



Políticas sociais no Brasil:

Reflexões sobre pesquisa, ensino
e cotidiano dos serviços

Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti
(Organizadora)

Atena
Editora

Ano 2021



Políticas sociais no Brasil:

Reflexões sobre pesquisa, ensino
e cotidiano dos serviços

Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti
(Organizadora)

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes editoriais

Natalia Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os autores

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2021 Os autores

Copyright da Edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Profª Drª Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Arnaldo Oliveira Souza Júnior – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Daniel Richard Sant'Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
Prof. Dr. Humberto Costa – Universidade Federal do Paraná
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. José Luis Montesillo-Cedillo – Universidad Autónoma del Estado de México
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Profª Drª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Miguel Rodrigues Netto – Universidade do Estado de Mato Grosso
Prof. Dr. Pablo Ricardo de Lima Falcão – Universidade de Pernambuco
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Arinaldo Pereira da Silva – Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Profª Drª Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Jayme Augusto Peres – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Profª Drª Ana Grasielle Dionísio Corrêa – Universidade Presbiteriana Mackenzie
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Cleiseano Emanuel da Silva Paniagua – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Marco Aurélio Kistemann Junior – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Sidney Gonçalves de Lima – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Profª Drª Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Edna Alencar da Silva Rivera – Instituto Federal de São Paulo
Profª Drª Fernanda Tonelli – Instituto Federal de São Paulo,
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Políticas sociais no Brasil: reflexões sobre pesquisa, ensino e cotidiano dos serviços

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Flávia Roberta Barão
Indexação: Gabriel Motomu Teshima
Revisão: Os autores
Organizadora: Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P769 Políticas sociais no Brasil: reflexões sobre pesquisa, ensino e cotidiano dos serviços / Organizadora Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-349-8

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.498210908>

1. Políticas sociais - Brasil. I. Cavalcanti, Soraya Araujo Uchoa (Organizadora). II. Título.

CDD 361.60981

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, desta forma não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

APRESENTAÇÃO

A coletânea de textos *Políticas Sociais no Brasil: reflexões sobre pesquisa, ensino e cotidiano nos serviços* reúne artigos heterogêneos de distintas regiões do Brasil. São 09 (nove) artigos que discutem os desafios postos no exercício profissional dos operadores de políticas públicas, na assistência, formação de recursos humanos e extensão universitária.

Os artigos são frutos de pesquisas, revisão de literatura, relatos de experiências e ensaios teóricos e colocam em evidência os desafios e estratégias de enfrentamento ao projeto neoliberal presente no cotidiano dos serviços no contexto da política social no Brasil.

Dessa forma, convidamos o leitor a acessar os trabalhos, análises e experiências, reflexões dos resultados alcançados, fomentando o debate no processo de produção e socialização do conhecimento no campo das políticas sociais no Brasil.

Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti

SUMÁRIO


CAPÍTULO 1..... 1

SABERES E PRÁTICAS NO SUS: CONTRIBUIÇÕES PARA O DEBATE DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA NO CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA

Soraya Araújo Uchoa Cavalcanti

Renata Alves César Fernandes


Sheilla Nadíria Rodrigues Rocha

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4982109081>

CAPÍTULO 2..... 13

O “ESTUDO DA ARTE” SOBRE POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE E GESTÃO TERRITORIAL

Sueli Godói


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4982109082>

CAPÍTULO 3..... 17

PROTEÇÃO SOCIAL E NEOLIBERALISMO EM TEMPOS DE COVID-19: IMPACTO DAS MEDIDAS FEDERAIS EM ACOLHIMENTO INFANTOJUVENIL NO BRASIL

Ana Valéria Matias Cardoso


Solange Maria Teixeira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4982109083>

CAPÍTULO 4..... 31

VIOLÊNCIA SOCIALMENTE CONSTRUIDA E A POLÍTICA SOCIOEDUCATIVA PARA O ADOLESCENTE ATRIBUÍDO DE AUTORIA DE ATO INFRACIONAL

Adriano Pereira Basilo de Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4982109084>


CAPÍTULO 5..... 58

PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO NO SERVIÇO SOCIAL SOBRE POLÍTICA SOCIAL: UMA ANÁLISE À LUZ DA MODERNIDADE E DA EMERSSÃO DA PÓS- MODERNIDADE

Angela Kaline da Silva Santos

Lucicleide Cândido dos Santos


Bernadete de Lourdes Figueiredo de Almeida

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4982109085>

CAPÍTULO 6..... 72

O FINANCIAMENTO DA SEGURIDADE SOCIAL E A DISPUTA PELO FUNDO PÚBLICO: ANÁLISES SOBRE A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE


Sara de Sousa Costa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4982109086>

CAPÍTULO 7..... 86

O TRABALHO EM SAÚDE NO SISTEMA CAPITALISTA: DA CATEGORIA TRABALHO À DISPUTA HEGEMÔNICA NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA

Alessandra Bessimo Barreto

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4982109087>


CAPÍTULO 8..... 98

ACIDENTES DE TRÂNSITO EM ARACAJU/SE: ESTUDO SOBRE A RELAÇÃO DE OCORRÊNCIA E VÍTIMAS NAS RUAS

Sidney Barreto Batista

Alvani Bomfim de Sousa Júnior

Marcela Santos de Almeida

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4982109088>

CAPÍTULO 9..... 107

A IMPORTÂNCIA DAS PLATAFORMAS VIRTUAIS NO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM: OS DESAFIOS NO USO DAS TECNOLOGIAS DIGITAIS NAS ESCOLAS DE EDUCAÇÃO BÁSICA EM TEMPOS DE PANDEMIA – COVID-19

Barbara Martins dos Santos


Elizabeth Costa da Silva Botelho

Telma de Jesus Lima de Barros

Risiberg Ferreira Teixeira

Carmen Elena das Chagas

Álvaro Gonçalves de Barros

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4982109089>

SOBRE A ORGANIZADORA..... 117

ÍNDICE REMISSIVO..... 118

CAPÍTULO 7

O TRABALHO EM SAÚDE NO SISTEMA CAPITALISTA: DA CATEGORIA TRABALHO À DISPUTA HEGEMÔNICA NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA

Data de aceite: 02/08/2021

Data de submissão: 05/07/2021

Alessandra Bessimo Barreto

Universidade Federal Fluminense (UFF)
Niterói - Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/4869494827601343>

RESUMO: O presente estudo buscou compreender e refletir o processo de trabalho na área da saúde no sistema capitalista, recorrendo à análise da categoria trabalho e aos seus desdobramentos no modo de produção capitalista, o desenvolvimento das diferentes concepções de saúde ao longo da história do Brasil e do mundo e como se constituiu a concepção hegemônica hoje nos serviços de saúde. Portanto, o objetivo geral do estudo foi analisar historicamente o trabalho em saúde no capitalismo. O trabalho foi construído a partir de pesquisa qualitativa, utilizando-se pesquisa bibliográfica. Os resultados apontaram que o trabalho no setor de serviços, como a saúde, vem passando por retrocessos no que diz respeito à flexibilização dos empregos, redução dos salários, aumento da terceirização, da informalidade, do desemprego, da instabilidade, da rotatividade de trabalhadores e redução de garantias trabalhistas.

PALAVRAS-CHAVE: Trabalho. Saúde. Capitalismo.

HEALTH WORK IN THE CAPITALIST SYSTEM: FROM THE WORK CATEGORY TO THE HEGEMONIC DISPUTE IN BRAZILIAN HEALTH POLICY

ABSTRACT: The present study sought to understand and reflect the work process in the area of health in the capitalist system, using, initially, the analysis of the labor category and its consequences in the capitalist mode of production, the development of different conceptions of health throughout the history of Brazil and the world and how the hegemonic conception was constituted today in health services. Therefore, the general objective of the study was to analyze historically the work in health in capitalism. The study was built from qualitative research, using bibliographical research. The results indicated that the work in the service sector, such as health, is going through setbacks, that it respects the job flexibility, lower wages, increase in third-partyization, informality, unemployment, instability, rotation of workers and reduction of workers' guarantees.

KEYWORDS: Work. Health. Capitalism.

1 | INTRODUÇÃO

O trabalho, diferentemente das demais práxis¹ humanas, foi ontologicamente determinante para a formação do ser social, segundo Barroco (2010). Através dele, o indivíduo passou a ser capaz de desenvolver

1 A partir da lógica marxiana, a práxis envolve todas as objetivações humanas para além da categoria trabalho, ou seja, "[...] o ser social se projeta nas objetivações materiais e ideais da ciência, da filosofia, da arte, construindo um mundo de produtos, obras e valores [...]" (NETTO; BRAZ, 2006, p. 44)

atividades teleológicas antes de objetivá-las, o tornando distinto dos outros seres vivos ao interagir com a natureza, transformando matérias naturais em produtos que atendam não aos seus instintos, mas aos seus interesses.

No entanto, como veremos nas próximas sessões, conforme o desenvolvimento do modo de produção capitalista e suas diferentes fases, a categoria trabalho passou por mudanças históricas, sociais, econômicas e culturais, apesar do objetivo do capitalismo desde sua origem ser o lucro.

A partir desta reflexão, o presente estudo, que é fruto de conhecimentos e reflexões adquiridos ao longo de breve trajetória acadêmica e profissional como assistente social na política de saúde, tem como objetivo geral analisar historicamente o trabalho em saúde no capitalismo; tendo em vista que a saúde se insere no setor de serviços, ou seja, diferentemente da indústria, os serviços possuem valor sobre sua atividade.

A política de saúde brasileira, como prevista pela Reforma Sanitária, apesar de garantida constitucionalmente e na Lei 8.080/90, tem sido alvo de disputa por diferentes interesses, que junto aos novos moldes que o capitalismo impõe ao mundo do trabalho, apresentam retrocessos aos serviços, usuários e trabalhadores, estes últimos, objeto do nosso estudo.

Portanto, este estudo é relevante no sentido de promover reflexões, além de possibilitar mudanças no que diz respeito ao processo de trabalho dos trabalhadores inseridos na saúde.

2 | TRABALHO E CAPITALISMO

O ser social, ontologicamente determinado pelo trabalho, é histórico e as capacidades adquiridas ao longo do processo de formação desse ser passam a se desenvolver e complexificar, agregando conhecimento e experiência e os reproduzindo para outros seres sociais, proporcionando a sociabilidade entre os seres dotados de consciência, conforme Barroco (2010, p. 25).

Um ponto importante do trabalho, segundo a autora, é a sua universalização. Independente das diferenças histórico-culturais, ele se reproduziu e se complexificou em todas as sociedades, fornecendo um caráter de liberdade humana, portando a mediação da moral e a intervenção de uma ética nas relações sociais.

A esfera da vida cotidiana se expressa pelo imediatismo, o ser social não tem uma percepção crítica de sua ação após ela ter sido programada; daí o mimetismo e o pragmatismo, que revelam essa característica repetitiva, inconsciente e prática das ações cotidianas, segundo Barroco (2010, p. 38). Porém, é nela que o ser social põe em prática todas as suas habilidades ligadas às esferas sociais e comprova sua singularidade e irrepetibilidade.

A tendência à alienação se apresenta intrinsecamente à vida cotidiana na sociedade

capitalista. Sendo o trabalho categoria fundante do ser social e que, a princípio, o libertaria e o proporcionaria consciência e sociabilidade, após determinado nível de complexificação o ser social usou esses benefícios para fins individuais. Estabelece, de acordo com Barroco (2010, p. 48), valores morais, concernentes a ele e seu grupo de “afinidades” como normas a serem seguidas por toda a sociedade. A partir disso, o trabalhador se torna alheio ao seu produto e por vezes aos seus costumes, ele reproduz a moral estabelecida e sente-se impotente diante da posição de submissão que o colocam. Assim se caracteriza a alienação e a coisificação das relações sociais na vida cotidiana.

Historicamente, o sistema capitalista se transformou de acordo com o desenvolvimento de suas atividades econômicas, das forças produtivas que lhe compõem, do emprego de tecnologias e dos processos sociopolíticos e culturais sob relações de classes sociais. Diante desse processo, cabe aqui respaldar esse segundo momento do debate no estudo de Marx (1996) acerca da transição do modo de produção feudal para o modo de produção capitalista, ainda em sua origem – a acumulação primitiva - e em Netto e Braz (2006) na sistematização das principais fases do capitalismo – mercantil, concorrencial e monopolista - a fim de analisar como o sistema do capital vem se desenvolvendo e se imbricando nas relações sociais.

Anteriormente às fases propriamente ditas do capitalismo, tivemos o modo de produção feudal, gênese da atual estrutura do capital. Ele se deu no contexto do período medieval, onde a produção era de subsistência e os trabalhadores/servos eram vinculados à terra e aos seus senhores feudais. A transição para o modo de produção capitalista se deu através da separação desse vínculo do trabalhador com os meios de produção, passando, assim, a ser alheio ao processo de produção e ao produto final. Este momento se caracteriza pelo que Marx (1996, p. 340) chama de acumulação primitiva do capital. O trabalhador, agora, torna-se assalariado e cada vez mais especializado.

Os trabalhadores eram dependentes economicamente, devido a força de trabalho ser a única alternativa, estando submissos aos proprietários burgueses. Porém, eram independentes pessoalmente, seguindo a lógica do capital de liberdade econômica, esses indivíduos eram livres ao decidir para quem trabalhar. Mas essa liberdade é acompanhada de determinada sujeição, além de o assalariado não se reconhecer na sua atividade laboral e no processo ao qual está inserido, ele sofre coerção indireta, tendo parte de seu salário apropriado pelo esquema de mais-valia.

A partir da tomada de poder do Estado no fim da revolução burguesa, na segunda metade do século XVIII, o capitalismo passa para a fase concorrencial ou liberal. Segundo Netto e Braz (2006, p. 171), durante o capitalismo liberal, o capital é organizado em grandes indústrias modernas, com a introdução de tecnologias, trabalho intelectual, redução de trabalhadores e otimização da produção. Este novo estágio do capitalismo propiciou novas lutas de classe, as quais representaram o antagonismo do modelo econômico vigente e foram reflexo da exploração e extensão da jornada de trabalho e baixos salários, a fim de

garantir a mais-valia da burguesia. O Estado, conseqüentemente, respondeu em defesa do capital, utilizando da ação repressiva para garantir a acumulação capitalista e a propriedade privada, a partir do exposto por Netto e Braz (2006, p. 173).

Em meados do século XIX surge o terceiro estágio do capitalismo, chamado de imperialista ou monopolista. Netto e Braz (2006, p. 177) afirmam que ele foi marcado por questões sociopolíticas, processo técnico-científico, Segunda Revolução Industrial e desenvolvimento das forças produtivas. Esta fase foi caracterizada pelo nascimento dos monopólios industriais, controle de mercados, ampliação do papel dos bancos e ampliação do poder do Estado. No capitalismo monopolista passa a haver exportação de capitais a partir de linhas de créditos a governos e outros capitalistas de países ou de capital produtivo para implementação de indústrias em outros países.

O capitalismo monopolista, para Netto (2011), resulta num sistema totalizante de contradição, exploração e alienação dos trabalhadores, refletindo direta e indiretamente na questão social. Esta, o autor traz como expressão oriunda do último cartel do século XIX, ao identificar um novo fenômeno chamado pauperismo, o qual assolou a Europa Ocidental no estágio industrial-concorrencial do capitalismo. A saber, o pauperismo se apresenta quando a pobreza cresce na razão direta em que se aumenta a capacidade social de produzir riqueza (NETTO, 2011, p. 153), nos remetendo à maior extração de mais-valia da classe trabalhadora, explorando-a massivamente e resultando em sua insatisfação.

Toda esta contradição advém dos seguintes fatores: elevação dos preços das mercadorias; subconsumo; trabalhadores ainda mais alienados do processo de produção; busca por mão de obra polivalente e qualificada; quantitativo de trabalhadores cresce mais do que as indústrias conseguem absorver, ampliando o exército industrial de reserva, dentre outros.

Tais fatores não originam, mas agravam a questão social, que se apresenta dentro de um novo contexto político e econômico. Iamamoto (2000, p. 26), por sua vez, entende a questão social

como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade.

Diante do processo de reestruturação produtiva e da ineficácia das políticas de emprego e renda há crescente desemprego e constante precarização do trabalho, o que acarreta flexibilização e virtualização dos empregos, contribuindo para a redução nos salários. Os trabalhos precarizados e/ou terceirizados e informais passaram a substituir os regulamentados, distanciando esses trabalhadores de seus direitos previdenciários. Em contrapartida, esse sistema que produz desemprego centraliza o trabalho no que tange as políticas sociais, limitando o acesso a elas e reproduzindo a ideia de dignificação da categoria trabalho.

Assim, a divisão social e técnica do trabalho é responsável por maiores exigências ao trabalhador, devendo se adequar conforme os padrões informacionais vigentes no novo modo de produção. Muitos trabalhadores, até mesmo os já inseridos no mercado formal, não acompanham essa tendência produtiva e acabam incluídos nas massas de sobrantes produzidas pelo sistema.

Ademais, como reflexo do processo de reestruturação produtiva, o Estado, ao atuar como regulador das relações de produção, ainda se empenhou na redução e privatização dos sistemas de seguridade social, o capital retirou o controle do Estado em determinadas empresas e serviços, privatizando-os. A privatização instituiu critérios de seletividade nos atendimentos aos direitos sociais e esse deslocamento da satisfação de necessidades da esfera do direito público para o direito privado ocorre em detrimento das lutas e conquistas sociais e políticas.

Assim, há transferência dos deveres do Estado para distintos segmentos da sociedade civil, como organizações não governamentais, instituições filantrópicas ou a mercantilização de políticas sociais. Mediante o poder de compra verifica-se os direitos sociais a serem adquiridos como mercadorias, como é o caso da saúde, violando seu caráter universal previsto em lei.

3 | O TRABALHO EM SAÚDE

Como visto anteriormente, o trabalho foi sofrendo alterações ao longo da história, alterações estas oriundas das diversas reestruturações produtivas as quais o sistema capitalista se propõe. No setor de serviços, também chamado de terciário, não é diferente (Pires, 2000, p. 253). Este setor vem crescendo desde o século XX e inclui, dentre tantas categorias e vínculos empregatícios, os profissionais inseridos na área da saúde. Para Iamamoto (2000, p. 63),

importa ressaltar que o assistente social não realiza seu trabalho isoladamente, mas como parte de um trabalho combinado ou de um trabalho coletivo que forma uma grande equipe de trabalho. Sua inserção na esfera do trabalho é parte de um conjunto de especialidades que são acionadas conjuntamente para a realização dos fins das instituições empregadoras, sejam empresa ou instituições governamentais.

O processo de formação dos novos profissionais, a divisão social e técnica do trabalho e sua inserção nos contextos institucionais, bem como as consequências relativas a esta divisão, estão atreladas à lógica do poder hegemônico atual, que segrega as profissões em relação ao salário, vínculo, autonomia, reconhecimento e atividades demandadas, como também limita a possibilidade de um trabalho interdisciplinar. Entretanto,

[...] se o problema da elevação dos custos de produção e manutenção, está ocorrendo nos serviços públicos, a opção por uma outra estratégia de racionalização, bem como, as decisões sobre investimentos e rumo

dos investimentos, dependem de múltiplos fatores como, a visão política da instituição, a política governamental relativa à saúde, os interesses das diversas categorias profissionais, considerando o peso político das mesmas e a capacidade de suas organizações em influenciar decisões. Dependem, também, da capacidade das organizações sindicais e políticas, dos trabalhadores em geral, e das organizações representativas dos clientes fazerem valer as suas demandas. (PIRES, 2000, p. 256)

Diante das mais diferentes formas de vínculo empregatício no trabalho em saúde, Pires (2000, p. 258) constata o não crescimento do índice de desemprego nesta área do trabalho, a saber que este fenômeno se dá pelo número de profissionais autônomos e prestadores de serviços – RPA (Recibo de Pagamento Autônomo) e terceirizados² -, que temos no mercado e que vêm cada vez mais substituir os trabalhadores estatutários; como também se dá pelo desenvolvimento tecnológico e inserção de equipamentos de ponta em instituições de média e alta complexidade localizadas em territórios economicamente e estrategicamente favorecidos, inserção esta que não anula a presença de profissionais para operar tais equipamentos que, por ora, ainda não são conduzidos sozinhos.

Pires (2000, p. 260) relaciona o surgimento de novos tipos de contrato de trabalho com o aumento da precarização das relações de trabalho, também conhecida como flexibilização. Os vínculos empregatícios por meio de RPA e terceirização, citados anteriormente, os contratos temporários e, ainda, o recente trabalho intermitente (este aprovado pela Reforma Trabalhista – Lei 13467/17 - no governo Michel Temer) tornam-se alternativas das instituições privadas de saúde e, no contexto atual de ampliação das organizações sociais, fundações e empresas hospitalares privadas de gestão, também das instituições públicas. Isso se deve à redução de custos e interesse do poder hegemônico que assume o Estado, viabilizado pela aprovação da terceirização generalizada, mediante o Projeto de Lei (PL) 4.302, apresentado em 1998 e aprovado em 2017.

Tais vínculos acarretam consequências aos trabalhadores, como: demissões e redução de concursos para estatutários, baixas remunerações, alto grau de insalubridade e acidentes de trabalho, tendência à mecanização das atividades e conseqüente risco à qualidade dos serviços, alta rotatividade dos postos de trabalho, fragilidade no vínculo com a empresa e redução de direitos trabalhistas.

Mais uma estratégia entendida como forma de substituição indireta dos servidores por trabalhadores com vínculos empregatícios mais frágeis foi a implementação do ponto eletrônico. Entendemos como meio de fiscalização e, talvez, “boicote” ao trabalho dos servidores públicos, devido crescente quantitativo de afastamentos e exonerações decorrentes de estresse, ansiedade e outras doenças que acarretam prejuízos à saúde do trabalhador e à qualidade dos serviços prestados.

Diante deste cenário adverso e complexo de retrocessos advindos da reestruturação

² Segundo o IBGE, em 2018, o Brasil alcançou um total de 1.029 milhões de trabalhadores terceirizados, contra 687 mil em 2012.

produtiva para os trabalhadores, concordamos com Pires (2000, p. 261) quando afirma entender que uma das alternativas para seu enfrentamento é a reflexão acerca deste processo e suas expressões na saúde - os rebatimentos na assistência e nos trabalhadores da saúde.

4 | A DISPUTA HEGEMÔNICA NA POLÍTICA DE SAÚDE

A atenção à saúde no Brasil, historicamente, se desenvolveu sob o paradigma da prestação de serviços médicos individuais e de enfoque curativo, primeiramente com a assistência médica pautada na filantropia e na prática liberal, no século XVIII. Já no século XIX, em decorrência das transformações econômicas e políticas, iniciativas como vigilância do exercício profissional e realização de campanhas limitadas surgiram na saúde pública. Enquanto no início do século XX, ocorre intervenção estatal na saúde a partir de algumas iniciativas de organização do setor, como o nascimento do esquema previdenciário brasileiro. (BRAVO, 2006, p. 2).

Hoje, percebemos relativa mudança em relação a esse enfoque na atenção à saúde no Brasil, que mesmo com o movimento de Reforma Sanitária, as lutas pelo direito à saúde e a construção do SUS, ainda encontramos resquícios de práticas voltadas estritamente para a doença.

A compreensão saúde e doença como processo social nos ajuda a reconhecer as contradições e disputas no campo da saúde. No sistema capitalista, surgiram as fábricas e empregos exaustivos, mudando consideravelmente o ritmo de vida da população, acompanhados do crescimento dos centros urbano-industriais, a desigualdade social e a falta de estrutura nestes centros. O crescimento desordenado das cidades caracterizava precárias condições de habitação para os trabalhadores, como falta de saneamento básico e tratamento de água, por exemplo. Tais consequências nas condições de vida da população das cidades influenciaram, de imediato, a saúde da própria população. Foi então que a influência das condições de vida na saúde do indivíduo passou a receber atenção, impulsionada pelos movimentos de revolta dos trabalhadores, aponta Bravo (2013, p. 34).

Neste período, destaca-se o surgimento da Medicina Social, um marco do controle social, higienização das cidades e penetração do conhecimento médico no domínio do ambiente social. Foucault (apud BRAVO, 2013, p. 35-43) a considera em três etapas: Medicina do Estado na Alemanha, Medicina Urbana na França e Medicina da Força de Trabalho na Inglaterra. A Medicina Social, marcada por particularidades em cada um dos contextos nos quais foi implementada, foi motivada pelas revoluções de 1848 e sua oposição aos regimes autocráticos da Europa, no entanto, este modelo de vinculação da saúde às condições de vida da população sofreu retrocesso com a ascensão da Revolução Científica e as descobertas bacteriológicas de Robert Koch e Pasteur, predominando-se, então, o Modelo Biomédico a partir de uma lógica unicausal, segundo Rocha e David (2015,

p. 130).

Após a Segunda Guerra Mundial, houve um declínio do Modelo Biomédico, que para os teóricos não foi mais suficiente para explicar as doenças associadas aos múltiplos fatores de risco (apesar de até hoje influenciar grande parte dos profissionais da saúde). Houve, ainda nesse período, uma transição epidemiológica, diminuindo a incidência das doenças infecto-parasitárias e aumentando a das doenças crônico degenerativas. Para Bravo (2013, p. 67),

[...] nos países centrais, dão-se novos passos na institucionalização dos serviços de saúde, no sentido de atingir o conjunto dos trabalhadores. A principal causa de morte passa a ser as doenças degenerativas [...]. Destaca-se o aumento da morbidade, ao qual pode ser atribuída, em parte, a institucionalização dos serviços de saúde, tornando-os mais acessíveis à população, a extensão do campo de atuação dos serviços em virtude da ampliação de doenças crônicas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, conceituou a saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” (OMS, 1948). Entendemos esta concepção como grande avanço para o período em questão, mas hoje apresenta contradições. Mais tarde, no Brasil, o conceito de saúde será desenvolvido e pensado sob sua concepção ampliada.

Os avanços tecnológicos na década de 1950 proporcionaram, segundo Bravo (2013, p. 68), o surgimento da “indústria de medicamentos e equipamentos médicos”, o que interferiu no processo de trabalho da categoria médica, separando-o de seus instrumentos de trabalho e institucionalizando o profissional no ambiente hospitalar.

Diversos foram os movimentos que se constituíram na década de 1950, nos Estados Unidos, a fim de questionar a separação entre saúde pública e atenção médica. Porém, “a força política do setor privado que controlava a atenção médica foi, nos Estados Unidos, uma garantia de contrarreformas substanciais no setor, tendo resistido a diversas propostas de participação estatal na área da assistência médica.”, segundo Donnangelo (apud BRAVO, 2013, p. 70). Assim, surgiram as propostas de cunho reformista da Medicina Integral, Preventiva e Comunitária.

Importante destacarmos que a Medicina Comunitária dos Estados Unidos se originou “como uma forma de prestação de serviços em vez de um campo sistematizado de princípios” (BRAVO, 2013, p. 71). Ela era integrada à uma política de combate à pobreza, que se estendeu (aliada à ONU) para os países da América Latina com o objetivo destes se desenvolverem. Bravo (2013, p. 72) considera que

[...] as propostas de Desenvolvimento de Comunidade e Medicina Comunitária, apesar de seu caráter apolítico, contribuíram para perpetuar as estruturas sociais vigentes, de forma a desviar a atenção dos problemas de natureza política e privilegiar ações em torno de lazer, esporte, educação e atenção aos problemas imediatos de saúde da população, desvinculando-os dos determinantes sociais.

Segundo Rocha e David (2015, p. 130, 131), no final na década de 1960, com a crescente crise política e social dos países capitalistas, houve vários questionamentos à ênfase biologicista na América Latina, desenvolvendo-se nela a Medicina Social. Ela acompanhava os paradigmas e padrões europeus, dando ênfase à medicina preventiva. Esta discussão de como encaminhar e colocar no mesmo nível o binômio saúde do indivíduo e capital, criou formas desiguais e contraditórias na condução da vida em todos os seus aspectos. A partir desta realidade, a Medicina Social na América Latina se empenhou em fazer uma nova leitura da saúde pública, de forma crítica e sob influência marxista, considerando a categoria trabalho como fator importante de análise do processo saúde e doença, foi então que se desenvolveu o termo Determinação Social da saúde.

A determinação social da saúde é um referencial teórico que discute a abrangência da coletividade e do caráter histórico e social do processo saúde-doença, não colocando em foco discussões de dados epidemiológicos individuais. Propicia explicitar a relação entre o biológico e o social, divergindo da abordagem dos DSS [Determinantes Sociais da Saúde], [...]” (ROCHA; DAVID, 2015, p. 132)

Na década de 1970, para as autoras, as ações de prevenção em saúde tornaram-se realidade em muitas escolas médicas no Brasil, bem como a abertura da saúde coletiva por meios de formação de recursos humanos e tecnológicos. Diversos trabalhos críticos da área social passaram a ter relevância e foram amplamente discutidos, impulsionados pelo contexto de organizações e conferências sobre o tema, como a Conferência Internacional de Alma-Ata (1978), acerca da atenção primária à saúde e a I Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, que apresentou a Carta de Ottawa. Com isso, foi possível, em 1986, levantar a bandeira da Reforma Sanitária na VIII Conferência Nacional de Saúde e formular um novo conceito de saúde, mais amplo, denominado de conceito ampliado.

Em sentido amplo, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1986)

Com o advento do neoliberalismo a partir da década de 1990, medidas conservadoras e de apoio ao capital retomaram a agenda dos organismos internacionais, incidindo, também, na saúde. Em 2005, segundo Rocha e David (2015), a OMS divulgou o tema Determinantes Sociais como referência para seus filiados. Reducionista, este tema veio carregado de interesses e se distancia do arcabouço teórico e político do final do século XX.

Verifica-se que os atuais estudos sobre determinantes sociais se limitam a identificar correlações entre variáveis sociais e eventos de morbimortalidade na população, diferentemente do que se pretendia nos anos de 1970 e 1980, em que se buscava uma perspectiva explicativa mais ampla. [...] “Assim, o

que está disfarçado por trás do rótulo de determinantes sociais e de combate às iniquidades em saúde é o triunfo esmagador da visão de mundo da epidemiologia tradicional". (ROCHA; DAVID, 2015, p. 133)

Diante das atuais disputas acerca da concepção de saúde no Brasil, influenciadas por tendências biologicistas disfarçadas de determinantes sociais, na prática, e pela concepção ampliada de saúde, na legislação, o caminho a ser feito pelos profissionais de saúde no seu cotidiano de trabalho, com a equipe multiprofissional e com o usuário, é o de tentar direcionar sua atuação para um olhar totalizante, rompendo com a hegemonia biomédica, de forma que a abordagem na determinação social do processo saúde-doença transcenda os limites do sistema capitalista e se pense uma nova sociabilidade.

Tais disputas entre concepções de saúde, tendo em vista o contexto de disputas entre diferentes projetos de saúde no país, se expressam a partir deles. Bravo (apud DIAS, 2016) considera a existência de três projetos no debate, o da Reforma Sanitária, o Privatista e o da Reforma Sanitária Flexível. Este último, mais recente, se “adequa ao atual subfinanciamento da saúde, acredita na otimização da gestão e na responsabilização dos profissionais de saúde para a efetivação do SUS possível” (BRAVO apud DIAS, 2016, p. 224). É um projeto que tenta estabelecer o consenso entre Reforma Sanitária e modelo privatista, ambos inconciliáveis, mas remodelado para além dos extremos.

O projeto privatista, segundo Bravo (apud DIAS, 2016, p. 224), é o hegemônico hoje na saúde, ele se estabelece pela “mercantilização da vida, através da ampliação do setor privado na oferta de serviços de saúde, tanto no livre mercado quanto por dentro do SUS [...]”. Ele é responsável por diversos retrocessos, dentre eles as organizações sociais, os planos populares de saúde e à aderência aos vínculos precários de trabalho na saúde. A autora traz, diante disso, algumas propostas da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde para a implementação do SUS proposto pela Reforma Sanitária, duas delas são o resgate do conceito de determinação social do processo saúde e doença como ele se afirma na década de 1970 e a defesa do modelo assistencial previsto no SUS, que

valoriza a prevenção e a promoção da saúde, a universalidade, a integralidade e a intersetorialidade das ações, na perspectiva de romper com o modelo centrado na doença e subordinado aos interesses lucrativos da indústria de medicamentos e equipamentos biomédicos, descolado das necessidades da população que ainda é hegemônico. (BRAVO apud DIAS, 2016, p. 229)

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo pretendeu trazer breve reflexão acerca do trabalho em saúde no sistema capitalista e, para isso buscou resgatar os históricos da categoria trabalho e dos modelos de saúde em disputa no mundo e, principalmente, no Brasil. Para, então, situar o leitor sobre como se construiu o que temos hoje por política pública de saúde no que tange o processo de trabalho.

Observamos, no decorrer da pesquisa bibliográfica, que o trabalho, enquanto categoria, vem passando por retrocessos no que diz respeito à flexibilização dos empregos, redução dos salários, aumento da terceirização, da informalidade, do desemprego, da instabilidade, da rotatividade de trabalhadores e redução de garantias trabalhistas. Conseqüentemente, como o setor de serviços contempla a área da saúde, este resultado também é percebido nestas instituições.

Nosso objetivo, portanto, é a defesa do Projeto de Reforma Sanitária, em busca pela “ampliação dos investimentos públicos para a expansão do setor estatal nos níveis federal, estadual e municipal, suplantando progressivamente a complementariedade do setor privado, garantindo acesso universal e irrestrito a toda a população aos serviços de saúde; [...]” (BRAVO, apud DIAS, 2016, p. 224). Este projeto, aliado ao debate da concepção de determinação social do processo saúde e doença, pretende obter força e grandes avanços no que tange a política de saúde no Brasil. Ademais, se faz necessária a capacitação política da classe trabalhadora, a superação da fragmentação e pulverização das entidades representativas e reflexão sobre o conjunto das profissões de saúde.

REFERÊNCIAS

BARROCO, M. L. S. **Ética e serviço social: fundamentos ontológicos** / Maria Lúcia Silva Barroco. – 8. Ed. – São Paulo, Cortez, 2010.

BRAVO, M.I.S. Política de saúde no Brasil. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**, 2006. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf
Acesso em: 29 jun. 2021

_____. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo**. 1 ed. - Cortez, 2013, p. 31-89.

DIAS, M.J.S.D. Políticas Públicas de Saúde: impasses e perspectivas à universalização do atendimento. Entrevista especial com Maria Inês. In.: **Revista de Políticas Públicas**. São Luís, v. 20, n 1, p.221-231, jan./jun. 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=321146417014>
Acesso em: 29 jun. 2021

IAMAMOTO, M.V. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 3. ed. - São Paulo, Cortez, 2000.

MARX, K. **O capital** (v. 1, t. 2). São Paulo: Nova Cultural, 1996, cap. XII e XXIV.

NETTO, J.P. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social** / José Paulo Netto – 8. Ed. – São Paulo : Cortez, 2011.

NETTO, J.P.; BRAZ, M. **Economia Política: uma introdução crítica**. Coleção Biblioteca Básica de Serviço Social. São Paulo: Cortez, 2006.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, vol. 53, n.2, p. 251-263. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v53n2/v53n2a10.pdf> Acesso em: 29 jun. 2021

ROCHA, P.R. da; DAVID, H.M.S.L. Determinação ou determinantes? Uma discussão com base na teoria da produção social da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, vol. 49, n.1. 2015. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/103172> Acesso em: 29 jun. 2021

ÍNDICE REMISSIVO

A

- Acidentes de trânsito 98, 99, 100, 101, 105
- Ambientes virtuais de ensino e aprendizagem 113
- Atividade formativa 6, 8, 9, 10
- Atividades extensionistas 1, 3, 5

C

- Capitalismo 7, 16, 18, 19, 24, 60, 61, 62, 70, 73, 79, 86, 87, 88, 89, 96
- Capitalismo contemporâneo 18, 24, 79
- Capitalismo monopolista 89, 96
- Cidadania regulada 16
- Conservadorismo 7, 21, 29, 49, 69
- Contrarreforma 2, 12
- Covid-19 4, 5, 17, 18, 22, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 107, 108, 114, 115

D

- Desproteções sociais 23
- Direitos sociais 20, 21, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 40, 44, 63, 73, 76, 77, 84, 90, 117
- Dívida pública 76, 77, 79, 81, 85

E

- Educação básica 107, 108, 109, 114
- Emancipação humana 60
- Ensino remoto 26, 107, 108, 109, 110, 111, 113, 114
- Estado mínimo 78
- Estado neoliberal 22, 27, 28, 77
- Estado social 18, 23, 24
- Extensão universitária 1, 117

F

- Fundo público 20, 72, 73, 74, 75, 77, 81, 82, 83, 84, 85

M

- Matriz rodoviária 101

N

Neoconservadorismo 23, 71

Neoliberalismo 17, 18, 21, 22, 23, 25, 28, 29, 30, 76, 77, 78, 94

O

Organização Mundial de Saúde – OMS 6, 8, 25

P

Pesquisa bibliográfica 14, 58, 59, 86, 96, 102

Política de saúde 3, 9, 10, 12, 72, 73, 78, 80, 81, 82, 83, 84, 86, 87, 92, 96, 117

Política social 15, 19, 20, 21, 22, 23, 29, 58, 59, 62, 63, 64, 66, 68, 70, 71, 74, 84, 85

Pós-modernidade 58, 59, 61, 63, 70

Produção do conhecimento 10, 58, 59, 60, 62, 67, 68, 69, 70, 71, 116

Programa de extensão 1, 3, 4, 5, 10, 117

Projeto de pesquisa 14, 70

R

Reestruturação produtiva 61, 89, 90, 91, 97

Refilantropização 23, 26, 28

Reforma sanitária 74, 81, 87, 92, 94, 95, 96

S

Saberes e práticas 1, 3, 4, 5, 10, 117

Seguridade social 18, 19, 20, 22, 29, 61, 70, 72, 73, 74, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 83, 84, 85, 90

Ser social 86, 87, 88

Serviço social 1, 2, 8, 9, 10, 12, 13, 29, 31, 32, 58, 59, 62, 63, 64, 65, 66, 68, 69, 70, 71, 96, 117

Sistema de proteção social 17, 18, 20, 21, 28

Sistema Único de Saúde - SUS 1, 5, 117

Sociedade capitalista 59, 84, 87, 89

T

Tecnologias digitais 107, 109, 110, 111, 113, 114

Trabalho 3, 4, 18, 19, 20, 21, 25, 33, 35, 38, 40, 55, 56, 61, 63, 65, 69, 70, 76, 83, 84, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 101, 102, 109, 110, 111

Trabalho em saúde 86, 87, 90, 91, 95, 97

V

Violência 3, 7, 8, 9, 11, 12, 24, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 40, 41, 44, 50, 51, 52, 57, 99, 106



Políticas sociais no Brasil:

Reflexões sobre pesquisa, ensino
e cotidiano dos serviços

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

@atenaeditora 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

Atena
Editora

Ano 2021



Políticas sociais no Brasil:

Reflexões sobre pesquisa, ensino
e cotidiano dos serviços

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

**Atena**
Editora

Ano 2021