jogo político, uma vez que, não participando mais da gestão da previdência, ocupam apenas a função de financiadores.

Oliveira e Teixeira (1989) caracterizam o período de 1966-1973 como de implantação do modelo de privilegiamento do produto privado, a partir da articulação do Estado aos interesses do capital internacional, e da interferência estatal na previdência propiciando a lucratividade do setor saúde. Tem como características a extensão da cobertura à quase totalidade da população urbana e rural; a ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada em detrimento do interesse coletivo, público e preventivo; a criação de um complexo médico-industrial elevando as taxas de acumulação de capital dos grandes monopólios internacionais, as indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar; propicia a capitalização da medicina e o privilegiamento do produtor privados destes serviços. Uma quinta característica refere-se à organização da prática médica compatível com o

desenvolvimento do capitalismo no país, procedendo a uma diferenciação da clientela, e em consequência, no acesso aos serviços médicos.

Significa um modelo de assistência médica previdenciária que, financiada pelos trabalhadores e gerida pelo Estado, tem uma prática que, “[...] orientada por valores tais como lucratividade e controle da força de trabalho, distancia-se cada vez mais de um modelo ético da medicina que visa a melhoria das condições de saúde da população” (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989, p. 233–234).

No período conhecido como distensão política, que vai de 1974 a 1979, de marcada modificação da relação do Estado com a sociedade, a fim de se garantir a legitimidade da dominação e hegemonia, não consolidada ao longo de dez anos, tensões e reformas caracterizam a política nacional de saúde, permanecendo, contudo, o predomínio do modelo implantado.

A política de saúde brasileira, pública e universal, registra a mobilização e participação social no processo de sua construção, onde, na década de 1970, a sociedade, retomando a discussão e a participação pelos direitos sociais, integra o Movimento de Reforma Sanitária para a constituição da saúde como um direito de todos e um dever do Estado.

Esse Movimento, organizado a partir de setores da classe média, se iniciou na segunda metade da década de 1970, ainda sob o regime militar, articulado ao Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), órgão que difundia e ampliava o debate em torno de uma proposta democrática de saúde.

Agregava profissionais, intelectuais, partidos políticos de oposição e movimentos sociais urbanos em defesa de princípios como universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social; da reestruturação do setor saúde através da estratégia de sistema unificado, gerando propostas para a superação dos problemas sanitários. A saúde é considerada, nesse contexto, de interesse público e coletivo, em sua concepção ampliada como melhores condições de vida e de trabalho.

Campos (2006), caracterizando esses “sujeitos coletivos”, destaca a importância do componente universitário no movimento, onde a presença de pesquisadores, alunos e professores, além de profissionais, também preocupados em implantar no Brasil a estratégia dos sistemas nacionais, e na perspectiva da construção de um novo paradigma, trouxeram para o país a obra de pensadores franceses e italianos.

Aponta ainda a influência estratégica desta intelectualidade, articulando-se aos partidos políticos e aos movimentos populares ao final da ditadura militar, quando da elaboração da nova Constituição, da aprovação da proposta de criação do Sistema Único de Saúde por quase dois terços dos deputados constituintes, e da participação dos integrantes desse movimento na redação do texto constitucional e da posterior Lei Orgânica que regulamentou o Sistema.

O mesmo autor faz referência ao fato de que a esses setores politizados da classe média, a criação e expansão do sistema de saúde significava, além da possibilidade de militância, também o exercício profissional regular, já que significava a criação de empregos. E define

> Em alguma medida, poderia também ser caracterizado como uma "intelectualidade orgânica", no sentido definido por Antonio Gramsci, porque foi capaz de produzir um projeto político de saúde que ultrapassava seus interesses corporativos, contribuindo para a constituição de um Bloco Histórico que jogou papel fundamental na transformação do SUS em política oficial do Estado brasileiro (CAMPOS, 2006, p. 139).

Nesse processo, o Movimento pauta-se pela crítica ao modelo hegemônico de saúde com acesso restrito, orientando-se pela concepção democrática do direito de todos, e pela redefinição do papel do Estado, nas três esferas de governo, na prestação do atendimento e financiamento efetivo.

A saúde é entendida nesse contexto como pioneira ao utilizar o conceito de sistema na área social. Destaque-se a importância da existência de uma tradição internacional tornando possível a instituição da saúde como um direito social e dever do Estado. É no século XX que se rompe o consenso de atenção aos pobres fundado na filantropia, sendo criada uma nova tradição na Europa: projetos e iniciativas para distribuição de renda e construção do bem-estar social por intermédio de políticas públicas, a partir da influência das revoluções comunistas, do socialismo real edificado e de fortes partidos trabalhistas. Um novo modo de gestão, de planejamento e de prestar atenção à saúde foi inaugurado, produto de uma nova cultura. Ao longo do século XX, além dos países europeus como Inglaterra, Suécia e Grã-Bretanha, outros como Chile, Cuba, Austrália e Canadá também organizaram sistema nacionais.

Dentre os princípios que ordenavam a organização desses sistemas, tem-se, além do direito universal com financiamento estatal e da organização dos serviços

em uma rede, a hierarquização e a regionalização do atendimento prestado em saúde. O autor destaca que, dentre os vários países que trilharam formas de implantação desse novo modo de funcionamento da saúde, entre eles a extinta União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), a exceção foi Estados Unidos da América (EUA), que mantiveram a dicotomia entre a saúde pública e o mercado médico.

A história da saúde no Brasil é marcada ainda pela realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em Brasília em 1986, pois introduz a sociedade na discussão da saúde, com ampla participação de segmentos populares, intelectuais, partidos e lideranças coletivas; tem as proposições de seu relatório final incorporadas ao texto constitucional de 1988 trazendo uma concepção ampliada da relação saúde/doença, que tem como fatores determinantes as condições de vida e trabalho da população.

Os principais aspectos aprovados na nova Constituição foram

> ● O direito universal à saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não-segurado, rural/urbano;
> ● As ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; ● Constituição do Sistema Único de Saúde, integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade;
> ● A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais;
> ● Proibição da comercialização de sangue e seus derivados (TEIXEIRA, 1989 apud BRAVO, 2006, p. 97-98).

No processo de democratização da saúde, Teixeira e Mendonça (2006) apresentam três direções básicas assumidas pelo Movimento Sanitário, uma vez que de forma orgânica esteve presente no conjunto de instituições de saúde. São elas: a politização da discussão sobre a saúde, a elaboração da Constituição de 1988 e alterações das práticas institucionais. No que diz respeito à politização da questão saúde, tem-se a preparação e realização da 8ª CNS, com a definição da saúde como direito e dever do Estado, e a reprodução do avanço na mobilização social dessa Conferência durante os trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte.

A segunda direção, a elaboração da Constituição, quando do enfrentamento de interesses entre grupos empresariais de saúde e a Plenária das Entidades de Saúde, a agilidade desta última garantiu a aprovação de boa parte das reivindicações do Movimento Sanitário, essencialmente a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) com princípio de universalidade e serviços essencialmente públicos.

E quanto às alterações das práticas institucionais, as medidas apontam para o fortalecimento do poder público e a redução do setor privado; a descentralização política, administrativa, decisória e de execução da política de saúde; equidade na distribuição de recursos; participação da população e profissionais, e qualidade dos serviços. Expressam-se na criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987, e o SUS em 1988, este considerado o passo mais avançado na reformulação administrativa do setor.

O SUS tem a sua criação no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, sendo regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) conformada pelas Leis n. 8.080 de 19 de setembro de 1990 e n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990, dispondo esta última sobre a participação da comunidade no funcionamento do sistema de saúde, e fruto de “intensa negociação” uma vez que a primeira lei teve vetado pelo Executivo os artigos sobre financiamento e participação popular (JUNQUEIRA, 2007).

A LOS traz como direitos na saúde: a universalidade de acesso aos serviços, a integralidade da assistência, a igualdade sem preconceitos ou privilégios, a preservação da autonomia e o direito do usuário à informação sobre sua saúde. Em seu Artigo 3º, Lei n. 8.080/90, ressalta que a organização social e econômica do país expressa os níveis de saúde da população e define, entre outros, alimentação, moradia, saneamento básico, trabalho, renda, educação, meio ambiente, transporte, lazer e acesso a bens e serviços essenciais, como fatores determinantes e condicionantes da saúde (BRASIL, 1990a).

Segundo Junqueira (2007, p. 68), “Pela primeira vez na história brasileira, o Estado se comprometeu com um discurso de cidadania plena e universal [...].” A garantia dos princípios de universalidade, integralidade da atenção, descentralização com participação popular no setor saúde aponta para a necessidade de intervenções intersetoriais e para a saúde do cidadão, antes apenas o consumo de procedimentos médicos.

Inserida no capítulo “Da Ordem Social”, a saúde, que integra com a previdência e assistência a Seguridade Social, é então definida como direito de todos e dever do Estado, direito este garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de doenças e agravos, o acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

No que refere à proteção social e atendendo às históricas reivindicações da classe trabalhadora, a Seguridade Social é concebida como um dos maiores avanços da Constituição 1988, pois que, no contexto de lutas e transformações democráticas ocorridas na década de 1980, contra o regime ditatorial no país, significa a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais (CFESS, 2009a).

Ainda que os movimentos sociais não tenham conseguido interferir significativamente na ordem econômica, destacam-se suas vitórias no âmbito social e político. Assim, entendida na arena de conflitos e como resultado de lutas políticas, assume caráter contraditório uma vez que, sem alterar estruturalmente o capitalismo, as políticas sociais podem, ao garantir direitos sociais, melhorar as condições de vida e de trabalho da classe trabalhadora, que vive do trabalho. Isso significou na seguridade, além da concepção de direito social e dever do Estado, e da universalização, “[...] o estatuto de política pública à assistência social, a definição de fontes de financiamento e novas modalidades de gestão democrática e descentralizada com ênfase na participação social de novos sujeitos sociais [...].” (CFESS, 2009a, p. 10).

Para Marconsin e Santos (2008), constituída em dinâmico processo sócio-histórico, a seguridade social também é entendida enquanto expressão das conquistas do proletariado no cenário político que, sem alterar ou colocar em risco a acumulação econômica dos monopólios, consegue alterar, em certa medida, a relação do Estado e do capital com a classe trabalhadora. Apoiando-se no pensamento marxiano, as autoras identificam o início das lutas na Inglaterra e França no século XIX por redução na jornada de trabalho, e que se estendem aos demais direitos como habitação, saúde, educação, aposentadoria. Expressa a questão social, a redefinição do papel do Estado e a contemplação das demandas dos trabalhadores, materializa-se, dentre outros, pela via das políticas sociais. Considera-se que foi necessário à burguesia monopolista suportar uma

democratização da vida em sociedade já que tinha os superlucros como “a pedra de toque”.

Nesse mesmo sentido, Boschetti (2008) afirma tratar-se de uma resposta “apropriada” ao capitalismo o reconhecimento de direitos ligados e derivados do trabalho por meio da previdência social, tais como aposentadoria, pensões e seguro saúde. Isso em razão de que, assegura-se a reprodução da força de trabalho sem colocar em questão a propriedade dos meios de produção.

Derivada do processo de industrialização e de assalariamento, a previdência social, permite aos trabalhadores a não ausência de proteção, mesmo quando afastados de maneira permanente ou temporária da relação de trabalho.

Experiências inéditas são vivenciadas no século XX, em especial no contexto do segundo pós Guerra Mundial, em que se pactua o compromisso e o equilíbrio de forças “[...] que implementava ganhos sociais e seguridade social para os trabalhadores dos países centrais, desde que a temática do socialismo fosse relegada a um futuro a perder de vista” (ANTUNES, 2001 apud MARCONSIN; SANTOS, 2008, p. 180).

Trata-se de avanços relativos aos direitos sociais dos trabalhadores, numa relação em que a burguesia faz concessões numa escala maior que períodos anteriores. Na afirmação desse compromisso e pactuação, tem-se a participação dos grandes partidos como os comunistas, social-democratas e até burgueses, como do sindicalismo. As autoras apresentam então, a definição de seguridade social definida em 1952 na Convenção de n. 182 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), subscrita pelo Brasil

> [...] a proteção que a sociedade proporciona a seus membros mediante uma série de medidas públicas contra as privações econômicas e sociais, que de outra forma derivariam no desaparecimento ou em forte redução de sua subsistência, como conseqüência de enfermidade, maternidade, acidente de trabalho, ou enfermidade profissional, desemprego, invalidez e morte e também a proteção de assistência médica e de ajuda às famílias com filhos (SPOSATI, 1997 apud MARCONSIN; SANTOS, 2008, p. 181).

A concepção de Boschetti (2009a) da seguridade social brasileira enquanto fruto das lutas da classe trabalhadora, que se constitui em arena de conflitos, espaço de fortes disputas de poder e recursos, indica que, para a consolidação da seguridade social pública e universal, constituem-se desafios permanentes a defesa

e ampliação dessas conquistas e o efetivo posicionamento contrário às reformas neoliberais regressivas.

A análise da autora sobre a política de seguridade social no Brasil nos permite uma compreensão acerca do predomínio da lógica do seguro, como elemento estruturante, assim como sua (não) implementação no processo histórico pós 1988 e as características do desmonte da seguridade em curso no país. Na ordem capitalista, reconhecer os avanços e as conquistas da Constituição no campo da seguridade social implica na necessária sinalização de seus limites estruturais.

Importa retomar em Boschetti (2009a) as características dos modelos que influenciaram o modelo de seguridade social implantado no Brasil, como em vários outros países, com as suas possíveis variações, conforme relações dadas entre Estado e classes sociais. Data do final do século XIX, em 1883, a criação do modelo bismarckiano, durante o Governo do Chanceler Otto Von Bismarck, na Alemanha.

Voltado para a cobertura principalmente dos trabalhadores, para manter a renda destes em momentos de risco social decorrente da ausência de trabalho, esse modelo tem o acesso condicionado à contribuição prévia, a prestação de serviço proporcional à contribuição, financiado fundamentalmente por empregados e empregadores, com gestão estatal e participação dos contribuintes ou financiadores. Há que se destacar o predomínio ainda de Caixas por modalidade de seguros na Alemanha e França.

O outro modelo, que surge com críticas ao modelo bismarckiano, é formulado ainda durante a Segunda Guerra Mundial, em 1942 na Inglaterra. Trata-se do Plano Beveridge que propõe a criação do *Welfare State,* o Estado de Bem-Estar. Diferente do modelo anterior, prevê direitos universais, com sujeição à disponibilidade de recursos, a gestão pública e estatal, além do financiamento proveniente de impostos fiscais e objetiva a luta contra a pobreza.

A realidade brasileira abordada pela autora informa o predomínio do modelo bismarckiano na previdência social, a saúde pública e a assistência social orientadas pelo modelo beveridgiano. Na saúde, a exceção do auxílio doença, regido pelas regras da previdência, como um seguro. O que significa uma forma de proteção limitada ao trabalhador inserido formalmente no mercado de trabalho, ou vinculado à previdência como autônomo ou segurado especial. Atentando-se a uma realidade maior, no que se refere aos limites da seguridade social na universalização de direitos, afirma

> Essa lógica impõe um limite estrutural para a universalização da seguridade social, em todos os países em que se efetivou. O acesso à seguridade social pela via do trabalho pôde garantir uma proteção mais universalizada nos países que garantiram uma situação de quase pleno emprego entre as décadas de 1940 e 1970. Sabe-se que nem os países nórdicos e nem os países da Europa Central garantiram o pleno emprego para todos os seus trabalhadores, de modo que esse padrão de seguridade social, fundado na lógica do seguro, só universaliza direitos se universalizar, igualmente, o direito ao trabalho, já que os benefícios são condicionados ao acesso a um trabalho estável que permita contribuir para a seguridade social (BOSCHETTI, 2009a, p. 326).

A histórica tensão entre a assistência social e trabalho, não entendida como excludente ou incompatível é conhecida nas experiências européias, no período em que garantiu "quase pleno emprego" entre o final da Segunda Guerra Mundial até os anos 1970. Caracteriza-se pela introdução da lógica social ou de direitos não contributivos, assistenciais na seguridade social, compatível com trabalho/emprego: o atendimento a trabalhadores com rendimento abaixo de um teto determinado, assim como aos trabalhadores que não contribuíram diretamente com a seguridade. O que não significa incompatibilidade ou substituição ao trabalho, e sim um direito complementar a contribuir para a redução da desigualdade social. A convivência da lógica social e securitária estabelece uma relação de "atração e rejeição", conforme ausência ou predomínio de uma sobre a outra, no sentido de que

> A exigência da lógica do seguro e a impossibilidade de sua manutenção para todos os trabalhadores, sobretudo para os desempregados, empurram esse trabalhador para demandar a outra lógica, a lógica social, do direito não contributivo. Assim, aqueles que não contribuem, que não estão inseridos em uma relação de trabalho estável e que não têm direito ao benefício contributivo, tornam-se potenciais demandantes da lógica social, do benefício não contributivo (BOSCHETTI, 2009a, p. 327).

É nesse sentido que a discussão sobre a relação entre trabalho, assistência social e previdência é indicada, então, como oportuna para a compreensão das reais possibilidades, ainda que limitadas, de que a seguridade social, no contexto da sociedade capitalista, seja ou não capaz de "impor limites à desigualdade social". A defesa da lógica social e da assistência social enquanto direito, da satisfação das necessidades sociais, não significa a compreensão desta via para a realização do bem-estar para todos. Assim como, não enveredando para uma simplificação dos complexos sociais, não se trata de qualquer trabalho a concepção deste e de emprego estável para a construção das identidades sociais e profissionais.

No Brasil, o predomínio da lógica securitária, de produção e reprodução do capitalismo é entendido, nesse contexto, como políticas atuantes menos na redução que na reiteração das desigualdades sociais, dado que, a seguridade social ainda não implementada conforme preceito constitucional vem sofrendo fortes investidas no sentido de sua desconfiguração e desmonte.

Considerando-se a implantação do Estado de Bem-Estar Social em uma minoria de países, atingindo reduzida parcela da população mundial, a diferenciada implantação da seguridade social relaciona-se à menor expressão das políticas sociais nas economias do capitalismo periférico, pois repercutem com grandezas diferentes o papel do Estado quanto aos direitos sociais e à política social, e por outro lado, para o desenvolvimento capitalista nesses países, mesmo em períodos de elevada expansão econômica. O que se relaciona ao fato de que, resultando a seguridade social de lutas históricas do trabalho, em algumas regiões ou países, "[...] mediada por condicionalidades de ordem objetiva e subjetiva, a relação de forças não foi suficiente para alcançar um conjunto ampliado de medidas que se pudesse caracterizar como seguridade social" (MARCONSIN; SANTOS, 2008, p. 182).

Nas condições socioeconômicas de desemprego, baixos salários, relações de trabalho marcadas pela informalidade e precarização, significando agudas desigualdades sociais, no que diz respeito à realidade brasileira e de países da América Latina e do Caribe, tem-se que, apenas 38% de pessoas ocupadas contribuem para um sistema de seguridade social. E que, especificamente no Brasil, o índice de contribuintes para a previdência social é de 47,8%, dos quais, 54,3% na área urbana e 17,4% na área rural, conforme dados da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL, 2006 apud BOSCHETTI, 2008, p. 179-180).

No quadro das medidas de ajuste estrutural, orientadas por organismos internacionais como o Banco Mundial e o FMI, adotadas a partir da década de 1990, atendendo às demanda do capital, a reestruturação do Estado, numa perspectiva neoliberal, significou a países como os da América Latina, o reforço da lógica do seguro, a privatização e a focalização na órbita das políticas sociais. Os ideais e argumentos neoliberais avançam no contexto da crise capitalista de 1969-1973, de reduzidos índices de crescimento e altas taxas de inflação funcionando como um fermento para "[...] criticarem o "consenso" do pós-guerra que permitiu a expansão

do Estado social e, em seu coração, a seguridade social" (BOSCHETTI, 2008, p. 183).

Na análise do desmonte gradual e permanente da seguridade social brasileira, Boschetti (2009a) aponta três "caminhos" que seguem diferentes tendências. São eles: a desconfiguração dos direitos constitucionalmente garantidos, a fragilização dos espaços de participação e controle democrático, e por último, a via do orçamento.

No que diz respeito ao primeiro caminho, a manutenção de um cesta básica na área da saúde reduz, cotidianamente, os princípios que a orientam como a universalidade, integralidade e descentralização, paralelo à incapacidade de acolher as demandas postas ao SUS expressas nas filas de espera, falta de medicamentos e de condições de trabalho. Quanto ao Sistema Único da Assistência Social (SUAS), caracterizado como gestão da escassez, com redução dos recursos federais repassados aos municípios, mantém na política de assistência social características de focalização, é restritiva, não atendendo mais do que 25% da população de direito. Há ainda a ênfase na tendência de transferência de renda com crescimento do Benefício de Prestação Continuada (BPC) e do programa Bolsa-Família. Já na previdência social, as contra-reformas de 1998, 2002, e a de 2003 ocorrida no primeiro mandato do Governo Lula da Silva (2003-2006), significaram o reforço da lógica securitária e consequente expansão dos planos privados, o aumento do tempo de contribuição e de trabalho no que refere ao acesso à aposentadoria, e aponta ainda para a proposta de desvinculação do valor dos benefícios do salário mínimo, que significaria a possibilidade de redução progressiva nos seus valores.

Dificuldades são postas no sentido da não consolidação dos conselhos e conferências, garantidos constitucionalmente, como espaços autônomos, de fiscalização, participação e controle democrático: a começar pela extinção do Conselho Nacional de Seguridade Social e dos conselhos locais, o que representa a centralização e a não articulação e unidade às três políticas do sistema. Além da institucionalização dos conselhos, apontados nos moldes de "quase como um setor do estado".

E a via do orçamento, abordada como talvez a mais destrutiva das formas de desmonte. Nesta, faz-se necessário compreender as fontes e ainda o destino dos recursos. Não transferindo renda do capital para o trabalho, do ponto de vista do financiamento, é considerada de caráter regressivo, sustentando-se nos

rendimentos do trabalho, uma vez que é paga majoritariamente com a contribuição dos trabalhadores e empregadores, via folha de salários. Ao passo que as contribuições sociais baseadas no faturamento das empresas e no seu lucro, oneram os consumidores quando transferidas para as mercadorias. Por fim, a estrita relação entre a (não) implementação da seguridade social com a política econômica adotada

> [...] que engole parte significativa do orçamento da seguridade social. Os recursos que compõem as fontes de financiamento da Seguridade Social desempenham um papel relevante na sustentação da política econômica e social, e, desde 1994, vem ocorrendo apropriação indevida desses recursos do Orçamento da Seguridade Social por meio da Desvinculação das Receitas da União, que são retidos pelo Orçamento Fiscal da União e canalizados para a esfera financeira e geração do *superávit* primário (BOSCHETTI, 2009a, p. 335).

Na relação das políticas de seguridade social, reconhecidas constitucionalmente, com as demais políticas sociais, a autora informa que essas últimas absorvem em média 20% dos recursos, ao lado dos 80% utilizados com as primeiras, assim distribuídos: a previdência social (média de 60%), a política de saúde (média de 14%), e a política de assistência, com média aproximada de 6%.

Reforçando o avanço constitucional, importa dizer que a Carta de Maceió[14] (CFESS, 2000, p. 1) documenta a concepção de seguridade defendida pela categoria dos assistentes sociais: "[...] um padrão de proteção social de qualidade, com cobertura universal para situações de risco, vulnerabilidade ou danos dos cidadãos brasileiros." Define ainda

> [...] a Seguridade é, sobretudo, um campo de luta e de formação de consciências críticas em relação à desigualdade social no Brasil e de organização dos trabalhadores. Um terreno de embate que requer competência teórica, política e técnica. Que exige rigorosa análise da correlação de forças entre classes e segmentos de classe, que interferem nas decisões em cada conjuntura. Que força a construção de proposições que se contraponham às reações das elites político-econômicas do País, difusoras de uma responsabilização dos pobres pela sua condição, ideologia que expressa uma verdadeira indisposição de abrir mão de suas taxas de lucro, de juros, de sua renda da terra (CFESS, 2000, p. 2).

Partindo da inclusão, de todos os direitos previstos no artigo 6º da atual Constituição Federal (educação, saúde, trabalho, moradia, lazer, segurança,

[14] Carta intitulada "Seguridade Social Pública: é Possível!", elaborada pelos delegados do conjunto CFESS-CRESS e publicada no Relatório do seu XXIX Encontro Nacional na cidade de Maceió (AL), entre os dias 03 e 06 de setembro de 2000, em defesa da Seguridade Social pública no país.

previdência e assistência social), e sintonizados à direção política do projeto profissional, esse sistema deve avançar no sentido de que direitos amplos, universais e equânimes constituam a noção de cidadania, para além de "[...] uma simples conjugação de programas, projetos, bens e serviços fragmentados, pulverizados, desconectados, desrespeitados legalmente, restritivos e provocadores de dualidades" (BOSCHETTI, 2007, p. 33). A seguridade deve orientar-se, então, pela concepção do direito, por uma estruturação democrática, com descentralização e participação social, e orçamento redistributivo, que, com ênfase no orçamento fiscal e na contribuição dos empregadores acaba por desonerar os trabalhadores.

2.2 Saúde e proteção social: deslocamento para a lógica do mercado

> 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 suporte a consolidação do SUS para os pobres e a segmentação do sistema (CFESS, 2009a, p. 13).

Reflexões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) apontam, por um lado, para o fato de a Reforma Sanitária brasileira ser considerada bem sucedida, pelos princípios que orientam o SUS como a universalidade e integralidade, e pela instituição de um novo padrão de intervenção do Estado. E, por outro lado, para a possibilidade de que a Reforma seja considerada tardia, pois que a constituição de um sistema público no país ocorre em período de declínio das concepções socialistas ou de Estado de bem-estar em todo o mundo (CAMPOS, 2006).

Afinal, é da década de 1990 que data o início das reformas neoliberais, orientadas pela macroeconomia mundial, sob os ditames de instituições financeiras internacionais como o Banco Mundial, como enfrentamento da crise de acumulação do capital.

As tendências internacionais expressas na reforma do Estado, segundo Bravo (2007), relacionam-se com o fenômeno da globalização e/ou mundialização que a partir dos anos 1970, em decorrência da crise do capitalismo monopolista, se expressa em acelerada expansão do capital financeiro e na universalização dos mercados. Quanto

às tendências discutidas sobre a América Latina, registra-se modificação no debate da reforma. Diferente da década de 1980, quando houve um predomínio de medidas de ajuste macroeconômico, na década de 1990 ocorre um deslocamento para as reformas institucionais com o objetivo de implementação das reformas com o aumento da capacidade do Estado e atenuar as consequências sociais das medidas de ajuste. Quanto às reformas européias nos anos 1990 tem-se que, sem significar um retorno ao Estado de Bem Estar Social, os modelos reformadores partem para a crítica às propostas neoliberais.

Dessa maneira, na Reforma do Estado ou Contra-Reforma[15], argumenta-se a busca de um modelo gerencial e de eficiência, de redução de custos e controle dos resultados, identificando-se, porém, a transferência para o setor privado de funções antes tidas como do Estado, que para se tornar o promotor e regulador, este deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social.

São mudanças econômicas que interferem nas políticas estatais, questionando o seu caráter universal e propondo a desresponsabilização do Estado e o "protagonismo" da sociedade civil, como definido por Correia (2007, p. 18)

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

O cenário, ao final da década de 1980, já apontava para aspectos que remetiam a dúvidas e incertezas quanto à real implementação do projeto de Reforma Sanitária (BRAVO, 2006). Dentre eles a ineficácia do setor público e o reduzido apoio popular perante a ausência de resultados; o redirecionamento dado no setor a partir da reorganização dos setores conservadores, fragilizando as reformas em curso; ao lado de tensas relações com os profissionais de saúde, caracterizando-se o redirecionamento do papel do Estado, determinado pela Política de Ajuste Neoliberal. Articulado ao mercado ou à reatualização do modelo médico assistencial, o denominado projeto Privatista traz como suas principais tendências a

[15] O termo "contra-reforma" vem sendo utilizado pela compreensão de que a denominação seja a mais adequada uma vez que essa caminha na direção da supressão de direitos, sendo, por outro lado, nas lutas sociais e progressistas que as reformas têm sua origem.

focalização, ao lado da contenção dos gastos com racionalização da oferta, e da descentralização mediante isenção de responsabilidade do poder central; este se tornando hegemônico na segunda metade da década de 1990.

Nessa proposta, o Estado tem por tarefa garantir um mínimo aos que não podem pagar pelos serviços, deixando os que têm acesso ao mercado, destinados ao setor privado, e tem como principais propostas, a ampliação da privatização, o estímulo ao seguro privado, ao lado da focalização do atendimento por meio do pacote básico para a saúde, e da eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento. O barateamento dos custos das ações básicas faz-se ainda com a utilização de cuidadores (CFESS, 2009a, p. 12).

Rompe-se dessa forma com a concepção de integralidade da atenção em saúde por meio da dicotomia entre ações curativas e preventivas, com a criação de dois subsistemas: um de entrada e controle, de atendimento básico e que, não interessando ao setor privado, é de responsabilidade do Estado; e outro constituído pelo atendimento especializado e de maior complexidade, cujas unidades seriam transformadas em Organizações Sociais.

A defesa do grande capital, que na década de 1990 afirma as contra-reformas de cunho neoliberal orientadas pelas agências internacionais, tem como principais estratégias a crítica acirrada às conquistas sociais constitucionais, em especial a concepção de Seguridade Social, e segundo Mota (1995 apud CFESS, 2009a, p. 11), para o alcance de consenso e difundir seu projeto vale-se da construção de uma cultura persuasiva de crise; tem na defesa do processo de privatização e na constituição do cidadão consumidor seus vetores privilegiados.

O Estado brasileiro tem atendido as demandas da burguesia desde o início da ditadura do grande capital que foi operada pelos militares, ao passo que, como ocorreu com o SUS na Constituição de 1988, as demandas contidas nas lutas dos trabalhadores, quando organizados, são incorporadas na forma de direitos sociais e trabalhistas. Atuando no sentido dos direitos dos trabalhadores ou, por outro lado, aprofundando as exigências de acumulação do capital, se tratando então de uma contra-reforma do Estado. Dessa forma, o Estado, ao imprimir sua lógica para a totalidade da vida social também “[...] tem de ser contra-reformado para que as instituições e as políticas sociais que garantem os direitos dos trabalhadores se transmutem em negócios que promoverão lucratividade para o capital (GRANEMANN, 2007, p. 44).

A implantação desse projeto tem início e materializa-se no governo Fernando Henrique Cardoso a partir do Plano Diretor da Reforma do Estado (1995) elaborado pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), coordenado por Bresser Pereira, e tem sua continuidade no governo Luís Inácio Lula da Silva. O referido plano apresenta como propostas para a transformação da gestão pública as Organizações Sociais (OSs) em 1995, e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) em 1999, "[...] concebidas como instrumento de viabilização e implementação das Políticas Públicas [...]" (REZENDE, 2007, p. 28).

Na análise da autora citada sobre os modelos neoliberais de gestão do SUS, assim como a defesa da sua proposição como instituído constitucionalmente, indica-se que municípios como São Paulo e vários estados como Tocantins, Rio de Janeiro, Bahia e Roraima procederam a essa transferência de serviços de saúde a entidades filantrópicas com ou sem fins lucrativos, entidades civis de prestação de serviços, associações, cooperativas, qualificadas como OSs.

Dentre as inconstitucionalidades e ilegalidades presentes nessa mesma reflexão, tem-se o impedimento legal de o Estado desresponsabilizar-se da prestação de serviços como saúde (Art. 196), assistência social (Art. 203 e 204) e educação (Art. 205), garantidos como direitos do cidadão e dever do Estado. No que se refere à saúde, a transferência de serviços encontra impedimento legal na Constituição (Art. 199) e na Lei Orgânica da Saúde n. 8.080/90 (Art. 24), onde é permitida a participação em caráter complementar, mediante contrato ou convênio, somente quando esgotada a capacidade e disponibilidade de atendimento pelo SUS. Longe de significar a transferência de serviços do poder público a terceiros ou que estes administrem serviços públicos de saúde "[...] significa que a instituição privada, em suas próprias instalações e com seus próprios recursos humanos e materiais, vai complementar as ações e os serviços de saúde, mediante contrato ou convênio (PIETRO, 2002 apud REZENDE, 2007, p. 34).

O quadro a seguir permite uma síntese comparativa dos modelos de gestão do SUS, das OSs e das OSCIPs

Sistema Único de Saúde (SUS)	Organizações Sociais (OSs)	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs)
Gestão Única do Sistema de Saúde em cada esfera de Governo (Gestão do Sistema e da Rede de Ações e Serviços).	Autonomia Administrativa e Financeira de cada OS.	Autonomia Administrativa e Financeira de cada OSCIP.
Descentralização da Gestão entre as três esferas de Governo.	Descentralização das Ações e Serviços de Saúde para a Iniciativa Privada e não para os Municípios.	Descentralização das Ações e Ser-viços de Saúde para a Iniciativa Privada e não para os Municípios.
Hierarquização dos Serviços, conforme a complexidade da atenção à saúde, sob comando único.	Autonomia Gerencial dos Serviços de cada OS.	Autonomia Gerencial dos Serviços de cada OSCIP.
Financiamento Solidário entre as três esferas de Governo, conforme o tamanho da população, suas necessidades epidemiológicas e a organização das ações e serviços.	Financiamento definido no orçamento público, para cada OS, conforme a influência política de seus dirigentes, com "contrapartida da entidade" por meio da venda de serviços e doações da comunidade e com reserva de vagas para o setor privado, lucrativo.	Financiamento definido no orça-mento público, para cada OSCIP, conforme a influência política de seus dirigentes, com "contra-partida da entidade" por meio da venda de serviços e doações da comunidade e com reserva de vagas para o setor privado, lucrativo.
Regionalização	Inexistente, porque a entidade possui autonomia para aceitar ou não a oferta regional de serviços, já que seu orçamento é estabelecido por uma das esferas de Governo.	Inexistente, porque a entidade possui autonomia para aceitar ou não a oferta regional de serviços, já que seu orçamento é estabelecido por uma das esferas de Governo.
Universalidade e Integralidade da Atenção à Saúde	Focalização do Estado no atendimento das demandas sociais básicas, conforme o interesse da OS.	Focalização do Estado no atendimento das demandas sociais básicas, conforme o interesse da OSCIP.
Participação da Comunidade, com a política de saúde definida em Conferências de Saúde.	Inexistente.	Inexistente.
Controle Social, com Conselhos de Saúde que acompanham e fiscalizam a implementação da política de saúde e a utilização de seus recursos.	Inexistente. O Controle Social tal como previsto na Lei 8.142/90 é substituído pelos tradicionais conselhos de administração internos da entidade, com paridade diferente daquela estabelecida na Lei 8.142/90 e não é deliberativo.	Inexistente. Somente a celebração do Termo de Parceria é precedida de consulta (?) aos Conselhos de Políticas Públicas existentes, das áreas correspondentes de atuação.

Quadro 2 - Modelos de Gestão – SUS, OS e OSCIP.
Fonte: Rezende (2007, p. 35-36).

Ainda dentro das “novas” modalidades de gestão para o SUS, apresentadas ao Congresso Nacional no Projeto de Lei Complementar 92/2007 em 13/07/2007, sobre a criação da Fundação Estatal de Direito Privado, identifica-se, prevendo sua instituição somente para atividades que não sejam exclusivas do Estado, o seu caráter de continuidade da proposta iniciada em 1995, e da recente história da saúde pública brasileira.

Numa referência à importância da unicidade do sistema público de saúde e sobre o debate constituinte para a extinção das formas contrárias, organizadas à época, afirma-se que, nos anos 1970, em vários estados e municípios brasileiros foram instituídas tais fundações públicas de direito privado caracterizadas enquanto equívocos de modelo de gestão para o sistema de saúde. Nesse sentido questiona-se

> Para quê e a quem interessa a *autonomia gerencial* da Fundação (uma entidade) se a gestão do SUS, nas três esferas de governo e as ações e serviços de saúde [...] são [...] subordinados ao princípio da gestão única em cada esfera de governo? Que *autonomia orçamentária* existiria na Fundação, dependente hierárquica e financeiramente da administração direta, se a maior parte dos recursos seria de origem estatal, repassados pelos *gestores públicos* [...]? Que patrimônio próprio é o que se pretende atribuir à dita Fundação, se adquirido por doação do Estado por benesse dos governantes de plantão? (REZENDE, 2007, p. 39, grifos do autor).

A integralidade das ações, isto é, a promoção, a prevenção e as ações assistenciais de cura e reabilitação, só acontecem quando cada serviço é capaz de se ver enquanto parte constitutiva do Sistema, e ao desempenhar seu papel predominante, não deixa de lado as demais dimensões da atenção em saúde. Na concepção de Junqueira (2007), os possíveis nós críticos de uma rede estatal tornam-se “verdadeiras caixas pretas” ao serem concebidos pela via de entidades prestadoras de serviços.

A forma fundação estatal, utilizando argumentos similares aos da contra-reforma gerenciada por Bresser Pereira, como efetividade, agilidade e caráter técnico é abordada também em Granemann (2007) em seu aspecto de complementaridade às ações privatizantes iniciadas nos governos Fernando Collor de Mello, Itamar Franco e Fernando Henrique Cardoso. Entre as considerações da autora que se seguem, tem-se o Projeto Fundação Estatal como um estágio aprofundado da transformação do Estado em mínimo para o trabalho e máximo para o capital.

Mesmo tomando como ponto de partida a crise dos hospitais do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro, o caráter privatizante das políticas sociais evidencia-se na abrangência das áreas de atuação de tal proposta, não exclusivas do Estado: além da saúde e educação, também assistência social, cultura, comunicação, meio ambiente, turismo, desporto, ciência e tecnologia, e previdência complementar do servidor público.

Compreende-se então que a lógica de proteção social aos que vendem (ou os que conseguem, em razão das elevadas taxas de desemprego) sua força de trabalho, materializada na ação estatal via políticas sociais, é subvertida na lógica do mercado (e do lucro), onde somente uma minoria consegue acessar tais serviços ou "mercadorias". Trata-se de uma despolitização das relações de classe contidas nas políticas sociais o apelo ideológico que enquadra em parâmetros de igualdade o público e o privado, conclama o gerencialismo e a técnica, em detrimento da política. Considerado como diretamente prejudicial e nefasto aos trabalhadores, o projeto atinge a organização da força de trabalho com sua fragmentação em várias fundações, quando prevê que cada fundação tenha seu próprio quadro de pessoal e plano de carreira, emprego e salários, o que fragiliza a luta por melhores condições de vida enquanto classe que para esta mesma classe presta serviços. E a contratação da força de trabalho prevista no projeto é a do regime jurídico da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Nesse sentido, as denominadas regras do mercado são aplicadas apenas à força de trabalho, quando submetidos a concurso sem estabilidade no trabalho, e não aos seus direitos.

A contra-reforma do Estado é entendida, nessa abordagem, além da privatização dos serviços sociais, enquanto domesticação e "[...] repressão da organização das lutas dos trabalhadores" (GRANEMANN, 2007, p. 47), resistentes à privatização e defensores do seu espaço de trabalho. Caracteriza-se então o fetiche da iniciativa privada quanto à "forma", a fundação estatal, e o "conteúdo", a privatização das políticas, dos serviços e dos direitos. O mesmo em relação aos servidores

> Aliada a contratação pela CLT o projeto fundação estatal é em tudo coerente com seu diagnóstico (ou será o diagnóstico do capital/Bando Mundial?): o Estado é ineficaz e uma das razões centrais de sua ineficácia e ineficiência é a estabilidade da força de trabalho. Novamente aqui a forma (contrato de trabalho) oculta o conteúdo: a privatização das políticas sociais tem nos servidores públicos – no Brasil em todo o mundo – os seus mais sérios oponentes (GRANEMANN, 2007, p. 47).

Com relação ao espaço para a participação e controle social, tanto dos empregados nas fundações quanto dos usuários, o projeto é restritivo no sentido de que, substituindo os conselhos definidos no SUS, apenas os Conselhos Consultivos mencionam a participação da sociedade civil, dentro desse conceito cabendo também a representação dos interesses privados, conselho este subordinado ao Conselho Curador ou de Administração.

Entendido por Granemann (2007) como o mais importante órgão do Projeto Fundação Estatal, a mesma faz referência à possibilidade de que o Conselho Curador ou de Administração possa tornar-se, na defesa dos interesses do capital, o centro da privatização do Estado e instrumento de cooptação, seja de representantes dos movimentos sociais, de sindicalistas ou mesmos de intelectuais. Compondo-se majoritariamente por representantes do governo, em geral comissionados da base aliada, e não por representantes de Estado, tal situação pode reproduzir e ampliar os conhecidos mecanismos de apadrinhamento e corrupção dada a hipótese de se implementar a remuneração de conselheiros.

Alia-se a esse conjunto a não contribuição com o fundo público estatal, ou seja, o não recolhimento de impostos e contribuições para a seguridade social (previdência, assistência e saúde), políticas estas de proteção social da força de trabalho. Tal “arranjo privatista” significa, pois, uma transferência de fundos públicos ao capital privado, uma vez que, vendendo seus serviços ao Estado e ao mercado, as fundações gozam de imunidade tributária, ao passo que reivindicam do Estado os recursos necessários à prestação de serviços. Em relação à proposta de contra-reforma do governo Fernando Henrique Cardoso, avalia-se que desde então não havia projeto de pretensões tão abrangentes como as contidas nesse projeto de contra-reforma do Estado no atual governo.

Importa acrescentar o posicionamento do Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 1997, unanimemente contrário à instituição das OSs, e na Deliberação n. 001, de 10 de março de 2005, contrário à terceirização da gerência e gestão de serviços e de pessoa do setor saúde, seja pelas OSs, OSCIPs, ou qualquer outra forma que, com objetivos idênticos signifique um atentado ao SUS. Também na sua 174ª Reunião, em 2007 é contrário ao projeto de lei que objetiva instituir a proposta de fundação estatal de direito privado.

Correia (2007) faz lembrar que mesmo se tratando de um projeto em discussão na Câmara dos Deputados, a criação de Fundações Estatais de Direito

Privado já têm aprovação em três estados, Bahia, Sergipe e Rio de Janeiro. Sua lógica vem referendada no Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) da Saúde ou Programa Mais Saúde que, lançado em 05 de dezembro de 2007 pelo atual presidente da República, afirma sua inovação ao propor como novos, tal modelo de gestão. Destaca que, do ponto de vista da democracia, os posicionamentos representativos e legítimos não tem sido levado em conta pelo Ministério da Saúde, pois na realização da 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada de 14 a 18 de novembro de 2007, tal posicionamento do CNS foi referendado em todos os grupos da plenária final.

No seu informativo eletrônico de 06 de julho de 2009, o CNS expressa a importância de discussão e ampliação do debate sobre o tema, da mobilização e participação popular, em meio à possibilidade de que a Câmara Federal vote tal matéria "[...] com teor tão prejudicial ao SUS sem a participação popular e em total desrespeito às decisões deliberativas do Controle Social." (CNS, 2009, online).

Importa nesse contexto, considerar as análises de Bravo (2006; 2007); Bravo e Menezes (2007) sobre a política de saúde na atual conjuntura, relativas à continuidade desse projeto no governo Luís Inácio Lula da Silva, que, após o primeiro governo (2003-2006) e encaminhamentos do segundo (2007-2010), indicam a permanência da disputa entre os dois projetos de saúde existentes nos anos 1990, o de Reforma Sanitária e o Privatista. Ocorre, tanto nas atividades econômicas como em relação aos direitos sociais conquistados, uma redução do espaço público democrático e a ampliação do espaço privado.

Marques e Mendes (2005 apud BRAVO; MENEZES, 2007, p. 13)[16] afirmam, conforme a concepção de proteção social utilizada nesse governo, as políticas sociais estarem estruturadas em três eixos, a saber: o Projeto Fome Zero concentrado basicamente no programa Bolsa-Família; a contra-reforma da Previdência Social; e o trato da equipe econômica aos recursos da Seguridade Social.

No contexto de dificuldades e pressões do capitalismo em cenário internacional, destaca-se a expectativa, com a consagração eleitoral de Luís Inácio Lula da Silva para presidência da República em 2002, um marco político na história do país, de reação ao projeto neoliberal: expectativa esta em relação às políticas

[16] Texto: Desvendando o social no Governo Lula: a construção de uma nova base de apoio. Publicado em obra organizada por João Antônio de Paula em 2005.

sociais e à participação popular, não de transformações profundas. Em relação à saúde, que se fortalecesse o Projeto de Reforma Sanitária, e assim fortalecer o SUS constitucional que, tendo completado 20 anos, enfrenta uma distância enorme entre o que está vigente e o que foi proposto pelo Movimento Sanitário. Afirma-se uma flexibilização das propostas originárias desse projeto, ao lado de uma não articulação, como ocorrido nos anos 1980, com demais movimentos sociais.

A expectativa nesse governo também é tratada pelo Conselho Federal de Serviço Social: esperava-se a "[...] construção de um Brasil novo, com redução das desigualdades sociais por meio de uma política econômica com redistribuição de renda e geração de empregos. Esperava-se que as políticas sociais adquirissem caráter universalista" (CFESS, 2009a, p.12).

A análise da Política de Saúde no Governo Lula aponta para aspectos de inovação que poderiam fortalecer o projeto da Reforma Sanitária como a escolha de profissionais comprometidos com esse projeto para ocupar o segundo escalão do Ministério da Saúde; a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde, que foi antecipada com intuito de submeter sua política à apreciação da sociedade; e o fato de ser escolhido para o Conselho Nacional de Saúde um representante da Central Única dos Trabalhadores.

Ainda com relação ao Controle Social, destaca-se como aspecto importante a eleição, pela primeira vez em 70 anos de existência, do presidente do Conselho Nacional de Saúde em 2006. E como avanço a criação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, cuja competência é fortalecer a participação social e a realização de diversas conferências, articulando-se ao Conselho Nacional de Saúde. Aqui, ressalta-se a realização, entre outras, da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde em 2003, e da 13ª Conferência Nacional de Saúde em 2007.

Identifica-se densidade nas análises das questões de saúde, mas quando da formulação de proposições, um distanciamento da proposta por parte de gestores oriundos do Movimento Sanitário. Refere-se à uma mudança no discurso de protagonistas do Projeto de Reforma Sanitária, especificamente a partir de 2007, quando da escolha do ministro da saúde e este, contrariando as proposições do projeto sanitário, propõe a criação de Fundações Estatais de Direito Privado.

Medidas de caráter gerencial ou de gestão como a proposta dessas Fundações, instituem a privatização de serviços até então prestados pelo Estado,

este tido como regulador e financiador - sua redução, a fragmentação da força de trabalho e a limitação do controle social.

Destaca-se ainda, como caráter de continuidade da política dos anos de 1990, a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social, expressa na desarticulação entre as políticas, a focalização em detrimento da lógica do direito, a precarização e terceirização de recursos humanos. Nessa concepção, tem-se a “Reforma Constitucional”, em especial a da Previdência Social, enquanto desmonte da Seguridade Social como instituída constitucionalmente.

Como exemplo de focalização da política, tem-se a centralidade no Programa Saúde da Família (PSF). Mesmo tendo sua denominação e características modificadas, nos anos 2000, para Estratégia de Saúde da Família, não sofreu alterações significativas, permanecendo como um programa de extensão de cobertura aos que não acessam a saúde pela via do mercado, as populações carentes. A mudança pretendida significa o acesso à atenção básica a toda a população e a sua articulação com os demais níveis de atendimento do SUS. Para Soares (2004 apud BRAVO, 2006, p. 107), “[...] a proposição de políticas focalizadas é ‘anti-política’ social, na medida em que permite a ‘inclusão’ não por direito de cidadania, mas por grau de pobreza, não garantindo a base de igualdade necessária a uma verdadeira política social.”

Diretamente ligada ao gasto social do governo e enquanto determinante para a manutenção da política como está, focalizada, de precarização e terceirização dos recursos humanos, a questão do financiamento é considerada a mais séria. Compõe o quadro de preocupações com relação ao financiamento e definida como a ameaça maior, a desvinculação de recursos para a saúde e educação, tendo o governo se comprometido com o FMI em estudar tal possibilidade. Trata-se da eliminação de preceitos constitucionais que obrigam, a partir de sua arrecadação, União, Estados e Municípios, ao gasto de um percentual para esses setores.

As desvinculações pretendidas são as da educação (18% das receitas da União e 25% dos Estados e Municípios). E as da saúde: o gasto do Ministério da Saúde no ano anterior, a cada ano corrigido pelo percentual de crescimento nominal do Produto Interno Bruto (PIB) do ano anterior; devendo Estados e Municípios

vincular para os gastos com saúde, 12% e 15%, respectivamente, proposta esta que ainda deve ser regulamentada pela Emenda Constitucional n. 29[17].

A constatação é de que, além de se gastar mal em saúde, também se gasta pouco: o significado de tal desvinculação é um desfinanciamento maior da saúde que, correspondendo a 3,4% do PIB, é significativamente inferior em relação a parâmetros internacionais como Argentina (4,7%), Panamá (4,8%) e Uruguai (5,1%), além de França e Alemanha (7,2% e 8,0%) respectivamente (BRAVO, 2006).

Consolidando-se de maneira segmentada, enquanto um espaço destinado aos que não acessam o subsistema privado de saúde, o SUS não se efetivou como inscrito na Constituição de 1988, público e universal

> [...] no debate interno ocorrido no governo entre os universalistas e os focalistas, esses últimos estão sendo cada vez mais fortalecidos. A defesa da primazia do Estado na saúde para o atendimento dos segmentos mais pobres da população ganha cada vez mais eco e com a pressão do desfinanciamento, a perspectiva universalista está cada dia mais longe de ser atingida. [...] O projeto de Reforma Sanitária, construído a partir de meados dos anos 1970, está perdendo a disputa para o projeto voltado para o mercado ou privatista, hegemônico a partir da década de 1990 (CFESS, 2009a, p. 13).

Tão afinadas aos ditames econômicos e financeiros internacionais, as decisões e condução da política de saúde, ainda que reconhecido o grande avanço desde sua inclusão constitucional, mediante mudança do papel do Estado nas respostas às demandas da questão social, não têm conseguido avançar na questão do acesso e integralidade da atenção, não só à atenção básica, o primeiro nível de atendimento, mas também na média e alta complexidade[18] (noticiadas filas de espera, falta de leitos, mortes evitáveis, entre outros). Problemas estes ideologicamente justificados a partir de aspectos da falta de qualidade e ineficiência, contribuindo para a descrença estabelecida tanto entre os usuários como entre os trabalhadores desses serviços, do real papel e possibilidades do setor público de saúde.

Usuários e profissionais de saúde são entendidos por Bravo e Menezes (2007) como sujeitos sem os quais o Projeto de Reforma Sanitária está derrotado.

---

[17] Editada em setembro de 2000, assegura a co-participação e os limites mínimos acima referidos de aplicação de recursos da União, Estados, Distrito Federal e Municípios no financiamento das ações e serviços de saúde pública.

[3] O atendimento de saúde, no âmbito do SUS, está organizado em níveis de atenção, seguindo uma cadeia progressiva em razão da complexidade e necessidade de atenção requerida.

Propõe-se, portanto, aumentar a capacidade de interferir nas determinações sociais da doença, para além da construção do SUS, o que tem relação direta com a retomada dos conceitos desse Projeto. Nesse sentido, afirma-se a posição dos formuladores do Projeto de Reforma Sanitária e do SUS, defensiva e apenas de resistência aos ataques ao sistema de saúde durante a década de 1990, mas, por outro lado, o surgimento contemporâneo de ações que retomam o debate, a avaliação, os desafios e os impasses a serem enfrentados para a efetivação do SUS e da Reforma Sanitária.

São eles, o 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, com o tema "SUS – o presente e o futuro: avaliação do seu processo de construção", realizado na Câmara dos Deputados Federais em junho de 2005, reunindo mais de oitocentos participantes. Dentre eles, representantes de usuários, trabalhadores da saúde, gestores, prestadores de serviços, de diversas entidades de saúde e da Frente Parlamentar de Saúde. O simpósio lançou a Carta de Brasília que documenta as propostas comprometidas com o Projeto de Reforma Sanitária e nesse sentido, com o SUS e com a Seguridade Social.

Cabe destaque entre as propostas, além da garantia do direito à saúde, da regulamentação da Emenda Constitucional n. 29 e da alocação de recursos baseada nas necessidades de saúde da população, para os seguintes pontos relevantes

> ● Definição de uma política nacional de desenvolvimento socioeconômico que garanta uma redistribuição de renda de cunho social, que recupere os níveis de emprego, com a revisão da política monetária, no sentido de promover decréscimos das taxas de juros e superávit fiscal, e redirecionamento do financiamento público para as políticas sociais públicas.
> ● Reafirmação da Seguridade Social definida na Constituição Federal de 1988 como a política de Estado brasileira de proteção social, possibilitando a construção efetiva de políticas sociais e ações integradas que assegurem os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.
> ● Avançar no desenvolvimento dos recursos humanos em saúde, especialmente em três dimensões: a) remuneração, vínculos e incentivos; b) organização dos processos de trabalho; c) formação profissional e educação permanente.
> ● Cumprimento da deliberação do Conselho Nacional de Saúde "contrária à terceirização da gerência e gestão de serviços e de pessoal do setor saúde, assim como da administração gerenciada de ações e serviços, a exemplo das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) ou outros mecanismos com objetivos idênticos".
> ● Garantir a democratização do SUS, com o fortalecimento do controle social e a regulamentação, em lei, de elementos contidos na resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 333, de 4 de novembro de 2003, que define diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamentos dos conselhos de saúde (CARTA ..., 2005, p. 2-3).

E o Fórum da Reforma Sanitária[19] que lança em 2005 o seu primeiro manifesto intitulado "Fórum da Reforma Sanitária Brasileira: reafirmando compromissos pela saúde dos brasileiros", em ato público na Câmara dos Deputados, defendendo a aprovação da Emenda Constitucional n. 29 e o orçamento em saúde. Lança mais dois documentos sendo eles "Gasto em Saúde no Brasil: É muito ou pouco?", e "O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade", sendo este último apresentado aos candidatos à eleição de 2006. A discussão de uma agenda de debates foi planejada, com a iniciativa do CEBES[20], porém os debates estão diluídos e não contam com o envolvimento dos demais movimentos sociais. (BRAVO; MENEZES, 2007).

Dentre as iniciativas que pretendem subsidiar o avanço do projeto de Reforma Sanitária, cabe ressaltar a elaboração da "Agenda para a saúde: desafios a serem enfrentados", elaborada com o objetivo de possibilitar o enfrentamento coletivo dos principais impasses encontrados na efetivação do SUS e da Reforma Sanitária brasileira. A agenda é fruto dos Seminários realizados em 2006 e 2007 pelo "Projeto Políticas Públicas de Saúde: o potencial dos conselhos no Rio de Janeiro", da Faculdade de Serviço Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). O projeto tem a coordenação da Profª Drª Maria Inês Souza Bravo, e a realização dos Seminários resultou na publicação da coletânea "Política de Saúde na Atual Conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde".

Na agenda elaborada, muitas proposições defendidas nos seminários, têm como referência a Carta de Brasília, abordada anteriormente e que, enquanto principal documento, nos dias atuais, não tem sido tomado como referência.

Entre as proposições, a defesa de uma nova ordem societária onde, com democracia, haja um deslocamento do poder em direção às classes subalternas. Quanto ao financiamento do SUS, o aprimoramento do modelo requer medidas como a regulamentação da Emenda Constitucional n. 29, impedir a aprovação da Desvinculação de Receitas da União (DRU), e a ampliação da efetividade e

---

[19] Constituído pelas seguintes entidades: a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), a Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), a Rede Unida e a Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde (Ampasa).

[20] Masson (2007, p. 54) em "A 'Terceira Via' na Reforma da Saúde Pública Brasileira, referindo-se ao CEBES, alerta "Não esqueçamos que o atual Ministro da Saúde José Gomes Temporão, com apoio de segmentos de intelectuais da saúde pública, que, como o próprio ministro, foram militantes da Reforma Sanitária, defende hoje, o regime jurídico de fundação de direito privado para o SUS."

equidade na alocação de recursos em saúde, que considere as diferenças loco-regionais e as variáveis sócio-epidemiológicas.

Propõe a ampliação da capacidade regulatória do Estado na iniciativa privada por meio da garantia de que esta seja realmente complementar ao setor público, e da extinção dos subsídios e isenções fiscais ao setor privado, assim como abolir a renúncia fiscal ou o redirecionamento desses recursos para o sistema público de saúde, nos casos em que ocorre.

Quanto ao modelo de gestão e atenção, que substitua o modelo clínico e seja centrado no cidadão de direitos, deve orientar-se por princípios como a integralidade e a participação dos usuários em todos os processos do atendimento em saúde, ampliar qualidade e capacidade resolutiva, possibilitar maior humanização do cuidado e satisfação do usuário.

Nesse sentido, deve rever a lógica vertical, fragmentada, burocratizada, clientelista e terceirizada, rumo a uma gestão pública e democrática, o que passa, entre outros, pela criação dos conselhos gestores de unidades e colegiados de gestão, agilidade gerencial, redução de custos sem comprometimento da qualidade dos serviços prestados, ampliação da capacidade de respostas efetivas às demandas, e a garantia de transparência na gestão e nos gastos.

Faz-se necessária a democratização e socialização das informações para que, com uma intervenção qualificada e propositiva haja o fortalecimento da Participação e do Controle Social articulado aos demais movimentos sociais. Ainda a articulação com o Ministério Público e outras instâncias de representação popular.

Destaca-se nas proposições da Agenda, no âmbito do avanço na gestão do trabalho em saúde

> ●Organização do processo de trabalho (novo relacionamento entre equipes com ênfase no trabalho interdisciplinar, participação dos trabalhadores na gestão, melhoria das condições de trabalho e cuidado com a saúde do trabalhador.
> ●Educação permanente dos trabalhadores de saúde com a participação dos mesmos no processo e estabelecimento de articulação entre as unidades de formação e os serviços.
> ●Estabelecimento de diretrizes para a formação em saúde voltada para o interesse público da população, *estímulo à reorientação dos currículos nas unidades de ensino para as profissões de saúde*, estabelecer critérios para a abertura de novos cursos na área da saúde. Defesa do ensino público, gratuito e de qualidade (BRAVO et al**,** 2007, p. 55-56, grifo nosso).

Essas proposições, entre outras, situam-se numa concepção do setor saúde enquanto um espaço de produção, da criação de empregos e de riqueza para a nação, isto é, de desenvolvimento, e também onde se busca os meios necessários para que as pessoas tenham melhores condições de vida e possam viver mais.

Para Feuerwerker (2007, p. 96), “[...] não existe mais, como nos tempos pré-conquista do SUS, o debate intenso, a circulação ampla de propostas, a mobilização contínua em torno de uma disputa política e ideológica que segue sendo feroz.” A autora reconhece, porém, mesmo não significando a constituição de um movimento sanitário, organizado e militante, a existência de um contingente expressivo de atores envolvidos na construção de formulações que ajudem o SUS a se aproximar de seus princípios. Apresenta na sua reflexão a hipótese de que, a concepção ampliada de saúde tem perdido batalhas justamente nos campos da política e de formulações para o sistema e para as práticas em saúde.

Essa afirmação se coaduna com a consideração de Bravo e Menezes (2007) de que a defesa dos direitos humanos e sociais, com ampliação da democracia também nas esferas econômica, política e cultural, só se viabiliza por meio de um amplo movimento de massas. A reversão do quadro de profundas desigualdades exige a redução do fosso entre as políticas sociais e a política macro-econômica.

2.3 A atuação do assistente social na saúde

Diante das proposições a respeito da política pública de saúde ora apresentadas, algumas reflexões são inevitáveis: como o processo de privatização e mercantilização das políticas sociais, de destituição dos direitos constitutivos da cidadania, instituído pelas contra-reformas do Estado brasileiro, impactam e repercutem no Serviço Social? Qual a expressão desse processo tanto em sua dimensão prático interventiva na realidade social, frente às novas demandas colocadas, como na formação profissional, tendo este, historicamente, caminhado para o posicionamento crítico frente ao conservadorismo na profissão, defrontando-se então com requisições assistencialistas, primando por subjetivismos e despolitização das demandas oriundas do trabalho?

Ao analisar a trajetória do Serviço Social na área da saúde, Bravo e Matos (2004) indicam que o Serviço Social não passa ao largo das tensões expressas no processo de instituição da política de saúde e impasses em sua implementação na atualidade. No cenário de surgimento da profissão no Brasil na década de 1930 e sua expansão, a partir de 1945, dadas as novas exigências em relação ao aprofundamento do capitalismo no país, e as mudanças ocorridas no cenário internacional no segundo pós Guerra Mundial, é concomitante a ampliação da ação profissional na saúde.

Numa referência ao fato de o Serviço Social na saúde ter se transformado no principal campo de absorção profissional, tem-se o “novo” conceito de saúde enquanto bem-estar físico, mental e social que, elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948, passa a enfocar aspectos biopsicossociais, e tem como um dos desdobramentos a ênfase no trabalho em equipe multidisciplinar. Ocorre a introdução de conteúdos preventivistas e educativos, diante da inviabilidade de se universalizar a atenção médica e social, solução racionalizadora.

Insere-se nesse contexto a consolidação da Política Nacional de Saúde no país, ocorrendo, por meio da previdência social, a ampliação dos gastos com a assistência médica, gerando uma contradição entre a demanda e o seu caráter excludente e seletivo. A atuação do assistente social se instala entre a população e a instituição hospitalar, viabilizando o acesso dos usuários aos serviços e benefícios por meio de ações como o plantão, a orientação previdenciária, triagem ou seleção, a concessão de benefícios, e encaminhamento.

A manutenção dos hospitais como lócus central da atuação dos assistentes sociais a partir da década de 1950 é expressão de que as propostas racionalizadoras surgidas principalmente nos Estados Unidos, não repercutiram no trabalho desses profissionais no Brasil. Trata-se da “medicina integral” e a “medicina preventiva”, que tiveram como desdobramentos a “medicina comunitária” nos anos 1960.

Não absorvidos nos espaços dos centros de saúde, apenas em 1975, o denominado Serviço Social Médico atuava prioritariamente com procedimentos e técnicas do Serviço Social de Casos, onde se visualizava a participação do “cliente” somente na dimensão individual, a de engajamento no tratamento.

Data dos anos 1960 o início do debate na profissão que questiona o seu conservadorismo, processo de crítica respaldado pelas ciências sociais e humanas,

tendo o “desenvolvimento” centralidade temática, processo esse abortado em 1964 pela implantação do regime militar no país.

No contexto que se segue não há o questionamento da ordem sociopolítica, ao contrário, a preocupação de que a profissão se insira numa adequação teórica e metodológica. Difundida a “perspectiva modernizadora”, esta vai influenciar o Serviço Social na saúde que sedimenta sua ação principalmente na prática curativa, por meio da assistência médica previdenciária. Além da concessão de benefícios já referida, a ênfase recai sobre as técnicas de intervenção, as atividades são burocratizadas e ocorre a psicologização das relações sociais.

No movimento de renovação do Serviço Social brasileiro ocorrido a partir de meados dos anos 1970, é possível identificar três tendências (PAULO NETTO, 2005) em disputa, expressão das forças em tensão na sociedade a partir desse período, a saber: a modernizadora com influências do funcionalismo, a de reatualização do conservadorismo com recurso à fenomenologia e a perspectiva intenção de ruptura responsável pela interlocução com o marxismo.

Essa década, ainda que signifique o início da maturidade da tendência hegemônica da categoria na academia e nas entidades representativas – a intenção de ruptura em interlocução com a tradição marxista – de crescimento na fundamentação e consolidação teórica, é entendida como um período de lacunas, necessárias de serem recuperadas. Quando se pretende alcançar avanços para a profissão na atualidade, “[...] a intervenção é uma prioridade, pois poucas alterações trouxeram os ventos da vertente intenção de ruptura para o cotidiano dos serviços” (BRAVO, 2007, p. 128).

Para a autora, ocorre um movimento simultâneo às mudanças ou alterações que se processam na conjuntura da política de saúde nessa mesma década, caracterizada por grande mobilização política, pela crise do Estado brasileiro, com a falência do modelo de saúde e a proposta de uma reforma sanitária. No entanto, evidencia-se a existência de um descompasso entre o processo de renovação do Serviço Social com a luta pela assistência pública na saúde, mesmo estando articulado às questões da época e sendo por elas influenciado. A inexistência de um nexo direto com outros debates que, como o movimento pela Reforma Sanitária, também buscavam a construção de práticas democráticas, localiza-se na abrangência do movimento da profissão, caracterizado como uma revisão interna.

Em relação à saúde, os avanços da profissão são considerados insuficientes, pois que adentra a década de 1990 desarticulada do Movimento Sanitário, e no que refere às demandas do trabalho em saúde, a produção é insuficiente; ainda, uma incipiente alteração da prática institucional. Destaca-se como avanços a postura crítica nos trabalhos apresentados nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais (1985 e 1989), a articulação do Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS) - desde 1993 denominado Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) - com outros conselhos federais da área da saúde; e a proposta de intervenção elaborada[21] para o Serviço Social do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Considerando então o contexto de consolidação do projeto neoliberal, entende-se que este se confronta tanto com o projeto de Reforma Sanitária, como com o projeto profissional hegemônico no Serviço Social, ambos construídos no processo de redemocratização brasileira, o qual impulsiona e exige transformações políticas e sociais, dentre elas a necessidade de articulação de projetos profissionais aos projetos societários.

Ao afirmar a existência de uma relação entre o Projeto Ético-Político da profissão, que defende a construção de uma nova ordem societária, a garantia de direitos sociais e a defesa da democracia social, econômica e política, aliados a uma nova concepção da profissão orientada por princípios éticos e políticos de justiça social, e o projeto de Reforma Sanitária, Bravo (2007) destaca as demandas que esse último vem apresentando ao assistente social: o acesso democrático às informações, às unidades e aos serviços de saúde, a criação de estratégias para a necessária interação entre a saúde e a realidade, o trabalho interdisciplinar e ênfase na abordagem grupal, além do estímulo à participação popular.

Importa contextualizar que, diferente do projeto profissional do Serviço Social que conseguiu, nos anos 1990, continuar o adensamento e fortalecimento na perspectiva teórica crítica, com identificadas reações à tradição marxista de pensar a profissão, o projeto de Reforma Sanitária teve, naquela conjuntura e diante da desmobilização de suas principais entidades, maior dificuldade. Sua abordagem

[21] Proposta elaborada pela Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABESS), desde 1997 designada como Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), Associação Nacional dos Assistentes Sociais (ANAS), congregava sindicatos e associações, encontra-se desativada e Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS).

teórica abrangente pautada no marxismo, principalmente Gramsci[22], é questionada por alguns autores à partir da década de 1980 ressaltando-se a necessidade de estudos do cotidiano e das práticas em saúde, contudo sem relação alguma com a política de saúde, distanciando-se da perspectiva da totalidade.

Além da sintonia de princípios entre os dois projetos como a universalidade dos direitos, a participação social, a integralidade e a importância dos determinantes sociais, os dois projetos também defendem, no que diz respeito à formação profissional, a formação generalista, no caso do Serviço Social, com especialização no nível de pós-graduação.

O debate sobre o Serviço Social na saúde precisa ser situado junto à compreensão de que é na década de 1990 que a profissão atinge sua maturidade intelectual, e é nesta mesma década, com ampliação nos anos 2000, que se identifica o início da ofensiva conservadora à tendência intenção de ruptura, ou como dito anteriormente, de reações à interlocução com a tradição marxista de pensar a profissão. Trata-se de uma crítica que não se apresenta como antimarxista, e sim apontando a falta de respostas do marxismo para o conjunto dos desafios contemporâneos colocados à profissão. Essa crítica ao projeto da profissão, claramente expresso na saúde

> [...] passa pela reatualização do discurso da cisão entre o estudo teórico e a intervenção; pela descrença da possibilidade da existência de políticas públicas e, sobretudo, na suposta necessidade da construção de um saber específico na área, que caminha tanto para a negação da formação original em Serviço Social quanto para o trato exclusivo dos estudos, na perspectiva da divisão clássica da prática médica (BRAVO, 2007, p. 141).

Para uma maior compreensão sobre o último aspecto acima, apresenta-se três expressões: a primeira trata-se de uma auto-apresentação como sanitaristas por parte de alguns profissionais, não mais se identificando como assistentes sociais ao realizarem formação em saúde pública.

A segunda expressão é a autodeterminação como Serviço Social Clínico por profissionais cujo exercício profissional tem ênfase na dimensão subjetiva. Estes têm formação em diversas abordagens clínicas (holística, bioenergética, psicodrama, terapia

[22] Assim como Berlinquer, um dos seus seguidores e autor principal da Reforma Sanitária Italiana, que teve grande repercussão no Brasil.

familiar sistêmica) e reivindicam reconhecimento do caráter clínico ou terapêutico do exercício profissional, junto às entidades da categoria e unidades de ensino[23].

E a terceira expressão apresentada pela autora refere-se à criação de entidades e de espaços de debates dedicados à produção do conhecimento de forma fragmentada, à partir das diferentes áreas de especialização da prática médica, como oncologia, nefrologia, entre outras.

A reflexão que se segue após o conhecimento dessas expressões é salutar para uma compreensão do Serviço Social na saúde e as novas demandas colocadas para a profissão: para a autora, não há questionamentos sobre a busca profissional de estudos na área da saúde, e sim quando outras atividades exercidas, como a própria gerência de unidades de saúde, não são identificadas como de um assistente social. Recorre-se a Paulo Netto, (2005): trata-se de uma concepção de que apenas as ações diretas com os usuários dos serviços, ou seja, a denominada execução terminal da política social, compreende o fazer Serviço Social, a execução do conjunto de ações historicamente atribuídas à profissão.

A ação do assistente social que situada numa perspectiva fragmentada, insere-se num contexto em que as demais profissões da área da saúde já colocam como necessária de ser superada, ressaltando-se nas novas diretrizes curriculares a importância da formação de trabalhadores para o SUS com visão generalista.

Os objetivos da profissão na área da saúde, segundo Bravo (2007) fundam-se na compreensão dos determinantes sociais, políticos, econômicos e culturais, sua interferência no processo saúde-doença e a busca de estratégias para o seu enfrentamento. O cotidiano profissional fragmentado e numa concepção de especialidades médicas, distancia-se das reais condições de vida e trabalho dos usuários dos serviços. É entendido como obscurecendo a função social da profissão na divisão social e técnica do trabalho.

Na existência de um questionamento difuso na atualidade aos dois projetos, Ético-Político do Serviço Social e o de Reforma Sanitária, Bravo (2007) afirma estar justamente na referência a estes dois projetos a determinação para a elaboração de respostas qualificadas às necessidades dos usuários. Dessa maneira, tendo como

[23] Considerando, entre outros, a Lei 8.662/93 que regulamenta o exercício da profissão e as Diretrizes Curriculares da ABEPSS (1996), é divulgada em 26/03/2010 a Resolução CFESS n. 569, que "Dispõe sobre a VEDAÇÃO da realização de terapias associadas ao título e/ou ao exercício profissional do assistente social." Na mesma ocasião em que divulga o documento “Serviço Social e Reflexões Críticas sobre Práticas Terapêuticas” a fim de contribuir para a compreensão exata da Resolução.

referência a defesa da autonomia profissional e dos dois projetos historicamente construídos, o trabalho do assistente social, que deve orientar-se pelo Código de Ética da profissão e necessariamente estar articulado aos demais segmentos que defendem o aprofundamento do SUS, passa pela formulação de estratégias e experiências que efetivem o direito social à saúde, tendo como eixo central a incorporação de conhecimentos e das novas requisições à profissão.

A atuação do assistente social na saúde é objeto de reflexão e debate na categoria e seus órgãos representativos. Dispõe de recente publicação[24] que objetiva fornecer subsídios para ampliação da reflexão das ações realizadas assim como o fortalecimento do projeto profissional. Nesse momento, reproduzem-se as proposições que indicam uma atuação do assistente social crítica e competente na área da saúde

> ● estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
> ● conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
> ● facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter a operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
> ● buscar a necessária atuação em equipe tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde;
> ● estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais;
> ● tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;
> ● elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;
> ● efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando o aprofundamento dos direitos conquistados (CFESS, 2009a, p. 17-18).

O documento, que pretende fortalecer o trabalho do assistente social na saúde, e ao mesmo tempo imprimir maior qualidade ao atendimento prestado nesses serviços, tem em vista o reflexo da configuração da política de saúde e das armadilhas para a compreensão da questão social, em diversas dimensões como

[24] Documento intitulado “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”, publicado pelo CFESS em Novembro de 2009, construído num processo de amplo debate com a categoria dos assistentes sociais.

nas precárias condições de trabalho, de todos os profissionais, e na formação profissional: “[...] amplia-se o trabalho precarizado e os profissionais são chamados para amenizar a situação da pobreza absoluta a que a classe trabalhadora é submetida” (CFESS, 2009a, p. 14).

O conjunto de atribuições e competências, considerado como em permanente construção e como um desafio aos assistentes sociais que atuam na saúde, é abordado no sentido de fortalecer o projeto ético-político profissional e a consolidação do SUS, como constituído legalmente. Pretende também uma contribuição para a defesa das políticas públicas e para a garantia dos direitos sociais, com participação social.

Considerando as mudanças ocorridas nas relações entre o Estado e a sociedade, orientadas pelo projeto neoliberal e recomendadas por organismos internacionais, a abordagem realizada sobre as ações do assistente social na saúde considera os impactos desses processos históricos expressos no âmbito econômico e das políticas. E a sua expressão no próprio Serviço Social, com demandas “atribuídas”, relacionadas à não efetivação do SUS constitucional (como a solução de problemas relacionados ao atendimento e/ou não atendimento); e outras referentes às condições de vida dos usuários nessa ordem societária como violência, desemprego e subemprego. Ressalta-se, contudo, a capacidade propositiva dos assistentes sociais, as demandas reais e potenciais.

A inserção profissional na área da saúde possibilita uma atuação apresentada em quatro grandes eixos, sendo eles:

● **o atendimento direto aos usuários:** predominam nesse eixo

- Ações socioassistenciais, que se têm constituído nas principais demandas aos profissionais. Aponta-se a necessidade de que as ações transponham o caráter emergencial e burocrático, possibilitem a reflexão sobre as condições sócio-históricas de vida dos usuários, e mobilize para a participação na defesa e luta pela saúde como direito.
- Ações de articulação interdisciplinar: destaca-se a distinção entre o profissional de Serviço Social e demais profissões no que se refere a ângulos particulares de observação e interpretação das condições de saúde dos usuários. E também a possibilidade de unidade na equipe, preservando as devidas diferenças.

- Ações socioeducativas: definidas como orientações reflexivas e socialização de informações ao usuário, família e população, realizadas em abordagens individuais, grupais ou coletivas. Recebem também a denominação de educação em saúde, e entende-se que devem constituir-se em eixo central da atuação do assistente social. Dentro do objetivo de construção de uma nova cultura, de participação e de consciência sanitária, essas ações não devem pautar-se pela perspectiva de simples adesão e subalternização dos usuários.

● mobilização, participação e controle social

Destaca-se aqui a reflexão sobre respostas coletivas aos problemas que também são coletivos. E a diferenciação do trabalho voltado para a redução de tensões do trabalho que priorize a mobilização e participação popular – com o protagonismo de usuários, familiares, trabalhadores e articulação aos movimentos sociais.

● investigação, planejamento e gestão

Aponta-se nesse eixo como perspectiva "[...] o fortalecimento da gestão democrática e participativa capaz de produzir, em equipe e intersetorialmente, propostas que viabilizem e potencializem a gestão em favor dos usuários e trabalhadores da saúde, na garantia dos direitos sociais" (CFESS, 2009a, p. 36).

● assessoria, qualificação e formação profissional

Envolvendo atividades relacionadas à equipe de assistentes sociais e demais profissionais de saúde, as atividades de qualificação e formação profissional visam o aprimoramento profissional e a qualidade dos serviços prestados. Realizam-se por meio da educação permanente aos segmentos de trabalhadores, conselheiros e representantes comunitários, como da própria gestão, estudantes e residentes da área da saúde. As atividades de formação profissional, que devem ter como preocupação central o trabalho interdisciplinar e os princípios do SUS, envolvem além da articulação com as unidades de formação acadêmica, a criação de campo de estágio, a supervisão de estagiários, assim como a participação nos programas de residência multiprofissional e/ou uniprofissional. A assessoria, numa perspectiva de emancipação dos trabalhadores e de ampliação da esfera pública, é definida como ação desenvolvida por profissional que, com conhecimento, intenta alterar a realidade que toma como objeto de estudo.

As ações são apresentadas dentro de uma proposta complementar, integrantes do processo coletivo de trabalho em saúde, independente dos níveis de atenção do sistema, a atenção básica, média ou alta complexidade.

Ressalta-se a importância do planejamento e da investigação, esta considerada como transversal ao trabalho profissional, e nesse sentido, por meio de uma análise macroscópica da questão social, conhecer a realidade "[...] que se materializa na vida dos sujeitos. A aproximação dos assistentes sociais com os usuários é uma das condições que permite impulsionar ações inovadoras no sentido de reconhecer e atender as reais necessidades dos segmentos subalternos" (CFESS, 2009a, p. 41). A "pesquisa concreta de situações concretas" é entendida como necessária ao avanço na delimitação das atribuições e competências dos assistentes sociais.

As proposições ora apresentadas se coadunam com as elaborações de Vasconcelos sobre a prática profissional do assistente social, e orientam as reflexões de Ravagnani e Oliveira (2007), quando a mesma questiona qual o caráter de uma prática mediada pelo projeto ético-político profissional e pelo Sistema Único de Saúde, fazendo um chamamento aos assistentes sociais

> É diante de políticas públicas entendidas como a possibilidade, não só de redistribuir riqueza, mas, sobretudo, de garantir a igualdade na oferta de bens e serviços públicos – em termos do acesso a um padrão mínimo de qualidade de vida para os cidadãos – que, diante do papel que vêm desempenhando historicamente na reprodução/manutenção das desigualdades sociais, pergunta-se aos assistentes sociais e demais profissionais como realizar uma prática na saúde articulada aos interesses dos trabalhadores (VASCONCELOS, 2006, p. 255).

Na perspectiva de efetivação desses projetos, a autora contribui sinalizando para estratégias e ações voltadas para a realização e ampliação de direitos: a identificação das demandas e necessidades coletivas, nem sempre explícitas, numa atenção prestada à questão social e não apenas às suas expressões fragmentadas; a prioridade às ações de promoção e de prevenção, como proposto no SUS; as ações educativas com equipe de saúde e nesse sentido o assistente social deve priorizar "[...] o sofrimento social para o fortalecimento da consciência sanitária e do controle social" (VASCONCELOS, 2006, p. 260); através de estudos e pesquisas, participar do planejamento e gestão dos serviços de saúde, e das ações de saúde do trabalhador; o resgate de uma consciência social sobre a saúde, entendida como direito do cidadão de dever do Estado.

Dentre as ações que se referem ao controle social democrático, ocupar e dinamizar os espaços dos Conselhos de política e de direitos, assim como assessorar e capacitar conselheiros com vistas à autonomia destes. Assim como contribuir para a transformação do espaço institucional em espaço público, de gestão participativa e de controle social; para transformação da informação em conhecimento, e para democratização do conhecimento; ações estas numa perspectiva de reflexão e do usuário na condição de sujeito. Uma atuação que favoreça aos usuários apropriar-se criticamente do seu cotidiano e inserir-se na luta em defesa de seus interesses é definida como uma prática reflexiva, que "[...] politiza as demandas dirigidas ao Serviço Social" (VASCONCELOS, 2006, p. 266).

O trabalho do assistente social na área da saúde tem na Resolução n. 287 de 8 de outubro de 1998[25] o reconhecimento pelo Conselho Nacional de Saúde, entre outras categorias, como profissional de saúde de nível superior. E é assim caracterizado pelo Conselho Federal de Serviço Social na Resolução n. 383 de 29 de março de 1999, ainda que não seja exclusivo da saúde. Compõe equipes interdisciplinares em diversas unidades e serviços de saúde, nos três níveis de atenção da saúde pública.

Na saúde, e em qualquer outra área do exercício profissional, há que se avançar na aproximação entre debate teórico e o exercício profissional[26]. Pensar a formação e o exercício profissional, nessa perspectiva, pressupõe pensar a vida humana na sua expressão singular e coletiva, exige desmistificar a naturalização das desigualdades e da pobreza, alicerçada no mito da modernidade e da competitividade, sem a presença do determinismo econômico. Uma reflexão teórica crítica, afinada com o projeto ético-político profissional, significa para o Serviço Social, identificar as contradições a fim de contribuir para se converter direitos concretamente definidos em realidade.

Não nos limitando à particularidade brasileira, no tocante aos trágicos efeitos da globalização e mundialização do capital e não de trabalho e direitos, é fundamental ao Serviço Social, numa referência aos fundamentos econômicos da questão social, uma análise rigorosa da realidade do mundo contemporâneo, o que

---

[25] Na Resolução são reconhecidas como profissões da área da saúde: Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

[26] Demanda esta que esteve presente na 19ª Conferência Mundial de Serviço Social, realizada de 16 a 19 de agosto de 2008, em Salvador (BA), cujo tema foi "O desafio de concretizar direitos numa sociedade globalizada e desigual".

pressupõe não ocultar os seus antagonismos e mais, no que diz respeito ao desafio de concretizar direitos, a sua relação com a luta ampliada da sociedade que convoca a todos que não aceitam a degradação da vida social[27].

Na saúde, a preocupação atenta às armadilhas colocadas pela organização social capitalista e por teorias não críticas, significa numa análise dos determinantes sociais, econômicos e culturais, a não responsabilização do usuário pela sua situação de saúde. Identificam-se as contradições existentes nas instituições e nos programas, as possibilidades de ação profissional e as demandas potenciais (IAMAMOTO, 2002 apud CFESS, 2009a, p. 40).

[27] Estamos nos referindo ao conteúdo da intervenção do Prof. Dr. José Paulo Netto na Abertura da Conferência citada anteriormente.

CAPÍTULO 3 O ENSINO DA SAÚDE NA GRADUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL

3.1 A formação de recursos humanos para a saúde e a mudança na graduação em Serviço Social

A perspectiva de consolidação do atendimento às necessidades sociais e interesses da população brasileira, e em comprometimento com os princípios do SUS, remete-nos à compreensão dos processos de formação em saúde. Para Carvalho e Ceccim (2006), o registro de diversos esforços para tornar o ensino mais próximo das necessidades dessa área, expressa uma história da mudança na graduação. Tendo como referência esses autores, situamos historicamente tal conhecimento dos processos de formação em saúde, considerando a perspectiva adotada neste estudo, onde já contextualizado o aspecto econômico, político e social das políticas públicas de saúde e de educação.

No Brasil, o ensino formal das profissões da área da saúde, até a República (proclamada em 1889), era configurado como livre para cursos como medicina, farmácia, e odontologia, auto-regulamentados, sem currículo mínimo ou diretrizes curriculares. Predominava a formação de práticos, assim como a noção de uma formação profissional realizada via prática em laboratórios ou nos serviços mesmos de assistência em saúde, e também pelo envio de estudantes para aprendizagem no exterior. O aprendizado se dava por meio do *exercício dedicado* e com os profissionais mais experientes. Serviços com legitimidade consolidada ou com quem o aprendiz estagiasse sob *supervisão*, expediam o chamado *Certificado de Aptidão*.

É anotada como um marco histórico do ensino formal das profissões de saúde a vinda da família real portuguesa, pois data de 1808 a criação, por carta régia, de duas escolas, no Rio de Janeiro e em Salvador. Os cursos de farmácia são criados nessas escolas em 1832 e a primeira escola de farmácia é aberta em 1839 em Ouro Preto. Por decreto imperial, são anexadas às escolas médicas em 1879 uma escola de farmácia, um curso de obstetrícia e um curso de odontologia. A instituição do ensino de odontologia com a expedição de título de cirurgião dentista data de 1884. Para o enfrentamento do quadro de doenças transmissíveis e para qualificar os hospitais militares dispondo de novos profissionais de saúde, é fundada em 1890 por

decreto federal, a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras no Rio de Janeiro.

Já no século XX, com a criação da Diretoria Geral de Saúde Pública em 1904 e do Departamento Nacional de Saúde Pública em 1923, considera-se por parte dos sanitaristas brasileiros, a necessidade de que a formação esteja de acordo com as necessidades sociais e em consonância com a relevância pública da mesma. Acentua-se a defesa da expansão de escolas pelo poder público, assim como a aprendizagem dos problemas nacionais de saúde em substituição ao envio de estudantes para processos de formação no exterior. A preocupação com o perfil das novas gerações profissionais tem por centralidade a capacidade de impacto dessas profissões de saúde na qualidade de vida da população, e não da proporção de diplomas expedidos (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Destaque-se que os autores citados atribuem à área hoje denominada Saúde Coletiva, dentre as áreas da Grande Área da Saúde, a preocupação com os novos perfis profissionais, e essa compreende as subáreas de Saúde Pública, Epidemiologia, Medicina Preventiva e Social, mantendo interconexão com outras subáreas[28]. E acrescentam

> Para a Saúde Coletiva, uma formação profissional em saúde não será adequada se não trabalhar pela implicação dos estudantes com seu objeto de trabalho: práticas cuidadoras de indivíduos e coletividades; práticas de afirmação da vida, sob todas as suas formas inventivas e criativas de mais saúde; práticas de responsabilidade com as pessoas e coletividades pela sua melhor saúde individual e coletiva; práticas de desenvolvimento e realização de um sistema de saúde com capacidade de proteção da vida e saúde e práticas de participação e solidariedade que tenham projetos de democracia, cidadania e direitos sociais (CARVALHO; CECCIM, 2006, p. 155).

Para os autores, o projeto de formação profissional das novas gerações se insere, em cada formação social, em um projeto de sociedade e, portanto, não pode distanciar-se do fortalecimento dos interesses da maioria populacional, assim como da democracia. É nesse sentido que concebem a necessidade de que o estudante se aproprie dos processos lógicos, saberes, meios, técnicas e métodos profissionais que orientam cada atuação profissional, mas que, para além, consigam mobilizar e transformar em atividade social e política esses saberes e práticas científicos.

[28] "Análise e Controle de Medicamentos, Análise Nutricional de População, Ecologia, Educação em Saúde, Enfermagem de Saúde Pública, Engenharia Sanitária, Odontologia Social e Preventiva, Psicologia Social, Saúde Ambiental e Saúde Materno-Infantil" (CARVALHO; CECCIM, 2006, p. 153).

Destacam, então, como imprescindível, a coerência entre a formação profissional e as exigências para cada atuação, mas também com a “[...] necessidade de democratização da participação e dos acessos da sociedade aos direitos à educação e à saúde” (CARVALHO; CECCIM, 2006, p. 156).

Caminhando na história dos movimentos de mudança na graduação das profissões da saúde, os referidos autores situam no ano de 1920 o Relatório Dawson quando da centralidade e exclusividade do hospital para o ensino e campo de habilitação, e o corpo humano como órgãos a serem reparados. Elaborado pelo médico real inglês Lorde Bertrand Dawson, esse *documento histórico* para a gestão e planejamento dos sistemas de saúde propunha a educação em saúde integrada ao sistema de saúde, e a não exclusividade do hospital no processo de formação. Sua ênfase recai não sobre a atenção especializada, hospitalar, mas sobre a incorporação das práticas de atenção básica, da rede regular de serviços.

As recomendações desse Relatório encontraram grande resistência à sua proposição de regulação estatal e, portanto, de limitação da prática liberal privatista, pois justificava e defendia o Estado como gestor e regulador das políticas públicas de saúde, a regionalização e hierarquização da rede de serviços, e a integração entre as ações de nível preventivo e curativo. Previa também a utilização do médico generalista e a instituição nos sistemas de saúde, de um primeiro nível de atenção. Suas recomendações, mesmo não adotadas no enfrentamento de resistências, conseguiram influenciar a constituição de um sistema nacional de saúde na Inglaterra ao final dos anos 1940, universalizando a atenção primária à saúde e construindo o conceito de médico generalista.

De volta ao Brasil, na década de 1920, tendo em vista a saúde da nação, a saúde pública incitava uma formação que se orientasse pelas prioridades nacionais, apontando os hospitais como o lugar da doença e da cura, o melhor lugar para a formação em assistência em saúde. A formação, orientando-se pela ciência das doenças, mantém o modelo curativo individual no ensino da saúde. Em consequência, o corpo é entendido como o território onde se evoluem as doenças, e por outro lado, a clínica se expressa como método experimental de restauração de uma suposta normalidade na saúde dos órgãos. Identificando o ensino da saúde com a pesquisa experimental emergente, o esforço de ascensão da educação superior aprofunda o paradigma biologicista.

Os anos de 1940 são marcados pela *flexnerização* ou influência do Relatório Flexner, à época, comemorado como uma educação científica de saúde. É o esforço por regulamentar a educação formal e tornar científicas as formações superiores, modificando a tendência liberal do Estado brasileiro em relação à educação superior das profissões da saúde. Elaborado pelo pesquisador norte americano Abraham Flexner, após estudos comparativos entre Estados Unidos e Canadá, entre América do Norte e Europa, conclui péssimas condições de funcionamento em grande parte de escolas médicas em 1910 e 1920. Segundo o Relatório, uma educação científica das profissões de saúde

> [...] teria base biológica, seria orientada pela especialização e pela pesquisa experimental e estaria centrada no hospital. Essa educação científica em saúde foi adquirindo caráter instrumental e de habilitação para fazeres profissionais recortados em ocupações, fragmentados em especialidades e centrados nas evidências do adoecimento diante do processo saúde-doença, em especial nas intervenções por procedimentos e com o uso de equipamentos, em que a saúde ficou compreendida como ausência de doença (CARVALHO; CECCIM, 2006, p. 153-154).

Com intervenções por uso de equipamentos, com eixo na prática individualizada e no modelo curativo de doenças, a educação superior nas profissões de saúde procede à compartimentalização e à departamentalização. Carvalho e Ceccim (2006), que afirmam a convergência e divergência do caráter social e base científica em conformidade com os interesses político-ideológicos e político-institucionais nas determinadas ordens sociais, explicam que tal organização do ensino e da formação justifica a construção, reforma e ampliação dos hospitais universitários, hospitais-escola.

A formação estrutura-se por um caráter instrumental, fazeres recortados por ocupação, embasando-se numa visão reduzida e estática de corpo, saúde, doença e terapêutica, resultando muitas vezes em uma “[...] ‘colcha de retalhos’, costurada com base em uma concepção de corpo destituído de alma e desarticulado de outros corpos, pura natureza, de comportamento supostamente invariável e explicável cientificamente pelas ciências naturais” (CARVALHO; CECCIM, 2006, p. 154).

Para Vasconcelos (2007), na atualidade, o contexto dos Hospitais Universitários é espaço onde o modelo ou paradigma flexneriano, considerado hospitalocêntrico, biologizante e positivista encontra possibilidade de permanecer hegemônico, tendo esse caráter reforçado pela ordenação neoliberal. Tal modelo

tem sido objeto de críticas tanto por parte dos defensores do SUS quanto por aqueles que, posicionando-se pela mercantilização da educação, questionam a proliferação de faculdades de medicina sem as devidas condições de oferta de uma formação de qualidade.

Em seguida, tem-se o paradigma preventivista, nos anos 1950 e 1960, onde a formação é tida como “estratégia para a transformação das práticas de saúde” (CARVALHO; CECCIM, 2006, p. 158). O Movimento Preventivista propõe o repensar dos objetivos finais de um curso de graduação na saúde, questionando-se a qualidade e que respostas seriam dadas aos problemas de saúde individuais ou coletivos, dando visibilidade aos problemas de saúde da população, perguntando não mais sobre o título a ser expedido, mas qual o trabalho esperado dos profissionais ao obterem uma habilitação profissional.

Como um movimento organizado, introduz-se a noção de mudança na educação dos profissionais de saúde, quando da reforma da educação inserindo conteúdos relativos à prevenção em saúde por meio da abertura de departamentos, disciplinas e áreas de ensino da Saúde Pública, notadamente nos cursos de medicina, enfermagem e odontologia. Destaque-se que tal reforma não procedeu a uma integração das disciplinas da área clínica com as da área da Saúde Coletiva.

A mobilização das instituições formadoras para o debate sobre o ensino da saúde pública encontra-se como um desdobramento do Movimento Preventivista. Carvalho e Ceccim (2006, p. 159) destacam a importante participação da Organização Pan-Americana de Saúde junto às instituições formadoras despontando a necessidade “[...] de uma mudança de atitude dos professores, a integração curricular e a integração do ensino com o sistema de saúde para a melhor formação dos profissionais e mais adequada participação na melhoria das condições de saúde da população.” Os autores enfatizam, porém, o distanciamento das reformas universitárias das acumulações científicas da área da Saúde Coletiva e de sua participação na organização dos sistemas de saúde, apontando para uma preocupação impermeável às necessidades de mudança, orientadas mais por aspectos internos das instituições de ensino.

Mas ocorre com o Movimento Preventivista a naturalização do aspecto psicológico e do social que, segundo Carvalho e Ceccim (2006), significa a redução dos saberes e práticas às ciências naturais, qualificando como “nobre” o conhecimento científico em saúde e como “pobre” o conhecimento das áreas de

humanidades, arte e filosofia. A noção de corpo saudável, como a de doença e de terapêutica, profundamente dominada pelo pensamento militar no poder, tinham na Educação Física o meio para o desenvolvimento de práticas de atividade física no sentido de disciplina. Por outro lado, desenvolvia-se a educação para a saúde nas comunidades e a intervenção medicamentosa sobre o corpo para todos os tipos de sintoma, esta com dispensa à escuta e ao diálogo tanto entre os profissionais e destes para com sujeitos e coletividades atendidas.

O conceito de saúde elaborado em 1946 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como expressão de “bem estar físico, mental e social” compõe o quadro das influências nas mudanças na formação em saúde, pois propõe o desapego do ensino da biologia para o estabelecimento do intercruzamento com a psicologia, as humanidades e as ciências sociais e humanas, no sentido de um projeto de formação político-pedagógico e não apenas instrumental.

Inicia-se então a construção de uma suposta didática aplicada às ciências da saúde, ao lado da introdução das tecnologias de ensino-aprendizagem que tinham em vista a modernização das escolas e do ensino. Desencadeia-se um processo de articulação entre as escolas que culmina com a constituição de Associações de escolas no país, na América Latina e no continente americano. Tendo em vista a difusão de idéias relativas à mudança na educação das profissões de saúde, a criação dessas Associações e Federações de Escolas evolui para Associações de Ensino em diversas profissões.

A ênfase na aprendizagem comunitária ocorre na década de 1970, em contraposição a um processo anterior de naturalização e idealização dos aspectos psicológicos e sociais, considerando-se a existência de uma descontextualização da história, da vida em sociedade, voltando-se os projetos de aprendizagem para os contextos culturais. Considere se tratar do auge da ditadura militar no país, e contraditoriamente o início da conformação da pedagogia da libertação de Paulo Freire, com o direito à educação popular como projeto de cidadania. E ainda a cooptação de setores da saúde e da educação, e a adaptação da formação profissional onde o foco comunitário garantia o desvio do debate sobre a resolução de problemas como acesso, controle social e financiamento da política de saúde.

As importantes reformas curriculares introduzidas com a saúde comunitária, desdobrando-se em projetos extramuros e de extensão não conseguiram, porém, alterar o modelo de ensino onde, excluindo a integralidade, dissocia a clínica com

ações de cura sobre o corpo, da saúde pública com ações de promoção e prevenção.

É nesse mesmo período que surge a crítica às relações sociais e à geração de lucro sobre a saúde da população, no sentido para além da extensão da atenção básica, da saúde comunitária, mas rumo à integralidade da atenção. Trata-se do surgimento de uma expressão crítica às práticas profissionais e à realidade social que emerge com o movimento de reforma sanitária ou Movimento Sanitário.[29]

Mudanças significativas e inovadoras marcam a década de 1980[30]. Balizadas por críticas aos modelos assistenciais, profissionais, educacionais e ao próprio desenvolvimento social, sistematizam em toda a América Latina a articulação ensino-serviço, materializando-se na rede de Integração Docente-Assistencial (rede de projetos IDA), mostrando a possibilidade de, contando com os serviços de saúde, tornar a rede de saúde uma rede-escola. Voltando-se para a integralidade no sentido de incorporar com intensidade o conteúdo das ciências sociais e humanas nas reformas curriculares, propõe a aprendizagem nas unidades básicas de saúde, extrapolando-se a aprendizagem nos hospitais. Ocorre nesse período o surgimento de novas residências multiprofissionais em saúde iniciadas com o movimento de saúde comunitária para contribuir com a formação voltada para a construção de um sistema de saúde condizente com os interesses dos usuários dos serviços, acessível e resolutivo.

A mudança nas reformas curriculares nos anos 1990 introduz como fundamental a articulação com representantes da população e aspectos formativos, para além dos conteúdos por meio dos projetos de articulação ensino-serviço-comunidade (Projetos UNI). A lógica de criação de redes locais de saúde diferencia-se da montagem de unidades-escola pertencentes às universidades, e propiciou a divulgação entre professores e estudantes de graduação do ideário da reforma sanitária.

Cabe destacar a mudança de paradigma na Enfermagem de assistência às doenças para o cuidado humano, que resulta num Movimento da Educação em Enfermagem**.**

---

[29] Conforme abordado no Capítulo 2 deste trabalho.

[30] Com destaque para a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a Constituição Cidadã (Constituição Federal de 1988), a Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde.

> O movimento da Enfermagem surge como novo paradigma curricular, preconizando uma formação como o cruzamento de competência técnico-científica com competência política; estreita relação entre processo de formação e processo de trabalho e mudança nos marcos conceituais do trabalho em saúde pela compreensão conjuntural do País e do contexto sanitário. O currículo deveria favorecer as práticas voltadas para as demandas de saúde da população, em consonância com os princípios da reforma sanitária brasileira, introduzindo na ordem do currículo os temas do cuidado, da integralidade e da reforma sanitária (CARVALHO; CECCIM, 2006, p. 163).

Nessa mesma década, destaca-se, ainda que não operacionalizado mas legando as determinações da Reforma Sanitária brasileira em substituição às determinações do Relatório Flexner, o projeto de trabalho da Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem) que, na reforma da educação nas ciências da saúde, inova em proposta. Dos debates produzidos e que influenciaram a produção de vários textos de apoio por sanitaristas brasileiros destaca-se, de uma parte, a concepção de formação orientada pelas necessidades de saúde e pela intervenção integrando ciências humanas, sociais e biológicas; não mais pelas doenças e por intervenções das especialidades médicas. De outra parte, articula-se no debate do ensino os vários segmentos interessados como profissionais, gestores do sistema de saúde, além de docentes e dos estudantes, pela primeira vez como protagonistas.

A união dos projetos UNI (articulação ensino-serviço-comunidade) aos projetos IDA (Integração Docente-Assistencial) é sistematizada e implementada na América Latina nessa mesma década, culminando com a estruturação da Rede UNI-IDA, que vem a ser depois Rede Unida, assim como a formulação de uma teoria sobre a mudança na educação das profissões da saúde rumo à superação da concepção fragmentada da atenção, à inclusão da participação dos usuários e da aproximação ensino e trabalho.

> A necessidade de ultrapassar uma profissão (um processo de mudança não se faz de maneira isolada por profissão) e um departamento (a mudança não é de conteúdo, mas de projeto de formação), a necessidade de instituir uma multiprofissionalidade (projetos intercursos de desenvolvimento e aprendizagem da atenção integral), de dar lugar aos usuários (gestão participativa dos processos de mudança) e a necessidade de ampliar a interação com o sistema de saúde (interface mundo do ensino e mundo do trabalho), caracterizam os novos rumos (CARVALHO; CECCIM, 2006, p. 164).

Os autores apresentam, nessa sequência, a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em saúde nos anos 2000, precisamente entre 2001 e 2004, rompendo com a noção de currículo mínimo para a organização dos cursos de graduação. À exceção de Medicina, Veterinária, Psicologia, Educação Física e Serviço Social, os cursos afirmam o posicionamento de que a formação esteja orientada para o sistema de saúde vigente no país, atenção integral em saúde e trabalho em equipe. Vale ressaltar que não há uma relação única de profissões da saúde sendo utilizada em toda a educação superior nacional a Tabela de Áreas do Conhecimento (Tabela Capes). Considere-se que, pelo edital n. 04/1997 do Conselho Nacional de Educação (CNE), foram agrupados os cursos por área de conhecimento, quando do chamamento para elaboração das DCN[31]. O agrupamento Ciências Biológicas e Saúde é composto por: Biomedicina, Ciências Biológicas, Economia Doméstica, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Terapia Ocupacional.

Já o Conselho Nacional de Saúde (CNS), por meio da resolução n. 287 de 08/10/1998, para fins do debate sobre a política nacional de saúde, estabeleceu a relação de Trabalhadores da Área da Saúde: Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

Dentre as profissões que fizeram referência ao sistema de saúde vigente e algumas que destacaram o Sistema Único de Saúde, tem-se a

> [...] formação de farmacêuticos, em que constou o aposto *com ênfase no SUS*, e da formação de nutricionistas e de enfermeiros, nas quais constou ainda que *a formação do profissional deve atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS*. Na profissão de enfermeiros constou o acréscimo de que o *atendimento às necessidades* sociais deve ser assegurado pela integralidade da atenção e pela qualidade e *humanização do atendimento.* Para a graduação em Educação Física e Psicologia a atenção à saúde está definida como participação na prevenção, promoção, proteção e reabilitação em saúde, segundo os seus referenciais profissionais. A psicologia definiu a atenção à saúde como o seu objetivo específico, além dos próprios de um egresso da educação superior. Para a

[31] Na Tabela Capes que se apresenta em Grande Área, Área, Subárea e Especialidades tem-se para as profissões trabalhadas pelos autores: na Grande Área Ciências da Saúde, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Saúde Coletiva e Terapia Ocupacional; na Grande Área Ciências Biológicas: Biologia Geral; na Grande Área Ciências Humanas: Psicologia; na Grande Área de Ciências Agrárias, Agronomia e Medicina Veterinária; na Grande Área Ciências Sociais Aplicadas: Economia Doméstica e Serviço Social; em Outros: Especialidades de Administração Hospitalar e Biomedicina.

> graduação em medicina veterinária, a saúde consta como *intervenção de saúde pública* e para a graduação em biologia *a atuação em prol das políticas públicas* (CARVALHO; CECCIM, 2006, p. 165, grifo do autor).

Considerada, pela primeira vez em caráter de política do SUS para o ordenamento da formação e não enquanto um programa de governo, é lançada, em junho de 2004 o AprenderSUS para o diálogo com o ensino de graduação nas profissões da área da saúde. É aprovada no Conselho Nacional de Saúde e dessa mobilização participam maciçamente, além do movimento estudantil da área da saúde, segmentos populares organizados em torno do movimento de educação popular em saúde e das Associações de Ensino das Profissões de Saúde.

Dentre as várias ações e estratégias previstas e executadas envolvendo essa política, destaca-se, entre outros, a criação do Curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde; o apoio ao movimento estudantil da área da saúde; a orientação dos cursos e apoio à pesquisa sobre o ensino da integralidade; a mobilização e divulgação de experiências nacionais.

Como uma das iniciativas do Ministério da Saúde, tem-se em 2002, o Programa de Incentivo à Mudança Curricular nos Cursos de Graduação em Medicina (Promed) que, na realidade, por meio de edital selecionou projetos para o recebimento de recursos financeiros para implementação das DCNs – dezenove projetos financiados por um prazo de três anos. Com esse caráter uni profissional, que desconsiderou parcialmente as aquisições do Movimento de Educação de Enfermagem, do Projeto Cinaem e da Rede Unida, contou com a oposição das demais profissões e de estudantes de medicina por meio da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM).

O mesmo ocorre em 2005 quando da criação do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), então contemplando os cursos de medicina, enfermagem e odontologia, sendo alvo de manifestações contrárias por parte de estudantes, professores tanto de profissões não incluídas como dos três cursos contemplados. Elaborado conjuntamente pelo Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), e pela Secretaria de Educação Superior (SESu) e Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) do Ministério da

Educação, o Pró Saúde é lançado em 03 de novembro de 2005, quando da assinatura da Portaria Interministerial n. 2.101.

Observa-se, porém que, a partir da Portaria Interministerial (Ministérios da Saúde e da Educação) n. 3.019 de 27 de novembro de 2007 ampliam-se o Pró-Saúde para demais cursos de graduação em saúde na convocação de projetos para o ano de 2008. Tal recomendação foi proposta pelo Conselho Nacional de Saúde em sua 168ª Reunião Ordinária, após análise e aprovação do Pró-Saúde pela Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH) desse Conselho, considerando os princípios da integralidade e do trabalho em equipe, e a necessidade de contemplação para projetos de todas as regiões do país.

Encontram-se, contextualizando a criação do Pró-Saúde (BRASIL, 2007a), a necessidade de correção do descompasso entre a formação dos profissionais de saúde e os princípios, diretrizes e necessidades do SUS, pretendendo a geração de conhecimento que possibilite, por meio da integração ensino-serviço, a prestação de serviços à população que contemple a abordagem integral do processo saúde-doença, para além dos avanços tecnológicos, em medicamentos e de estrutura física, formando profissionais críticos e reflexivos e transformando o processo de formação.

Desenvolvido em cooperação com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), fornece apoio técnico e financeiro e contempla três eixos, Orientação Teórica, Cenários de Prática e Orientação Pedagógica. Situa-se entre as propostas de organização de uma atenção básica resolutiva em contraposição ao modelo de saúde historicamente centrado na doença e no atendimento hospitalar. Orienta-se pela formação que supere a mera transmissão de conhecimentos, com predominância de currículos fragmentados, com pouca ou nenhuma relação com a realidade social dos usuários e que primam pela excelência técnica e formação especializada.

A ênfase na formação dos profissionais de saúde fundamenta-se ainda, entre outros como na Lei Orgânica da Saúde (LOS), no contexto histórico da política pública de saúde, enquanto tema importante no movimento da Reforma Sanitária, e no âmbito da Constituição Federal de 1988 que, em seu artigo 200, inciso III, define a competência do SUS na ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde. Ressalte-se a constituição do SUS enquanto importante empregador de profissionais da área de saúde que, nos anos 1980 empregava 265.956

trabalhadores de nível superior, número que passa para 1.448.749 em 2005 com o processo de implementação do SUS (BRASIL, 2007b). Os objetivos específicos do programa estão assim definidos

> ● reorientar o processo de formação dos profissionais da saúde, de modo a oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS;
> ● estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas, visando à melhoria da qualidade e à resolubilidade da atenção prestada ao cidadão, à integração da rede pública de serviços de saúde e à formação dos profissionais de saúde na graduação e na educação permanente;
> ● incorporar, no processo de formação da área da Saúde, a abordagem integral do processo saúde-doença, da promoção da saúde e dos sistemas de referência e contra-referência;
> ● ampliar a duração da prática educacional na rede pública de serviços básicos de saúde, inclusive com a integração de serviços clínicos da academia no contexto do SUS (BRASIL, 2007b, online).

Os estudos de Sarreta (2009) nos dão conta de que a função do Estado no tocante à responsabilidade pela formação dos trabalhadores do sistema público de saúde está presente desde o Movimento Sanitário, na realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) e perpassa a realização de todas as outras Conferências Nacionais subsequentes, sendo elas a 9ª (1992), 10ª (1996), 11ª (2000), 12ª (2003) e 13ª CNS (2007), considerando-se que essa instância de controle social iniciada em 1941 foi regulamentada em 1990, na Lei n. 8.142. A autora aborda numa perspectiva que traz presente o contexto econômico, social e político e que se coaduna com o presente trabalho, a constituição da saúde enquanto um direito de cidadania e participação dos atores sociais na efetivação desse direito, dentre os quais os trabalhadores de saúde.

Aponta como frutos dessas conferências, especificamente a 10ª e 11ª CNS, e do amplo debate sobre o aprimoramento do SUS e a ausência de uma política para os trabalhadores da saúde, a elaboração do documento “Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS)”[32] em 2003 que, pela Resolução de n. 330 do Conselho Nacional de Saúde é aplicado como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, no âmbito

[32] Acrescente-se a consideração de Vasconcelos (2008) como “extremamente curiosa” a paralisia de governos e universidade para iniciar a discussão de uma política de recursos humanos para um setor aprovado desde a Constituição em 1988, que tem desde 1998 a indicação do Conselho Nacional de Saúde das profissões de nível superior necessárias à viabilização das ações de saúde e que, direta e indiretamente, gera milhões de empregos.

do SUS. Do mesmo modo, a realização da 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRHS), que ocorre também em 1986, quando da realização da 8ª CNS, com o tema "Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária", e a 2ª CNRHS em 1993.

Na análise sobre as dificuldades e necessidade de que resultados sejam alcançados no sentido da efetividade de políticas intersetoriais em relação ao direito e à valorização do trabalho como instrumento essencial da atenção em saúde, faz referência à perspectiva neoliberal nos anos 1990

> [...] caracterizada, pelo abandono da proposta de planos de carreira profissional, pela precarização do trabalho no SUS, pela desmobilização do movimento sindical identificado na perda da importância da negociação do trabalho no SUS, pela pulverização das ações educativas e formativas no âmbito do SUS e pela proliferação de escolas de saúde. Sem dúvida, a década de 1990 pode ser denominada década perdida para os recursos humanos em saúde. Uma década marcada pela insistência de consolidar o SUS sem se preocupar com aqueles responsáveis pela produção dos serviços de saúde nas três esferas que compõem o SUS. O saldo político é uma enorme dívida social com os trabalhadores (MACHADO, 2006 apud SARRETA, 2009, p. 152).

Nessa sequência, Sarreta (2009) situa o ano de 2003 como de mudanças em razão do acúmulo de exercício democrático vivenciado pelos trabalhadores da saúde, fortalecido na 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (CNGTES) cujo tema foi "Trabalhadores de saúde e a saúde de todos: práticas de trabalho, gestão, formação e participação", buscando, para os trabalhadores, o resgate e efetivação das propostas da Reforma Sanitária. Nesse mesmo ano, a criação, no âmbito do Ministério da Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), onde as dimensões do trabalho e da educação passam a ter tratamento específico. E nesse contexto, a criação da "Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde" e a estratégia de "Pólos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde", aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde por meio da Resolução n. 335 de 27 de novembro de 2003.[33]

A estratégia da Educação Permanente em Saúde (EPS) parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que faz sentido para o sujeito; utiliza-se da

[33] Instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor pela Portaria n. 198/GM – MS de 13 de fevereiro de 2004.

metodologia da problematização – questionamentos, reflexões e proposição de soluções; parte da realidade percebida no dia-a-dia dos trabalhadores, extrapolando os conteúdos formais cristalizados. Para além de treinamentos e cursos isolados, deve ser compreendida não apenas como uma capacitação, mas como um processo, destinando-se a estimular a construção de novos saberes e práticas. Move-se pelo debate crítico e a discussão das exigências que se apresentam no cotidiano dos serviços de saúde, rumo à qualidade e humanização no atendimento (SARRETA, 2009).

A autora destaca, a partir do Relatório da 13ª CNS (2007), no tocante às competências do Ministério da Saúde quanto à capacitação dos trabalhadores da saúde, o fortalecimento da aproximação entre os Ministérios da Saúde e da Educação, enquanto solução para o distanciamento da formação e da prática, proposto nesta Conferência.

Em consonância com os princípios da Reforma Sanitária brasileira, ações vêm sendo desenvolvidas visando superar uma formação em saúde ainda predominantemente biologicista, que fragmenta os indivíduos e o atendimento em procedimentos e especialidades, tecnicista e médico centrada, rumo à integralidade e à consolidação da política de saúde a partir do conceito ampliado de saúde, como proposto na Constituição de 1988.

Essa perspectiva, que vem sendo questionada tanto pelo Ministério da Saúde como por várias associações de ensino, indica a necessidade de que, na direção dos princípios da Reforma Sanitária, a compreensão da política de saúde, seu conceito ampliado, a integralidade da atenção e o trabalho articulado entre as diferentes profissões da área da saúde componham a mudança nas graduações das profissões dessa área, o que necessita investimentos financeiros e políticos.

Dentre estas ações, tem-se a criação da SGTES, referida anteriormente que, por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) tem a responsabilidade da proposição e formulação de políticas, tanto no nível técnico como superior, referentes a formação, desenvolvimento profissional e educação permanente dos trabalhadores da saúde. Destaque-se que, objetivando uma adequação da formação profissional às necessidades de saúde da população brasileira e para o fortalecimento do SUS, constam de suas atividades a busca de integração entre os setores saúde e educação, e o apoio e fortalecimento das instituições formadoras em saúde. Especificamente, no tocante à educação

superior, atua, entre outros, em linhas de trabalho como a ação intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação para a formação e desenvolvimento de recursos humanos para a área da saúde, a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais para essa mesma área (MINISTÉRIO DA SAÚDE, online). Dentre seus principais programas, que contemplam graduação e pós-graduação, tem-se o Pró-Saúde apresentado acima. Das estratégias adotadas pela SGTES, tem-se o desenvolvimento de ações específicas por profissão, e por outro lado, ações interprofissões, realizadas por meio de parceria com associações de ensino da área da saúde.

No "Seminário Nacional sobre o SUS e as Graduações na Área de Saúde", organizado em julho de 2004 pela SGTES, essa proposta é discutida em reunião com as diversas associações de ensino, dentre as quais, a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS). Considere-se, como já abordado, que o Serviço Social é uma das profissões consideradas como da área da saúde pelo Conselho Nacional de Saúde.

Propõe-se, então, cooperação técnica com as diversas associações de ensino, e a organização destas, o que resulta na criação do Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde (FNEPAS)[34]. Esse Fórum, congregando entidades envolvidas com a educação e o desenvolvimento profissional na área da saúde, objetiva contribuir para o fortalecimento da educação permanente em saúde, impulsionando a adoção da integralidade como eixo orientador da mudança na graduação das profissões da área da saúde, através da mobilização dos vários segmentos envolvidos como unidades de ensino, gestores e profissionais de saúde, e população usuária, assim como a troca de experiências entre os diversos cursos da área. O movimento tem, através de cooperação técnica com o Ministério da Saúde, aprofundado esse debate através de suas oficinas e produções resultantes (FNEPAS, online).

[34] Criado em julho de 2004, é composto atualmente pelas seguintes entidades: Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO), Associação Brasileira de Ensino de Fisioterapia (ABENFISIO), Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (ABEP), Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), Rede UNIDA, Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa), Rede Nacional de Ensino de Terapia Ocupacional (RENETO), Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE), Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e Associação Brasileira de Ensino Farmacêutico (ABENFAR).

A pertinência da participação da ABEPSS no FNEPAS[35], assim como a apresentação de projeto para obtenção de recursos junto ao Ministério da Saúde, foi discutida pela categoria profissional durante o X Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), realizado em 2001 no Rio de Janeiro que, para a deliberação favorável considerou

> 1) a Lei n. 8.662/1993 que atribui aos assistentes sociais "elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares (art.4º); 2) a Resolução do CNS nº. 287/1998 (mencionada anteriormente); 3) a forte presença da categoria no setor saúde que constitui-se no campo de maior absorção de assistentes sociais no país; e finalmente, 4) as novas exigências à profissão frente às contra-reformas neoliberais que desfiguram o SUS (UCHÔA, 2007, p. 188).[36]

Há que se destacar o posicionamento da ABEPSS de que, preservando e fortalecendo a formação generalista e crítica, comprometida com os princípios ético-políticos da profissão, a defesa de uma política de saúde pública universal e integral faz-se no contexto da seguridade social, assim como a inserção profissional na saúde deve ser tratada no conjunto das competências da profissão (MOTA, 2006).

Importa apresentar, nesse momento, os três principais objetivos visados quando da deliberação da categoria

> 1) Contribuir para a mobilização de docentes, discentes, pesquisadores, coordenadores de graduação e supervisores de estágio para o debate, visando a estimular os processos de mudança orientados pelas diretrizes curriculares do Serviço Social (ABEPSS, 1987) e pelos princípios e diretrizes da reforma sanitária e dos princípios constitucionais da saúde (BRASIL, 1988); 2) Contribuir para a formação de sujeitos críticos e reflexivos para a efetiva construção do SUS, sob a ótica da reforma sanitária brasileira; e 3) Fomentar a produção de conhecimento relativo à formação profissional, buscando articular os programas de pós-graduação em Serviço Social no sentido de fortalecer os pesquisadores e núcleos de pesquisa relacionados às políticas sociais, particularmente a política de saúde (UCHÔA, 2007, p. 189).[37]

---

[35] Compõe o Colegiado do FNEPAS, representando a ABEPSS, Maurílio Castro de Matos e Cleusa Santos, tesoureiro da Executiva Nacional, e Cleusa Santos, coordenadora de pós-graduação da Diretoria Regional Leste na gestão 2009 – 2010 (FNEPAS, online).

[36] No que se refere à saúde enquanto maior campo de absorção profissional para o Serviço Social considere-se que estudos são necessários em razão do processo de municipalização da Política Nacional de Assistência Social e implantação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a partir de 2004.

[37] A Profª. Dra. Roberta Uchôa (UFPE, Região Nordeste) integrou, junto com docentes que representaram as seis regionais da ABEPSS, o Comitê Gestor para desenvolvimento do projeto de Cooperação Técnica com o Ministério da Saúde.

Enquanto parte do Convênio de Cooperação Técnica firmado com o Ministério da Saúde[38], a ABEPSS inicia a discussão da política de saúde na formação profissional do assistente social quando inclui a temática "saúde" na "Pesquisa de Avaliação da Implementação das Diretrizes Curriculares do Serviço Social" em 2006, inclusão de questões que tem "[...] por objetivo conhecer a realidade de ensino, pesquisa e extensão da política de saúde nas graduações e pós-graduações em Serviço Social no Brasil" (UCHÔA, 2007, p. 190).

Nesse contexto insere-se a realização, em 2006, de seis seminários regionais e um nacional sobre "Serviço Social: Interfaces com a Saúde", momento em que a ABEPSS compromete-se com a categoria em "[...] colocar a saúde como uma área estratégica na formação e capacitação dos profissionais, docentes e discentes da área do Serviço Social em conjunto com as unidades de ensino do país" (BRAVO; UCHÔA, 2007, p. 7).

Resultaram dessas oficinas, a avaliação e discussão crítica da articulação saúde/educação enquanto políticas balizadoras da formação de profissionais de saúde nos cursos de graduação e a contribuição para a mudança curricular na graduação na perspectiva de uma formação generalista e reflexiva (RAVAGNANI; OLIVEIRA, 2007).

Do projeto de Cooperação Técnica com o Ministério da Saúde, entre outras atividades, resultou a organização e distribuição de material didático sobre a política de saúde em CD e DVD, a publicação da Coletânea "Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional", publicado em 2006, e a própria publicação da edição n. 13 da revista Temporalis dedicado à política de saúde e formação profissional com o tema "Política de Saúde e Serviço Social: impasses e desafios".

A apresentação de dados consolidados sobre saúde à partir da "Pesquisa de Avaliação da Implementação das Diretrizes Curriculares do Serviço Social" realizada em 2006, são trabalhados por UCHÔA (2007) na referida revista, cuja publicação

> [...] pretende contribuir para o debate entre docentes e discentes sobre o ensino, pesquisa e extensão da política de saúde na formação dos assistentes sociais assim como subsidiar à ABEPSS no desenvolvimento de ações que possam fomentar a inclusão da política de saúde em todos os currículos das unidades de ensino do Serviço Social no Brasil (UCHÔA, 2007, p. 190).

---

[38] A apresentação de projeto ao Ministério da Saúde propondo a realização de diversas atividades, dentre as quais seminários regionais para a discussão da política de saúde na formação profissional, ocorre na gestão ABEPSS 2005/2006, sob a presidência da Prof.ª Dra. Ana Elizabete Mota.

A articulação entre o Ministério da Saúde o Ministério da Educação, através da SGTES, vem trabalhando para a implementação das diretrizes curriculares nacionais e para a mudança na formação profissional e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde, no sentido de que tal formação esteja vinculada e próxima dos princípios da integralidade da atenção prestada à população. Iniciativas desta articulação intersetorial, regulamentando o Artigo 200 da Constituição Federal que prevê a competência dos SUS *em ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde,* vêm instituir a cooperação técnica destes dois Ministérios para a formação de recursos humanos na área da saúde, tanto no nível superior como técnico, parceria instituída pela Portaria n. 2.118 de 03 de novembro de 2005 (RAVAGNANI; OLIVEIRA, 2007).

Ao tempo em que há no setor saúde o desenvolvimento de estratégias e articulações pelo Ministério da Saúde que introduz mudanças nos processos de trabalho e de formação permanente dos trabalhadores da área, quando institui em 2004 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde que prevê a valorização e o protagonismo dos sujeitos envolvidos, assim como a gestão participativa com responsabilidade compartilhada, com vistas ao desenvolvimento dialogado da autonomia, da crítica e do atendimento integral e de qualidade.

3.2 A operacionalização da pesquisa

Pensar a consolidação do projeto ético-político do Serviço Social nas várias inserções profissionais, ou mesmo nas várias dimensões de uma mesma área de trabalho, é um desafio constante aos assistentes sociais que, também inseridos na divisão social e técnica do trabalho, se posicionam pela efetivação e realização dos direitos e interesses coletivos de uma maioria da população. Maioria esta que participa da produção social da riqueza, sendo perversamente excluída de usufruir e beneficiar-se dignamente da mesma.

Maioria constituída por trabalhadores que, sem emprego protegido, resistem à naturalização de relações injustas numa sociedade que impossibilita um lugar para todos, que suga sua renda e seu trabalho. São “Trabalhadores/as que não aceitam

que sonhos e desejos sejam violados. Trabalhadores/as que sustentam o patrão e o país. Mas aos seus filhos, às vezes, não consegue dar o pão" (CFESS, 2010a, p. 2).

Em tempos de economia e pobreza globalizada, face ao domínio do capital sobre o trabalho, onde se evidencia a desconstrução dos direitos e conquistas democráticas, a autonomia e a participação assumem importância significativa e decisiva para a emancipação dos segmentos populares e fortalecimento dos processos progressistas a favor da equidade e justiça social.

Esses princípios iluminam a reflexão sobre as indagações acerca da formação profissional comprometida com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Tais indagações e inquietações movem-se pelo cotidiano de trabalho, ora objeto de pesquisa e investigação, numa perspectiva que se pretende de exercício da crítica e da reflexão, sobre a realidade concreta em que se insere a formação e o exercício profissional, no contexto de aprofundadas desigualdades sociais e modificadas condições e relações no mercado de trabalho.

A compreensão da formação profissional do assistente social enquanto espaço de reafirmação do compromisso com os interesses da população usuária dos serviços prestados, de aprofundamento da crítica coletiva voltada para a efetivação do direito, e o conjunto das reflexões ora realizadas sobre as políticas de saúde e educação, expressam o aporte teórico que torna possível a presente investigação.

Considerando na articulação dos Ministérios da Saúde e Educação e Associações profissionais a proposta de mudança na graduação das profissões da área da saúde, o objetivo principal dessa pesquisa foi conhecer qual a inserção do ensino da saúde na graduação em Serviço Social das Unidades de Formação Acadêmica (UFA) da Microrregião de Franca – SP, conforme subdivisão da ABEPSS. Decorrentes dessa propositura, os objetivos específicos foram identificar como essas UFAs estão conduzindo, na perspectiva crítica e generalista da formação, a introdução da mudança curricular. E especificamente conhecer as estratégias e ações adotadas para o encaminhamento e a articulação, no ensino superior de qualidade, da prática profissional comprometida com a consolidação da política pública de saúde.

A pesquisa de campo foi desenvolvida na subdivisão da Regional Sul II da ABEPSS, a Microrregião de Franca/SP, composta pelas seguintes Unidades de Ensino diretamente envolvidas no processo de formação profissional em Serviço

Social: Centro Universitário da Fundação Educacional de Barretos (UNIFEB), localizado em Barretos/SP; Instituto Municipal de Ensino Superior de Bebedouro "Victório Cardassi" – (IMESB-VC), localizado em Bebedouro/SP; Faculdade de História, Direito e Serviço Social da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP) – Campus de Franca/SP; Centro Universitário Barão de Mauá e Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), ambas localizadas em Ribeirão Preto/SP.

O campo de pesquisa, entendido como palco de manifestações, como recorte em termos de espaço feito pelo pesquisador "[...] se apresenta como possibilidade de conseguirmos não só uma aproximação com aquilo que desejamos conhecer e estudar, mas também criar um conhecimento, partindo da realidade presente no campo" (CRUZ NETO, 1994, p. 51).

Para Minayo (2004), a realidade social é mais rica que qualquer teoria ou pensamento que possamos ter sobre ela. Considera o aspecto qualitativo uma característica básica do objeto de qualquer investigação social das ciências sociais, o que implica considerá-lo em permanente transformação, portanto, inacabado, complexo e contraditório.

Situando a possibilidade de mudança nas sociedades humanas e a existência destas num contexto de espaço e tempo determinados, afirma que "[...] os grupos sociais que as constituem são mutáveis e que tudo, instituições, leis, visões de mundo são provisórios, passageiros, estão em constante dinamismo e potencialmente tudo está para ser transformado" (MINAYO, 2004, p. 20).

Dessa forma, orienta o processo investigativo a concepção da pesquisa enquanto indagação e descoberta da realidade, "[...] uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados" (MINAYO, 2004, p. 23). Para conhecer e compreender a formação do assistente social que, comprometido com a efetivação da política de saúde, reafirme as Diretrizes Curriculares, adotou-se uma postura teórico-metodológica de inclusão da relação teoria-prática, e que, na abordagem do real privilegiasse as necessárias conexões com os determinantes sociais, políticos e econômicos, enfim, com as relações de produção e reprodução da vida na sociedade capitalista contemporânea.

Pesquisar as condições concretas em que ocorre a formação do assistente social em sua interface com a saúde, implicou num processo exploratório em busca de antecedentes, e elementos necessários para melhor delimitação da pesquisa

(TRIVINÕS, 1987). Partiu-se para uma compreensão da construção da política de saúde no país, como processo sócio-histórico, e a constituição desta enquanto direito universal e igualitário, as contradições e lutas sociais presentes, a dimensão política e socializante que norteia esse direito. Nesse sentido, também compreender a formação profissional, em sua historicidade que caminha da sua vinculação originária a uma manutenção da ordem vigente, à construção de um projeto hegemônico de luta por ampliação e efetivação de direitos e pela construção de uma nova sociabilidade.

Ressalte-se a necessária conexão realizada com a educação superior e a contra-reforma em curso na atualidade, e a corrida por informações sobre a formação para as profissões da área da saúde, dentre as quais o Serviço Social. Nesse aspecto, foi decisivo o lançamento da revista Temporalis n. 13, que se deu na 19ª Conferência Mundial de Serviço Social, sediada no Brasil em 2008, pois novos elementos vêm compor esse quadro e ao estudo bibliográfico da presente pesquisa. Intitulada “Política de Saúde e Serviço Social: impasses e desafios”, a publicação documenta a participação da ABEPSS no já iniciado processo de mudança na graduação das profissões da área da saúde, dentre sete artigos tratando da política de saúde e formação profissional.

Privilegia-se por esse caminho, reconstruir a compreensão da realidade objeto de estudo em suas determinações históricas, seu movimento, a concepção e condução atual das políticas de saúde, educação e, especificamente, o processo de formação profissional em Serviço Social.

Nesse percurso, o estudo bibliográfico de subsídios legais e de autores compõe, com pesquisa documental, observações, coleta de dados e pesquisa de campo, a combinação necessária ao tratamento das condições concretas em que se dá na formação profissional do assistente social o ensino da saúde, e para a obtenção de informações que permitissem a construção do conhecimento nesse processo: o espaço político e contraditório das políticas sociais; a formação do assistente social orientada pelo projeto ético-político da profissão; o movimento de mudança na graduação das profissões da área da saúde e sua expressão no Serviço Social.

Segundo Triviños (1987), o conhecimento do objeto que considera a *contemplação viva* do fenômeno em sua qualidade geral, incluindo, entre outros, materiais, informações, dispositivos legais, e fundamentalmente observações; a *análise do fenômeno*, procedendo a uma penetração na sua dimensão abstrata, em suas

relações sócio-históricas, observando seus elementos e suas partes, no tempo e no espaço; e a *realidade concreta do fenômeno*, estabelecendo seus aspectos essenciais, seu conteúdo, forma e fundamento, o que nele tem de singular e geral, situa-se como um estudo que tem presente uma concepção dialética da realidade.

Nessa trajetória, uma primeira aproximação às UFAs se fez necessária no intuito de identificar a existência de disciplinas e demais atividades que, dentro de seu conteúdo programático, trabalham na formação profissional a política de saúde pública, objetivando conhecer seus conteúdos, ementas e projetos pedagógicos. Denominado como um mapeamento, nesse processo a informações prestadas identificaram a existência na atualidade do ensino da política de saúde nessa UFAs, estruturando-se de formas diversas: disciplinas específicas e relacionadas à saúde, sua presença também em atividades complementares e de extensão. No decorrer da investigação, vários contatos foram realizados oportunizando o acesso ao material identificado.

Os dados e informações coletados nessa etapa permitiram a definição dos sujeitos da pesquisa, os coordenadores dos cursos lotados nas respectivas UFAs, num total de 05 (cinco), por considerar nesse momento, a sua abrangente inserção nos cursos e não restrita a determinados níveis, uma vez que concebemos nesse estudo o ensino da saúde como possível de ocorrer no âmbito de ensino, pesquisa e extensão. As primeiras percepções e ainda primárias constatações relacionam-se à experiência profissional da pesquisadora que realiza a docência em saúde na formação do assistente social. É nesse contexto que ocorre a inclusão de mais um sujeito, significativo por se tratar de um partícipe do processo de construção dessa prática, à época, coordenador de curso, totalizando então 06 (seis) sujeitos. Uma vez definidos, segue-se na busca de respostas às indagações sobre como se realizam os processos, ações e estratégias adotadas no sentido da articulação da formação em Serviço Social e o ensino da saúde, da incorporação do arcabouço teórico-metodológico dessa política pública.

A apreensão de dados empíricos, a partir desses atores sociais diretamente relacionados ao nosso objeto, constitui-se a próxima etapa do estudo. A coleta foi realizada por meio de instrumental constituído em forma de questionário (APÊNDICE A) composto de 08 (oito) itens de identificação das UFAs, 04 (quatro) questões fechadas sobre o componente saúde, e 02 (duas) questões abertas, estas duas visando apreender o seu ponto de vista e sua concepção sobre o tema em estudo.

Após a realização de um pré-teste e devidas adequações que possibilitassem o alcance dos objetivos propostos, os questionários foram enviados por meio eletrônico e do mesmo modo devolvidos, constituindo-se em participação livre, voluntária, consentida e esclarecida quanto ao interesse, motivos da pesquisa e sua escolha enquanto sujeitos. No processo de preenchimento e devolução dos questionários apenas dois dos sujeitos, ao se encontrarem em situação de dúvidas para o preenchimento, solicitaram informações que viabilizassem a participação. Desse modo, a partir das indagações da orientadora sobre o tema e com a inclusão desses atores sociais, procura-se compreender, em caráter regional, a composição e dinâmica da mudança na graduação já iniciada em âmbito nacional.

A efetivação do direito à saúde, pública, universal e de qualidade, e a inserção profissional do assistente social no movimento pela garantia e ampliação de direitos, dentre os quais a saúde, tem amplitude e significado profundo nas condições de vida e saúde de imensa parcela da população, usuária desses serviços. Para a construção aprofundada dessa aproximação da realidade social, adotou-se, além da abordagem quantitativa, o tratamento qualitativo dos dados e conteúdos obtidos, uma vez que essa abordagem

> [...] 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, 1994, p. 21-22).

A pesquisa, enquanto uma das formas de se produzir e desenvolver o conhecimento, além de desafio no exercício de uma postura profissional crítica e reflexiva, é ainda uma possibilidade de construção e enfretamento, de superação dos impasses que se colocam hoje à profissão, na perspectiva de embate ao conservadorismo e assim explicar as lacunas do pensar e agir profissional.

Assim, para o alcance dos objetivos aqui propostos, trata-se de um recurso complementar à composição do processo, a observação participante uma vez que possibilita captar e apreender na realidade os aspectos que aos poucos se explicitam na pesquisa. O uso de tal recurso se faz em razão da lotação funcional da pesquisadora, desempenhando atividade profissional na docência em Serviço Social, na implantação e desenvolvimento da política pública de saúde; e ainda sua

participação em grupos de estudo e pesquisa dessas áreas. Considerando a possibilidade de aprendizado da política de saúde nos níveis de ensino, pesquisa e extensão, nessa investigação a inserção da pesquisadora por meio da observação participante abrangeu os três níveis, denominada participação plena ou em todas as dimensões do objeto estudado (CRUZ NETO, 1994).

3.3 Conhecendo o ensino da política de saúde na Microrregião de Franca/SP

A formação profissional em Serviço Social, na perspectiva de capacitação dos assistentes sociais para intervenção e enfrentamento da questão social, traz como princípios e diretrizes a formação de um perfil intelectual que compreenda a lógica e as leis fundamentais da organização social capitalista de exploração e dominação, sua complexidade e seu impacto nas relações sociais e sobre os indivíduos; implica em capacitação teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa.

Os desafios impostos sob os ditames neoliberais para a formação e exercício profissional remetem à defesa e reafirmação do projeto ético-político do Serviço Social que, como afirma Yazbek, inserindo a profissão na luta por direitos sociais e nos processos de construção de uma nova ordem societária, “[...] supõe qualificação e capacidade de trabalhar com a política como espaço de criação e generalização de direitos” (YAZBEK apud CRESS SÃO PAULO, 2008, p. 4).

Como já discutido por Ravagnani e Oliveira (2007), na perspectiva de mudança na graduação das profissões da área da saúde, a formação profissional comprometida com os princípios do projeto ético-político do Serviço Social, articula-se à proposta e movimento pela consolidação do Sistema Único de Saúde, enquanto política pública universal, de qualidade e de atenção integral. Ao tempo que se verifica no âmbito da profissão uma mudança nas exigências e possibilidades de respostas e inserções profissionais, assim como a necessidade de formação permanente. Para Iamamoto, referindo-se a uma tendência ao redimensionamento do perfil do assistente social, observa-se

> [...] uma transformação do tipo de atividades que foram tradicionalmente atribuídas ao assistente social, exigindo-lhe, por exemplo, cada vez mais sua inserção em equipes interdisciplinares, o seu desempenho no âmbito de

> formulação de políticas públicas, impulsionadas pelo seu processo de municipalização; o trato com o mundo da informática, a intimidade com as novas técnicas e discursos gerenciais, entre muitos outros aspectos, o que muitas vezes tem sido lido, enviesadamente, como "desprofissionalização", "perda de espaços", "restrição de suas possibilidades ocupacionais" (IAMAMOTO, 2005, p. 183).

Sua contribuição para a compreensão do trabalho e formação do assistente social nos coloca que cabe às unidades formadoras *agarrar* tais alterações, decifrando-as na qualificação de profissionais na contemporaneidade, uma vez que tal leitura expressa a dificuldade na apreensão das alterações profissionais acarretadas por processos macroscópicos. O profissional de Serviço Social *versado no instrumental técnico-operativo*, na defesa dos direitos dos sujeitos sociais e da democracia, trabalha pela participação destes nos processos decisórios, assim como em assessoria, planejamento, negociação e pesquisa (IAMAMOTO, 2005).

A formação desse profissional, crítico e propositivo, exige um perfil dotado de formação intelectual generalista e crítica, que atua na formulação e implementação de propostas para o enfrentamento da questão social, em consonância com a proposta das Diretrizes Curriculares para o curso de Serviço Social.

Definido por Vasconcelos (2006) enquanto um recurso vivo, que se transforma e fortalece suas referências mediante uma prática planejada e avaliada, o assistente social encontra na formação profissional assim definida, um processo contínuo, que fundamenta o próprio exercício da profissão sintonizado com os novos desafios impostos pela realidade social.

Mas quais são as possibilidades de articulação da formação profissional com o exercício da profissão na área da saúde? Em que contexto se insere hoje o ensino da saúde na formação do assistente social? Como se viabiliza e se expressa a proposta de mudança na graduação na microrregional da ABEPSS – Franca/SP?

A necessidade de buscar respostas a essas indagações e de reafirmarmos as Diretrizes Curriculares[39] do curso de Serviço Social, nos remete ao posicionamento dos órgãos representativos da categoria como a ABEPSS e o

[39] As Diretrizes Curriculares para os Cursos de Serviço Social foram elaboradas coletivamente sob a coordenação da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), aprovadas no âmbito da profissão em 1996, e pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) em 2001; sendo a definição das diretrizes curriculares imputada aos cursos pela nova Lei de Diretrizes e Base da Educação Nacional (LDBEN) – Lei n.9394, de 20 de dezembro de 1996.

Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) onde há o reconhecimento e caracterização do assistente social como profissional da área da saúde, e o entendimento de que não o é exclusivamente. E que, ainda que favoráveis e partícipes do processo de mudança na graduação, há uma escassez de documentos que formalizem tal posicionamento.

Diante do objetivo de conhecer a inserção do ensino da saúde na Microrregião de Franca/SP conforme subdivisão da ABEPSS cumpre esclarecer que a opção pelas UFAs selecionadas se deu pela compreensão construída pela pesquisadora sobre a formação profissional, enquanto docente nesta área de abrangência, e por considerar a posição estratégica e relevante de municípios em que se localizam tais UFAs no que diz respeito aos serviços de saúde prestados no âmbito da política pública.

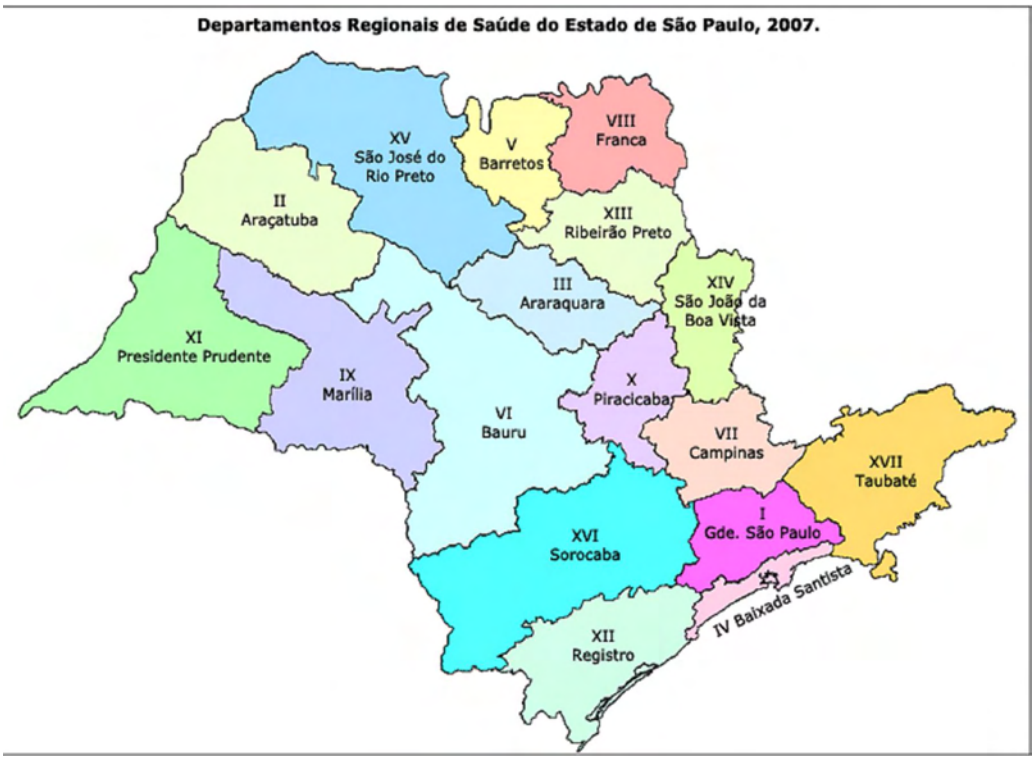
Dentre eles Franca, Barretos e Ribeirão Preto que são municípios sede de Departamentos Regionais de Saúde no âmbito da divisão administrativa estadual. Há nesses municípios a localização de centros de referência para atendimentos complexos, atendendo não só a demanda regional, mas também nacional e internacional como o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/Universidade Estadual Paulista (USP), e a Fundação Pio XII - Hospital de Câncer de Barretos.

Formado por várias instituições públicas dos três níveis de governo – União, Estados e Municípios – e pelo setor privado, contratado e conveniado em caráter complementar, o SUS tem sua organização a partir de uma rede regionalizada e hierarquizada. Tem como diretrizes a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade (BRASIL, 1990). Dessa maneira, existem ações e serviços municipais destinados ao atendimento nos municípios, ações estaduais alcançando vários municípios e as federais que se destinam ao alcance de todo o território nacional.

Nesse contexto de responsabilidade partilhada, a organização do Sistema de forma regionalizada e hierarquizada compreende, com prioridade das ações preventivas, desde que sem prejuízo das atividades assistenciais, a articulação em nível crescente de complexidade, estruturando-se em atenção básica, média e alta complexidade. Ou seja, prevê a oferta de serviços básicos, ambulatórios de especialidades e atendimento hospitalar.

A descentralização político-administrativa do SUS procede à transferência da gestão e prestação dos serviços de saúde da esfera federal para estadual e destas para a municipal, ainda que na atualidade, diversos estudos venham abordando o fato de que a autonomia não é necessariamente acompanhada de aporte financeiro adequado às necessidades dos serviços e usuários destes.

Considerando os municípios destacados quanto à sua abrangência no que diz respeito à saúde, enquanto oferta de serviços e a própria posição enquanto cenário de discussões e decisões sobre a política pública com e para tantos municípios, o mapa a seguir apresenta os 17 (dezessete) Departamentos Regionais de Saúde (DRS) responsáveis por coordenar e articular com os municípios as atividades estaduais de saúde.



Mapa 1 – Organização regionalizada da saúde no Estado de São Paulo
Fonte: Secretaria Estadual da Saúde. (SÃO PAULO, online).

Na sequência, o quadro especifica a relação de municípios que integram cada Departamento Regional de Saúde dos municípios em questão.

DRS Franca	DRS Barretos	DRS Ribeirão Preto
Aramina	Altair	Altinópolis
Buritizal	Barretos	Barrinha
Cristais Paulista	Bebedouro	Batatais
Franca	Cajobi	Brodowski
Guará	Colina	Cajuru
Igarapava	Colômbia	Cássia dos Coqueiros
Ipuã	Embaúba	Cravinhos
Itirapuã	Guaíra	Dumont
Ituverava	Guaraci	Guariba
Jeriquara	Jaborandi	Guatapará
Miguelópolis	Monte Azul Paulista	Jaboticabal
Morro Agudo	Olímpia	Jardinópolis
Nuporanga	Severínia	Luis Antônio
Orlândia	Taiaçu	Monte Alto
Patrocínio Paulista	Taiúva	Pitangueiras
Pedregulho	Taquaral	Pontal
Restinga	Terra Roxa	Pradópolis
Ribeirão Corrente	Viradouro	Ribeirão Preto
Rifaina	Vista Alegre do Alto	Santa Cruz Esperança
Sales Oliveira		Santa Rita P. Quatro
São Joaquim da Barra		Santa Rosa Viterbo
São José da Bela Vista		Santo Antonio Alegria
		São Simão
		Serra Azul
		Serrana
		Sertãozinho

Quadro 3 – Municípios Integrantes por DRS
Fonte: Secretaria Estadual da Saúde (SÃO PAULO, online).

O conceito ampliado de saúde considera as condições de vida e trabalho da população como seus determinantes e condicionantes. No processo de instituição da saúde como direito na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990), a regionalização é definida como um dos princípios que orientam a organização do SUS, ao lado da universalidade e integralidade das ações e serviços. A sua organização em regiões e prevendo colegiados de gestão, evidencia a importância da articulação objetivando a efetivação do acesso e resolutividade na atenção prestada à saúde da população (BRASIL, 2006).

A política pública de saúde na atualidade é analisada em Bravo (2006) como apresentando características de permanência da disputa entre o projeto privatista, voltado para o mercado, e o projeto da Reforma Sanitária, alternando medidas governamentais de fortalecimento e ampliação ora de um, ora de outro projeto. Observe-se, na distribuição dos estabelecimentos de saúde nos municípios da referida região a presença expressiva de instituições privadas, chegando a representar, no caso de Ribeirão Preto/SP, o triplo de instituições públicas/SUS.

Tabela 4 – Estabelecimentos de Saúde

Município	População	SUS	Total
Barretos	113.618	29	43
Bebedouro	77.630	27	43
Franca	330.938	35	100
Ribeirão Preto	563.107	87	277

Fonte: IBGE Cidades - 2006/ População estimada 2009. (MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, online).

No mundo contemporâneo, de orientação neoliberal expressa no predomínio do capital sobre as demandas do trabalho, observa-se a restrição da presença do Estado na garantia de condições dignas de produção e reprodução da vida em sociedade, e o aumento de sua participação no atendimento às demandas do capital. Na saúde isso se expressa em políticas focalizadas e reducionistas, comprometendo a efetiva universalização e nos indica a necessária construção de espaços democráticos e participativos, o que assume importância significativa no fortalecimento de políticas públicas a favor da equidade e justiça social. Em meio a tantas contradições e conflitos o Serviço Social tem se organizado e construído possibilidades concretas de enfrentar, no cotidiano, os impedimentos da (re) constituição das pessoas enquanto sujeitos.

Destacada a inserção da região no âmbito da política pública de saúde, vale acrescentar a questão agrária e sua expressão, uma vez que essa integra a conformação da realidade regional. Dos 82 (oitenta e dois) municípios que compõem a macrorregião de Ribeirão Preto, apenas 23 (vinte e três) resistem parcialmente à cultura canavieira. Considere-se o fato de esse município ter alcançado notoriedade no país e no exterior como capital do agronegócio e que, em tais condições, de

avanço tecnológico e diminuição do emprego, a problemática da riqueza que gera miséria afeta igualmente os municípios da região, com variação nos períodos de safra e entressafra com aumento, por exemplo, na demanda por cestas básicas, ou seja, por comida. Como parte da questão social, a questão agrária deve ser apreendida pelo Serviço Social a partir da análise de seus reais determinantes (SANT'ANA; SANT'ANA, 2005).

Há que se observar com profundidade o fator migração relacionado à demanda por mão-de-obra nos períodos de safra acarretando visíveis alterações na região em geral, expressando-se, para além da procura por alimentos e de noticiadas investigações e ações do Ministério Público quanto a mortes por exaustão, moradias subumanas e trabalho escravo, com reflexo no atendimento escolar, habitacional e de saúde, entre outros, todos estes campos de atuação do Serviço Social.

A formação profissional do assistente social, aspecto central desse estudo, situa-se nesse mesmo contexto neoliberal em que a educação também é mercantilizada, voltada para os interesses de mercado e que, apelando para a democratização do ensino, concretiza a lógica empresarial e produtivista no setor, tendo alcançado expansão impressionante na atualidade por meio do ensino à distância.

Neste cenário, é na idéia do lucro e da precarização da formação, e em consequência, da qualidade do trabalho profissional do assistente social, que lida diretamente com questões como a vida dos usuários dos seus serviços e os direitos, o que tem sido ideologicamente metamorfoseado em "acesso à educação", que deve ser entendida e enfrentada, pela categoria e sociedade, as implicações do ensino à distância na atualidade.

Discutir a formação profissional em Serviço Social no contexto de mudança na graduação das profissões da área da saúde significa, pois, não desconsiderar a presença das determinações mais gerais em questões intrínsecas à profissão.

A Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABPESS), com sede em Brasília/DF, que tem entre suas finalidades propor e coordenar a política de formação profissional do assistente social na perspectiva do projeto ético-político da profissão, e estimular o intercâmbio e a colaboração nacional e internacional entre as UFAs (ABPESS, online) encontra-se divida em Regionais, assim constituídas:

- Norte: Acre, Amapá, Amazonas, Maranhão, Pará, Piauí, Rondônia, Roraima e Tocantins;
- Nordeste: Alagoas, Bahia, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Sergipe;
- Centro-Oeste: Distrito Federal, Goiás, Mato-Grosso;
- Leste: Espírito Santo, Minas Gerais e Rio de Janeiro;
- Sul I: Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina;
- Sul II: São Paulo e Mato Grosso do Sul.

O mapa abaixo apresenta a distribuição das Regionais:

Mapa 2 – Unidades de Formação Acadêmica
Fonte: ABEPSS (2010).

A Regional Sul II da ABEPSS que, como as demais, deve pautar sua atuação em consonância com o plano nacional da Entidade, abrangendo os Estados de São Paulo e Mato Grosso do Sul é subdividida em 05 (cinco) microrregiões, sendo elas: Capital paulista; o chamado grande ABC e Baixada Santista; Campinas e Sorocaba; Marília; e Franca. Ressalte-se que 22 (vinte e duas) Instituições de Ensino filiadas compõem a relação detalhada da Região Sul II da ABEPSS, conforme posição

informada no site da entidade, com atualização datada de 10 de agosto de 2009 (ABEPSS, online).

Compondo a caracterização dessas UFAs, destaca-se a inserção de todas na modalidade presencial de ensino, e a criação de duas delas processada no período histórico de expansão do ensino superior em Serviço Social, situado entre os anos 2003 e 2007 (IAMAMOTO, 2007).

Tabela 5 – Ano de Criação, Modalidade de Ensino e Natureza Jurídica

UFA/Município	Ano de Criação	Modalidade de Ensino	Natureza Jurídica
UNIFEB: Barretos	2003	Presencial	Pública de direito privado
IMESB: Bebedouro	2003	Presencial	Pública
UNESP: Franca	1977	Presencial	Pública
C. U. Barão de Mauá: Ribeirão Preto	1999	Presencial	Privada
UNAERP: Ribeirão Preto	1962	Presencial	Privada

Contudo, importa reafirmar que o ensino de graduação em Serviço Social, ainda que inserido no contexto de mercantilização das políticas, de restrição dos espaços públicos de concretização de direitos como o é a política de educação, tem fortalecido no âmbito da organização e representatividade da categoria e, em consequência, nos projetos pedagógicos para a formação, a expressão e a resistência à concepção do aluno entendido como consumidor e moldado para os interesses do mercado, reafirmando a formação orientada pelo projeto ético-político da profissão.

Esclarecemos a identificação dessas UFAs que utilizaremos a seguir: UFA 1 (UNIFEB); UFA 2 (IMESB); UFA 3 (UNESP); UFA 4 (Centro Universitário Barão de Mauá); e UFA 5 (UNAERP).

Quanto ao Regime de Funcionamento, observe-se a variação entre anual e semestral, considerando-se que uma das UFAs refere e registra o processo de reestruturação transitando para a semestralidade. Nas 5 (cinco) Instituições a oferta

do curso de Serviço Social acontece no período noturno, destacando-se apenas 1 (uma) destas nos moldes diurno e noturno.

Tabela 6 – Turnos e Regime de Funcionamento

UFA	Turnos	Regime
UFA 1	Noturno	Semestral
UFA 2	Noturno	Anual
UFA 3	Diurno e Noturno	Anual
UFA 4	Noturno	Anual/Semestral
UFA 5	Noturno	Semestral

Finaliza-se a caracterização dessas UFAs identificando a sua filiação à ABEPSS, dada a importância de participação das mesmas nas discussões e implementação da política de formação profissional coordenada pela Entidade; e do mesmo modo, a possibilidade de conhecimento e participação nos processos mais amplos e decisórios concernentes à mudança na graduação nas profissões da área da saúde. A pesquisa informa estarem filiadas à ABEPSS as Unidades 3 e 5.

Identifica-se, porém, a articulação regional dessas Unidades, sendo fato expressivo a discussão sobre a Política Nacional de Estágio (PNE) que culminou com a realização da I Oficina em Estágio em Serviço Social da Microrregião de Franca/SP, realizada em 2 de setembro de 2009 em Barretos/SP. Participaram dessa Oficina 11 (onze) UFAs, num total de 231 pessoas entre docentes e discentes[40]. A discussão do então documento base da PNE realizada nas cinco microrregiões que compõem a Regional Sul II veio a constituir o material de discussão da PNE quando da realização da Oficina Regional de Graduação Sul II em 23 de setembro de 2009.[41]

Apresentamos nessa sequência, a apreensão obtida do modo como se configura o ensino da política de saúde nessas UFAs, a partir da compreensão e das

[40] Conforme: "Memórias da Primeira Oficina Articulada de Estágio da Microrregião de Franca". (GIAQUETO, 2010).

[41] A Política Nacional de Estágio da ABEPSS foi divulgada em 09 de abril de 2010. A discussão sobre a PNE foi iniciada em maio de 2009 quando lançado o documento base para o debate coletivo que se deu no âmbito das Regionais e na Oficina Nacional de Graduação, esta última realizada no Rio de Janeiro nos dias 24 e 25 de novembro de 2009, com o tema "A ABEPSS em Defesa da Qualidade da Formação em Serviço Social".

informações disponibilizadas pelos sujeitos. Faz-se necessário, contudo, proceder a uma apresentação desses sujeitos: são profissionais graduados, mestres e doutores em Serviço Social (um doutorando - S1), formados entre os anos 1971 e 1989. Desempenham na atualidade: **S1** atua como assistente social, docente e coordenador de curso de Serviço Social; **S2**, **S3** e **S4** atuam como docentes e coordenadores de curso de Serviço Social; **S5** docente, coordenador de curso de Serviço Social e consultor; **S6** (significativo) exerce as funções de assistente social e docente.[42]

A oferta de disciplinas que incluem o componente curricular saúde se faz presente em todas as UFAs, apresentando-se em uma variação entre específicas e relacionadas à área de saúde. A tabela a seguir apresenta a disposição dessas disciplinas.[43]

Tabela 7 – Disciplinas que incluem o componente curricular saúde em suas ementas

UFA	Disciplinas específicas	Disciplinas relacionadas à saúde
UFA 1	4	4
UFA 2	1	-
UFA 3	2	7
UFA 4	1	1
UFA 5	-	4
Total	**8**	**16**

Dentre as **disciplinas específicas** indicadas que, nominalmente e no conteúdo trabalham a saúde pública, tem-se “Serviço Social e Saúde”; “Serviço Social e Interdisciplinaridade: uma experiência na área de saúde”; “Saúde e

[42] Esclarecemos que a apresentação e utilização das informações prestadas pelos sujeitos no conteúdo desse estudo ocorre determinada pela ordem de recebimento dos questionários respondidos, o que não obedece à sequência de identificação das UFAs.

[43] É importante esclarecer que, tanto nas disciplinas específicas quanto relacionadas à saúde, os programas disponibilizados apresentaram variação entre os anos 2008, 2009 ou 2010, considerando que adequações sugeridas nos processos de revisão curricular internos às UFAs estão em processo de implantação, retratando a história recente da formação profissional no que diz respeito à saúde.

Cidadania"; "Serviço Social e Seguridade Social". Ressaltamos se tratarem de disciplinas que abordam o conteúdo saúde e Serviço Social:

UFA	Disciplina	Programa	Oferta da disciplina
2	Serviço Social e Saúde	Disponibilizado	4º ano (7º e 8º termos)
Tópicos presentes: A atuação profissional do Serviço Social nessa área; a Lei Orgânica da Saúde; o conceito ampliado de saúde a partir de seus determinantes e condicionantes; a saúde preventiva; a importância do controle social; inclusão social; o caráter histórico da política de saúde; a saúde como direito; o método dialético e intervenção profissional; interdisciplinaridade; humanização na saúde; Pacto pela Saúde.			
UFA	**Disciplina**	**Programa**	**Oferta da disciplina**
3	Serviço Social e Interdisciplinaridade: uma experiência na área de saúde	Disponibilizado	Optativa para um semestre – 4º ano (7º/8º termo)
Tópicos presentes: histórico da política de saúde no país; Reforma Sanitária; SUS: implantação, princípios e diretrizes; o público e o privado na área da saúde; saúde mental e trabalho: exigências da sociedade contemporânea, adoecimento e qualidade de vida; o trabalho do assistente social na área da saúde: qualificação, criatividade, desenvolvimento institucional e pessoal, reprodução e formas de organização do trabalho, produção do conhecimento; interdisciplinaridade e intersetorialidade; a prática profissional no setor público e privado.			
UFA	**Disciplina**	**Programa**	**Oferta da disciplina**
3	Saúde e Cidadania	Disponibilizado	Optativa para um semestre – 3º ano (5º termo)
Tópicos presentes: construção histórica da política de saúde; pensamento crítico sobre os determinantes sociais da saúde; Serviço Social: debate e ações relativos ao direito; Reforma Sanitária; SUS: direito, princípios, diretrizes; Lei Orgânica da Saúde; controle social; Pacto pela Saúde; saúde de segmentos específicos: trabalhador, mulher, saúde mental, criança e adolescente, homem, idoso, portadores de necessidades especiais.			
UFA	**Disciplina**	**Programa**	**Oferta da disciplina**
4	Serviço Social e Seguridade Social	Não disponibilizado	
Tópicos presentes:			

Quadro 4 - Disciplinas específicas - nominalmente e de conteúdo
Fonte: Questionários, ementa e conteúdo programático das disciplinas.

É apresentado pela UFA 1 o ensino do conteúdo da política de saúde e Serviço Social constituído em outro formato. Nesta é **tratado de maneira específica** em 4 (quatro) disciplinas, ainda que não nominalmente identificadas e nem presente nas ementas: Oficinas I, II, III e IV (todas em formato de disciplina).

UFA	Disciplina	Programa	Oferta da disciplina
1	Oficinas I, II, III e IV	Disponibilizado	3º e 4º ano (5º- 8º termo)
Tópicos presentes: As determinações sócio-históricas da política de saúde; Reforma Sanitária; a 8ª Conferência Nacional de Saúde; SUS: criação, princípios, diretrizes, implantação, descentralização, níveis de atendimento; Seguridade Social; Lei Orgânica da Saúde; o controle social; a saúde no contexto neoliberal. A atuação profissional do Serviço Social nessa área, atribuições; a formação e atuação profissional na área, orientadas pelo projeto ético-político da profissão; necessidades humanas; condições de vida e saúde da população; o trabalho em equipe interdisciplinar e com grupos na perspectiva coletiva; ações intersetoriais; a formação permanente. A Política Nacional de Humanização e Serviço Social; acolhimento e vínculo; violência no contexto social, econômico, político e cultural, trabalho profissional. Saúde mental: bases conceituais e históricas; Reforma Psiquiátrica; política nacional, a estrutura do atendimento na rede pública; a atuação do assistente social na atenção psicossocial.			

Quadro 5 - Disciplinas específicas - conteúdo
Fonte: Questionários e conteúdo programático das disciplinas.

Foram informadas, por outro lado, um número maior de **disciplinas relacionadas à saúde**, que trabalham seu conteúdo, mas **não exclusivamente**, inserida e contextualizada no âmbito das demais políticas sociais e do exercício profissional, situação presente em 4 (quatro) UFAs. São elas: “Política Social do Brasil I e II”; “Serviço Social e Legislação Social I e II”; “Trabalho Profissional: elementos constitutivos V e VI”; Política Social I, II, III, IV e V; “Oficinas de Práticas Investigativas”; “Políticas Sociais Especiais”, “Seminários Temáticos”. Algumas disciplinas indicam em seu conteúdo a abordagem de áreas específicas da saúde no processo de formação do assistente social como saúde mental e o atendimento a pessoa com deficiência.[44]

[44] A existência de disciplinas relacionadas à saúde compondo a grade curricular da UFA 2 é informada durante o mapeamento, porém, não registrada/quantificada no questionário, e não procedido o envio dos programas de ensino das mesmas.

UFA	Disciplina	Programa	Oferta da disciplina
1	Política Social do Brasil I e II	Disponibilizado	3º ano (5º termo)
Tópicos presentes: Trajetória histórica, constituição e desenvolvimento das políticas sociais no país, classe trabalhadora e papel dos sujeitos políticos; neoliberalismo, reforma do Estado e privatização das políticas sociais; a política de saúde na Seguridade Social brasileira; Lei Orgânica de Saúde – organização, implementação e efetivação do SUS; a Política de Atenção às Pessoas com Necessidades Especiais; políticas de combate à violência contra a mulher – Lei Maria da Penha.			
UFA	**Disciplina**	**Programa**	**Oferta da disciplina**
1	Serviço Social e Legislação Social I e II	Disponibilizado	2º ano (3º e 4º termo)
Tópicos presentes: Estruturação dos direitos e garantias fundamentais da cidadania; conquistas sociais na Constituição Federal de 1988; Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080 de 19/09/1990, Lei n. 8.142 de 28/12/1990).			
UFA	**Disciplinas**	**Programa**	**Oferta da disciplina**
3	Trabalho Profissional – elementos constitutivos V e VI	Disponibilizado	4º ano (7º e 8º termo)
Tópicos presentes: Mudança no mercado profissional, condições de trabalho do assistente social e respostas profissionais da categoria na saúde. Dimensões sócio-educativas do trabalho profissional - As políticas públicas contemporâneas como espaço sócio-histórico de ação do Serviço Social.			
UFA	**Disciplina**	**Programa**	**Oferta da disciplina**
3	Política Social II, III, IV e V	Disponibilizado	3º e 4º ano (5º a 8º termo)
Tópicos presentes: A constituição da proteção social no Brasil; políticas sociais no campo das políticas públicas – garantia dos diretos constitucionais, financiamento e controle social; seguridade social: a saúde como direito universal, SUS e política nacional de saúde mental; Serviço Social e políticas nacionais de proteção social, formulação e redimensionamento; políticas sociais para pessoas com deficiência.			
UFA	**Disciplina**	**Programa**	**Oferta da disciplina**
3	Serviço Social e Legislação Social II	Disponibilizado	4º ano (7º termo)
Tópicos presentes: Lei Orgânica da Saúde, direitos das pessoas portadoras de necessidades especiais.			
UFA	**Disciplina**	**Programa**	**Oferta da disciplina**
4	Oficinas de Práticas Investigativas	Não disponibilizado	
Tópicos presentes:			
UFA	**Disciplina**	**Programa**	**Oferta da disciplina**
5	Política Social I e II	Disponibilizado	3 º ano (6º termo)
Tópicos presentes: Compreensão histórica, concepções e atualidade da política social no país; política social e Serviço Social; neoliberalismo/implementação e descentralização das políticas sociais; seguridade social brasileira: redução da desigualdade social e contribuição da profissão na produção e redimensionamento do conhecimento teórico-prático; análise histórica das políticas de saúde; a Reforma Sanitária e a construção do SUS: princípios, diretrizes e desafios atuais; processo saúde-doença e interface com o processo social; SUS e as exigências para os assistentes sociais.			
UFA	**Disciplina**	**Programa**	**Oferta da disciplina**
5	Políticas Especiais	Disponibilizado	3º ano (5º termo)
Tópicos presentes: Demandas presentes na atualidade por políticas sociais e a formulação de respostas profissionais na articulação entre os campos público e privado; políticas de atenção à pessoa com deficiência, processo de envelhecimento da pessoa idosa.			
UFA	**Disciplina**	**Programa**	**Oferta da disciplina**
5	Seminários Temáticos	Não disponibilizado	
Tópicos presentes:			

Quadro 6 - Disciplinas relacionadas à saúde – não exclusivas

Fonte: Questionários, ementas e conteúdo programático das disciplinas.

A presença do conteúdo da política de saúde em **atividades complementares e demais componentes curriculares** é informada pelas 05 (cinco) UFAs, sendo indicada sua abordagem por meio de palestras, oficinas mini-curso, visitas técnicas a serviços de saúde, Semana de Serviço Social, oficinas temáticas, Semanas de Estudos, estágio curricular, Trabalho de Conclusão de Curso. Na modalidade supervisão acadêmica, aspecto indicado apenas na UFA 1, são realizadas reflexões semanais com alunos estagiários de campos como hospitais públicos, privados e unidades de saúde municipais.

Em uma das instituições de ensino (UFA 1) registra-se, ao lado da presença de atividades complementares, também a existência anterior da realização de Seminários, fóruns de discussão, palestras específicas e projetos de pesquisa voltados para a questão da saúde, por meio de parceria com a secretaria municipal de saúde e com outros cursos da área (Odontologia e Farmácia)

> Desde o início do curso houve preocupação em desenvolver ações visando trazer para a formação profissional o conteúdo da política de saúde, considerando os avanços, desafios obtidos no Brasil depois da Constituição de 1988 e também por constituir um espaço de trabalho do assistente social de reconhecida importância não somente pela categoria profissional, pelas instituições de saúde, mas principalmente, pela população usuária.
> Entre os anos de 2005 e 2008, o curso desenvolveu vários contatos, reuniões junto as UBS da cidade contando com participação dos alunos e professores através da parceria com a Secretaria de Saúde para descobrir as necessidades das Unidades Básicas de Saúde e as possíveis formas de atuação profissional do Serviço Social, e as políticas de saúde foram objeto de estudo. Consequentemente, a cada ano tivemos e, ainda temos um número significativo de TCCs que estudam as várias facetas da questão social no âmbito da saúde e sua relação com a profissão do Serviço Social (S6).

É indicado o funcionamento de **grupo de estudo e pesquisa sobre a temática da saúde** em 2 (duas) Unidades. Na UFA 3: em funcionamento o “Grupo de Estudo e Pesquisa sobre Saúde, Qualidade de Vida e Relações de Trabalho (QUAVISSS)”. O Grupo reúne pesquisadores, docentes, discentes de graduação, pós-graduação e profissionais no estudo sistemático e produção de conhecimento. No sentido do rompimento com uma visão endógena, tem se constituído com a participação de outras profissões como a psicologia. Na UFA 5 informa-se o projeto de pesquisa sobre “O uso abusivo de drogas e álcool entre estudantes universitários”, contudo, sem referência à atualidade ou não do mesmo. Nesse estudo não foi informado presença atual nem histórico de realização de grupos de

estudo e pesquisa sobre saúde em duas UFAs (2 e 4). Já a UFA 1 registra a sua existência anterior, cujo funcionamento ocorreu entre os anos de 2004 e 2008 estudando “Saúde e Serviço Social”:

> A escolha desse tema para o grupo se deu por opção da coordenação do curso, na época, tendo em vista a grande área de atuação do assistente social na saúde e a importância em aprofundar o conhecimento na área, como também, o grande interesse por parte dos alunos do curso, considerando a realidade regional da cidade (de localização da UFA) que é centro de atendimento e tratamento do câncer, possuindo não só o Hospital do Câncer, mas outros hospitais, clínicas médicas e a própria secretaria municipal e estadual de saúde que congrega vários atendimentos de saúde à população.
> Nesse sentido, a opção em criar um grupo de estudo sobre o tema saúde também expressava a necessidade de complementação das disciplinas teóricas do curso que, nenhuma delas, propunha em suas ementas a temática em pauta.
> Essa atividade de iniciação científica abriu caminhos para 11 projetos de pesquisas que foram contemplados em bolsa de estudo através do PIBIC.
> A partir de 2009, a Instituição de Ensino passou por reestruturação administrativa e financeira trazendo várias mudanças e cortes, infelizmente, a iniciação científica ganhou outro formato institucional impossibilitando a continuidade dos grupos temáticos específico do curso de Serviço Social (S6).

O desenvolvimento de **atividades de extensão** envolvendo docentes e discentes na compreensão e discussão da política de saúde encontra-se assim organizado: a UFA 1 informa o funcionamento de duas atividades “Clínica de Pacientes Especiais”, “(UFA) Aberto à Melhor Idade”; a UFA 2 afirma a inexistência dessas atividades; a UFA 3 informa uma atividade integrada ao grupo de estudos e pesquisas em funcionamento: “Conversas Interessantes”; a UFA 4 informa “atividades de extensão à comunidade” sem especificação das mesmas, e a existência anterior (2008) quando da realização do Curso de Extensão denominado “Serviço Social e Seguridade Social”, com duração de 40 horas. O “Projeto Promar e Estágio” envolvendo qualidade de vida (na cidade Jardinópolis – 20 Km de Ribeirão Preto) é informado pela UFA 5.

A afirmação sobre a necessária aproximação teoria-prática é recorrente no debate contemporâneo do Serviço Social e ao mesmo tempo justificada pelas expressivas manifestações de conservadorismo na profissão. Contudo, cabe destacar iniciativas desenvolvidas nos processos de formação do assistente social que, no atendimento em saúde a segmentos específicos, orientam-se pela perspectiva de trabalho interdisciplinar, de reflexão e estudos em equipe envolvendo docentes e discentes

> Temos o projeto de extensão “Clínica de Pacientes Especiais” em parceria com os cursos de Odontologia e Farmácia. Nessa atividade o Serviço Social trabalha de forma interdisciplinar com os demais profissionais no atendimento aos pacientes especiais e famílias.
> Existem espaços (reunião semanal para programação e avaliação das ações, seminários semestrais para reflexões sobre as políticas e diretrizes de atendimento e humanização da saúde) para reflexões e estudos da equipe que se constitui de professores e alunos dos cursos envolvidos.
> Desde o segundo semestre de 2009, o curso de Serviço Social passou a participar também do projeto de extensão do “(UFA) Aberto à Melhor Idade”. Nessa atividade, o Serviço Social pretende além de fazer todo o acompanhamento social dos alunos da Melhor Idade, incluir um grupo de estudo que visa estudar as políticas sociais voltadas para esse segmento como também das políticas de saúde, pois os idosos têm direitos sociais garantidos por lei para usufruir de todos os benefícios sociais da área de saúde para garantir a qualidade de vida, sem deixar de lado a questão da saúde pública (S6).

O tratamento das condições concretas em que se dá o movimento de mudança na graduação do Serviço Social na Microrregião de Franca/SP nos remete necessariamente a uma aproximação da compreensão dos sujeitos envolvidos na materialização dessa proposta.

Qual o significado do ensino da política de saúde em meio à perspectiva generalista da formação? Qual a apreensão sobre o significado da política pública de saúde na formação e nos espaços da prática profissional do assistente social, considerando o seu caráter socializante e emancipatório, de interesse público e coletivo?

> Entendo que a política pública de saúde precisa ser amplamente debatida, para que seu caráter universal seja defendido, pois em tempos de neoliberalismo é constante a transferência para a sociedade, para a família responsabilização dos cuidados de saúde. Noutra perspectiva, mas de igual importância se faz necessário o debate da política pública de saúde para que ela avance e se efetive cada vez mais (S1).

> A política pública de saúde, ao lado de outras políticas públicas, configura-se como um espaço fundamental de intervenção para o profissional de Serviço Social.
> Embora a política social não seja redistributiva e tampouco consiga sanar os problemas gerados no cerne da acumulação capitalista, é preciso buscar garantias para sua ampliação, contribuindo para o acesso aos direitos legalmente garantidos na Constituição. É importante ter presente que, além de espaço para a reprodução da força de trabalho, as políticas sociais configuram também espaço de expansão de direitos sociais, que de outro modo são negados à população que é obrigada a lutar por sua subsistência (S2).

> Apesar de a Seguridade Social representar um avanço, em especial a política de saúde considerada uma das áreas em que os avanços constitucionais foram mais significativos, ainda sofre influência da lógica produtivista presente na gestão das políticas sociais, com impactos nas relações de trabalho e transversalmente nas condições de trabalho dos assistentes sociais.

As referências nas diretrizes e leis nacionais não estão sendo suficientemente materializadas pelo conjunto dos trabalhadores da saúde, na perspectiva da superação da lógica mercantilista ainda presente nas políticas sociais e que nos interpela a dar respostas teórico-metodológicas e ético-políticas na direção do projeto profissional e do projeto sanitário, que apontam para mudança de paradigma que sustentam as práticas conservadoras e disciplinadoras que reforçam o entendimento de que o SUS real está muito distante do constitucional (S3).

É importante considerar que a saúde enquanto política pública e social de direito universal previsto nas legislações em geral, possibilitou historicamente a organização política da categoria, bem como o seu fortalecimento reivindicatório de direitos e um exemplo de movimento social, no que diz respeito a reforma sanitária.
No que diz respeito ao ensino acadêmico, é de extrema importância que o aluno tenha todos os conhecimentos na área da saúde pública, bem como sua trajetória histórica, conquistas, e as demandas da atuação profissional na contemporaneidade (S4).

A saúde como política pública, espaço de trabalho do assistente social, deve ser considerada tendo como referência a difícil e complexa implementação do Sistema Único de Saúde no país, nas últimas décadas. A necessidade de concretização da agenda construída pelo movimento da reforma sanitária e o rompimento com o modelo histórico centralizador, presente no Brasil, indicam o grau dessa complexidade. Se por um lado o processo democrático e de direito vivenciado nos anos 80, favoreceu as discussões políticas na área da saúde que se refletiu nos avanços da Constituição brasileira de 1988 e em mudanças objetivas no sistema, por outro vivenciamos uma profunda crise econômica. Nos anos 90 e início do século XXI, a concretização dos princípios do SUS estará em contínua tensão por diversos obstáculos estruturais e conjunturais, mas que estimularam a luta dos movimentos sociais para sua implementação em todo o país**.** O assistente social foi um dos protagonistas desta caminhada.
Em 1988, votamos a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Com ele afirmamos a universalidade, a integralidade e a eqüidade da atenção em saúde. Com ele também apontamos para uma concepção de saúde que não se reduz à ausência de doença, mas a uma vida com qualidade. De fato, a década de 1990 testemunha a passagem de um sistema extremamente centralizado do ponto de vista político, administrativo e financeiro para um cenário em que a população e os profissionais da saúde, dentre eles o assistente social, passam a se constituir atores fundamentais no campo da saúde (grifo do sujeito) (S5).

[...] considero que o profissional de Serviço Social tem que trabalhar com a informação, orientação, comunicação e socialização dos direitos sociais. Na área da saúde, esse profissional deve contribuir para que os usuários dos serviços tenham conhecimentos dos seus direitos, dos procedimentos, das normas e das possibilidades.
O assistente social deve ser um profissional bastante conhecedor da questão social que se apresenta no âmbito da saúde, da política pública de saúde que norteiam todas as ações no país para realmente contribuir para o processo emancipatório e para a efetivação da cidadania.
Nesse sentido, acredito que o assistente social precisa ser competente e essa competência depende do processo de formação profissional.
A formação dos assistentes sociais determina o perfil, a identidade e a competência profissional.
Como o assistente social conseguirá trabalhar a efetivação de direitos se ele não tem conhecimento das políticas de saúde que regem o sistema de saúde em nosso país? (S6).

O conjunto das imposições de orientação neoliberal colocadas pelo cenário internacional e pela conjuntura nacional, em consonância com as exigências da acumulação do capital que atinge tão duramente a concepção de direito e de vida digna para todos, compõem, entre outros, como os moldes de formação profissional e estrutura para o exercício diário das profissões, intensamente precarizados, fatores para a descrença numa possível nova sociabilidade, pautada na justiça e na equidade, e assim na superação da dicotomia, no caso da saúde, do SUS legal X SUS real.

Observa-se nas falas dos sujeitos, em sintonia com os órgãos representativos da categoria e diretrizes para a formação, o reconhecimento da política de saúde, em conjunto com a Seguridade Social e demais políticas, como espaço fundamental de possibilidades de atuação do Serviço Social, de realização de direitos e ampliação da cidadania. Nesse sentido, suas falas recuperam o processo histórico de construção do SUS, o conceito ampliado de saúde no contexto do Movimento Sanitário, fruto da participação e do protagonismo da população, profissionais de saúde e dos assistentes sociais em particular.

A política de saúde está situada também nos limites da ordem capitalista que precariza, entre outros, as condições de trabalho dos assistentes sociais. E nesse sentido ocorre a indicação, expressa pelos sujeitos, do necessário conhecimento aprofundado da questão social em suas amplas e particulares manifestações, assim como a compreensão da política de saúde e demandas atuais à profissão, para a construção de respostas adequadas nessa área de atuação. Na relação indicada entre competência e formação, consideramos em sintonia com essas falas, que essa construção de respostas profissionais está fundamentalmente condicionada à opção pelo projeto ético-político da profissão e pelo projeto de Reforma Sanitária enquanto orientadores da formação e da prática profissional.

A defesa e efetivação da saúde como direito de todos e dever do Estado passa pela identificação e leitura também das manifestações aparentes e imediatas da questão social, assim como necessita de mediações e conexões para a apreensão de sua natureza, obscurecida e enraizada na ordem capitalista, de exploração do homem pelo homem. Vasconcelos (2007, p. 178) nos lembra que a dificuldade crítica, movida por questões teóricas, em relação à administração da coisa pública na ordem capitalista, leva os profissionais à “[...] grande chance de aderir às reformas neoliberais contribuindo para fortalecer propostas de desmonte

ou enfraquecimento do Estado, de privatização e de centralidade do mercado como critério de organização da sociedade."

Valemo-nos, então, das construções dessa autora sobre a formação de recursos humanos e a prática na área da saúde, para quem, o desconhecimento das verdadeiras causas da crise da saúde pública, da diferença ético-política e teórico-prática dos projetos de saúde antes e pós Constituição de 1988, da importância do Movimento da Reforma Sanitária que teve a luta pela transformação da saúde brasileira mediada pela luta para uma transformação na sociedade, são fatores que aproximam os profissionais de saúde do senso comum, que acabam por difundir a idéia de que o que é público é inevitavelmente ruim, desqualificando o SUS.

A necessidade de superação das práticas conservadoras e disciplinadoras, de responsabilização das famílias e a não materialização do direito à saúde no tocante à ação realizada pelo conjunto dos trabalhadores da área, expressa nas falas dos sujeitos, relaciona-se, entre outros, à hierarquia historicamente construída e que autoriza a centralização de decisões na categoria médica. Uma vez reconhecida pelos demais profissionais, esta os mantém numa condição de subalternidade. Nesse sentido, relaciona-se a orientação adotada para a formação profissional e o seu significado para uma inserção da categoria em condições de subalternidade ou não nessa área de atuação

> Acredito também que a forma que é conduzida essa temática na formação profissional poderá contribuir para que os assistentes sociais se sintam mais ou menos fortalecidos e legitimados enquanto profissionais da área da saúde, conseguindo garantir uma relação mais ou menos subalterna nas equipes de trabalho nos espaços de atuação profissional na área de saúde, considerando outros profissionais desta área (S6).

Segundo Vasconcelos (2007), inserindo-se na prática na saúde como um profissional *não-médico* ou *para-médico*, complementar e subsidiário, os demais profissionais reproduzem com os usuários dos serviços uma relação em que estes são tidos como um objeto a ser modificado por um sujeito que pensa. Dessa maneira, sua inserção no SUS não se dá pela garantia da integralidade da atenção à saúde com participação social, pelo que chamados a assumir por suas atribuições e competências, nem pela responsabilidade de decisões e de escolhas compartilhadas entre as várias profissões.

Insere-se nesse contexto a diferença salarial que, no capitalismo é funcional ao sistema. Este, que dá preferência às fusões, estimula entre os profissionais a competição, o individualismo, rivalidade, fragmentação com despolitização, servindo então como braço da elite dominante, instrumento de dominação. E ainda o corporativismo que, no contexto de transformação do direito à saúde em mercadoria e do cidadão em consumidor, a opção e migração para planos privados de saúde, ou seja, o pagamento duplo pelo que se constitui um direito constitucional, muito interessa e beneficia determinados segmentos profissionais[45].

Essa concepção da saúde enquanto campo privilegiado da luta de classes nos informa a dada possibilidade de que a prática dos profissionais resulte em conformismos e aparente neutralidade, ou, por outro lado, em ações de ruptura com o conservadorismo. Afirma a necessária conexão orgânica entre as profissões da área, com os setores progressistas, organizados e os desorganizados na defesa de uma Seguridade Social ampliada. Romper com a ideologia da *ajuda*, com o corporativismo e particularismo, com a desresponsabilização, em compromisso com os interesses e necessidade das classes trabalhadoras, significa aos profissionais de saúde combinar resistência nos espaços da prática com a ação que contribua com a organização política para romper com uma solidariedade abstrata para uma opção pela solidariedade de classe. Para tanto,

> [...] faz-se necessária a transformação dos espaços ocupados pelas diferentes categorias profissionais de nível superior na saúde, de espaços históricos de controle, dominação e busca de consenso e consentimento em espaços de exercício de relações democráticas, de organização e de luta política para resgate do potencial revolucionário, inovador e de rebeldia frente à ordem vigente, presente no cotidiano dos segmentos populares e, frequentemente, dirigido ao seu igual ou possível aliado, mas não a seu antagonista, a classe proprietária dos meios essenciais de produção (VASCONCELOS, 2007, p. 153).

Entendemos o espaço da formação profissional como lócus privilegiado para desvendar essas armadilhas na compreensão da política e do papel profissional que, para trabalhar o exercício de práticas democráticas no desempenho profissional, necessita antes compreender e vivenciar tais experiências: também o trabalhador da área da saúde reconhecer o seu igual e possível aliado.

---

[45] Vasconcelos (2007) assinala que, ainda que se constitua em mercado de trabalho promissor para a maioria das profissões de saúde, é na própria Constituição Federal de 1988, em seu Artigo 199, que a saúde, mesmo que de forma complementar, consta como livre à iniciativa privada.

A relação entre universidade e serviços de saúde constitui-se, então, fundamental para a construção de novos modelos assistenciais, de gestão, e de formação de recursos humanos, desafio colocado com a própria estratégia colocada pelo SUS em que a atenção básica em saúde foi eleita como eixo organizador do sistema de saúde. A formação de recursos humanos voltados para a afirmação do SUS pressupõe a preparação teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, no sentido da formação intelectual e não apenas técnica, uma vez que esta última, objetivando a intervenção num determinado campo de ação com a máxima eficácia operativa, prioriza o treinamento técnico-operativo.

> Gostaria de dizer que esse debate sobre a saúde pública é necessário e atual, que precisa haver envolvimento dos discentes, docentes e assistentes sociais na luta pela defesa dessa política, e que os cidadãos brasileiros serão os maiores beneficiados. Claro que não deve ser uma bandeira apenas nossa, mas de toda a sociedade brasileira na busca de um País mais justo, mais humano e igual (S1).

> [...] na formação profissional do assistente social, as políticas sociais e especificamente a política de saúde ocupa um lugar de extrema importância, pois configura-se um dos espaços privilegiados de intervenção do profissional de Serviço Social, que pode trabalhar no sentido de viabilizar seu caráter socializante e emancipatório, de interesse público e coletivo. Penso que na formação do assistente social, as políticas sociais não devem ser tratadas de forma fragmentada, mas como elementos constitutivos de uma totalidade; por outro lado, cada área traz algumas especificidades que também não podem deixar de ser abordadas e este é um cuidado que o colegiado do curso de Serviço Social (da UFA pesquisada) vem tendo, ao longo do processo de avaliação curricular, que em nossa UFA, é contínuo e permanente. Estamos abertos, neste sentido, para novas e possíveis construções curriculares (S2).

> O projeto de formação profissional do curso de Serviço Social (da UFA) ancorado no Projeto Ético-Político da profissão, busca oferecer formação sólida, competente para intervir nas manifestações da questão social, decifrando os novos tempos e reafirmando a importância e a necessidade social da profissão, em uma conjuntura marcada pelo desmonte das políticas sociais públicas, em nome do mercado, desrespeito aos direitos humanos, precarização das condições de vida e trabalho e um regressão das conquistas sociais. É nesta conjuntura que devemos fortalecer o trabalho dos assistentes sociais na saúde e em outros espaços sócio-ocupacionais (S3).

> Quero reforçar que no estudo das políticas sociais e questão social, o docente poderá reforçar a política da saúde, suas expressões hoje, perspectivas e políticas nacionais e internacionais que direcionam ações e muitas vezes precarizam os atendimentos e direitos do usuário (S4).

> Como (o assistente social) conduzirá essa política se ele não teve no processo formativo o acúmulo de conhecimentos teóricos e práticos sobre os mecanismos políticos e econômicos que estão envolvidos em cada município com o sistema de saúde? Nesse sentido, torna-se imprescindível a inserção de disciplinas que tratem especificamente o conteúdo da política

> de saúde para possibilitar um aprofundamento teórico em torno dessa política de saúde no Brasil e que os profissionais tenham conhecimento suficiente para assumirem com responsabilidade e compromisso a materialização da política de saúde contribuindo efetivamente para a socialização dos direitos e para emancipação.
> Na minha experiência de docente e na relação interdisciplinar com os profissionais da farmácia e odontologia (da UFA) percebi que as outras áreas profissionais estão se mobilizando e organizando para incluírem nos currículos dos cursos de graduação a política de saúde, pois esses profissionais vão atuar diretamente nos espaços que se concretizam essas políticas. Os outros cursos ligados à área de saúde estão introduzindo seus alunos em ações de extensão e projetos de pesquisas visando garantir a apreensão da política de saúde no processo formativo, acreditando e apostando na formação de profissionais competentes (S6).

A formação do assistente social em sua interface com a política de saúde é reconhecida pelos sujeitos no sentido da necessária inclusão de aportes teóricos, por meio de disciplinas específicas que possibilitem, no conjunto das atribuições profissionais, uma formação comprometida com a materialização do direito em oposição à lógica do mercado, *ancorada* pelo projeto ético-político da profissão.

No sentido do controle social, da participação e do debate ampliado, verifica-se a posição dos sujeitos de que o reconhecimento da saúde como direito compõe a concepção de uma sociedade mais justa e humana. Portanto, a necessária articulação e o reconhecimento das necessidades dos usuários envolvendo docentes, discentes e assistentes sociais não deve se restringir a essa categoria. Essa integração no enfrentamento do desmonte de direitos se reflete nas suas falas quando se posicionam também pelo fortalecimento do trabalho do assistente social na saúde e demais espaços sócio-ocupacionais, nos processos de formação profissional.

Assim, a formação de nível superior para a área da saúde deve orientar-se para a construção de profissionais críticos, reflexivos, conscientes e criativos, articulados, que tomem como objeto de conhecimento as reais necessidades da população usuária dos serviços e que, apropriando-se do sentido do Movimento da Reforma Sanitária, do qual o SUS é fruto, reconheçam a saúde como direito universal e com controle social. Este, “[...] no sentido de controle da sociedade sobre o Estado, a partir da efetiva “participação da comunidade”, em respeito ao princípio

constitucional de que o cidadão pode exercer o poder diretamente ou por pessoas eleitas por ele (VASCONCELOS, 2007, p. 154)[46].

Trata-se de uma formação que permita ultrapassar os limites da cotidianidade, o que certamente resulta em uma compreensão de saúde para além de bem-estar físico, social e mental como concebida pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Uma prática profissional mediada pelo SUS e suas origens no projeto de Reforma Sanitária fica impossibilitada sem a compreensão dos mesmos e de suas referências ético-políticas, restringe-se às demandas espontâneas e explícitas.

Uma formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde, assim comprometida com sua efetivação, situa-se na atualidade totalmente antagônica aos preceitos neoliberais, em contexto político e econômico marcadamente desfavorável. Para além da compreensão dos limites de financiamento do SUS e da Seguridade Social, contingenciado para fins políticos e econômicos, e da saúde como direito ao tratamento de doenças, os desafios colocados para a formação profissional em saúde, graduada e permanente, implicam na mobilização e organização social, a existência e o fortalecimento de espaços efetivamente públicos. E que, fundada em sólida base ético-política, permita escolhas conscientes e uma ação pensada, a articulação entre projetos profissionais a um projeto de nação orientado pelos interesses públicos e coletivos.

Esse projeto de formação requisita ainda a relação indissociável com a produção científica que, dando sustentabilidade para a prática profissional, esteja firmada na concepção de desenvolvimento e produção nacional, em detrimento da atual adaptação e importação de tecnologias.

Nessa perspectiva, a unidade dialética entre teoria e prática, coloca referências concretas para a ação e permite, à partir da reconstrução permanente do movimento da realidade objeto da ação profissional, um exercício profissional consciente e crítico, politizado, rumo a qualificadas conexões com essa mesma realidade claramente definida pelos sujeitos como de desrespeito aos direitos humanos e de desmonte das políticas sociais públicas. Explicita-se nessas falas a compreensão do necessário reconhecimento social da profissão e que, resguardadas as especificidades das várias políticas sociais, o seu tratamento,

---

[46] Na saúde, os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde nas três esferas de governo, conforme disposto na Lei Orgânica da Saúde n. 8.142 de 1990, são espaços, ainda que insuficientes, de controle por parte dos usuários, profissionais e gestores.

assim como a participação dos vários atores sociais, não deve acontecer de maneira fragmentada.

A compreensão crítica do mundo contemporâneo e das possibilidades profissionais nos remete ao rompimento com o corporativismo profissional, articulando nossa prática e nossa reflexão às demais categorias que também se confrontam com a questão social. Para a ampliação dos espaços profissionais, necessário se faz conhecer e aprender com outras profissões, nos apresentar e ensinar nosso acúmulo alcançado (PAULO NETTO, 2008).

No contexto de acirradas desigualdades e injustiças sociais, que se refletem também nas condições de trabalho, a categoria profissional dos assistentes sociais encontra-se diante da necessidade de efetivo posicionamento crítico sobre a realidade concreta em que se dá a formação e o exercício profissional, realidade esta decifrada mediante a necessária postura crítica, investigativa e propositiva.

Para Guerra (2007, p. 8), analisando as condições atuais do exercício profissional,

> [...] depreende-se que há uma interferência da lógica do capital na forma, no modus operandi, no conteúdo e no resultado do exercício profissional, que se limita, em muitos casos, ao cumprimento de rotinas burocráticas e de metas institucionais, influenciando nas funções, qualidade e competência do trabalho profissional, estabelecendo normas específicas e, até mesmo, à luz da lógica mercadológica, define-se as necessidades de capacitação, o ritmo e a intensidade do trabalho e os recursos (técnicos, financeiros, institucionais) disponíveis para realização das ações profissionais.

À luz dessa interferência e da possível e necessária resistência, a proposição dos meios e processos para a mudança na formação e na prática profissional, encontra na ocupação dos espaços profissionais, na organização e fortalecimento da categoria, nas relações inter-profissionais e não menos, na participação dos usuários dos serviços prestados, a possibilidade da construção coletiva de um novo lidar com o humano, que é social.

Importa então, reafirmar o papel fundamental das instâncias formadoras, enquanto espaços de crítica, pesquisa e construção do conhecimento que, no processo de renovação e superação do conservadorismo na profissão, têm ainda longo caminho a trilhar enquanto partícipes do processo de formação profissional, articuladas à defesa de uma política de saúde pública universal, integral e de qualidade. Pode-se afirmar que, dentre os profissionais de saúde, os assistentes

sociais destacam-se, pelo projeto de formação da ABEPSS (1997) por concepções que fortalecem os princípios constitucionais a partir de uma formação que permita um perfil profissional que compreenda a organização social capitalista, os mecanismos de exploração e dominação e seu impacto nas relações.

Nesse sentido, a Universidade tem papel fundamental enquanto espaço de luta para o avanço da democracia, e de formação continuada, devendo, mediante as exigências da contemporaneidade e fundamentada em adequado distanciamento crítico, construir “[...] respostas acadêmicas situadas em seus projetos curriculares, que expressem a necessidade de articulação entre formação universitária e mercado profissional” (OLIVEIRA, 2007).

E enquanto parte dessas respostas, efetivar a formação profissional que articule a formação crítica e generalista aos conhecimentos da política de saúde, esta, um dos campos de atuação dos assistentes sociais no enfrentamento da questão social e de defesa da seguridade social, no quadro das investidas do projeto neoliberal no desmonte das conquistas sociais historicamente edificadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento possibilitado com a realização do estudo permite considerar que a incorporação do ensino da política de saúde na graduação do assistente social na atualidade, pensada e discutida em suas possibilidades e desafios, vem compor o processo histórico da profissão de esforço para a efetivação da formação e do exercício profissional orientados no sentido apontado pelo seu Projeto Ético Político.

O Serviço Social, desde sua constituição enquanto profissão, inserida na divisão social e técnica do trabalho, aos processos de revisão e reconceituação dos seus conteúdos, princípios e valores, vem realizando um movimento de aproximação maior às necessidades dos usuários dos serviços prestados.

Ao questionar o seu papel e assumir o posicionamento ao lado das lutas democráticas e dos direitos das classes trabalhadoras, procede a um redimensionamento da profissão e da formação que acabam por alterar o significado social da profissão enquanto partícipe na construção de uma nova sociabilidade. É nesse contexto que se insere o estudo sobre a mudança na graduação do assistente social, no conjunto das profissões da área da saúde.

A discussão sobre a mudança curricular, no sentido de articular a formação crítica e generalista ao arcabouço teórico-metodológico do Sistema Único de Saúde (SUS) é recente na categoria. Observa-se, porém que, como em outros processos, tem se realizado à luz do debate democrático, uma vez que assim foi deliberada a participação e integração da profissão aos espaços coletivos que discutem a formação voltada para a atuação profissional na área da saúde, como o Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde (FNEPAS).

Ao contextualizar o processo histórico de constituição da saúde como direito e da formação profissional em Serviço Social, verifica-se que a sua condução na atualidade, orientada por normativas e interesses de cunho liberal, causam consequências deletérias para as políticas e para a população, que nesse contexto é reduzida à condição de consumidora. As respostas e o enfrentamento que permitam preservar as conquistas coletivamente construídas requisitam o fortalecimento da categoria, dos espaços democráticos e participativos como o são essas políticas, e o debate ampliado para além da profissão, envolvendo demais segmentos

progressistas interessados e comprometidos com uma sociabilidade organizada a partir das demandas do trabalho.

Os assistentes sociais têm participado efetivamente da implantação da política pública de saúde, construindo ações que representam a materialização do direito à saúde. A apreensão de como se manifesta o ensino da saúde na graduação em Serviço Social nas UFAs da Microrregião de Franca/SP, subdivisão da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), permite considerar que a formação profissional em sua interface com a saúde, ao tempo que requisita a preservação dos princípios inscritos nas Diretrizes Curriculares de 1996, implica na construção de elaborações teórico-metodológicas que viabilizem o ensino da política de saúde.

É nesse sentido que se entende a necessidade de pensar a formação profissional articulada ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde, e que encontra reconhecimento na participação dos sujeitos no estudo: no intuito de que as especificidades sejam apreendidas no conjunto das políticas sociais e das possibilidades de inserção profissional.

A contribuição dos sujeitos na construção dessa aproximação à realidade objeto de estudo, é da maior relevância. Das suas falas emerge a reafirmação da importância da formação profissional na perspectiva crítica e generalista, voltada para a construção de um perfil profissional qualificado, politizado na construção de respostas no enfrentamento da questão social.

Evidenciam-se, por meio de sua participação, a efetivação dessa proposta de mudança na graduação na Microrregião de Franca/SP, o reconhecimento da importância e a valorização do ensino da política de saúde na formação do assistente social, resguardadas as particularidades e diferentes composições em cada UFA.

O registro da presença da política de saúde no âmbito do ensino, ou seja, no formato de disciplinas, apresenta caracterização significativa tanto nas denominadas “específicas” quanto nas “relacionadas à saúde”. Considera-se que a organização das disciplinas específicas, a partir de seus conteúdos, encontra-se estruturada de maneira que aspectos fundamentais sejam abordados na formação do assistente social. Dentre eles a atuação profissional nessa área que, no âmbito dos órgãos representativos da categoria e na concepção dos sujeitos, entende-se, deve ser tratada no conjunto das atribuições profissionais.

Verifica-se a construção de estratégias para a superação do distanciamento entre a teoria e a prática, e para o alcance de relações horizontais entre as profissões. A busca da superação das formas fragmentadas e autoritárias do agir e pensar profissional contribui para a formação de trabalhadores que, na área da saúde, possam inserir-se superando a histórica subalternidade e complementaridade no que diz respeitos às equipes de saúde, sem corporativismos. O exercício das profissões que reconheça o usuário como sujeito de direito, constitutivo essencial do pensar e agir no processo saúde-doença implica igualmente em novas relações entre os profissionais.

A lógica produtivista e mercantilista que permeia na atualidade a condução das políticas sociais, a prestação de serviços à população e que encontra expressão no Serviço Social, precisa ser problematizada nos espaços de atuação e da formação profissional. Constata-se com o estudo que o âmbito da formação é espaço profícuo para a discussão do atual formato das políticas sociais, seu real papel e atribuições do assistente social no intuito de constituir-se efetivamente campo da efetivação e ampliação de direitos.

O aprendizado e o debate sobre a historicidade coletivamente construída na saúde, e que da mesma forma deve ser preservada, encontra-se presente no âmbito da formação, compondo o conteúdo programático dessas UFAs. O estudo encontra materialidade na proposta de formação profissional que, na perspectiva generalista e crítica para o deciframento e intervenção na realidade, articule-se à formação de profissionais para a atuação na área saúde, redefinindo a histórica atribuição de funções por novas delimitações, coletivamente edificadas

O exercício profissional nessa área requisita a compreensão da saúde como direito resultante das condições de vida e trabalho, do dever do Estado na sua prestação em oposição ao seu consumo como mercadoria no mercado. Mas requisita também a vivência do conceito de equipe, de trabalho coletivo, das diversas responsabilidades, da integralidade não só das ações, mas também dos sujeitos sociais, das várias profissões e segmentos, do qual a Reforma Sanitária é exemplo.

A destacada região em que se localizam as UFAs que compõem esse estudo, no que se refere à organização e oferta de serviços de saúde, nos permite considerar em igualdade de importância a formação profissional que, no sentido da mudança na graduação proposta pelos Ministérios da Educação e Saúde e

Associações de Ensino, esteja sintonizada ao atendimento das demandas da profissão que, na região nos indica amplas possibilidades para o exercício da profissão nessa área de atuação, inserindo-se no movimento de converter garantias constitucionais em realidade, na transformação de informação em conhecimento e na democratização do mesmo.

Reafirmamos a participação dos assistentes sociais na implantação dessas políticas compondo a realização e generalização de direitos, fortalecendo-se enquanto categoria e criando respostas às novas demandas postas pela realidade, entendida a partir de um posicionamento que faça as devidas conexões quanto à suas expressões imediatas e as obscurecidas pela ordem do capital, abandonando como nos ensina Paulo Netto (2008), concepções ilusórias dos processos sociais e da dinâmica em sociedade, desvendando seus antagonismos.

As graves manifestações da lógica do mercado no ensino superior na atualidade, por meio da educação a distância, também têm lugar nos cursos de graduação em Serviço Social. É no âmbito da convivência e das diversas formas de aprendizado, dentre as quais, as presenciais observadas nesse estudo, que é possível experimentar coletivamente a identificação de problemas teórico-práticos, ético-políticos e delimitar o seu enfrentamento. A defesa do ensino e da formação na atualidade compõe a defesa dos espaços que atendam aos interesses públicos.

A formação profissional em Serviço Social constitui-se espaço privilegiado de construção de sujeitos coletivos que venham a reafirmar no cotidiano profissional o compromisso com os interesses democráticos e emancipatórios para o conjunto da sociedade. O reconhecimento social da profissão passa antes pelo próprio reconhecimento enquanto possibilidade de participar da construção de melhores formas de sociabilidade.

Em consonância com essa ampliação de espaços e debates, o estudo retrata a expressiva presença do conteúdo da política pública de saúde no desenvolvimento de atividades complementares que, de diversas formas são realizadas em todas as UFAs, com destaque para a realização de Semanas de Serviço Social, de Estudos e Palestras o que permite pensar na ampliação do debate que, feito pela UFA não se limita a seus muros.

A iniciada discussão sobre a mudança na graduação das profissões da área da saúde, e em particular no Serviço Social, dispõe de limitada produção bibliográfica a respeito, situação atual que deve ser relacionada às condições

mesmas do recente processo como um todo. Nesse sentido, destaca-se a importância de que novos estudos venham compor o conjunto das elaborações que permitam retratar e sedimentar esse aspecto da formação e suas implicações para o exercício da profissão.

Surge então, com centralidade nas considerações alcançadas com o estudo, a necessidade da produção do conhecimento que oriente e instrumentalize as ações de mudança na graduação do assistente social enquanto profissão da área da saúde, e a organização da categoria no sentido de materializar a criação do debate regional articulado ao nacional. O enfrentamento dos desafios e a construção de possibilidades passam necessariamente por estratégias coletivas e articuladas na profissão e dessa com as demais. Comporta o envolvimento dos segmentos envolvidos no âmbito da formação e dos serviços.

Tal iniciativa certamente possibilita a discussão ampliada dos meios e estratégias para a viabilização dessa proposta, o seu acompanhamento identificando nexos, consistências, descontinuidades e fraturas, constituindo-se em instrumento a favor da reafirmação dos princípios que orientam o projeto profissional e do fortalecimento do SUS na formação profissional do Serviço Social.

Relacionada à produção de conhecimento, a constatação de limitada existência de grupos de estudo e pesquisa para a área da saúde nessas UFAs, nos permite ponderar que, mesmo a dada possibilidade de uma articulação regional, não se elimina o significado positivo da ampliação dessa modalidade de discussão que, pela própria proximidade e inserção da saúde no âmbito de cada UFA comporta tal expansão.

No entanto, a observação de limites na introdução do ensino da política de saúde na graduação do assistente social na Microrregião de Franca/SP deve ser considerada no âmbito de uma aproximação inicial, dada pelos limites próprios do estudo e que certamente indica a sua necessária continuidade e aprofundamento. A trajetória dessa elaboração desperta interesses, suscita novos questionamentos e leva a pontuar, dentre outras possibilidades e como estratégia significativa, necessária à edificação consistente dessa proposta, a apreensão do significado do ensino da saúde na graduação do assistente social no âmbito do exercício profissional.

A convicção do entendimento do espaço da formação profissional como possibilidade de concretização do Projeto Ético Político da profissão, do qual é parte,

encontra-se entre os elementos que sustentaram a firmeza de propósitos desse estudo, para além de uma identificação pessoal e funcional no exercício da profissão.

O conhecimento obtido, pela sua própria natureza, inacabado e passível de transformações, permite a compreensão de que a formação profissional em Serviço Social comprometida com a consolidação do SUS e reafirmando as Diretrizes Curriculares, orienta-se por uma concepção da educação e da saúde oposta e diversa da condução política e econômica atual que reduzem o espaço da universidade ao atendimento das demandas do mercado e que, pela mesma via, desqualificam e disseminam a crença na inviabilidade da política pública de saúde.

Pretende-se um exercício da crítica e da reflexão, e nesse sentido, poder contribuir com subsídios para a efetivação da formação profissional que tenha por referência o projeto da profissão e da Reforma Sanitária, ao inserir-se no movimento de mudança na graduação das profissões de saúde. Com esses elementos, participar da construção do conhecimento, compondo a expressão de resistência e envidando esforços no sentido da formação profissional qualificada e comprometida com as conquistas democráticas.

REFERÊNCIAS

ABEPSS. Disponível em: <http://abepss.org.br>. Acesso em: 2009/2010.

_____. **Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social:** com base no currículo mínimo aprovado em Assembléia Geral Extraordinária de 8 de novembro de 1996. Rio de Janeiro, 1996. Disponível em: <http://abepss.org.br/briefing/documentos/Lei_de_Diretrizes_Curriculares_1996.pdf>. Acesso em: dez. 2009.

_____. **Estatuto da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS**. São Luís: UFMA, 2008. Disponível em: <http://abepss.org.br/briefing/documentos/estatuto.pdf>. Acesso em: 4 mar. 2010.

ABESS. CEDEPSS. Proposta básica para o projeto de formação profissional. **Serviço Social & Sociedade,** São Paulo, n. 50, p. 143-171, abr. 1996.

ABRAMIDES, M. B. C.; CABRAL, M. S. R. O significado do papel político do III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais – CBAS – 1979. **Serviço Social & Sociedade:** O Congresso da Virada e os 30 anos da Revista, São Paulo, n. 100, p. 728-739, set./dez. 2009.

ABREU, M. M.; LOPES, J. B. Formação profissional e diretrizes curriculares. **Inscrita**, Brasília, DF, ano 7, n. 10, p. 11-16, 2007.

ANDES-SN. **“Universidade nova” a face oculta da contra-reforma universitária.** mar. 2007. Disponível em: <http://www.andes.org.br/NOTA-Universidade%20Nova.doc>. Acesso em: 11 jan. 2010.

BEHRING, E. R. Graduação à distância impossibilita formação profissional com qualidade. **Inscrita**, Brasília, DF, ano 8, n. 11, p. 50-52, 2009.

_____; RAMOS, S. R. O protagonismo da ABEPSS no passado e no presente: 30 anos de lutas. In: CFESS. (Org.). **30 Anos do Congresso da Virada**. Brasília, DF, 2009.

BOSCHETTI, I. Seguridade social pública ainda é possível! **Inscrita,** Brasília, DF, ano 7, n. 10, p. 31-36, 2007.

_____. Exame de proficiência: uma estratégia inócua. **Serviço Social & Sociedade,** São Paulo, ano 29, n. 94, p. 5-21, jun. 2008.

_____. Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. In: CFESS. ABEPSS. (Org.). **Serviço Social:** direitos sociais e competências profissionais. Brasília, DF: CEAD : Ed. UnB, 2009a.

BOSCHETTI, I. Trabalho, direitos e projeto ético político profissional. **Inscrita**, Brasília, ano 8, n. 11, p. 37-44, 2009b.

_____. O Projeto Ético Político profissional trinta anos depois: sentidos e desafios. In: CFESS (Org.). **30 Anos do Congresso da Virada**. Brasília, DF, 2009c.

_____. A seguridade social na América Latina. In: _____. et al. (Org.). **Política social no capitalismo:** tendências contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2009d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Poder Executivo, Brasília, DF, 16 out. 1996, Seção 1, p. 21082-21085. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>. Acesso em: 25 ago. 2009.

_____. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Ensino Superior. Parecer n. CNE/CES 492/2001. **Diretrizes Curriculares para os Cursos de Serviço Social**. Brasília/DF, 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0492.pdf >. Acesso em: 4 mar. 2010.

_____. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990a, Seção 1, p. 18055. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8080.htm>. Acesso em: 31 mar. 2006.

_____. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2006

_____. Lei n. 8.662, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo,** Brasília, DF, 8 jun. 1993. Seção 1. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/legislacao_lei_8662.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2006.

_____. Ministério da Saúde**.** Portaria n. 198/GM - MS de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Poder Executivo, Brasília, DF, 14 fev. 2004, n. 32, Seção 1. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-198.htm>. Acesso em: 25 jul. 2008.

BRASIL. Portaria interministerial n. 2.118, de 3 de novembro de 2005. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Poder Executivo, Brasília, DF, 4 nov. 2005. n. 212, Seção 1, p. 112. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/B%202118%20INSTITUIR%20PARCERIA%20ENTRE%20O%20%20MEC%20e%20o%20%20MS%20REF.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z:** garantindo saúde nos municípios. 2. ed. Brasília, DF, 2006. (Série F. Comunicação e educação em saúde).

_____. Portaria interministerial n. 3.019, de 26 de novembro de 2007. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação da área da saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Poder Executivo, Brasília, DF, 27 nov. 2007a, n. 227, Seção 1, p. 44. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/publicacoes/boletim_virtual/volume_31/portaria_interministerial_3019.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde:** objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília, DF, 2007b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=22848>. Acesso em: 22 jul. 2007.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 41. ed. Brasília, DF: Saraiva, 2008.

_____. **Ministério da Saúde**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm>. Acesso em: 22 jul. 2007.

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

_____; MATOS, M. C. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: _____. et al. (Org.). **Saúde e Serviço Social.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2004.

_____. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e saúde:** formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

_____.; UCHÔA, R. Apresentação. **Temporalis,** São Luis, ano 7, n. 13, p. 7-10, jan./jun. 2007.

BRAVO, M. I. S. Serviço Social e saúde: desafios atuais. **Temporalis,** São Luis, ano 7, n. 13, p. 121-150, jan./jun. 2007.

_____.; MENEZES, J. S. B. Política de saúde no governo Lula. In: _____. et al. **Política de saúde na atual conjuntura:** modelos de gestão e agenda para a saúde. Rio de Janeiro: Ed. UERJ : Rede Sirius, 2007. pte. 1.

_____. et al. Agenda para a saúde: desafios a serem enfrentados. In: _____. et al. **Política de saúde na atual conjuntura:** modelos de gestão e agenda para a saúde. Rio de Janeiro: Ed. UERJ : Rede Sirius, 2007. pte. 3.

BRAZ, M. A hegemonia em xeque: projeto ético-político do Serviço Social e seus elementos constitutivos. **Inscrita**, Brasília, DF, n. 10, p. 4-10, nov. 2007.

CADERNOS ABESS: Diretrizes curriculares e pesquisa em Serviço Social. São Paulo: Cortez, n. 8, 1988.

CADERNOS ANDES: As novas faces da reforma universitária do governo Lula e os impactos do PDE sobre a educação superior. Brasília, DF: Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior, n. 25, ago. 2007. 57 p. Disponível em: <http://www.andes.org.br/Caderno25.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2010.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma:** repensando a saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. Reflexões sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS): um modo singular de produzir política pública. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 26, n. 87 esp., p. 132-146, set. 2006.

CARTA de Brasília. In: SIMPÓSIO SOBRE POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 2005. **Resumo...** Brasília, DF, Abrasco : Cebes : Abres : Rede Unida : Ampasa, 2005.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM. R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. cap. 5.

CFESS. Resolução CFESS n. 273, de 13 de março de 1993. Institui o Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Poder Executivo, Brasília, DF, 16 mar. 1993, n. 60, Seção 1, p. 4004. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_1993.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2006.

_____. **Código de Ética do Assistente Social:** Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. Aprovado em 13.3.1993, com alterações introduzidas pelas resoluções CFESS n. 290/94, 293/94 e 333/963.ed. rev. e atual. Brasília, DF: Conselho Federal de Serviço Social, 1997.

CFESS. Resolução CFESS n. 383, de 29 de março de 1999. Caracteriza o assistente social como profissional de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Poder Executivo, Brasília, DF, 30 mar. 1999. Seção 1. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2006.

_____. Carta de Maceió. In: ENCONTRO NACIONAL CFESS-CRESS, 29., 2000, Maceió, **Anais...** Maceió: CFESS-CRESS, 2000. p. 1-3. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/encontronacional_cartas_maceio.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2008.

_____. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde**. Brasília, DF, 2009a. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2010.

_____. **CFESS manifesta:** 30 anos do Congresso da Virada: projeto ético-político do Serviço Social: 30 anos na luta em defesa da humanidade. São Paulo. 17 nov. 2009b. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/congresso.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2009a.

_____. **Plano de lutas em defesa do trabalho e da formação e contra a precarização do ensino superior**. abr. 2009c. (GT Trabalho e Formação Profissional). Disponível em: <http://www.abepss.org.br/briefing/documentos/Plano_de_Lutas.pdf>. Acesso em: 4 mar. 2010.

_____. **CFESS manifesta:** dia mundial do trabalhador: sonhos, lutas e direitos sempre. 1 maio 2010a. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/2010.05.01_cfessmanifestatrabalhador.pdf>. Acesso em: 1 maio 2010.

_____. Resolução CFESS n. 569, de 25 de março de 2010. Ementa: Dispõe sobre a VEDAÇÃO da realização de terapias associadas ao título e/ou ao exercício profissional do assistente social. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Poder Executivo, Brasília, DF, 26 mar. 2010b. Seção 1. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/RES.CFESS_569-2010.pdf>. Acesso em: 1 abr. 2010.

_____. et al. **Carta aberta aos estudantes e trabalhadores dos cursos de graduação à distância em Serviço Social no Brasil.** set. 2009. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Carta_Aberta_EaD_Campo_Grande.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2009.

CNS. **Resolução n. 287**, de 8 de outubro de 1998. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1998/Reso287.doc>. Acesso em: 15 mar. 2006.

CNS. Resolução n. 223, de 8 de maio de 1997. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Poder Executivo, Brasília, DF, 23 set. 1997. n. 183. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1997/Reso223.doc>. Acesso em: 20 jan. 2010.

_____. **Deliberação n. 001,** de 10 de março de 2005. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/deliberacoes/doc/2005/deliberacao001.doc>. Acesso em: 20 jan. 2010.

_____. **Resumo Executivo da 174ª.** Reunião Ordinária em 15 de junho de 2007. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/2007/resumo174.doc >. Acesso em: 20 jan. 2010.

_____. **Ata da Centésima Septuagésima Quarta**. Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS. 2007. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/2007/ata174.doc>. Acesso em: 20 jan. 2010.

_____. **Conselho Nacional de Saúde é contra as Fundações Públicas de Direito Privado.** 6 jul. 2009. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/informativo/2009/20/informe_20.htm>. Acesso em: 20 jan. 2010.

COLLARES, C. et al. Contexto da contra-reforma. In: GTPE. ANDES-SN. **A contra-reforma da educação superior:** uma análise do ANDES-SN das principais iniciativas do governo de Lula da Silva. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://www.andes.org.br/imprensa/Uploads/caderno_gtpe.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2010.

CORREIA, M. V. C. A saúde no contexto da crise contemporânea: o Banco Mundial e as tendências da contra-reforma na política de saúde brasileira. **Temporalis**, São Luís, ano 7, n. 13, p. 11-38, jan./jun. 2007.

CRESS SÃO PAULO. Código de ética do (a) assistente social: 15 anos de avanços no campo da ética e da defesa dos direitos humanos. **Ação:** Jornal do CRESS SP 9ª Região, São Paulo, n. 59, jul./set. 2008.

CRUZ NETO, Otávio. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. (Org.) **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 24. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

ERUNDINA, L. Processo e significado da virada. Entrevista. In: CFESS (Org.) **30 anos do Congresso da Virada**. Brasília, DF, 2009.

FALEIROS, V. P. O Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais na conjuntura dos anos 70. In: CFESS (Org.) **30 Anos do Congresso da Virada**. Brasília, DF, 2009.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Temporalis,** São Luis, ano 7, n. 13, p. 91-120, jan./jun. 2007.

FNEPAS. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br>. Acesso em: 1 mar. 2010.

FREIRE, L. M. B.; FREIRE, S. M.; CASTRO A. T. B. (Org.) **Serviço Social, política social e trabalho:** desafios e perspectivas para o século XXI. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2006.

GIAQUETO, A. **Memórias.** [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <carmenlc@netsite.com.br> em 7 maio 2010.

GRANEMANN. S. Fundações estatais: projeto de estado do capital. In: BRAVO, M. I. S. et al. **Política de saúde na atual conjuntura:** modelos de gestão e agenda para a saúde. Rio de Janeiro: Ed. UERJ : Rede Sirius, 2007. pte. 2

GUERRA, Y. O projeto profissional crítico: estratégias de enfrentamento das condições contemporâneas da prática profissional. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 28, n. 91, p. 5-33, set. 2007.

HADDAD, A. E. et al. (Org.). **A trajetória dos cursos de graduação na saúde:** 1991-2004. Brasília, DF: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006. Disponível em: <http://www.publicacoes.inep.gov.br/detalhes.asp?pub=4024#>. Acesso em: 15 fev. 2007.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

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

_____. ; CARVALHO, Raul. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil:** esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 18. ed. São Paulo, Cortez; Lima: CELATS, 2005.

JUNQUEIRA, V. Organizações Sociais e as Fundações Estatais de Direito Privado: duas faces da contra-reforma de estado na saúde. **Temporalis,** São Luis, ano 7, n. 13, p. 67-90, jan./jun. 2007.

KOIKE, M. M. Formação profissional em Serviço Social: exigências atuais. In: CFESS. ABEPSS (Org.). **Serviço Social:** direitos sociais e competências profissionais. Brasília, DF, 2009.

MARCONSIN, C.; SANTOS, C. A acumulação capitalista e os direitos do trabalho: contradição histórica que preside a seguridade social. In: BEHRING, E. R.; ALMEIDA, M. H. T. **Trabalho e seguridade social:** percursos e dilemas. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2008.

MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MASSON, F. M. A "Terceira Via" na reforma da saúde pública brasileira. **Temporalis,** São Luis, ano 7, n. 13, p. 39-66, jan./jun. 2007.

MENICUCCI, T. M. G. Política de saúde no Brasil: entraves para universalização e igualdade da assistência no contexto de um sistema dual. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 26, n. 87, p. 58-75, esp. 2006.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: _____. (Org.) **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 24. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

_____. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO. Secretaria de Educação Superior. Coordenação das Comissões de Especialistas de Ensino Superior. Comissão de Especialistas de Ensino em Serviço Social. **Diretrizes Curriculares – Curso:** Serviço Social. Brasília, DF, 1999. Disponível em: <http://www.abepss.org.br/briefing/documentos/legislacao_diretrizes.pdf>. Acesso em: 4 mar. 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Profissional e gestor:** educação: gestão da educação. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1261>. Acesso em: dez. 2009.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. **Instituto Brasileiro de Estatística e Gestão - IBGE.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home>. Acesso em: 2009/2010.

MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e saúde:** formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

OLIVEIRA, C. A. H. S. Desafios e perspectivas da formação profissional em Serviço Social na contemporaneidade. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 12., 2007. Foz do Iguaçu. **Anais...** Foz do Iguaçu: CFESS : CRESS 11ª Região/PR : ABEPSS : ENESSO, 2007. 1 CD Room.

OLIVEIRA, C. A. H. S.; ANDRADE, M. A. R. A. O significado dos espaços formativos no ensino superior em Serviço Social. **Serviço Social & Realidade**, Franca, v. 15, n. 1, p. 69-86, 2006.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. (Im) previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil. 2. ed. Petrópolis: Vozes; [Rio de Janeiro]: Abrasco, 1989.

PAULO NETTO. J. A construção do projeto ético-político do Serviço Social frente a crise contemporânea. In: CAPACITAÇÃO em serviço social e política social: crise contemporânea: questão social e Serviço Social. Mod. 1. Brasília, DF: CFESS, 1999.

_____. **Ditadura e Serviço Social**: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

_____. Abertura da conferência. In: CONFERÊNCIA MUNDIAL DA FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DOS TRABALHADORES SOCIAIS, 19., Salvador, 2008. **Anais....** Salvador: CFESS, 2008. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/josepaulonetto.pdf>. Acesso em: 3 set. 2008.

_____. III CBAS: Algumas referências para a sua contextualização. In: CFESS (Org.). **30 Anos do Congresso da Virada**. Brasília, DF: 2009.

PEREIRA, P. A. P. **Necessidades humanas:** subsídios à crítica dos mínimos sociais. São Paulo: Cortez, 2000.

RAMOS, S. R. A mediação das organizações políticas. **Inscrita**, Brasília, DF, n. 10, p. 41-46, 2007.

RAVAGNANI, C. L. C.; OLIVEIRA, C. A. H. S. As políticas de educação e saúde na formação profissional do assistente social: pela integralidade da atenção. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 12., 2007, Foz do Iguaçu. **Anais...** Foz do Iguaçu: CFESS : CRESS 11ª Região/PR : ABEPSS : ENESSO, 2007. 1 CD Room.

REZENDE, C. A. P. O modelo de gestão do SUS e as ameaças do projeto neoliberal. In: BRAVO, M. I. S. et al. **Política de saúde na atual conjuntura:** modelos de gestão e agenda para a saúde. Rio de Janeiro: Ed. UERJ : Rede Sirius, 2007. pte. 2.

SANT'ANA, R. S.; SANT'ANA, A. L. Serviço Social e questão agrária. **Serviço Social & Realidade**, Franca, v. 14, n. 2, p. 117-131, 2005.

SÃO PAULO. **Secretaria da Saúde.** Disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/folder/ses_geral.mmp>. Acesso em: 10 jan. 2010.

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS.** 2009. 233 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Franca, 2009.

SILVA, M. O. S. **Formação profissional do assistente social:** inserção na realidade social e na dinâmica da profissão. São Paulo: Cortez, 1984.

_____. et al. Esforço de construção de um projeto profissional a partir da ruptura. In: _____. (Coord.) **O Serviço Social e o popular**: resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura. São Paulo: Cortez, 2007.

TEIXEIRA, S. F.; MENDONÇA, M. H. Reformas sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. In: TEIXEIRA. S. F. (Org.). **Reforma sanitária:** em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 2006.

TEMPORALIS: Diretrizes Curriculares do Curso de Serviço Social: sobre o processo de implementação. São Luís: ABEPSS, ano 7, n. 14, jul./dez. 2007.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa na educação. São Paulo: Atlas, 1987.

UCHÔA, R. Resultados da pesquisa Serviço Social interfaces com a saúde: o ensino da política de saúde na formação profissional dos assistentes sociais no Brasil. **Temporalis,** São Luis, ano 7, n. 13, p. 185-200, jan./jun. 2007.

UNIVERSIDADE E SOCIEDADE. Brasília, DF, ano 9, n. 44, jul. 2009. 216 p.

VASCONCELOS, A. M. **A prática do Serviço Social:** cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

_____. Serviço Social e práticas democráticas na saúde: In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e saúde:** formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. Sistema Único de Saúde, profissões de saúde e formação. **Temporalis,** São Luis, ano 7, n. 13, p. 151-183, jan./jun. 2007.

_____. Prefácio. In: BERTANI, I. F.; SARRETA, F. O.; LOURENÇO, E. A. S. **Aprendendo a construir saúde**: desafios na implantação da política de educação permanente em saúde, Franca: UNESP/FHDSS, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário

IDENTIFICAÇÃO:
Unidade de Formação Acadêmica (UFA):
Cidade:
Modalidade de Ensino ( ) Presencial ( ) Outra
Natureza Jurídica ( ) Privada ( ) Pública
Turnos de Funcionamento ( ) Diurno ( ) Noturno ( ) Diurno e Noturno
Ano de Criação:
Regime de Funcionamento ( ) Semestral ( ) Anual
Filiada à ABEPSS ( ) SIM ( ) NÃO
Coordenador(a):

1 – No conteúdo programático da formação desta UFA existem disciplinas que incluem o componente curricular saúde em suas ementas?
( ) SIM ( ) NÃO
Quantas?
Quais?
- específicas (nominalmente e/ou de conteúdo):
- relacionadas à saúde (que trabalhem o conteúdo saúde, ainda que não exclusivamente):
- solicita-se anexar a esse instrumental os programas referentes a essas disciplinas.

2 – O conteúdo da política de saúde é tratado em atividades complementares e demais componentes curriculares? Quais?

3 – Existe ou já existiu nessa UFA grupos ou núcleos de estudo e pesquisa sobre a temática da saúde?
( ) SIM ( ) NÃO
Quais?

4 – Existem atividades de extensão envolvendo docentes e discentes na compreensão e discussão do componente curricular saúde?
( ) SIM ( ) NÃO
Quais?

5 – Como você entende o significado da apreensão da política pública de saúde, em seu caráter socializante e emancipatório, de interesse público e coletivo, na formação e nos espaços da prática profissional do assistente social?

6 – Gostaria de acrescentar alguma informação ou expressar alguma opinião?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

NOME DO PARTICIPANTE:
DATA DE NASCIMENTO: __/__/___. IDADE:____

DOCUMENTO DE IDENTIDADE: TIPO:_____ Nº_____ SEXO: M ( ) F ( )
ENDEREÇO: _____
BAIRRO: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____
CEP: _____ FONE: _____.
Eu, _____,
declaro, para os devidos fins ter sido informado verbalmente e por escrito, de forma suficiente a respeito da pesquisa: **FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SERVIÇO SOCIAL E A SAÚDE.** O projeto de pesquisa será conduzido por **CARMEM LÚCIA CRUZ RAVAGNANI,** do **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL - UNESP Franca SP,** orientado pela Profa. Dra. **CIRLENE APARECIDA HILÁRIO DA SILVA OLIVEIRA,** pertencente ao quadro da **UNESP Campus Franca SP.** Estou ciente de que este material será utilizado para apresentação de: Dissertação de Mestrado, observando os princípios éticos da pesquisa científica e seguindo procedimentos de sigilo e discrição. **A pesquisa** tem como objetivo conhecer qual a inserção do ensino da saúde no processo de formação dos estudantes de Serviço Social, conforme articulação dos Ministérios da Saúde e Educação. Será desenvolvida nas Unidades de Ensino da subdivisão da ABEPSS, Região Sul 2, composta pelas Unidades formadoras das cidades de Franca, Bebedouro, Ribeirão Preto e Barretos. Fui esclarecido sobre os propósitos da pesquisa, os procedimentos que serão utilizados e riscos e a garantia do anonimato e de esclarecimentos constantes, além de ter o meu direito assegurado de interromper a minha participação no momento que achar necessário.

Franca, de de .

_____
Assinatura do participante

CARMEM LÚCIA CRUZ RAVAGNANI
Pesquisadora Responsável

CIRLENE APARECIDA HILÁRIO DA SILVA OLIVEIRA
Orientadora