

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO

LÚCIA RUBLESCKI SILVEIRA

**O SERVIÇO SOCIAL E
O CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE:
UMA ANÁLISE SOB A PERSPECTIVA DOS
ASSISTENTES SOCIAIS**

Prof^a. Dr^a. Andréia Mendes dos Santos

Orientadora

Porto Alegre
2013

LÚCIA RUBLESCKI SILVEIRA

**O SERVIÇO SOCIAL E O CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE:
UMA ANÁLISE SOB A PERSPECTIVA DOS ASSISTENTES SOCIAIS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Andréia Mendes dos Santos

Porto Alegre
2013

S587s Silveira, Lúcia Rublescki
O serviço social e o controle social na saúde : uma análise
sob a perspectiva dos assistentes sociais / Lúcia Rublescki
Silveira. – Porto Alegre, 2013.
117 f.

Diss. (Mestrado) – Faculdade de Serviço Social, PUCRS.
Orientador: Prof^a. Dr^a. Andréia Mendes dos Santos.

1. Serviço Social. 2. Sistema Único de Saúde.
3. Assistentes Sociais – Atuação Profissional. 4. Controle
Social. I. Santos, Andréia Mendes dos. II. Título.

CDD 362

Ficha Catalográfica elaborada por Loiva Duarte Novak – CRB10/2079

LÚCIA RUBLESCKI SILVEIRA

**O SERVIÇO SOCIAL E O CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE:
UMA ANÁLISE SOB A PERSPECTIVA DOS ASSISTENTES SOCIAIS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Aprovada com em 16 de dezembro de 2013

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dr^a. Andréia Mendes dos Santos - Orientadora

Prof^a. Dr^a. Berenice Rojas Couto - PUCRS

Prof^a. Dr^a. Dolores Sanches Wünsch - UFRGS

Porto Alegre
2013

AGRADECIMENTOS

Agradecer é reconhecer a importância do outro na sua vida.

É com este sentimento que construo esta página agradecendo a todos aqueles que de alguma forma participaram deste desafio.

Obrigado a todos que torceram por mim, a todos aqueles que se sentiram participes desta conquista. Em especial:

Ao grupo de Assistentes Sociais do GHC por terem participado com tanta boa vontade de meu estudo possibilitando as considerações que aqui apresento. Obrigada por terem compartilhado comigo suas reflexões, seus sonhos, suas certezas e suas dúvidas. Espero ter aproveitado bem cada uma destas colaborações.

Ao GHC, pelo apoio através de sua política de incentivo à formação de trabalhadores. Em especial ao Serviço de Saúde Comunitária que possibilitou meu afastamento parcial e onde pretendo demonstrar que valeu a pena.

A tripulação da nave Jardim Itu por terem “mantido o rumo da viagem” e feito a minha parte quando eu estava ausente. Espero poder ajudar cada vez mais nos desafios que enfrentamos em nosso cotidiano de superações na construção de um SUS melhor. “Ao infinito... E além”.

A Tati, a aluna que se mostrou mestre. Obrigado por ter me instigado e me auxiliado a ver que não basta saber fazer, é preciso ter argumento. Obrigada por tua ajuda, nunca vou esquecer.

Aos companheiros de luta no controle social e nos movimentos sociais, atuais e antigos. É muito bom compartilhar sonhos, mas também é muito bom ter parcerias para a luta e é assim, sonhando e lutando que transformamos este em um mundo melhor.

A Miriam, minha companheira de luta no CES, por entender meus motivos e estar sempre pronta a me ajudar.

As “minhas” residentes que literalmente “seguram as pontas”. Em especial a Daiana, a Gabriely e a Vanessa por terem diretamente participado deste momento. Vocês foram demais! Eu sei que muitas vezes foi difícil, mas com muito profissionalismo vocês superaram as dificuldades para me ajudar. Sou muito grata e feliz de ter podido contar com vocês

E a todos(as) residentes. Vocês foram o motivo deste mestrado, foram vocês que me “provocaram”. Espero poder fazer mais e melhor por aqueles (as) que ainda virão.

A todos meus amigos e amigas que fazem o dia a dia ser mais leve e divertido. Em especial as VIPS. Tem sido muito bom conviver com vocês.

A minha orientadora, Andréia. Pela acolhida, capacidade de escuta e palavras de incentivo Por acreditar mais em mim do que eu mesma, em alguns momentos. Valeu muito toda força!

As professoras que formaram a banca examinadora, Berenice e Dolores. Assistentes Sociais que muito admiro e que sei que abriram mão de importantes tarefas para estarem comigo neste momento. Obrigada pelas trocas, sugestões e reflexões que contribuíram muito para qualificar esta construção.

A toda equipe de professores e funcionários do PPG da Faculdade de SS. Ficou mais fácil, pois contei com vocês. Em especial ao GETEMPP pela acolhida e convivência carinhosa.

Aos colegas do mestrado, gurizada foi muito legal... Vocês foram demais. Vivi com vocês momentos inesquecíveis de construção de conhecimento e de grandes parcerias. Valeu e sorte a todos!

A grande família, por compreenderem as constantes ausências nestes últimos 2 anos e nunca terem deixado de me estimular. Obrigada mãe! Obrigada Tere, Rê, Didi, Mari e Lolô, meus irmãos! Obrigada galerinha das novas gerações! Cada um de vocês de sua forma particular me ajudou.

A meu pai que não está mais aqui neste mundo, mas a quem preciso agradecer pelo que sou. Sinto sua falta!

Aos meus filhotes.

Vicente que já foi meu gurizinho e que se transformou em um homem do qual tenho muito orgulho e com o qual não me canso de aprender.

Juliana minha princesa, minha estrelinha, minha companheira, minha melhor amiga. Uma pequena grande mulher, de quem eu sou eterna admiradora.

Obrigada por me ajudarem a ser melhor! Obrigado pelo carinho e parceria! Obrigada por me fazerem sentir importante! Amo vocês!

A Liz que cuida de todos nós com tanto carinho.

Ao Rogério grande amor da minha vida. Grande homem, grande profissional que sabe fazer a diferença na vida daqueles que precisam dele. Eu não teria conseguido sem ti. Obrigada por todos os momentos de parceria e amor incondicional. Obrigada pelo pai que tu és para nossos filhos. É gostoso demais dividir contigo minha vida e quero fazer isto por muito mais tempo! Te amo!

Há todos meu muito obrigada e a certeza de que nunca vou esquecer o valor de cada um pois uma conquista destas não se consegue sozinha, depende muito das parcerias e eu tive as melhores!

RESUMO

Esta dissertação, desenvolvida junto ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUCRS, apresenta um estudo qualitativo que tem como principal objetivo analisar de que forma acontece a inserção do Serviço Social no controle social no SUS, a fim de identificar o papel profissional que vem sendo desenvolvido, bem como o reconhecimento deste espaço enquanto eixo de atuação profissional dos Assistentes Sociais. O controle social é entendido como espaço contraditório que pode tanto contribuir com a democratização das políticas sociais como servir para legitimar as necessidades do capital. Portanto, é palco da disputa de classes. A política de saúde é investigada como primeira política social a garantir, em sua legislação, o controle social por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde. O estudo busca realizar uma análise da aproximação entre o Projeto da Reforma Sanitária e o Projeto Ético-Político do Serviço Social. Utiliza o método materialista dialético histórico na realização de uma leitura crítica da realidade social. Os sujeitos investigados foram os Assistentes Sociais que trabalham no Grupo Hospitalar Conceição. Verificou-se que, para estes Assistentes Sociais, a atuação em relação ao controle social acontece mais no incentivo à participação dos usuários na busca de seu protagonismo do que na participação direta dos Assistentes Sociais nos espaços de controle social. A grande maioria dos sujeitos pesquisados considera o controle social como eixo de atuação profissional, no entanto, aparecem fragilidades na materialização do controle social no seu cotidiano de trabalho. Em relação ao Projeto Ético-Político do Serviço Social, observa-se que o maior reconhecimento deste ajudaria a identificar o papel profissional dos Assistentes Sociais junto ao controle social.

Palavras-chave: Controle Social. Serviço Social. Política de Saúde.

ABSTRACT

This dissertation, prepared under the Graduate Program of Social Work at PUCRS, presents a qualitative study whose main objective is to analyze how Social Work is conducted within the scope of social control at the SUS [Unified Health Care System], in order to identify the professional role being developed, and to what extent this space is recognized as an axis of professional activity of Social Workers. Social control is understood as a space of contradiction that can both contribute to the democratization of social policies and serve to legitimize the needs of capital. Therefore, it is the stage for class struggle. The health care policy is investigated as the first social policy to guarantee social control in its legislation, through the Health Care Councils and Conferences. This study analyzed the approximation between the Health Reform Project and the Ethical-Political Social Work Project. It used the historical and dialectical materialism method to make a critical reading of social reality. The subjects investigated were the Social Workers who work at the Conceição Hospital Group. For these Social Workers, it was found that social control activities take place more in terms of encouraging the participation of users in the search for their protagonism than in direct participation by the Social Workers in social control areas. The majority of the subjects studied consider social control to be an axis of professional activity; however, there are weaknesses in the materialization of social control in their daily work. Better recognition of the Ethical-Political Social Work Project would help to identify the professional role of the Social Workers in terms of social control.

Key words: Social Control. Social Work. Health Care Policy.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Definição das categorias utilizadas na análise de conteúdo	62
Quadro 2 – Universo e Amostra da pesquisa	64
Quadro 3 – Assistentes Sociais pesquisados divididos conforma tempo que trabalham no GHC relacionando com aqueles que identificaram que passaram por Programas de Residência Multiprofissional em Saúde.....	65
Quadro 4 – Tempo de formatura no SS e tempo de trabalho no GHC	68
Quadro 5 – Participação atual e anterior dos Assistentes Sociais em espaços de controle social pelos níveis de atenção.....	71
Quadro 6 – Papel dos Assistentes Sociais em participações atuais e anteriores em espaços de controle social	76
Quadro 7 – Espaços de controle social que os AS afirmaram que participam ou que participaram no passado	78
Quadro 8 – Regras e estímulo da instituição para a participação dos Assistentes Sociais em espaços de controle social	79
Quadro 9 – Comparação das opiniões dos pesquisados em relação ao controle social ser eixo de atuação profissional dos AS e os AS trabalharem com controle social	88

LISTA DE SIGLAS

ABEPSS –	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
AS –	Assistente Social
CAPS –	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD –	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS I –	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CDS –	Conselho Distrital de Saúde
CEP –	Comitê de Ética e Pesquisa
CES/RS –	Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul
CFESS –	Conselho Federal de Serviço Social
CLS –	Conselho Local de Saúde
CMAS –	Conselho Municipal de Assistência Social
CMDCA –	Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente
CMI –	Conselho Municipal do Idoso
CMS –	Conselho Municipal de Saúde
COMEN –	Conselho Municipal de Entorpecentes
CRESS/RS –	Conselho Regional de Serviço Social do Rio Grande do Sul
FSS –	Faculdade de Serviço Social
GHC –	Grupo Hospitalar Conceição
HCC -	Hospital da Criança Conceição
HCR -	Hospital Cristo Redentor
HNSC -	Hospital Nossa Senhora da Conceição
ICS do PBF –	Instância de Controle Social do Programa Bolsa Família
OMS –	Organização Mundial da Saúde
PAD –	Programa de Atendimento Domiciliar
PUCRS –	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
RMS –	Residência Multiprofissional em Saúde
SS –	Serviço Social
SSC –	Serviço de Saúde Comunitária
SUAS –	Sistema Único de Assistência Social
SUS –	Sistema Único de Saúde
UPA –	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	CONTROLE SOCIAL	17
2.1	CONTROLE SOCIAL: UM CONCEITO CONTRADITÓRIO E POLÊMICO	18
2.2	PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO BRASIL E OS MECANISMOS DE CONTROLE SOCIAL	22
2.3	O SUS E O CONTROLE SOCIAL	27
3	O CONTROLE SOCIAL E O SERVIÇO SOCIAL	37
3.1	O PROJETO DA REFORMA SANITÁRIA E O PROJETO ÉTICO- POLÍTICO PROFISSIONAL, ONDE SE APROXIMAM?	38
3.2	SERVIÇO SOCIAL E O CONTROLE SOCIAL: IMPASSES E DESAFIOS	44
4	PERCURSO METODOLÓGICO	52
4.1	METODOLOGIA.....	53
4.1.1	Tema e Delimitação	54
4.1.2	Problema de Pesquisa	54
4.1.3	Objetivos Geral e Específicos	54
4.1.4	Questões Norteadoras	54
4.1.5	O Método	55
4.1.6	Campo da Pesquisa	57
4.1.6.1	Universo e Amostra	57
4.1.7	Aspectos Éticos da Pesquisa	58
4.1.8	Procedimentos para Coleta de Informações	59
4.1.9	Procedimentos para Análise das Informações	61
5	O CONTROLE SOCIAL COMO EIXO DE ATUAÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS: ANÁLISE DAS CONTRIBUIÇÕES	63
5.1	O PAPEL PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS NO CONTROLE SOCIAL NO SUS.....	69
5.2	O RECONHECIMENTO, PELOS ASSISTENTES SOCIAIS, DO CONTROLE SOCIAL COMO EIXO DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA ÁREA DE SAÚDE	83

5.3	O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DOS ASSISTENTES SOCIAIS: CONTROLE SOCIAL E ATUAÇÃO PROFISSIONAL	90
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
	REFERÊNCIAS.....	104
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	109
	APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO.....	110
	ANEXO A - APROVAÇÃO DA COMISSÃO CIENTÍFICA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DA FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL.....	113
	ANEXO B - PARECER DO CEP DA PUCRS	114
	ANEXO C - PARECER DO CEP DO GHC	116

1 INTRODUÇÃO

A história de todas as sociedades até nossos dias tem sido a história da luta de classes (MARX e ENGELS, 1998, p. 21).

A política de saúde foi pioneira na efetivação do controle social, tendo o movimento da Reforma Sanitária como principal protagonista das avançadas propostas para o setor da saúde na época. A Constituição de 1988 representou um avanço na aquisição de direitos, e materializou a participação e organização popular nas diferentes políticas sociais brasileiras. Para a saúde, propunha a criação do SUS – Sistema Único de Saúde, que objetivava ser o sistema de saúde de todos os cidadãos brasileiros. O SUS acabou transformando-se na primeira política social brasileira que, na sua legitimação, garantiu o controle democrático da sociedade.

Desta forma, o controle social configura-se como um dos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS). De antemão, cabe apresentar um conceito genérico de controle social, como a participação de setores organizados da sociedade civil na elaboração, acompanhamento e avaliação das ações de gestão pública. Este conceito o aproxima dos princípios fundamentais do Serviço Social, uma vez que o Projeto Ético-Político do Serviço Social manifesta-se pela ampliação e consolidação da cidadania, e pela defesa do aprofundamento da democracia

O controle social se efetivou por meio dos mecanismos de participação nas políticas públicas previstos na Constituição de 1988 e em Legislações posteriores, que são os Conselhos e as Conferências. Estes mecanismos dispõem de potencial para fazer avançar o processo de democratização das políticas sociais públicas, pois permitem maior visibilidade às necessidades de diferentes segmentos organizados da sociedade civil (IAMAMOTO, 2008). No controle social, vão estar representadas diferentes forças políticas, e é nesta articulação que o Assistente Social desempenha papel fundamental, tanto na participação direta como na contribuição com a apropriação crítica dos usuários frente à luta política na defesa de seus interesses. O Serviço Social tem nas expressões da questão social seu objeto de trabalho, porém, como refere Iamamoto (2008), por uma artimanha ideológica, muitas vezes, é eliminada, no nível da análise, a dimensão coletiva da questão social, reduzindo-a a uma dificuldade do indivíduo. A compreensão da questão social, rompendo o domínio privado para o público, e o domínio individual para o

coletivo, é um dos pontos de aproximação da ação do Assistente Social com o referencial do Projeto Ético-Político profissional e com o preconizado para o controle social no Projeto da Reforma Sanitária.

A coletivização das demandas é uma forma de, no cotidiano profissional, o Assistente Social atuar na perspectiva de transformação dos usuários individuais em sujeitos sociais coletivos. Nesta lógica é que encontraremos um indicativo de que o controle social nas políticas públicas pode ser utilizado como um dos espaços sócio-ocupacionais que contribui para a efetivação do Projeto Ético-Político profissional.

Observa-se que o estudo dos diferentes temas relacionados ao trabalho dos Assistentes Sociais é fundamental para a realização de leitura e intervenção no social com o intuito de subsidiar estratégias para o enfrentamento do conjunto de desigualdades que caracterizam o contexto contemporâneo, assim como as diversas formas de resistências construídas pelos sujeitos sociais (PRATES, 2005).

Assim, pela participação do Serviço Social no controle social, é relevante discutir a perspectiva dos Assistentes Sociais no controle social do SUS. A motivação pelo estudo do tema não é recente, pois surgiu há muitos anos. A autora deste trabalho tem mais de vinte e cinco anos de experiência profissional como Assistente Social em serviços de Atenção Primária à Saúde, em que a proximidade com os territórios atendidos oportunizaram ações conjuntas com os movimentos populares. No início da experiência profissional na área de saúde, o SUS ainda não era uma realidade, ou seja, o movimento pela Reforma Sanitária era contexto de atuação que consolidou o SUS. Portanto, o interesse pelo tema tem sua gênese junto com a participação na luta por sua efetivação.

Com a criação do SUS, a participação no controle social e os movimentos para garanti-lo passaram a ser uma realidade. Além disto, teve significativa relevância o fato da autora desta Dissertação trabalhar com ensino¹ e ter tido oportunidade de participar de inúmeros espaços de educação permanente em controle social com grupos de sujeitos em formação, de trabalhadores em saúde e com usuários.

Em história recente (2009/2011), ocorreu a oportunidade da vivência como conselheira municipal de saúde de Porto Alegre, espaço ocupado como

¹ A pesquisadora é preceptora do Programa de Residência Integrada em Saúde, do Grupo Hospitalar Conceição, na ênfase Saúde da Família e Comunidade.

representante titular dos trabalhadores do Conselho Distrital de Saúde (CDS) Noroeste e, desde 2012, a participação no Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (CES/RS), como representante titular do Conselho Regional de Serviço Social do Rio Grande do Sul (CRESS/RS). A participação direta nestes espaços instiga o aprofundamento sobre o tema, e desafia a busca de alternativas para novos e velhos enfrentamentos.

A presente pesquisa tem por objetivo analisar de que forma acontece a inserção do Serviço Social no controle social no SUS a fim de identificar o papel profissional que vem sendo desenvolvido, bem como o reconhecimento deste espaço enquanto eixo de atuação profissional dos Assistentes Sociais. O estudo foi realizado com os Assistentes Sociais que trabalham no Grupo Hospitalar Conceição (GHC), instituição vinculada ao Ministério de Saúde que presta serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção (primário, secundário e terciário). O GHC é o maior complexo de saúde pública do Sul do país, que atende exclusivamente pacientes da rede pública, respondendo, em diferentes momentos, a instâncias variadas de controle social – Conselho Municipal de Saúde (CMS), Conselhos Gestores dos Hospitais² e Conselhos Locais de Saúde (CLS) das Unidades de Saúde do Serviço de Saúde Comunitária (SSC). Os Conselhos Gestores dos Hospitais são instâncias descentralizadas do CMS de Porto Alegre e os CLS são espaços de controle social das Unidades de Saúde do SSC que estão diretamente vinculados aos Conselhos Distritais de Saúde (CDS), que, por sua vez, também são instâncias descentralizadas do CMS de Porto Alegre. As demandas do GHC são debatidas nestes diferentes espaços dependendo do seu alcance.

A relevância da pesquisa está na possibilidade de apontar contribuições que permitam aos Assistentes Sociais se enxergarem no controle social do SUS para que possam, a partir daí, realizar movimentos que venham a qualificar sua atuação no sentido de, cada vez mais, articulá-la com o Projeto Ético-Político da profissão e o Projeto da Reforma Sanitária. Afirma-se que a articulação com estes dois projetos é que demonstra se o profissional está, de fato, dando respostas qualificadas às necessidades apresentadas pelos usuários (BRAVO; MATOS, 2006).

² As Unidades Hospitalares do GHC são: Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), que corresponde a um hospital geral para adultos; Hospital da Criança Conceição (HCC), hospital geral para o atendimento de crianças; Hospital Cristo Redentor (HCR), referência em traumatologia, ortopedia e neurologia; Hospital Fêmeina, especializado em atendimento de mulheres.

Para a organização desta Dissertação, optou-se pela elaboração de capítulos que fossem norteando o tema da pesquisa e colaborando para análises das informações obtidas. Assim, o segundo capítulo expõe o controle social como um conceito contraditório e dinâmico fundamentando a discussão na teoria de Antonio Gramsci³, a partir de diferentes autores que elucidaram este importante autor para a teoria do Serviço Social e da participação social. Neste capítulo, é introduzida a história da participação social no Brasil e o surgimento dos mecanismos de controle social apresentando a Política de Saúde como lócus a ser estudado.

O terceiro capítulo aborda o controle social na profissão do Serviço Social. Faz-se uma importante relação do Projeto da Reforma Sanitária com o Projeto Ético-Político do Serviço Social, e descreve os impasses e desafios do Serviço Social em sua atuação ocupacional no controle social.

O quarto capítulo evidencia o percurso metodológico transcorrido para a realização da pesquisa. A pesquisa configura-se como do tipo qualitativa, aprofundando sua análise por meio da utilização do método materialista dialético histórico que, por seu caráter interventivo e transformador, assim como sua aproximação com o Projeto Ético-Político do Serviço Social (PRATES, 2005), auxiliou no estudo. O estudo foi realizado por meio de questionários enviados *online* e participaram 28 Assistentes Sociais, sendo esse número correspondente ao número de sujeitos da amostra do estudo. As informações obtidas a partir dos questionários foram organizadas e submetidas à técnica de análise de conteúdo, utilizando referencial de Bardin (2002). Para a análise, foram articuladas as categorias inicialmente previstas: as categorias básicas do método dialético-crítico (totalidade, contradição e historicidade) e as categorias de análise da realidade, que, neste presente estudo, foram definidas como Controle Social, Política de Saúde e Serviço Social e, ainda, as categorias que emergiram das respostas obtidas junto aos sujeitos da pesquisa, que foram definidas: cotidiano, hegemonia e Residência Multiprofissional em Saúde.

As análises das contribuições da pesquisa são descritas no capítulo cinco. Nesta etapa, aconteceu o estudo e as relações entre as informações coletadas tendo como principal cenário os objetivos iniciais da pesquisa.

³ Antonio Gramsci (1891 – 1937), importante pensador e cientista político marxista italiano.

O capítulo 6 é dedicado às considerações finais. Com certeza, o tema não foi esgotado, pois tem a característica de um estudo dinâmico em um contexto histórico em constante transformação. Sendo assim, não se representam verdades acabadas sem possibilidades de aprofundamento. As considerações apontam, entre outras, para a necessidade de maior estudo do tema e, como indicado pelos próprios Assistentes Sociais que participaram da pesquisa, a premência da construção de espaços nos quais a categoria possa aprofundar seu papel junto ao controle social das políticas públicas.

Este estudo foi desenvolvido junto ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUCRS, e é norteado pelos preceitos e rigor ético em estudos de pesquisa. O Projeto de Pesquisa foi avaliado pela Comissão Científica da Faculdade de Serviço Social PUCRS e submetido à Plataforma Brasil, atendendo os preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde – Brasil.

2 CONTROLE SOCIAL

O controle social é fruto da luta pela democratização da sociedade brasileira e foi viabilizado quando os movimentos sociais “redefiniram suas estratégias e práticas e passaram a considerar a participação institucional como espaço a ser ocupado” (RAICHELIS, 2011, p. 37). Com a ampliação da participação popular nas políticas sociais⁴, por meio de mecanismos previstos na legislação, foram abertos canais de organização das forças sociais no processo de democratização. O debate em relação à ampliação dos espaços de construção e gestão das políticas sociais tem ocorrido em um movimento dialético, por um lado, pela necessidade de novos atores sociais participarem destes processos e, por outro, pelas complexas relações entre estes diferentes atores que agora dividem espaços de poder. É possível identificar uma contradição aí embutida, e, pode-se afirmar, essa contradição tem relação direta com a transferência de parte do poder do Estado para a sociedade civil⁵.

A sociedade civil é percebida por Antonio Gramsci como representação "de uma intensa socialização da política" (MONTANO; DURIGUETTO, 2011, p. 43) que resulta de organizações tanto dos trabalhadores quanto do capital, no cenário do Capitalismo desenvolvido. Estes mesmos autores apontam que, para Gramsci:

Com a socialização da política, o Estado se amplia, incorporando novas funções, e incluindo no seu seio as lutas de classes; o Estado ampliado de seu tempo e contexto, preservando a função de coerção (sociedade política) tal como descoberta por Marx e Engels, também incorpora a esfera da

⁴ A política social é entendida por Potyara Pereira como “processo contraditório” uma vez que “nem sempre é benéfica para seus supostos destinatários legítimos – os demandantes de atendimentos de efetivas necessidades sociais.”. E, nesta sua constatação, lembra que os diferentes interesses sobre as necessidades sociais mantêm o conflito. A autora apresenta a política social como componente da conflituosa relação entre Estado e sociedade “no marco das formações sociais de classe” em que vai sempre lidar com interesses opostos, “já que ela resulta da pressão simultânea de sujeitos distintos” (PEREIRA, 2008b, p. 28).

⁵ Esta dissertação utiliza a teoria ampliada de Estado de Gramsci nas suas concepções de Estado e sociedade civil. Para isto, busca alguns autores da atualidade que fizeram a leitura cuidadosa de Gramsci apresentando de forma didática as concepções do autor.

Coutinho (2012) utilizou a teoria de Gramsci para definir sociedade civil: “o Estado em sentido amplo, “com novas determinações”, comporta duas esferas principais: a sociedade política (que Gramsci também chama de “Estado em sentido estrito” ou de “Estado-coerção”), que é formada pelo conjunto dos mecanismos por meio dos quais a classe dominante detém o monopólio legal da repressão e da violência e que se identifica com os aparelhos de coerção sob controle das burocracias executiva e policial-militar; e a sociedade civil, formada precisamente pelo conjunto das organizações responsáveis pela elaboração e/ou difusão das ideologias, compreendendo o sistema escolar, as igrejas, os partidos políticos, os sindicatos, as organizações profissionais, a organização material da cultura (revistas, jornais, editoras, meios de comunicação de massa), etc. (p. 127).

sociedade civil (cuja função é o consenso) (MONTANO; DURIGUETTO, 2011, p. 43).

Assim, observa-se que o conceito de controle social carrega a contradição das relações entre Estado e sociedade, e não se consolida com unanimidade nas teorias que discutem o conceito. Pelo caráter polêmico, necessita maior contextualização neste trabalho dissertativo.

2.1 CONTROLE SOCIAL: UM CONCEITO CONTRADITÓRIO E POLÊMICO

A origem do termo controle social vem da Sociologia na qual foi utilizado para falar do controle do Estado sobre os indivíduos e a sociedade. Alguns autores da política clássica⁶, partindo da defesa do Estado como instância que preserva a organização da sociedade, não permitindo prevalecer a natureza individualista do homem, defendiam a necessidade do controle social do Estado sobre qualquer manifestação humana.

As diferentes experiências democráticas, até agora existentes, vão demonstrar diversidade na relação entre Estado e seus governos e os sujeitos por ele governados. Vieira (2004), quando analisa as diferentes democracias experimentadas na sociedade capitalista, afirma que:

Em qualquer sociedade historicamente moderna sempre ficou consignado o antagonismo entre homem e Estado: o homem em busca da conservação de sua vontade e o Estado pretendendo a uniformidade das vontades humanas e a confirmação incontestável da sua força institucional (p. 153).

Ao falar de contradição entre homem e Estado, é importante destacar que a mobilização da sociedade civil favorece o processo de democratização do Estado. O alargamento do Estado, por meio de políticas sociais, acontece a partir da organização e mobilização da sociedade civil. Porém, as políticas sociais conquistadas podem satisfazer necessidades sociais na busca de diminuir as desigualdades ou, contraditório a isto, satisfazer as necessidades do capital,

⁶ Como exemplo, podemos citar Hobbes e Locke, que, em suas teorias, concordam entre si em relação a ser o Estado a instância que preserva a organização da sociedade a partir de um contrato social – diferem apenas quanto à concepção de “contrato social” que funda o Estado. (CORREIA, 2008, p. 67). Ou o também clássico, porém mais recente, sociólogo Émile Durkheim, que se refere ao termo como controle do Estado ou das classes dirigentes sobre o indivíduo ou sobre as classes subalternas, visando obter obediência (PEREIRA, 2008b, p. 62).

dependendo da correlação de forças da sociedade no momento em questão. Como afirma Pereira (2008b), as políticas sociais nem sempre alcançam o objetivo do bem-estar social “por serem passíveis de capturação e controle por forças antidemocráticas” (p. 58).

Quando a classe trabalhadora, por suas representações, consegue participar da formulação das políticas públicas, a tendência é ter ampliação na proteção do Estado, melhor respondendo às necessidades da maioria da população. No Brasil, desde a Constituição de 1988, foi garantida na Lei ⁷ a participação popular nas políticas públicas. Utiliza-se, desde então, nos documentos oficiais, o termo controle social representando o controle da sociedade civil sobre as ações do Estado, mesmo não havendo consenso, sobre o atual conceito. Um exemplo é Potyara Pereira⁸ que, em suas publicações, quando faz referência ao conceito, assinala sua preferência por usar controle democrático em oposição ao significado original do termo controle social (PEREIRA, 2008b).

Vieira (2001) lembra que, para um Estado ser considerado de direito democrático, é essencial o voto universal, porém o mesmo autor afirma que o voto não passa de um dos componentes para garantir a soberania popular, pois é necessário o controle social da administração pública. O autor não deixa de pontuar que as sociedades são diferentes em relação ao grau de permissão do controle social da administração pública, mas afirma que o controle social representa um dos elementos mais importantes da democracia⁹.

Voltando à questão da sociedade civil, termo anteriormente citado, como fator que mobilizado favorece a democratização do Estado, faz-se importante um posicionamento em relação ao uso do termo. Acanda (2006), buscando legados de Gramsci para a teoria política, vai utilizar em seus escritos o entendimento deste

⁷ A participação popular prevista na Constituição Federal de 1988 é um princípio inerente à democracia, garantindo aos cidadãos o direito não apenas à representação política, mas também à informação e à defesa de seus direitos, o que aparece de diferentes formas no texto constitucional. Porém, além das normas mais genéricas, alguns artigos especificam esta participação, são exemplos a participação comunitária prevista no SUS e na seguridade social (art. 198, III e art. 194, VII).

⁸ Importante autora do Serviço Social, com publicações sobre o tema. Um exemplo de publicação na qual a autora fala sobre o tema: Política Social, temas e questões, editora Cortez, 2008.

⁹ Para Vieira (2001), “A democracia não constitui um estágio, ela constitui um processo. O processo pelo qual a soberania popular vai controlando e aumentando os direitos e os deveres é um processo prolongado, implicando avanço muito grande dentro da sociedade. Quanto mais coletiva é a decisão, mais democrática ela é. Qualquer conceito de democracia, aliás há vários deles, importa em grau crescente de coletivização das decisões. Quanto mais o interesse geral envolve um conjunto de decisões, mais democráticas elas são” (p. 3).

autor para sociedade civil. Esta definição parte do pressuposto defendido por Gramsci de que a sociedade civil é arena privilegiada da luta de classes. “A sociedade civil é entendida por Gramsci como o espaço no qual se produzem e se difundem as representações ideológicas” (p. 178).

Ao estudar o processo histórico das sociedades capitalistas, Acanda (2006) aponta que o “crescimento da sociedade civil é contrário aos interesses e desejos da burguesia” (p. 170), e que a politização destes espaços como protagonistas da defesa de direitos da sociedade, por meio, por exemplo, de sindicatos, associações e partidos políticos, quebra a perspectiva liberal de ter o Estado e a sociedade civil como “sistemas autônomos”. Assim a politização da sociedade civil coloca como ineficaz o papel do Estado como “comitê administrativo da burguesia” (p. 171).

Gramsci introduziu em sua discussão sobre sociedade civil e Estado o conceito de hegemonia¹⁰, defendendo que o Estado e a sociedade civil acontecem em espaços que se relacionam e interdepende um do outro para sua construção como espaço de dominação de classe. Portanto, o domínio burguês não ocorre apenas como imposição, pois a “capacidade dessa classe de estabelecer e preservar sua liderança intelectual e moral” vai mais ao sentido de dirigir do que de obrigar. A esta capacidade Gramsci chamou de “hegemonia” (ACANDA, 2006, p. 173).

Contudo, o entendimento de hegemonia não implica na existência de uma sociedade civil totalmente integrada. As classes sociais disputam nos diferentes cenários institucionais numa luta ideológica, como afirma Acanda (2006):

A sociedade civil não é homogênea nem uniforme. E isso não apenas porque nela se decide a contraposição entre a ideologia dominante e as formas ideológicas que a desafiam, mas porque na sociedade moderna existem diferentes grupos sociais cujos interesses não são plenamente coincidentes. O desdobramento da modernidade significa o desenvolvimento das forças produtivas e o desenvolvimento concomitante das necessidades sociais, que trazem consigo, paralelamente, um incremento de subjetividade humana. A sociedade civil é o cenário legítimo da confrontação de aspirações, desejos, objetivos, imagens, crenças e projetos que expressam a diversidade constituinte do social. A habilidade do

¹⁰ “A noção de hegemonia enquanto totalidade significa a unificação da estrutura e superestrutura, da atividade de produção e de cultura, do particular econômico e do universal político. Não se trata de uma universalidade ideológica, mas concreta, porque os interesses particulares passam a se articular com os interesses universais. O grupo social se universaliza porque absorve, num projeto totalizador, a vontade dos grupos subalternos. Assim, constrói-se a hegemonia, elevando ao máximo de universalidade possível o ponto de vista dos grupos subalternos...” (SIMIONATTO, 2011, p. 52).

grupo que detém o poder não reside em tentar impedir as manifestações dessa diversidade, e sim em cooptá-las para seu projeto global de construção da trama social (p. 181).

O controle social acontece na relação entre Estado e sociedade civil. Correia (2006), também utilizando referencial gramsciano, descreve a questão da contradição dos espaços de controle social e os define como espaços de luta de classes:

A partir do referencial teórico de Gramsci em que não existe uma oposição entre Estado e sociedade civil, mas uma relação orgânica, pois a oposição real se dá entre as classes sociais, o controle social acontece na disputa entre estas classes pela hegemonia na sociedade civil e no Estado. Somente a devida análise da correlação de forças entre as mesmas, em cada momento histórico, é que vai avaliar que classe obtém o controle social sobre o conjunto da sociedade. Assim, o controle social é contraditório – ora é de uma classe, ora é de outra – e está balizado pela referida correlação de forças (p. 117).

Desta forma, pode-se afirmar que a existência do controle social tenciona e modifica a gestão do Estado capitalista, mesmo que existam limites para sua atuação. O controle social, na perspectiva da classe trabalhadora, por exemplo, visa à atuação de setores organizados da sociedade civil que as representam na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que atendam, cada vez mais, às demandas e aos interesses dessas classes. Neste sentido, o controle social envolve a capacidade que as classes trabalhadoras têm para interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado (CORREIA, 2006).

Se a luta por hegemonia não se dá entre Estado e sociedade civil, e sim entre classes sociais pelo poder dominante, o controle social é um espaço de disputas de classes que, ao mesmo tempo, pode dar visibilidade às necessidades da classe trabalhadora ou às necessidades do capital. A utilização do controle social como um espaço potencializador das lutas da classe trabalhadora necessitaria da construção e do fortalecimento de um projeto amplo e único de sociedade que representasse verdadeiramente esta classe.

2.2 PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO BRASIL E OS MECANISMOS DE CONTROLE SOCIAL

Desde a Constituição Federal de 1988, o termo controle social vem representando, no Brasil, a participação popular na elaboração, implementação e fiscalização das políticas públicas. Esta Constituição, também conhecida como Constituição Cidadã, garantiu a participação da sociedade na gestão pública por meio de diferentes mecanismos que possibilitam o exercício da democracia.

Para discutir controle social no contexto brasileiro, é essencial conhecer um pouco da história da construção dessa participação. Foi a luta e a organização da classe trabalhadora brasileira que engendrou o surgimento de espaços com potencial para atuarem no sentido da democratização da esfera pública, pois não se pode falar em consenso nacional em relação à instituição de formas de participação da sociedade civil no aparato do Estado.

No final da década de 1970, o Brasil foi palco, do ressurgimento dos movimentos sociais organizados, que cresceram como uma transgressão à interdição da participação popular na época. Na década seguinte, a sociedade brasileira já contava com um movimento social organizado em diferentes setores. Gerschman (2004), ao se referir ao período, aponta:

O final da década de 70 foi um momento *sui genesis* na política brasileira no que se relaciona ao papel da sociedade civil, com o surgimento de diversas entidades em diversos setores da vida social. Um movimento febril de agitação e oposição política atravessou toda a sociedade, promovendo um amplo debate e mobilização social em prol do fim do regime autoritário e da democratização do País (p. 67).

A direção política brasileira, na época representada pela Ditadura Militar, passou por um embate interno de como tratar a movimentação social que poderia transformar-se em um movimento de radicalização da sociedade. A estratégia então escolhida pelas direções militares foi uma abertura “lenta, gradual e segura” (GERSCHMAN, 2004). Neste contexto de descontentamento da sociedade, que buscava formas de resistências organizadas, os movimentos sociais foram tomando vulto na luta pela democratização.

Desta forma, o final da década de 70 e início da década de 80 do século XX, representou um importante marco no processo de redemocratização do país. Na

época, os movimentos sociais se avolumavam e criavam força, tendo como principais bandeiras de luta as demandas por habitação, saneamento básico, educação e saúde motivadas pelas precárias condições de vida da maioria da população. Estes movimentos que nasceram de mobilizações populares sem vinculação institucional e reivindicavam a presença do Estado na satisfação de suas demandas estavam intimamente ligados à agitação política presente na sociedade nesta época, que culminou com a campanha por eleições diretas para a presidência da República (GERSCHMAN, 2004). Para Correia (2006) estes movimentos tinham característica de serem antiestatais, com uma postura “de costa para o Estado”, por considerarem este um instrumento da classe dominante e suas instituições instrumentos de repressão, de cooptação e de controle dos movimentos sociais. Esta mesma autora cita que esta relação dos movimentos sociais com o Estado foi mudando na década de 1980:

De um lado o Estado passa a reconhecer os movimentos sociais como interlocutores coletivos, respondendo a algumas de suas demandas, e, de outro lado, os movimentos sociais presentes na sociedade civil admitem negociar com o Estado, rompendo a posição “de costa para o Estado” (CORREIA, 2006, p. 123).

O movimento social nesta época teve importante papel ao propiciar à população espaço de debate em relação a uma cultura subalternizada pela repressão e pelo domínio de classe. Era um movimento de base que se preocupava em debater nos locais de trabalho e de moradia as condições de vida da população. Simionatto (2011), para valorizar o papel da cultura, utiliza a teoria de Gramsci ao afirmar que:

A cultura é, pois, um instrumento de emancipação política da classe operária, uma vez que, a partir dela, criam-se possibilidades de tomada de consciência em relação a problemas e situações comuns vividas pelos diferentes sujeitos (p. 36).

As bandeiras de luta destes movimentos foram enraizadas em problemas cotidianos, como saúde e educação, por serem questões sentidas por toda classe trabalhadora que vivia em abandono de direitos sociais¹¹. A luta conjunta e a

¹¹ Couto (2008) classifica os direitos sociais como “direitos de segunda geração”, sendo os direitos civis e políticos considerados de “primeira geração”. A autora afirma que “os direitos sociais são exercidos pelos homens por meio da intervenção do Estado, que é quem deve provê-los”. E afirma ainda que estes direitos “ancoram-se na idéia de igualdade, que se constitui numa meta a ser alcançada, buscando enfrentar as desigualdades sociais” (p. 35).

possibilidade de intervir enquanto grupo organizado levou à discussão a tomar o rumo de participação na construção da Carta Magna do país. Simionato ao citar Gramsci afirmou em seus estudos que “a cultura, entendida criticamente, pode ser o amálgama, o elo de ligação entre os que se encontram nas mesmas condições” (SIMIONATO, 2011, p. 36). A mesma autora, ainda referindo-se a Gramsci, aponta que, para ele, a batalha cultural é fator decisivo no processo de luta pela hegemonia das classes subalternizadas, e que, portanto, “não é suficiente lutar apenas pela extinção da apropriação privada dos meios de produção, mas que se deve lutar também pela extinção da apropriação elitista da cultura e do saber” (SIMIONATTO, 2011, p. 55).

Estes movimentos que tiveram, na década de 1980, importante papel na mobilização da sociedade civil para a participação do processo de elaboração e promulgação da Constituição Federal de 1988 pregavam em seu ideário a correção de injustiças sociais históricas. Para isto, foram elaboradas propostas que tinham em comum a ampliação de direitos e a democratização da gestão.

Cabe lembrar que, apesar de todos os avanços ocorridos, neste período, em relação ao campo da ação política organizada, a classe trabalhadora foi derrotada no campo econômico. Aconteceu o fim da Ditadura, a aprovação de uma nova Constituição com muitos avanços na consolidação da cidadania, porém não ocorreram avanços que realizassem a ruptura com o grande capital, o que resultou em uma transição com muitas marcas de subalternidade. A participação nas decisões do Estado não significa poder direto na diminuição da desigualdade, uma vez que o poder econômico continua totalmente centralizado nas mãos da classe dominante. É mais uma ruptura nas estruturas de decisão da esfera pública que possibilita escancarar a questão social como responsabilidade do Estado e buscar, com isso, construir propostas que fortaleçam o Estado como representante da maioria da população.

É importante ressaltar o papel de destaque que tem o movimento social no que diz respeito à representatividade e legitimidade da sociedade civil no controle social. Este é um importante desafio, pois o afastamento dos representantes de suas bases de representação produz um desconhecimento destes em relação às necessidades da população. Este aspecto enfraquece a participação, pois não permite que as reais necessidades da classe trabalhadora cheguem às pautas de discussão, assim como prejudicam os processos de organização de resistências,

uma vez que muitos representantes não têm reconhecimento como lideranças no chamamento a lutas que se fazem necessárias.

O que fortalece a luta da classe trabalhadora é a busca pela hegemonia que significaria uma real mudança na direção política. Mas isso implica, também, em uma “crise da hegemonia, que se caracteriza pelo enfraquecimento da direção política da classe no poder, ou pelo enfraquecimento do seu poder de direção política e perda de consenso” (SIMIONATTO, 2011, p. 47). Simionatto (2011) recorda que, quando Gramsci fala da hegemonia como “direção intelectual e moral”, ele afirma que:

Essa direção deve exercer-se no campo das idéias e da cultura, manifestando a capacidade de conquistar o consenso e de formar uma base social. Isso porque não há direção política sem consenso. A hegemonia pode criar também a subalternidade de outros grupos sociais que não se refere apenas à submissão à força, mas também às idéias. Não se pode perder de vista que a classe dominante repassa a sua ideologia e realiza o controle do consenso através de uma rede articulada de instituições culturais, que Gramsci denomina “aparelhos privados de hegemonia”, incluindo: a escola, a igreja, os jornais e os meios de comunicação de maneira geral. Esses aparelhos têm por finalidade inculcar nas classes exploradas a subordinação passiva, através de um complexo de ideologias formadas historicamente. Quando isso ocorre, a subalternidade social também significa subalternidade política e cultural (p. 49).

Os mecanismos de controle social têm forte potencial para contribuir com a democratização das políticas sociais, ao representarem um novo paradigma de participação social, em que a sociedade civil ocupa espaço de sujeitos detentores de direitos que tem legitimidade para influenciar na gestão pública. Não se pode, no entanto, deixar de observar os frequentes desafios enfrentados que têm limitado este potencial democratizante. Estes entraves estão diretamente ligados à proposta hegemônica das classes dominantes baseada na ideologia neoliberal¹². Estas questões estão representadas pelo enxugamento do Estado, a desregulamentação social e econômica, e o agravamento da questão social (SANTOS, 2010).

¹² "O que se pode denominar ideologia neoliberal compreende uma concepção de homem (considerado atomisticamente como possessivo, competitivo e calculista), uma concepção de sociedade (tomada como um agregado fortuito, meio de o indivíduo realizar seus propósitos privados) fundada na idéia da natural e necessária desigualdade entre os homens e uma noção rasteira da liberdade (vista como função da liberdade de mercado)"(NETTO; BRAZ, 2008, p. 226).

O controle social não tem potencial de modificar a direção político-ideológica¹³ da sociedade. Seu papel, porém, tem dois importantes momentos: tencionar políticas públicas que diminuam o abismo da desigualdade e potencializar a classe trabalhadora para que utilize seus espaços de representação de forma a somar no fortalecimento de sua organização na busca da sua transformação em “classe para si”¹⁴, na construção de um projeto classista comum que represente a não aceitação da subordinação.

Sair da passividade, para Gramsci, é alcançar um nível superior, é deixar de aceitar a subordinação que a ordem capitalista impõe a amplos estratos da população, é deixar de ser “massa de manobra” dos interesses das classes dominantes (SIMIONATTO, 2011, p. 52).

A construção de um projeto comum da classe trabalhadora é tarefa complexa, porém essencial para a transformação da sociedade em um espaço mais justo e igualitário. Mas ele só ocorrerá com o surgimento da consciência em relação à necessidade de se criar uma nova cultura.

O setor saúde teve importante intervenção em todo este processo de redemocratização por meio, principalmente, dos movimentos sociais em saúde¹⁵ que tiveram organização ampliada em território nacional em alguns momentos da luta e regionalizada, em outros. Estes movimentos articulavam diferentes setores do movimento popular ligados à igreja católica progressista, aos partidos políticos de esquerda, aos sindicatos, aos trabalhadores de saúde, aos estudantes e às associações de bairro localizadas principalmente em comunidades de baixo poder aquisitivo. O meio acadêmico desempenhou também importante papel ao contestar e discutir propostas alternativas ao modelo médico hegemônico que representava baixo impacto nos níveis de saúde da população e influenciou, mesmo que indiretamente, os movimentos sociais em saúde (GERSCHMAN, 2004).

¹³ Simionatto (2011) afirma que ideologia pode ser definida “como visão de mundo com normas de conduta correspondentes, ela se encontra em todos os níveis sociais: econômico, político, científico, artístico, etc., em todas as manifestações de vida individuais e coletivas (p. 78).

¹⁴ Simionatto (2011), utilizando a teoria de Marx, refere que, no momento em que o proletariado consegue elaborar um projeto para toda sociedade por meio de ação coletiva, deixa de ser “classe em si” e torna-se “classe para si”. Para Gramsci, o objetivo deste momento é o surgimento de um novo “bloco histórico” que garanta a conquista da hegemonia na sociedade.

¹⁵ Silvia Gerschman (2004) faz referência ao Movimento Popular em Saúde e ao Movimento Médico como principais referências nos Movimentos Sociais em Saúde. Em seu livro *A Democracia Inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira* (2004), analisa com profundidade o papel de cada um destes movimentos na construção da proposta de reforma sanitária.

Reflexo deste processo, em 1986, aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde, que foi a primeira conferência de saúde com ampla participação dos setores organizados da sociedade civil e que, em seu relatório final, apontou arrojadas propostas, como a universalização do acesso à saúde, a implantação de mudanças do modelo de atenção à saúde e o estímulo à participação da população nas decisões.

Foi com o acúmulo de toda esta movimentação na sociedade brasileira, inicialmente representada apenas pelos movimentos populares ainda pouco articulados entre si e com disputas internas¹⁶, e, posteriormente, com uma concreta proposta de reforma sanitária comum entre eles, que se chegou ao processo constituinte de 1988. As propostas para a saúde existiam e tinham passado por amplo debate na VIII Conferência Nacional de Saúde, a qual apresentava encaminhamentos que buscavam garantir que estas propostas estivessem contempladas na nova Constituição. É importante, porém, apontar que a implementação da política de saúde foi de grande complexidade, com muitos avanços e retrocessos, e só se tornou possível em função da articulação das forças políticas que lutavam pela reforma sanitária e que estavam alertas aos acontecimentos.

2.3 O SUS E O CONTROLE SOCIAL

A Constituição de 1988 representou um avanço na aquisição de direitos, e materializou a participação e organização popular nas diferentes políticas sociais brasileiras, não só do setor saúde. A participação popular como ficou inscrita na Legislação Federal significou importante marco na ampliação e qualificação da democracia no Estado brasileiro. Como afirma Raichelis (2006), com o estabelecimento de mecanismos de participação no campo de ação das políticas sociais, a Constituição levou diferentes segmentos da sociedade a colaborarem na implementação e no controle destas políticas. O SUS foi resultado da discussão que se iniciou com a proposta de reforma sanitária e acabou transformando-se na

¹⁶ Duas questões são citadas por Gerschman (2004) como de grande significado no processo de disputas dentro do movimento da saúde (principalmente no Movimento Popular em Saúde): a primeira diz respeito à divergência em relação à estatização total da política de saúde ou alguma participação da iniciativa privada, e a segunda da participação ou não nas instâncias institucionais de saúde (espaços de controle social (p. 118)).

primeira política social brasileira, que, na sua legitimação, garantiu o controle democrático da sociedade.

A Lei Orgânica da Saúde – Lei Nº 8.080, de 19/09/1990, que regulamentou o SUS, logo após sua aprovação, foi vetada pelo Presidente da República¹⁷, em alguns tópicos fundamentais, entre eles, o referente à participação social prevista em Lei. Decorrente disso ocorreu ampla manifestação dos movimentos sociais organizados, exigindo do Congresso a apresentação de um novo Projeto de Lei (Lei Nº 8.142), que acabou aprovado em 28/12/1990. A Lei nº 8142 dispôs sobre a existência dos mecanismos de controle social, e a transferência de recursos do fundo nacional de saúde para os estados e municípios (GERSCHMAN, 2004; PAIM, 2008).

Na saúde, por meio dos mecanismos de participação no SUS, o processo de democratização das políticas sociais foi pioneiro. O controle social, como proposto pela Constituição Brasileira e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde, prevê duas instâncias de participação: nos Conselhos e nas Conferências¹⁸. As Conferências são eventos em que a população, por meio de seus representantes, é chamada para participar das discussões da política de saúde e deliberar sobre suas diretrizes. Os Conselhos são gestões colegiadas em que os diferentes segmentos da sociedade estão paritariamente contemplados e tem como função garantir o encaminhamento das deliberações das conferências, bem como discutir, elaborar e fiscalizar a política. A participação nas Conferências e nos Conselhos é de 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde, e 25% de gestores e prestadores de serviços públicos e privados, porém cada segmento deve ter uma organização própria e escolher seus representantes. Ambos são formas de participação representativa. A Lei Nº 8.142, de 28/12/90, assim os define:

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

¹⁷ O Presidente da República, na época, era Fernando Collor de Mello.

¹⁸ “Destaca-se, entretanto, que esses não são os únicos espaços de ação para o exercício do controle social” (BRAVO, 2009, p. 397). Existem outros mecanismos que também, se acionados, podem e devem ser entendidos enquanto instâncias de exercício do controle social. São exemplos: o Ministério Público, os órgãos de defesa do consumidor e os Conselhos de profissionais (BRAVO, 2009).

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Amparado em um conceito ampliado de saúde¹⁹, o SUS foi inscrito na legislação pertinente para ser o sistema de saúde de todos os cidadãos brasileiros. Os princípios que dão base ao SUS são: universalidade, equidade, integralidade nos serviços e ações de saúde, por um lado; e, por outro, seus princípios organizacionais que são a descentralização, a regionalização e a hierarquização da rede, e a participação social. Documento do Ministério da Saúde (2000) que faz uma avaliação das conquistas do SUS o define:²⁰

... o SUS representa a materialização de uma nova concepção acerca da saúde em nosso país. Antes a saúde era entendida como “o Estado de não doença”, o que fazia com que toda lógica girasse em torno da cura de agravos à saúde. Essa lógica, que significava apenas remediar os efeitos com menor ênfase nas causas, deu lugar a uma nova noção centrada na prevenção dos agravos e na promoção da saúde. Para tanto, a saúde passa a ser relacionada com a qualidade de vida da população, a qual é composta pelo conjunto de bens que englobam a alimentação, o trabalho, o nível de renda, a educação, o meio ambiente, o saneamento básico, a vigilância sanitária e farmacológica, a moradia, o lazer, etc. (p. 5).

Este mesmo documento do Ministério da Saúde ao definir universalidade afirma que “segundo este princípio a saúde é um direito de todos e um dever do Poder Público, a provisão de serviços e de ações que lhe garanta” (p. 30). Esta definição tem grande importância por não deixar dúvidas de ser este o princípio de maior poder uma vez que não só define a saúde como direito de todos os cidadãos, mas amplia definindo de quem é o dever de provê-la.

Já o princípio da integralidade afirma que as pessoas devem ser atendidas em todas suas necessidades. O princípio imprime uma ampliação do entendimento de necessidades, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o

¹⁹ A 8ª Conferência Nacional de Saúde conceituou saúde como “direito de todos e dever do Estado” e ampliou a compreensão da relação saúde/doença como decorrência das condições de vida e trabalho, bem como do acesso igualitário de todos aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, colocando como uma das questões fundamentais a integralidade da atenção à saúde e a participação social. (relatório final).

²⁰ Documento sobre o SUS, seu conceito, princípios e conquistas do Ministério da Saúde, de dezembro de 2000; do qual também foram retirados os princípios relatados no parágrafo.

tratamento e a reabilitação, bem como pressupõe a articulação da saúde com outras políticas para assegurar a qualidade de vida das pessoas.

O princípio da equidade tem como objetivo atuar na desigualdade. Como princípio do SUS, ele propõe “reduzir as disparidades sociais e regionais existentes no país” (BRASIL, 2000, p. 32). A equidade já era apontada por Marx²¹, em seus estudos, quando afirmava que, em uma sociedade de classes, todo direito igual tem efeitos desiguais, portanto, a equidade é a garantia de uma visão integral levando em consideração a existência da desigualdade que aponta necessidades diferentes.

Entre os princípios organizacionais, a descentralização prevê a redistribuição de poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Este princípio aumenta o poder dos municípios ampliando a possibilidade do reconhecimento das necessidades e da avaliação da utilização dos recursos, bem como possibilitando maior controle dos cidadãos diretamente envolvidos por meio da participação popular. A regionalização e a hierarquização são princípios que preveem a organização do sistema de saúde em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a determinadas regiões geográficas.

A participação social como princípio do SUS é esperada por meio dos mecanismos de controle social. Atualmente, o SUS conta com Conselhos de Saúde em todos os níveis. O maior número de conselhos encontra-se nos municípios, uma vez que, em quase todos os municípios da federação, existem conselhos montados. A descentralização é um dos princípios que mais auxiliam neste crescimento uma vez que, para o repasse de verbas federais, os municípios necessitam ter um Conselho Municipal de Saúde que aprove seus planos e orçamentos.

Após a aprovação das Leis Orgânicas da Saúde, acirraram-se as disputas relacionadas à implantação do SUS, as mudanças propostas pela nova legislação estavam longe de contar com o consenso entre as forças que atuaram na sua aprovação e os governos existentes. Para Paim (2008), com a derrota eleitoral dos partidos políticos identificados com o projeto da Reforma Sanitária no segundo turno das eleições presidencial de 1989, os partidos e grupos que se opuseram a este

²¹ “a equidade como um conceito orientador das políticas públicas progressistas tem muito a ver com um antigo preceito de Marx, de que, numa sociedade de classe todo direito igual tem efeitos desiguais, ‘porque consiste na aplicação de uma regra única a homens diferentes que, de fato, não são nem idênticos, nem iguais. Sendo assim, o direito igual [típico do direito burguês] é uma violação da igualdade e da justiça’. Por isso, dizia Marx: ‘de cada um segundo as suas capacidades e a cada um segundo as suas necessidades’” (PEREIRA; STEIN, 2010).

projeto, mas que foram vitoriosos com a eleição de Fernando Collor de Mello²², passaram a ser os responsáveis pela implantação do SUS no Brasil. Este governo de identificação neoliberal e os que o sucederam restringiram o papel do Estado, dificultando, com isso, a existência de um financiamento adequado que viabilizasse estas mudanças.²³

A participação social que existiu até a Constituição de 1988 passou a atuar na implantação dos Conselhos de Saúde e garantiu que a IX Conferência Nacional de Saúde fosse precedida de Conferências Estaduais e Municipais. Porém, a partir daí, acirraram-se, cada vez mais, as disputas internas dos movimentos sociais da saúde por divergências na implantação das reformas do sistema e lutas por hegemonia (GERSCHMAN, 2004), ocasionando inevitável encolhimento deste movimento, principalmente de seu caráter nacional.

Em todo o território nacional, sucederam mudanças na articulação dos movimentos sociais que passaram a uma atitude defensiva discutindo o que é proposto pela agenda governamental, o que difere das características anteriores deste movimento que formulavam e faziam proposições de mudanças gerais na ordem social. Neste momento, observa-se que ocorre um refluxo do movimento social e sindical frente à ideologia neoliberal. O controle social como participação social institucionalizada nas políticas públicas já inicia tendo que conviver com um movimento social com dificuldades de articular um projeto coletivo com características classistas.

Na política de saúde, o controle social é concebido com a presença da participação social em suas diferentes etapas de planejamento, execução e avaliação. No planejamento, ainda referindo-se a uma etapa de formulação da política, deve estar presente desde o diagnóstico e estudo das necessidades e prioridades; formulação dos planos, projetos e programas; definição da alocação de recursos, por exemplo. Na etapa da execução é quando o controle social tem um papel primordial na fiscalização. E, finalmente, a avaliação deve garantir o conhecimento por parte dos espaços de controle social dos resultados obtidos ou

²² Fernando Collor de Mello foi Presidente do Brasil de 1990 a 1992, tendo renunciado ao mandato presidencial pressionado por um processo de Impeachment que teve grande participação popular.

²³ Alguns autores como, por exemplo, Marcosin e Caetano (2010), levantam inclusive que a implantação do SUS, prevista na Constituição de 1988, nunca chegou a completar-se devido ao desmantelamento do Estado realizado pelos governos neoliberais.

não para que possa ocorrer a comparação com aquilo que foi planejado e, com isso, subsidiar um novo planejamento e, até mesmo, exigir explicações sobre metas não alcançadas.

Uma questão que tem grande importância na análise do controle social na política de saúde é a histórica disputa de projetos de saúde para o Brasil que ocorreu em todo este processo histórico e continua ainda forte nos dias de hoje. Esta disputa acontece entre dois projetos para a saúde: o projeto da reforma sanitária e o projeto privatista. O projeto da reforma sanitária tem como premissa básica a compreensão de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado e, portanto, defende a democratização do acesso à universalidade das ações e à descentralização com controle social (BRAVO; MATOS, 2006). O projeto privatista, por sua vez:

Pautado na política de ajuste, tem como tendência a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. Ao Estado cabe garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos cidadãos consumidores. Como principais características, destaca-se: o caráter focalizado para atender as populações vulneráveis, a desconcentração dos serviços e o questionamento da universalidade do acesso (BRAVO; MATOS, 2006, p. 205).

Na atualidade, se tem vários exemplos desta disputa entre os dois projetos para a saúde, como as Fundações Estatais de Direito Privado, que, em diferentes Estados e Municípios, acontecem com formato e intensidade diferentes, mas que tem em sua gênese a retirada do Estado da responsabilização por prover e gerenciar sobre as necessidades de saúde da população. Esta proposta é fortemente defendida pelo projeto privatista por seu caráter de privatização da saúde através da modificação na relação público/privado e, pelo mesmo motivo, é rechaçada pelo projeto que defende a reforma sanitária. Nesta relação entre público e privado, se encontra o desafio de um SUS que realmente seja único, que cumpra a missão de garantir a saúde como um direito universal, igualitário e equânime para todos.

O mais grave nesta dinâmica de privatização ou terceirização dos serviços públicos é que ocorrem numa perspectiva de separação entre serviço e direito. O que preside “não é a lógica pública, obscurecendo-se a responsabilidade do Estado

perante seus cidadãos, comprimindo ainda mais as possibilidades de inscrever as ações públicas no campo do direito” (RAICHELIS, 2009, p. 384).

Outro exemplo é o debate em relação à proposta de focalização em oposição à universalização da política. Aqui reside uma oposição de fundo entre estes dois projetos (BRAVO; MENEZES, 2010). A focalização como forma de gestão de políticas sociais no Brasil não é proposta apenas para o setor saúde. Faz parte de uma resposta da política neoliberal que, com um discurso de racionalização no uso dos recursos públicos, busca diminuir os gastos do Estado com políticas sociais e propõe, com isso, um Estado mínimo para as necessidades da classe trabalhadora e um Estado agigantado para os interesses do capital.

Esta disputa entre diferentes projetos para a saúde é presença constante inclusive nos espaços de controle social. Com isso, Correia (2006) chama a atenção para o aspecto contraditório destes espaços:

Vale destacar o aspecto contraditório desses mecanismos de participação institucionalizados na área da Saúde, pois, apesar de terem sido conquistados sobre pressão, podem se constituir em mecanismos de legitimação do poder dominante e cooptação dos movimentos sociais. Mas, também podem ser espaços de participação e controle social dos segmentos populares na perspectiva de ampliação da democracia e de construção de uma nova hegemonia (p. 125).

Não é raro hoje encontrarmos espaços de controle social cooptados pelo poder dominante, principalmente em conselhos municipais, em que o uso das velhas práticas clientelistas e repressoras faz-se presente em todo país. O processo de descentralização da política de saúde, que coloca o município como centro das ações, exige que cada município tenha seu Conselho de Saúde como exigência legal ao repasse de recursos da esfera federal. Com isso, muitos Conselhos Municipais de Saúde têm uma existência apenas formal para cumprir este requisito legal. Raichelis (2009) lembra que, no âmbito municipal, nem sempre a velocidade de criação dos conselhos é sinal de democratização.

Os mecanismos oficiais de controle social necessitam ser politizados. Eles não são os únicos espaços de representação da sociedade civil organizada e comprometida com as transformações societárias, porém Bravo e Menezes (2012) defendem que:

Estes mecanismos de participação democrática são limitados para operar essas transformações, mas são estratégicos e podem provocar mudanças

na relação Estado-sociedade. Os conselhos podem contribuir com a construção de uma cultura política contra-hegemônica ao impor a socialização da política e a democratização com agendas permanentes e prioritárias de luta (p. 289).

Os espaços de controle social fragilizados são, geralmente, resultado do afastamento destes do movimento social ou da inexistência no local de movimentos sociais autônomos. Bravo e Menezes (2010), em outro texto, ao analisarem a política de saúde na atual conjuntura, apontam que “a agenda dos movimentos tem sido elaborada a partir da agenda governamental, o que difere da ação dos mesmos nos anos 1980, que formulavam proposições para intervenção nas políticas públicas” (p. 65). As mesmas autoras apontam como defensiva a atitude assumida pelos movimentos sociais. Esta atitude pode ser neutralizadora dos processos de resistência.

Uma estratégia de esvaziamento do poder dos conselhos é quando estes são respeitados pelos gestores apenas como caráter consultivo e não deliberativo, caracterizando uma relação entre uma parte que se mantém sujeito da ação e outra, a quem é dada a oportunidade apenas de se manifestar. Apesar da definição na Constituição Federal de se instituir um caráter deliberativo para os conselhos, sabe-se que esta não é a realidade em muitos locais, principalmente naqueles municípios em que a correlação de força é desigual entre as representações classistas. A não observância das deliberações dos conselhos e conferências é hoje um fator de recuo nas experiências de controle social (BRAVO; MENEZES, 2010).

Entretanto, pode-se afirmar que os conselhos de saúde são encontrados em muitos lugares como espaços de participação na perspectiva de ampliação da democracia quando existe a articulação do poder com todos os envolvidos (diferentes segmentos), transformando os atores passivos em ativos e os atores individuais em coletivos. Raichelis (2006) concorda com a contradição no funcionamento dos conselhos, porém lembra o impacto destes no papel do Estado:

Pela sua composição paritária entre representantes da sociedade civil e do governo, pela natureza deliberativa de suas funções e como mecanismo de controle social sobre as ações estatais, pode-se considerar que os Conselhos aparecem como um constructo institucional que se opõe à histórica tendência clientelista, patrimonialista e autoritária do Estado brasileiro (p. 77).

O SUS, como proposto pelo movimento sanitário e previsto na legislação, é, ainda, uma política em construção. “Apesar dos instrumentos legais que organizam

e orientam o SUS, a sua realidade é muito diferente do SUS constitucional” (BRAVO; MARQUES, 2012, p. 205). O SUS sofre fortes pressões por parte das classes dominantes e seu projeto neoliberal de encolhimento do Estado construído sob orientação e parceria com organismos financeiros internacionais. O caráter universal do SUS, importante conquista popular, é questionado e apresentado como inviável financeiramente, porém o que está no fundo desta questão é o abalo que significaria a universalização da política pública de saúde para a saúde privada e hospitalocêntrica que hoje orchestra com grande influência a política de saúde do Brasil. Portanto, a garantia da manutenção dos princípios do SUS, principalmente da universalidade, depende de ampla disputa. O controle social tem aí importante papel, uma vez que a democratização no planejamento, na elaboração e na fiscalização das políticas sociais possibilita o tensionamento entre a regressão de direitos sociais ou a ampliação destes direito.

Todavia, os mecanismos de controle social não são os únicos espaços de ação para o exercício do controle democrático pelas classes trabalhadoras. É necessária “a articulação das forças políticas que representam os interesses dessas classes em torno de um projeto para a sociedade que tenha como horizonte o rompimento com a sociabilidade do capital” (BRAVO; MENEZES, 2012, p. 290). O surgimento de novos movimentos “como os Fóruns de Saúde (estaduais, regionais e municipais) e a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde que congrega além dos fóruns, movimentos sociais, sindicatos e partidos políticos” (BRAVO; MENEZES, 2012, p. 290) demonstram a retomada de um processo de organização da classe trabalhadora frente à necessidade de dar uma resposta unificada ao avanço das propostas neoliberais. Talvez isto signifique a articulação para a construção de um projeto comum de sociedade pela classe trabalhadora.

O debate da saúde neste contexto tem retomado antigas bandeiras de lutas, assim como resgatado o que estava na gênese do SUS, que é o processo de participação. Isso tem sido feito por meio de um movimento social da saúde que represente as diferentes frentes de organização da classe trabalhadora. A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde defende o caráter público e universal da saúde, e reafirma que a saúde não deve ser tratada como mercadoria, e sim como direito de todos os cidadãos e dever do Estado brasileiro. O debate tem acontecido em torno, principalmente, da flexibilização das questões originais da reforma sanitária. São exemplos propostas que vão na direção da instituição de um seguro

saúde, tornando, cada vez mais, o SUS um sistema focalizado em um processo de universalização excludente²⁴. Observa-se que a privatização da saúde tem sido apontada como um dos mais graves obstáculos na implantação do SUS. Em diferentes pontos do país, assiste-se, hoje, a exemplos de recursos da saúde sendo alocados progressivamente no setor privado por meio de convênios e contratos. A Constituição aponta o setor privado como complementar ao público, todavia, o que ocorre é um agigantamento do privado. E, ainda, as diferentes propostas de flexibilização da gestão pública com a implementação de modelos organizacionais com lógica de mercado para gerir serviços públicos²⁵.

O processo de privatização parte da mudança em relação à intervenção do Estado na economia. Hoje, se observa a destruição das regulamentações que foram impostas como resultado das lutas da classe trabalhadora. Netto e Braz (2008), ao falarem de "Estado mínimo para o trabalho e máximo para o capital" (p. 227), fazem referência a que o objetivo real do capital "Não é a diminuição do Estado, mas a diminuição das funções estatais coesivas, precisamente aquelas que respondem à satisfação de direitos sociais" (p. 227). A desregulamentação das conquistas tanto em nível das relações de trabalho como dos direitos sociais garante plena liberdade para que o capital possua livre mobilidade (NETTO; BRAZ, 2008).

²⁴ Universalização excludente é um termo utilizado na análise dos atuais rumos da política de saúde que tem se caracterizado por um Estado que, cada vez mais, focaliza suas ações para atendimento apenas dos segmentos mais pobres da população colocando a perspectiva de universalidade cada momento mais longe de ser efetivada. Relaciona-se com o SUS ser cada vez mais um sistema híbrido envolvendo o sistema público e a ampliação dos seguros de saúde privados.

²⁵ Algumas destes modelos são: Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

3 O CONTROLE SOCIAL E O SERVIÇO SOCIAL

O Serviço Social ao assumir como objeto de seu agir profissional o enfrentamento as expressões da questão social parte da compreensão de que “a questão social se apresenta como um eixo central capaz de articular a gênese das expressões inerentes ao modo de produzir-se e reproduzir-se do capitalismo contemporâneo” (BEHRING; SANTOS, 2009, p. 275). Nesta perspectiva, o debate do Serviço Social necessita “incorporar, necessariamente, os componentes de resistência e de ruptura presentes nas expressões e na constituição de formas de enfrentamento da questão social” (BEHRING; SANTOS, 2009, p. 273).

O controle social como espaço de democratização das políticas sociais tem potencial de resistência no enfrentamento às expressões da questão social, uma vez que a classe trabalhadora tem possibilidade de, por meio destes mecanismos, organizar tanto a luta por melhorias nas condições de vida como de se unir em torno do debate para a construção de um projeto societário, fortalecendo a organização da luta de classes. Todavia, é um espaço institucional que não tem potencial para realizar a ruptura com a ordem capitalista, uma vez que se organiza dentro desta ordem. E, ainda que existam componentes de resistência nos mecanismos de controle social no momento atual, em função do importante avanço do neoliberalismo no Brasil, pode-se dizer que as condições de se contrapor um projeto contra-hegemônico estão muito difíceis.

A política de saúde e o Serviço Social por meio de suas forças mais progressistas construíram projetos²⁶ que comungam do mesmo ideal, organizar a luta contra a hegemonia burguesa. Ambos os projetos partem de um pressuposto básico de que a luta pela conquista da hegemonia acontece no cotidiano e que a disputa em microespaços deve estar articulada a propostas macroestruturais. Acanda (2006), ao referir-se aos estudos de Antonio Gramsci, afirma que a teoria da hegemonia deveria aprofundar e superar a teoria marxista de Estado “como simples conjunto de instrumentos de coerção, interpretando-o, também, como sistema de instrumentos de produção de liderança intelectual e de consenso” (p. 173). O mesmo autor afirma que a revolução deve ser pensada “não apenas como um

²⁶ Referência ao Projeto da Reforma Sanitária e ao Projeto Ético-Político profissional do Serviço Social.

assalto ao aparelho de poder político-coercitivo, mas, principalmente, como produção de contra-hegemonia” (p. 173). Neste sentido, o Projeto da Reforma Sanitária e o Projeto Ético-Político do Serviço Social podem ser entendidos como produção de contra-hegemonia.

3.1 O PROJETO DA REFORMA SANITÁRIA E O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO PROFISSIONAL²⁷, ONDE SE APROXIMAM?

Para se pensar o momento atual, em relação à aproximação destes dois projetos, seria importante fazer uma rápida reflexão histórica. A primeira escola de Serviço Social no Brasil data da década de 1930. Neste período, era forte a influência europeia na formação da categoria, porém esta influência logo foi substituída por uma majoritariamente norte-americana e, como afirmam Bravo e Matos (2006):

A expansão do Serviço Social no país ocorreu a partir de 1945, relacionada com as exigências e necessidades de aprofundamento do capitalismo no Brasil e às mudanças que ocorreram no panorama internacional, em função do término da 2ª Guerra Mundial (p. 198).

Nos primórdios do Serviço Social, o setor da saúde era o que mais absorvia Assistentes Sociais²⁸. Uma das razões apontadas para este fenômeno foi o que ficou conhecido na época como “novo” conceito de saúde, divulgado na carta de princípios da Organização Mundial da Saúde em 1948²⁹, enfocando aspectos biopsicossociais. Esta mudança de conceito definiu alguns desdobramentos: a ênfase em trabalhos em equipe multidisciplinar, a ampliação de abordagens

²⁷ Termo utilizado para designar a direção ético-política e teórico-metodológica assumida pela profissão a partir dos anos 1980. Está consubstanciado em três pilares: o Código de Ética Profissional de 1993 (resolução 273 do Conselho Federal de Serviço Social – CFESS), a Lei de regulamentação da profissão (Lei Nº 8662/1993) e diretrizes curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS (aprovada pela categoria em Assembleia Geral da entidade em 1996).

²⁸ Quadro este que só foi superado pela política de Assistência Social nos últimos anos com a implantação das ações previstas no Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

²⁹ Em 7 de abril de 1948 (desde então Dia Mundial da Saúde), a Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou por meio de uma carta de princípios um “novo” conceito de saúde implicando o reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde, diz que: “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade”. De acordo com este conceito, o âmbito da saúde abrange: a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e a organização da assistência à saúde (SCLiar, 2007).

incluindo conteúdos preventivos e educativos, a criação de programas com segmentos prioritários (dada a inviabilidade da universalização). (BRAVO; MATOS, 2006). Estes mesmos autores apontam que a maioria dos Assistentes Sociais que atuavam no setor saúde neste período estava no nível terciário de atenção, atendendo a população nos hospitais³⁰. E afirmam que “a exigência do momento concentrava-se na implantação da assistência médica hospitalar e os profissionais eram importantes para lidar com a contradição entre a demanda e seu caráter excludente e seletivo” (p. 200).

O Serviço Social na saúde desenvolveu-se recebendo influências da modernização conservadora que se operou no âmbito das políticas sociais, sedimentando suas ações em práticas curativas, burocratização das atividades, psicologização das relações sociais e concessão de benefícios. Mesmo com o aparecimento de outras direções para a profissão na distensão política dos anos 1974-1979, o trabalho profissional na saúde continuou orientado pela vertente “modernizadora” (BRAVO; MATOS, 2006).

Todavia, o Serviço Social na década de 80, do século XX, passou por importante amadurecimento conceitual e início de um debate interno, do que hoje representa o projeto hegemônico da categoria, em uma importante interlocução com a tradição marxista. No prefácio do livro Código de Ética do/a Assistente Social Comentado, publicação do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), assim é definido este período:

Com as profundas mudanças teórico-metodológicas vivenciadas pelo Serviço Social brasileiro a partir de fins de 1970, o debate sobre a ética se fortalece no universo profissional na década seguinte e culmina com a aprovação do Código de Ética Profissional de 1986. É nesse movimento de debates e reflexões sobre a ética, coordenado pelo CFESS, que na década de 1980, conquista-se a ruptura com “concepções filosóficas conservadoras, fundadas no neotomismo, donde a prevalência de valores abstratos, da lógica da harmonia, do bem comum e da neutralidade”, no entendimento da ética, que orientou, apesar de suas particularidades, os códigos profissionais anteriores (1947/1065/1975) (BARROCO; TERRA, 2013, p. 31).

Com a inserção do Serviço Social brasileiro nas lutas sociais, em poucos anos, o Código de Ética profissional de 1986 foi rediscutido dando lugar ao atual Código, aprovado em 1993 (BARROCO; TERRA, 2013). Com suporte neste debate,

³⁰ O chamado Serviço Social Médico.

o chamado Projeto Ético-Político do Serviço Social tem seus princípios e valores pautados na defesa de uma sociedade sem exploração de classe, na qual a universalização dos direitos e a socialização da riqueza conduzam à emancipação humana. Estes princípios fundamentais³¹ estão descritos no atual Código de Ética dos Assistentes Sociais que, além da parte normativa, obrigatória em qualquer código de ética profissional, apresenta um projeto para a profissão baseado em um projeto societário.

Esquemáticamente, este projeto tem como princípios fundamentais: o reconhecimento da liberdade como valor central, de onde decorre o compromisso com a autonomia e emancipação, e plena expansão dos indivíduos; defesa intransigente dos direitos humanos; ampliação e consolidação da cidadania; defesa do aprofundamento da democracia, na socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida; posicionamento em favor da equidade e justiça social, com universalidade de acesso e gestão democrática; empenho na eliminação de todas as formas de preconceito; compromisso com o aprimoramento profissional, porém com garantia do pluralismo; vinculação a um processo de construção de uma nova ordem societária sem dominação/exploração de classe, etnia e gênero; articulação com movimentos de outras categorias e com a luta geral dos trabalhadores; compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento profissional, e, ainda, o exercício do Serviço Social sem ser discriminado e sem discriminar (CFESS, 2012).

Todavia, o avanço do debate teórico encontrou barreiras para sua legitimação nos espaços do cotidiano da ação profissional. Bravo e Matos (2006) buscaram autores do Serviço Social que fizeram pesquisas tendo como sujeitos Assistentes Sociais da área da saúde³² e observaram que, em todos os estudos, foi identificado um desafio em comum:

³¹ "Os princípios representam a estrutura ideológica sobre a qual se elaborou e se assentou o Código de Ética do assistente social. Eles se configuram como parâmetros ideológicos das regras materiais contidas nos artigos do Código de Ética. Possibilitam conferir a necessária unidade, coerência e harmonia ao sistema jurídico estabelecido pelo Código. Ademais, os princípios perpassam toda a normatividade do Código, representando o alicerce do conjunto do regramento estabelecido, que é o fundamento da concepção do projeto ético-político adotado pelo Código" (BARROCO; TERRA, 2012, p. 120).

³² Estes autores utilizaram nas suas análises: Dissertações de Mestrado de Maurílio Castro Matos (2000 – UFRJ), de Rodriane de Oliveira Souza (2001 – UFRJ) e de Maria Dalva H. Costa (1998 – UFPE) e a Tese de Doutorado de Ana Maria Vasconcelos (1999 – UFRJ).

A necessidade de se consolidar a ruptura com o Serviço Social tradicional e para tanto fortalecer o projeto de “intenção de ruptura”, responsável pela construção do atual projeto ético-político profissional e, em especial, avançá-lo para os serviços, para o cotidiano de trabalho dos assistentes sociais (p. 210).

A explicação está no fato de que, em um primeiro momento, este processo de “ruptura com o tradicional” ocorreu em um espaço quase que restritamente acadêmico e de vanguarda profissional e, até hoje, não tem uma resposta única por parte do coletivo profissional. O Projeto-Ético Político profissional do Serviço Social é hegemônico na categoria, em relação à construção teórica, porém estes avanços deixam dúvidas em relação ao referencial da prática profissional. Na área da saúde, não foi diferente, porém com uma especificidade:

O processo de renovação do Serviço Social no Brasil está articulado às questões colocadas pela realidade da época, mas, por ter sido um movimento de revisão interna, não foi realizado um nexo direto com outros debates, também relevantes, que buscavam a construção de práticas democráticas, como o movimento pela reforma sanitária. Na nossa análise, esses são sinalizadores para o descompasso da profissão com a luta pela assistência pública na saúde (BRAVO; MATOS, 2006, p. 204).

Com o avanço ocorrido, neste mesmo período, na política de saúde, representado, inicialmente, pelo movimento da Reforma Sanitária que culminou com importantes vitórias na construção da Constituição Federal de 1988, e, posteriormente, com a aprovação das Leis Orgânicas da Saúde que definiram o SUS, a saúde passou a caracterizar-se como direito de cidadania e dever do Estado, o que “opera um deslocamento teórico conceitual do tema saúde do campo biológico para o campo político e histórico da construção dos direitos sociais” (CAVALCANTI; ZUCCO, 2008, p. 75). Esta mudança na política de saúde expõe a necessidade de mudança na ação dos Assistentes Sociais da área de saúde uma vez que as antigas tarefas não mais dão conta da proposta atual. Ao apresentar as mudanças ocorridas no setor saúde, Cavalcanti e Zucco (2008) falam de uma nova função dos Assistentes Sociais que tem relação direta com este deslocamento da proposta ao afirmar que estes profissionais, em sua prática profissional, devem facilitar “o acesso da população às informações e ações educativas para que a saúde possa ser percebida como produto das condições gerais de vida e da dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas do país” (p. 76).

Na década de 1990, o projeto político econômico neoliberal consolidado no Brasil confrontou-se diretamente com o Projeto Ético-Político hegemônico do Serviço Social³³ e com o Projeto da Reforma Sanitária. Com isso, aproximaram-se os conflitos que internamente ocorrem no setor saúde entre o Projeto da Reforma Sanitária e o Projeto Privatista, e, no Serviço Social, em relação à consolidação da hegemonia de seu projeto profissional na prática dos Assistentes Sociais. É muito clara a diferença entre o que cada projeto político em disputa na saúde requisita do profissional do Serviço Social:

O projeto privatista requisitou, e vem requisitando, ao Assistente Social, entre outras demandas: seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através de ideologia do favor e predomínio de práticas individuais.

Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando, como demandas, que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização de acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático as informações e estímulo à participação cidadã (BRAVO; MATOS, 2006, p. 206).

Na atualidade, no setor saúde, ainda identifica-se incontestavelmente a existência de dois projetos diferentes e antagônicos de modelo de saúde para o país. Ainda está em disputa o Projeto Privatista e o Projeto da Reforma Sanitária. No Serviço Social, esta tensão também é presente, principalmente no debate teórico:

Ao mesmo tempo em que a década de 90 é marcada pela hegemonia da tendência de intenção de ruptura e, não por acaso, o Serviço Social é uma profissão, já em sua maioridade intelectual, é também, nesta mesma década, que se identifica a ofensiva conservadora a esta tendência. A crítica à tendência da intenção de ruptura não se apresenta como um antimarxismo e sim afirmando que o marxismo não apresenta respostas para o conjunto dos desafios postos à profissão pela contemporaneidade. Na saúde, onde este embate claramente se expressa, a crítica ao projeto hegemônico da profissão 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 de construção de um saber específico na área da saúde, que caminha tanto para a negação da formação original em Serviço Social ou deslança para

³³ “É desnecessária qualquer argumentação detalhada para verificar o antagonismo entre o projeto ético-político que ganhou hegemonia no Serviço Social e a ofensiva neoliberal que, também no Brasil, em nome da racionalização, da modernidade, dos valores do Primeiro Mundo etc., vem promovendo (ao arripio da Constituição de 1988) a liquidação de direitos sociais (denunciados como privilégios), a privatização do Estado, o sucateamento dos serviços públicos e a implementação sistemática de uma política macroeconômica que penaliza a massa da população (NETO, 2006, p. 158).

um trato exclusivo de estudos na perspectiva da divisão clássica da prática médica (BRAVO; MATOS, 2006, p. 211).

Neto (2006), ao escrever sobre a construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social, afirma que “sempre existirão segmentos profissionais que proporão projetos alternativos; por consequência, mesmo um projeto que conquiste a hegemonia nunca será exclusivo” (p. 145). A constatação, porém, é de que as propostas para o Serviço Social que aparecem nas requisições dos dois diferentes projetos políticos que disputam espaço na saúde são de uma oposição óbvia, sendo que o Projeto Privatista requisita tarefas aos Assistentes Sociais que são diametralmente opostas ao Projeto Ético-Político da profissão. Por outro lado, a proximidade entre o Projeto da Reforma Sanitária e o Projeto Ético-Político do Serviço Social vai além de suas coincidências teóricas, estão intimamente relacionados em seu propósito de reforma societária. Ao descrever o Projeto Ético-Político do Serviço Social, Neto (2006) reforça que “este projeto profissional vinculou-se a um projeto societário que, antagônico ao das classes proprietárias e exploradoras, tem raízes efetivas na vida social” (p. 157). Bravo e Matos (2006), ao falarem do Serviço Social na saúde, reforçam esta posição:

O trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições da profissão, articulados aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social. É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas às necessidades apresentadas pelos usuários (p. 213).

Portanto, o Projeto Ético-Político profissional do Serviço Social tem uma vinculação evidente com o Projeto da Reforma Sanitária e, logo, trabalha com a efetivação dos princípios do SUS, com o acesso democrático aos serviços de saúde, com o direito a informações, e com o estímulo à participação social, o que reflete na qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população. Em relação à participação social, o Projeto Ético-Político do Serviço Social tem, em seu núcleo, a abertura das decisões institucionais à participação dos usuários³⁴, o que coincide com a proposta de controle social defendida pelo Projeto da Reforma Sanitária. Nogueira e Mito

³⁴ O Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais, em seu artigo 5º, fala dos deveres do Assistente Social nas suas relações com os usuários, entre outros deveres, cita: “contribuir para a viabilização da participação efetiva da população usaria nas decisões institucionais”.

(2006), ao relacionarem os princípios do SUS ao Projeto Ético-Político profissional em suas convergências e concretizações, apontam que:

A participação da comunidade, igualmente um princípio constitucional e eixo organizador do Sistema Único de Saúde, é um ponto a ser destacado na relação entre as práticas dos Assistentes Sociais que se pautam no Código de Ética e no projeto ético-político e o SUS (p. 225).

3.2 SERVIÇO SOCIAL E O CONTROLE SOCIAL: IMPASSES E DESAFIOS

No momento atual, os Assistentes Sociais, cada vez mais, tem se deparado com demandas extremas relacionadas, principalmente, com a situação de pobreza a que a classe trabalhadora tem sido submetida e com a precarização das relações de trabalho, reflexo de políticas sociais fragmentadas e subordinadas à lógica econômica. No entanto, como afirma lamamoto (2006), estas demandas que são expressões da questão social geram resistência, uma vez que “a ‘questão social’ sendo desigualdade é, também, rebeldia, pois os sujeitos sociais, ao vivenciarem as desigualdades, a elas também resistem e expressam seu inconformismo” (p. 176).

Na área da saúde, estratégias de resistência têm sido apontadas pelos Assistentes Sociais na busca de enfrentamento destas situações. São, em geral, estratégias que procuram dar visibilidade ao acesso aos direitos e contribuem para o exercício do controle social. A desigualdade não se torna coletiva apenas porque é vivenciada pela maioria, mas, também, porque só coletivamente poderá ser enfrentada. lamamoto (2009), ao apresentar os espaços de controle social como “espaços de lutas e disputas políticas” (p. 360), afirma que:

É fundamental estimular inserções sociais que contemham potencialidades de democratizar a vida em sociedade, conclamando e viabilizando a ingerência de segmentos organizados da sociedade civil na coisa pública. Essa proposta requer ações voltadas ao fortalecimento dos sujeitos coletivos, dos direitos sociais e à necessidade de organização para sua defesa, construindo alianças com os usuários dos serviços na sua efetivação (p. 361).

Os Assistentes Sociais, historicamente, trabalham no âmbito das políticas sociais estando à frente do atendimento da população que acessa essas políticas. Com o surgimento de mecanismos de democratização destes espaços, exige-se que estes profissionais envolvam-se nas tarefas que visam inscrever os interesses da maioria nas esferas de decisão política. lamamoto (2009), ao referir-se à inserção

profissional dos Assistentes Sociais em novas funções e competências, aponta a ampliação de:

Seu espaço ocupacional para atividades relacionadas ao controle social à implantação e orientação de conselhos de políticas públicas, à capacitação de conselheiros, à elaboração de planos e projetos sociais, ao acompanhamento e avaliação de políticas, programas e projetos (p. 367).

Todavia, esta mesma autora lembra que “tais inserções são acompanhadas de novas exigências de qualificação” (p. 367), uma vez que esta nova função amplia a relação do Assistente Social com a população atendida e modifica seus espaços ocupacionais. Iamamoto (2009) aponta algumas destas novas exigências:

O domínio do conhecimento para realizar diagnósticos socioeconômicos de municípios, para leitura e análises dos orçamentos públicos, identificando seus alvos e compromissos, assim como os recursos disponíveis para projetar ações; o domínio do processo de planejamento; a competência do gerenciamento e avaliação de programas e projetos; a capacidade de negociação, o conhecimento e o know-how na área de recursos humanos e relações no trabalho, entre outros (p. 367).

Pode-se afirmar que estamos frente a uma nova demanda que requer a ampliação da educação permanente³⁵ da categoria dos Assistentes Sociais na área de saúde. Uma educação permanente que conte com aporte crítico, propicie o conhecimento de seu local de atuação articulado às determinações macroestruturais, conte com compreensão histórica da política de saúde, valorize o conhecimento dos aspectos legais e jurídicos da política de saúde, capacite para a elaboração de planos, projetos e programas de forma participativa e que, acima de tudo, possibilite uma prática coerente com o Projeto Ético-Político da profissão. Pressupõe, assim, tanto “o domínio da discussão no campo das políticas públicas, particularmente do SUS, e de como o acesso a este sistema é garantido aos cidadãos” (CAVALCANTI; ZUCCO, 2008, p. 77), como mais amplamente a compreensão da dimensão política da profissão.

³⁵ Usando a área de saúde como referência, educação permanente é considerada como: “Educação no trabalho para o trabalho, com o objetivo de transformar as práticas de saúde para que atendam as reais necessidades da população e dos princípios do Sistema Único de Saúde. Trata-se de uma perspectiva de educação que busca a superação das práticas fragmentadas e das tradicionais concepções pedagógicas – ainda hegemônicas na formação acadêmica – que fragmentam o conhecimento e não propiciam diálogo para o atendimento integral a saúde” (VARGAS, 2011, p. 14).

Debater o trabalho dos Assistentes Sociais como estratégia à garantia dos direitos no âmbito da política de saúde pressupõe pensar, também, em práticas cotidianas que, se mantidas com periodicidade, vão impactar na ampliação de capacidades dos sujeitos atendidos. Os estudos sobre o cotidiano das populações atendidas; as práticas educativas que garantam a compreensão das relações sociais vividas pelos usuários; o fortalecimento dos microespaços de participação social, na busca da construção de novos sujeitos sociais coletivos; a ênfase na abordagem grupal, como espaço de troca e resgate do discurso do usuário; a produção coletiva de materiais educativos; a formação e capacitação de recursos humanos e a democratização das informações, são exemplos destas práticas (CAVALCANTI; ZUCCO, 2008).

Esta nova função relacionada à democratização da política de saúde, não é apenas do Assistente Social, é necessária uma atuação interdisciplinar³⁶, em que cada um entra com seu saber na perspectiva da ampliação para um saber coletivo que será utilizado a serviço da qualificação da participação ativa da sociedade civil organizada. É fundamental e estratégico este encontro de saberes em torno de pautas e projetos comuns. Cavalcanti e Zucco (2008), ao escreverem sobre esta perspectiva interdisciplinar nas ações de saúde, assinalam o caráter de complementaridade dos diferentes saberes, e a necessidade da superação da fragmentação do saber e das práticas profissionais.

À interdisciplinaridade do trabalho, soma-se a necessidade de ações intersetoriais, uma vez que as demandas dos usuários nem sempre têm respostas dentro da política de saúde, assim como o controle social necessita de articulação mais ampla com os demais setores que também precisam executar políticas garantidoras de direitos para que o direito à saúde se efetive plenamente. Este tema leva ao importante debate sobre a necessidade de um projeto amplo de sociedade que tenha como horizonte a emancipação humana.

O controle social na ação profissional dos Assistentes Sociais pode ser verificado em duas importantes dimensões: sua participação direta como trabalhador de saúde ou, ainda, no estímulo aos usuários na ocupação e no protagonismo

³⁶ “Ao contrário do que muitas vezes se considera, o trabalho interdisciplinar demanda a capacidade de expor com clareza os ângulos particulares de análise e propostas de ações diante dos objetos comuns a diferentes profissões, cada uma delas buscando colaborar a partir dos conhecimentos, e saberes desenvolvidos e acumulados pelas suas áreas (RAICHELIS, 2009, p. 389).

nestes espaços como cidadãos na luta organizada pela conquista de seus direitos. Vasconcelos (2006) aborda a primeira dimensão que acontece por meio de ações que venham a:

Dinamizar e ocupar os espaços dos Conselhos de Políticas e de Direitos assegurados aos profissionais da saúde na Constituição – nas suas diferentes instâncias – concebendo os Conselhos – um dos instrumentos de controle social – como espaços contraditórios de disputa e de negociação e não de reprodução de consenso e consentimento (p. 267).

A inserção dos Assistentes Sociais, portanto, tem dupla possibilidade. A participação como conselheiro deve ser entendida na dimensão de participação política, quando o profissional com sua presença direta nestes espaços, representa um segmento que disputa a hegemonia das propostas. Entendendo que a participação em mecanismos de controle social é um movimento que supõe “modificar tanto o Estado quanto a sociedade em direção à construção de esferas públicas autônomas e democráticas no campo das decisões políticas” (RAICHELIS, 2006, p. 83), fica evidente que este é um espaço para o Assistente Social que pode garantir coerência com seu Projeto Ético-Político. A dependência fica diretamente relacionada com o projeto societário defendido pelo profissional neste espaço. Correia (2012) ressalta que “o Assistente Social pode ter um papel auxiliar na perspectiva de fortalecer a atuação dos grupos subalternos representados nos conselhos seja qual for seu tipo de inserção” (p. 302).

A segunda dimensão da ação do Assistente Social no controle social exige um perfil de profissional que, na dimensão técnico operativa, seja capaz de potencializar ações estimuladoras “da participação dos sujeitos nas decisões que lhes dizem respeito, na defesa de seus direitos e no acesso aos meios de exercê-los” (IAMAMOTO, 2009, p. 368). Trata-se de um trabalho que busque o resgate da qualidade da participação, que incentive a mobilização, a educação e a organização popular. O Assistente Social tem um importante papel na socialização e tradução das informações, auxiliando a desvendar e analisar a realidade no sentido de qualificar a participação dos usuários. Apenas com conhecimento e capacidade de interpretação do contexto social é que os usuários poderão ter uma participação que os coloque em uma posição de possibilidade de disputa.

Raichelis (2006), apontando como desafio para a categoria dos Assistentes Sociais uma intervenção visando impactar no vazio de representação própria dos

usuários, entende que “a pobreza é relação social que se expressa também pela ausência nos espaços públicos” (p. 85). Neste sentido, destaca a necessidade de uma colaboração cada vez mais qualificada da categoria, nos mecanismos de controle social, tanto do ponto de vista teórico-metodológico como, sobretudo, ético-político.

A ação dos Assistentes Sociais no trabalho de base tem sua direção na busca da auto-organização e autorrepresentação dos usuários. Porém, estas ações podem acontecer de muitas maneiras e com diferentes espaços de tempo, podendo ser cotidianas ou mais pontuais. O importante é que estas auxiliem o setor popular na perspectiva da ampliação do controle sob as ações do Estado, para que este atenda ao interesse da maioria da população. O desafio é que esta capacitação do setor popular signifique ampliação de uma representatividade própria e política, no sentido de preparar para um embate que ocorre, acima de tudo, no contexto da ideologia³⁷. É necessário amadurecer o entendimento de que:

A classe dominante consegue impor a sua ideologia porque, em primeiro lugar, detém a posse do Estado e dos principais instrumentos hegemônicos (organização escolar, religiosa, imprensa etc.), e, em segundo, possui o poder econômico que representa uma grande força no seio da sociedade civil, pois além de controlar a produção e distribuição dos bens econômicos, organiza e distribui as ideias (SIMIONATTO, 2011, p. 81).

O controle democrático das políticas sociais é a face mais ampla da Reforma Sanitária “ao ter como horizonte não unicamente o acesso igualitário aos bens e serviços de saúde, mas o acesso ao poder” (NOGUEIRA; MIOTO, 2006). Destarte, é fundamental que os Assistentes Sociais, ao trabalharem no estímulo ou fortalecimento dos espaços de controle social, mantenham o entendimento de que são espaços contraditórios que podem servir tanto para a legitimação do gestor e cooptação dos movimentos sociais como para democratização da política. Estar atento a este aspecto possibilita sugerir ações que visem fortalecer o movimento social no reconhecimento das reais necessidades da maioria da população, assim como a realização de eventos que ampliem a participação.

³⁷ Ideologia, utilizando um referencial em Gramsci, “pode ser definida como uma visão de mundo com normas de conduta correspondentes, ela se encontra em todos os níveis: econômico, político, científico, artístico etc., em todas as manifestações de vida individuais e coletivas” (SIMIONATTO, 2011, p. 78).

Buscar a ampliação da autonomia e independência dos movimentos sociais, ao mesmo tempo em que se procura fortalecer sua capacidade de intervenção, requer importante estratégia de capacitação. Em primeiro lugar, os sujeitos envolvidos precisam participar ativamente da organização para sua capacitação. Além disso, são necessárias ações conjuntas de desvendamento da realidade e de construção de formas de enfrentamento. É necessário que as capacitações de conselheiros ou mesmo da população em geral ocorram em uma dimensão de ampliar conhecimentos que possibilitem a superação de limites existentes no exercício do controle social.

Os limites para o exercício do controle social ocorrem, principalmente, por dois aspectos: dificuldades internas do próprio movimento social e manipulação dos gestores. A compreensão destes limites possibilita a busca de estratégias de enfrentamento e superação. Bravo e Menezes (2012) citam algumas dificuldades dos movimentos sociais:

Fragilidade do nível de organização dos movimentos populares e sindicais; a pouca consciência de classe (momento meramente “econômico-corporativo” ou “egoístico-passional”) dos mesmos; a prevalência do “senso comum” entre muitos conselheiros, devido à concepção de mundo burguesa introjetada através dos aparelhos privados de hegemonia (meios de comunicação, igrejas, escolas etc.); a baixa representatividade e conseqüente falta de legitimidade dos conselheiros, pela pouca organicidade com sua base; além da falta de acesso às informações fidedignas sobre a gestão e sobre as fontes e a alocação dos recursos financeiros, entre outros (p. 300).

Esses limites têm relação com um movimento social frágil e, em muitos momentos, despreparado para a tarefa de intervir na gestão pública. Em relação às limitações impostas pelos gestores ao exercício do controle social, as mesmas autoras apontam algumas estratégias utilizadas:

Falta de transparência da gestão; manipulação dos dados epidemiológicos; uso de artifícios contábeis no manuseio dos recursos do Fundo de Saúde; ingerência política na escolha dos conselheiros; manipulação dos conselheiros na aprovação de propostas (p. 300).

A busca de estratégias para a superação destes limites é necessária para que o exercício do controle social na política de saúde ocorra, e, para isso, o Assistente Social pode transformar-se em forte parceiro. É por meio do estudo e debate coletivo minucioso, de cada um desses limites, com a população, que podem surgir

estratégias que apontem superação. Porém, é importante o reconhecimento de que estas estratégias devem apontar para além da atuação nos espaços institucionais, pois vão requerer “articulação das forças políticas que representam os interesses das classes subalternas em torno de um projeto para a sociedade” (BRAVO; MENEZES, 2012, p. 300).

Os limites dos espaços de controle social, além de serem, portanto, de ordem da fragilidade dos movimentos sociais e de estratégias de manipulação deste movimento pelo gestor, podem ser também entendidos, pelo simples fato de que o controle social não vai dar conta de toda necessidade de organização da classe trabalhadora. Mesmo no entendimento de que os espaços de controle social podem caracterizar-se como movimentos de resistência, eles são limitados por serem espaços institucionais dentro da atual ordem burguesa. É necessário que os espaços próprios de organização da classe trabalhadora (sindicais, populares, comunitários etc.) sejam fortalecidos e mantenham seu papel de direção das lutas de classe. Os Assistentes Sociais precisam, no reconhecimento desta dinâmica, pensar nas suas tarefas:

Sem abandonar os espaços institucionais como Conselhos e Conferências, é preciso extrapolá-los e combiná-los com outros mecanismos de ação coletiva, capazes de impulsionar a participação popular em múltiplos espaços onde possam manifestar suas visões, expectativas, necessidades e reivindicações (RAICHELIS, 2009, p. 389).

A categoria dos Assistentes Sociais na saúde tem, há algum tempo, produzido materiais que falam de sua atuação no controle social do SUS. Todavia, são, em geral, produções acadêmicas com pouca articulação com efetivas mudanças da prática nas instituições. Por outro lado, pesquisas têm se preocupado em estudar as ações dos Assistentes Sociais no controle social da saúde demonstrando resultados que apontam para fragilidades nesta área. Tudo isso aponta para uma ampla tarefa que tem relação tanto com a necessidade de sistematizar as experiências dos Assistentes Sociais no controle social da política de saúde quanto para ampliar as ações levando em consideração todo o contexto em que se instala a proposta de controle social nesta política.

O conjunto CFESS/CRESS, no período entre junho de 2008 e março de 2009, empenhou-se em uma tarefa de, após ampla discussão com a categoria dos Assistentes Sociais, construir um documento com a “finalidade de referenciar a

intervenção dos profissionais de Serviço Social na área de saúde”. Este documento, chamado Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, busca demonstrar que as diferentes ações profissionais estão interligadas e são complementares, e aponta para uma equivalência no grau de importância entre as ações assistenciais, as de mobilização popular e as de pesquisa e planejamento. Como um dos quatro eixos³⁸ de atuação do Assistente Social na saúde, o documento aponta a mobilização, participação e controle social. Este eixo elucida que “as atividades realizadas têm por objetivo contribuir na organização da população e dos usuários enquanto sujeitos políticos, que possam inscrever suas reivindicações na agenda pública da saúde” (p. 55).

O controle social na área de saúde tem se apresentado como um espaço que possibilita ao Assistente Social desenvolver um trabalho amplo e criativo que guarda forte coerência com o que é preconizado no Projeto Ético-Político profissional. Com certeza, trabalhar com o controle social, ocupando espaço como conselheiro ou no trabalho de base na ampliação de competências dos usuários, não é algo específico da categoria dos Assistentes Sociais, é uma tarefa que deve ser compartilhada com outras categorias profissionais da área da saúde. Todavia, o Assistente Social tem aí uma importante contribuição, uma vez que não se trabalha com a “defesa intransigente dos direitos”, “autonomia, emancipação e pleno desenvolvimento dos indivíduos sociais”, “ampliação e consolidação da cidadania”, “defesa do aprofundamento da democracia”, são alguns exemplos, citando o Código de Ética Profissional, sem que se entenda que é necessária a organização de formas de resistências que permitam que a classe trabalhadora exercite e fortaleça suas propostas por meio da participação política na busca pela hegemonia.

³⁸ O documento dos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (2010) aponta como eixos de atuação profissional na saúde: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional. O documento ressalta que “esses eixos não devem ser compreendidos de forma segmentada, mas articulados dentro de uma concepção de totalidade” (p. 39).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo configura-se como uma pesquisa qualitativa que seguiu os pressupostos para este tipo de investigação que, segundo Martinelli (1999), é o reconhecimento da singularidade do sujeito, da importância de se conhecer sua experiência social e o seu modo de vida, o que pressupõe o conhecimento de sua experiência social. A escolha pela realização de uma pesquisa qualitativa deveu-se ao fato da investigação buscar aprofundamento de um tema, priorizando a leitura dos sujeitos sobre este:

Os métodos qualitativos de pesquisa não têm qualquer utilidade na mensuração de fenômenos em grandes grupos, sendo basicamente úteis para quem busca entender o contexto onde algum fenômeno ocorre. Assim sendo, eles permitem a observação de vários elementos simultaneamente em um pequeno grupo. Essa abordagem é capaz de propiciar um conhecimento aprofundado de um evento, possibilitando a explicação de comportamentos (VICTORA, KNAUTH; HASSEN, 2000, p. 37).

De acordo com Costa (2011), a opção pela pesquisa qualitativa não impede a utilização de variáveis quantitativas, como estatísticas, números, médias e percentagens, entre outros elementos, cuja apresentação potencializa os significados estudados. O autor explica que os tipos de abordagem (quantitativo ou qualitativo) podem ser complementares, mas o que definirá o tipo de pesquisa é, na verdade, o contexto e os objetivos da pesquisa, que – no caso da abordagem qualitativa – pretende desvelar significados, trabalhando com pressupostos e não exigindo uma representatividade amostral.

Entre as produções da área do Serviço Social, o tema do controle social não tem ganhado maior destaque, e, para Bravo (2007), muitas destas produções não têm como preocupação central o trabalho dos Assistentes Sociais nas instâncias de controle social e sim uma análise do funcionamento destes mecanismos. Todavia, foram encontrados alguns autores que escrevem sobre o tema baseando-se em estudos que estão sendo realizados ou foram recentemente concluídos (dissertações de mestrado ou teses de doutorado), o que nos remete à relevância do tema. Por outro lado, diversos autores fazem referência à importância do trabalho profissional dos Assistentes Sociais nesta área de atuação, sem maior aprofundamento do tema:

O Serviço Social, ao lidar com as múltiplas e diversificadas expressões da questão social e políticas públicas correspondentes, tem tido uma inserção privilegiada neste âmbito. Destaca-se a atuação dos assistentes sociais junto aos Conselhos de Políticas – com saliência para os Conselhos de Saúde e de Assistência Social nos níveis nacional, estadual e municipal (IAMAMOTO, 2008, p. 198)

Portanto, faz-se necessário pensar o projeto profissional no espaço de inserção do controle social pelo reconhecimento do amplo potencial deste na luta pela defesa de direitos e no controle das políticas sociais pela classe trabalhadora, o que guarda coerência com o Projeto Ético-Político profissional do Serviço Social. Todavia, para que o controle social ganhe espaço e reconhecimento como campo de atuação do Assistente Social, necessita ser explorado pela sua gênese, que se deu no Projeto da Reforma Sanitária. Estes pressupostos estão na base desta pesquisa. Este estudo objetiva aproximar a temática do controle social do campo de atuação profissional do Assistente Social, considerando o controle social como área de atuação.

4.1 METODOLOGIA

A pesquisa é atividade fundamental da ciência, pois indaga e constrói a existência em um movimento de sucessiva aproximação da realidade que nunca se esgota. A metodologia é o caminho a ser percorrido para se realizar uma pesquisa e o instrumental para abordagem da realidade. Minayo (2010) considera o conceito de metodologia de forma abrangente e concomitante:

(a) como a discussão epistemológica sobre o “caminho do pensamento” que o tema ou o objeto de investigação requer; (b) como a apresentação adequada e justificada dos métodos, das técnicas e dos instrumentos operativos que devem ser utilizados para as buscas relativas às indagações da investigação; (c) e como a “criatividade do pesquisador”, ou seja, a sua marca pessoal e específica na forma de articular teoria, métodos, achados experimentais, observacionais ou de qualquer outro tipo específico de resposta às indagações científicas (p. 44).

A fase exploratória da pesquisa compreende desde a etapa de construção do projeto, que inicia com a escolha do tópico de investigação e delimitação do problema, até os procedimentos e testes para entrada em campo (MINAYO, 2010). Para melhor compreensão do percurso metodológico percorrido, apresentam-se, abaixo, algumas destas definições construídas ainda no projeto de pesquisa.

4.1.1 Tema e Delimitação

O tema Controle Social e Serviço Social, ficou delimitado, para fins deste estudo, como Atuação dos Assistentes Sociais no controle social no SUS no período de 2012 e 2013.

4.1.2 Problema de Pesquisa

O problema de pesquisa foi assim descrito: “De que forma os Assistentes Sociais atuam no controle social no SUS?”.

4.1.3 Objetivos Geral e Específicos

O objetivo geral da pesquisa foi: “Analisar de que forma acontece a inserção do Serviço Social no controle social no SUS a fim de identificar o papel profissional que vem sendo desenvolvido, bem como o reconhecimento deste espaço enquanto eixo de atuação profissional dos Assistentes Sociais.”.

E os objetivos específicos:

- a) conhecer o papel profissional dos Assistentes Sociais no controle social no SUS a fim de analisar a participação do Serviço Social neste eixo de atuação;
- b) avaliar o reconhecimento do controle social como um dos eixos de atuação profissional na área de saúde a fim de identificar e analisar como os Assistentes Sociais definem seu trabalho neste espaço;
- c) Verificar se a participação no controle social contribui para qualificar a atuação profissional do Assistente Social, permitindo evidenciar possibilidades de trabalho direcionadas pelo projeto ético-político profissional.

4.1.4 Questões Norteadoras

Para se alcançar os objetivos propostos, faz-se necessário um roteiro de questionamentos que auxiliam no planejamento da pesquisa. Esses

questionamentos são considerados como questões norteadoras do estudo. Neste caso, foram formuladas as seguintes questões norteadoras:

- a) Como vem se desenvolvendo o papel profissional dos Assistentes Sociais no controle social no SUS?
- b) Como os Assistentes Sociais reconhecem o espaço do controle social no SUS enquanto um dos eixos de atuação profissional na área da saúde?
- c) Como a participação no controle social pode contribuir para qualificar a atuação profissional do Assistente Social, tendo como pressuposto o projeto ético-político profissional?

4.1.5 O Método

Pesquisar as categorias controle social, Serviço Social e política de saúde envolve o pesquisador em uma análise que mantém compromisso com a realidade apresentada a partir de vivências sociais que devem ser interpretadas articuladamente com o Projeto Ético-Político profissional e o Projeto da Reforma Sanitária. Para esta análise, a presente pesquisa utilizou o método materialista dialético histórico³⁹ que, segundo afirma Prates (2005), é a opção hegemônica da categoria dos Assistentes Sociais, não por acaso, mas explica: “Este método nos auxilia com instrumentos que possibilitam não só realizar a leitura crítica da realidade social, mas, e isto é fundamental, com subsídios para propor e intervir no real” (p. 133).

A inserção dos Assistentes Sociais nos espaços de controle social tem uma intencionalidade que necessita ser estudada por meio de uma lente crítica, que leve em consideração o acúmulo ético-político da categoria. A partir de algumas categorias dialéticas constitutivas do método (a totalidade, a contradição, a

³⁹ “No Marxismo, o materialismo histórico representa o caminho teórico que aponta a dinâmica do real na efervescência de uma sociedade. Por sua vez, a dialética refere-se ao método de abordagem da realidade, reconhecendo-a como processo histórico em seu peculiar dinamismo, provisoriedade e transformação. A dialética é a estratégia de apreensão e de compreensão da prática social empírica dos indivíduos em sociedade (nos grupos, nas classes e nos segmentos sociais), de realização da crítica das ideologias e das tentativas de articulação entre sujeito e objeto, ambos históricos. O materialismo histórico, como caminho teórico, e a dialética, como estratégia metodológica, estão profundamente vinculados” (MINAYO, 2010, p. 207).

historicidade), a pesquisa propõe um movimento entre leitura da realidade e análise de possibilidades.

A utilização de cada uma destas categorias dialéticas teve um motivo em si e na sua interconexão. Assim, a totalidade possibilitou ver o todo conectado entre si, interpretando a realidade a partir do encontro entre os diferentes na construção de algo mais completo. A perspectiva foi cercar a realidade por meio da compreensão de todas as suas mediações e correlações. Como afirma Prates (2005), “a totalidade mais do que a reunião de todas as partes, significa um todo articulado, conectado, onde a relação entre as partes altera o sentido de cada parte e do todo” (p. 134). O Assistente Social, ao trabalhar com controle social, está se relacionando com um todo complexo e articulado em que cada ação faz parte da totalidade parcial, influenciando e sendo influenciada; não fica no específico nem entende que não influencia a construção do todo.

A contradição é o que permite avanços no exame dos fenômenos por meio da busca dos contrários, não como excludentes, mas como negação inclusiva. Prates (2005) explica que “esta relação se dá na definição de um elemento pelo que ele não é, pois é da determinação e negação do outro que decorre a existência de propriedade de cada fenômeno” (p. 136). A categoria dos Assistentes Sociais na consolidação de sua proposta hegemônica exercita a tensão que transborda de contradição entre aquilo que necessitava ser superado entrelaçado com uma realidade adversa e, ao superar os limites impostos, vê surgindo uma nova realidade de atuação.

E, por fim, o estudo dos fenômenos sociais não poderia existir sem a historicidade, que é o que os mostra em movimento, em constante transformação, permitindo entendê-los no contexto histórico (PRATES, 2005). E a autora destaca que a historicidade, mais do que episódios cronológicos, privilegia “o conhecimento da história a partir de fatos significativos” (p. 142). Todo o estudo do processo histórico do controle social e da inserção dos Assistentes Sociais tem sentido na observação de que nada é absoluto nem estático, toda realidade está sujeita à história e a transformações.

A pesquisa propôs um movimento de análise da realidade à luz das categorias dialéticas, na busca de superar a aparência, conseguindo captar o fenômeno como um todo contraditório e histórico.

4.1.6 Campo da Pesquisa

A pesquisa foi realizada no Grupo Hospitalar Conceição (GHC), complexo de saúde localizado na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. O GHC é vinculado diretamente ao Ministério da Saúde e atende exclusivamente usuários do SUS. É composto por quatro hospitais (Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital Cristo Redentor, Hospital da Criança Conceição e Hospital Femina), o Serviço de Saúde Comunitária (que comporta doze Unidades Básicas de Saúde, e serviços especializados de saúde mental, sendo estes: CAPS⁴⁰ Adulto, CAPS Álcool e Drogas - CAPS AD, CAPS Infantil - CAPS I e Consultório na Rua⁴¹), a Unidade de Pronto Atendimento (UPA)⁴², e o Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde (Escola GHC).

O GHC responde a diferentes espaços de controle social. Cada uma das quatro unidades hospitalares tem seu Conselho Gestor com representação paritária e reuniões regulares. Todas as doze Unidades de Saúde do Serviço de Saúde Comunitária tem seus Conselhos Locais de Saúde (CLS), também com representação paritária e reuniões periódicas. Todos estes espaços são subordinados ao Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (órgão máximo de controle social do município).

4.1.6.1 Universo e Amostra

O universo da pesquisa foi constituído pelos Assistentes Sociais que mantêm vínculo de trabalho formal com o GHC – em número de setenta (70), no momento da coleta de dados da pesquisa (junho/2013). Para participar da pesquisa, foi definido apenas um critério de inclusão: realizar atendimento direto aos usuários. Desta forma, sessenta e um (61) trabalhadores Assistentes Sociais foram incluídos nas

⁴⁰ CAPS é a abreviatura de Centro de Atenção Psicossocial, modalidade de atendimento, preconizada pelo Ministério da Saúde, para atendimento ambulatorial de saúde mental no SUS, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, pois possibilitam a organização de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico no país.

⁴¹ Consultório na rua é uma modalidade de atendimento do Ministério da Saúde que faz parte da rede de atenção substitutiva em saúde mental voltado para o atendimento de pessoas em situação de rua.

⁴² A Unidade de Pronto Atendimento é uma estrutura de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e as urgências hospitalares, as quais são preconizadas pelo Ministério da Saúde para compor uma rede organizada de Atenção às Urgências e Emergências.

condições de pesquisa, formando o universo a ser pesquisado. Deste universo, a maior parte, 32 profissionais (52,5%), trabalha no nível terciário⁴³, outros 15 Assistentes Sociais (24,5%) são lotados no nível secundário⁴⁴ e os demais 14 (23%) estão no nível primário⁴⁵ de atenção em saúde.

A pesquisa foi divulgada entre os Assistentes Sociais que atenderam aos critérios de inclusão por meio de reunião cuja pauta era discussão do tema controle social, além do envio de *e-mail* com o convite para participar do estudo. Foi enviado eletronicamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido⁴⁶, e o instrumento de pesquisa⁴⁷. Na devolução do *e-mail* com o instrumento preenchido, estes foram salvos em pasta criada para este fim, sem a identificação dos sujeitos. A pesquisa buscou seguir orientação de VÍCTORA, KNAUTH e HASSEN (2000) de que o anonimato dos pesquisados deve ser garantido.

Foram, portanto, enviados sessenta e um (61) questionários, sendo que vinte e oito (28) retornaram respondidos. Assim, definiu-se a amostra do estudo, que correspondeu a 28 Assistentes Sociais, o que representou um percentual de 45,9% do universo. Todos os questionários que retornaram foram utilizados para a análise das informações.

4.1.7 Aspectos Éticos da Pesquisa

O projeto de pesquisa foi submetido à Comissão Científica da FSS/PUCRS⁴⁸ e, após a aprovação desta, foi submetido à Plataforma Brasil, sendo remetido para os Comitês de Ética e Pesquisa (CEP) das instituições participantes: PUCRS

⁴³ O nível terciário equivale a serviços de saúde hospitalares, é o nível de serviços com mais alta complexidade.

⁴⁴ O nível secundário comporta serviços de saúde ambulatoriais ou de média complexidade, como serviços especializados de saúde mental.

⁴⁵ O nível primário é no qual se encontra as Unidades Básicas de Saúde ou Postos de Saúde e são realizados procedimentos de baixa complexidade. Este nível de atenção configura-se como "a porta de entrada" do Sistema Único de Saúde.

⁴⁶ O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido corresponde ao apêndice I. E é assim entendido: "o processo de consentimento informado visa, fundamentalmente, resguardar o respeito às pessoas. Isto se dá através do reconhecimento da autonomia de cada indivíduo, garantindo a sua livre escolha após ter sido convenientemente esclarecido sobre as alternativas disponíveis." (VÍCTORA, KNAUTH, HASSEN, 2000)

⁴⁷ O instrumento de pesquisa foi um questionário que corresponde ao apêndice II.

⁴⁸ A aprovação da Comissão Científica corresponde ao anexo I.

(Parecer de aprovação número 247.119)⁴⁹ e GHC (Parecer de aprovação número 285.725)⁵⁰.

O presente estudo é norteado pelos preceitos e rigor ético em estudos de pesquisa, preservando as identidades e o sigilo dos sujeitos. Outro cuidado tomado refere-se à devolução dos resultados do estudo aos sujeitos que contribuíram para a construção. Ao final desta Dissertação, os resultados serão socializados entre o grupo de Assistentes Sociais que contribuiu neste estudo, assim como servirá de material para a construção de artigos que possibilitem que estes resultados sejam debatidos com a categoria dos Assistentes Sociais.

4.1.8 Procedimentos para Coleta de Informações

O projeto de pesquisa previa a realização de entrevistas individuais, técnica que foi substituída por questionários enviados *online*. Justifica-se a alteração na metodologia de coleta de dados por solicitação dos Assistentes Sociais pesquisadas que, por falta de tempo e excesso de demanda de trabalho, optaram por este instrumento. O envio do questionário foi combinado, em reunião com grande número dos sujeitos pesquisados, poucos dias antes de iniciar a coleta de dados, como forma de facilitar a participação. A pesquisadora acredita que, desta forma, os sujeitos pesquisados sentiram-se mais à vontade para dar sua opinião sobre o tema. Todos os pesquisados receberam, por *e-mail*, minuciosa explicação sobre os procedimentos da pesquisa e o preenchimento do questionário.

Outro motivo para que o questionário fosse escolhido como instrumento de coleta é seu potencial “para captar aspectos gerais considerados relevantes de um problema de investigação, visando iluminar a compreensão do objeto e estabelecer relações e generalizações” como afirma Minayo (2010, p. 190). A autora também afirma que este instrumento “pressupõe hipóteses e questões fechadas cujo ponto de partida são as referências do pesquisador” (p. 190). Por outro lado, Triviños (2011) lembra algo que foi constante preocupação no decorrer da pesquisa:

Não obstante o pesquisador inicie sua investigação apoiado numa fundamentação teórica geral, o que significa revisão aprofundada da

⁴⁹ Parecer do CEP da PUCRS corresponde ao anexo II.

⁵⁰ Parecer do CEP do GHC corresponde ao anexo III.

literatura em torno do tópico em foco, a maior parte, neste sentido, do trabalho se realiza no processo de desenvolvimento do estudo. A necessidade da teoria surgirá em face das interrogativas que se apresentarão (p. 132).

Ainda na linha de argumentação em relação à escolha do questionário como instrumento de coleta de dados, está o fato de este permitir maior abrangência na coleta, uma vez que, diferentemente de outros instrumentos, não exige a presença direta da pesquisadora. Foi utilizado um questionário com perguntas fechadas e abertas. No final do questionário, foi proposta uma última questão na qual o sujeito pesquisado foi solicitado a manifestar-se livremente se algo não perguntado sobre o tema deveria ser acrescentado.

Além das informações obtidas nos questionários (processos e produtos centrados nos sujeitos), foram utilizados, na análise das informações, elementos produzidos pelo meio (Leis – relacionadas à política de saúde, documentos oficiais da categoria, documentos da instituição GHC, e processos e produtos originados pela estrutura sócio-econômica e cultural do macro-organismo social, no qual estão inseridos os sujeitos (TRIVIÑOS, 2011). Desta forma, pretendeu-se ter garantida a técnica de triangulação, que tem por objetivo básico:

Abranger a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo. Parte de princípios que sustentam que é impossível conceber a existência isolada de um fenômeno social, sem raízes históricas, sem significados culturais e sem vinculações estreitas e essenciais com uma macrorrealidade social (TRIVIÑOS, 2011, p. 138).

Estas duas etapas, coleta de informações e análise das informações, foram separadas apenas por uma questão didática, pois estas duas fases se retroalimentaram constantemente. Ao se utilizar este tríplice enfoque no estudo do fenômeno (triangulação), ficou claramente estabelecida a aproximação destas duas etapas (TRIVIÑOS, 2011). Com isto, priorizou-se que as ideias do sujeito, documento e legislação fossem, imediatamente, relacionados, sempre que possível. Como afirma este autor: “a pesquisa qualitativa não segue sequência tão rígida das etapas assinaladas para o desenvolvimento da pesquisa quantitativa, pelo contrário” (p. 131).

É importante salientar que, apesar do uso de questionários para a coleta de dados, manteve-se, na pesquisa, a preocupação de não ser o resultado apenas um somatório de informações coletadas. Foram utilizados critérios numéricos (número

de entrevistas, número de determinada resposta), mas sempre com a preocupação de que não é apenas a quantidade que define a relevância, pois é necessária a análise entre as respostas. Como afirma Minayo (2010):

A unidade de significação não é composta pela soma das respostas de cada indivíduo para formar uma relevância estatística. E, sim, ela se constrói por significados que conformam uma lógica própria do grupo ou, mesmo, suas múltiplas lógicas (p. 192).

4.1.9 Procedimentos para Análise das Informações

As informações obtidas a partir dos questionários foram organizadas e submetidas à técnica de análise de conteúdo. Para esta análise, foi utilizado o referencial de Bardin (2002), que assim conceitua:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (p. 42).

A escolha da análise de conteúdo como técnica para análise das informações coletadas a partir do referencial escolhido se deu pela decomposição da mensagem, para, depois, sua reconstituição, até que fosse identificada a presença ou a ausência de uma característica de conteúdo, ou de um conjunto de características num determinado fragmento da mensagem, conferindo novo significado (BARDIN, 2002). A principal pretensão da análise de conteúdo foi descobrir o verdadeiro significado do material coletado.

Bardin (2002) organiza a análise de conteúdo em três fases: a pré- análise (leitura flutuante, escolha dos documentos, preparação do material, referência dos índices e elaboração dos indicadores), a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A segunda fase (exploração do material e o tratamento dos resultados) é o período mais duradouro, pois é nela que os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades que vão permitir uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo expresso no texto. Esta fase é composta por etapas: a codificação (na qual são feitos recortes em unidades de contexto e de registro) e a categorização (na qual os requisitos para

uma boa categoria são a exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade, fidelidade e produtividade).

O conteúdo analisado foi relacionado com as categorias básicas do método dialético-crítico (totalidade, contradição e historicidade) e com as categorias de análise da realidade, que, para o presente estudo, foram definidas como Controle Social, Política de Saúde e Serviço Social, mas que podem ser ampliadas a partir do conteúdo analisado. Para melhor sistematização e compreensão em relação às categorias que nortearam a análise de conteúdo, apresenta-se o quadro 01, que corresponde à representação das categorias que foram utilizadas para análise das informações.

Após a construção das categorias de análise da realidade, relacionadas às categorias do método, tornou-se possível a realização do processo de análise dos materiais. Todavia, a análise só foi viabilizada ao somarem-se as categorias da realidade e as do método com aquelas que emergiram das respostas obtidas junto aos sujeitos da pesquisa.

No transcurso do trabalho, surgiram questões que fazem parte daquilo que nem havia condições, no início do processo, de ser previsto, são as categorias que emergiram a partir da realidade investigada. Estas categorias são o cotidiano e a hegemonia, como novas categorias do método e a Residência Multiprofissional em Saúde, como realidade não prevista, porém descoberta como relevante na qualificação das respostas encontradas.

Quadro 1 – Definição das categorias utilizadas na análise de conteúdo

Categorias de análise da realidade	Categorias do método
<ul style="list-style-type: none"> • Controle Social • Política de Saúde • Serviço Social 	<ul style="list-style-type: none"> • Totalidade • Contradição • Historicidade
Categorias emergentes	
<ul style="list-style-type: none"> • Cotidiano • Hegemonia • Residência Multiprofissional em Saúde 	

Fonte: Sistematização feita pela pesquisadora.

Desta forma, estas nove categorias têm importante papel na análise do material coletado. O capítulo seguinte, ao realizar esta análise, irá aprofundar a compreensão do tema em debate a partir delas.

5 O CONTROLE SOCIAL COMO EIXO DE ATUAÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS: ANÁLISE DAS CONTRIBUIÇÕES

Este capítulo tem por objetivo realizar a análise das informações coletadas na pesquisa buscando responder inquietações iniciais, manifestadas nos objetivos da pesquisa e suas questões norteadoras. O estudo do controle social como eixo de atuação do Assistente Social foi constantemente revisado levando-se em consideração pontos de partida que compõem os dois capítulos iniciais: o controle social como um conceito contraditório e dinâmico, e que, na política de saúde brasileira, surge com o Projeto de Reforma Sanitária, proposta que revoluciona o projeto anterior de saúde. E ainda uma revisão do controle social na profissão do Serviço Social, relacionando o Projeto da Reforma Sanitária com o Projeto Ético-Político dos Assistentes Sociais.

Os capítulos acima relacionados serão utilizados como auxiliares no processo de análise, pois eles não trazem respostas, mas importantes indagações sobre o que já foi escrito sobre o tema. Norteia o estudo a certeza de que o controle social representa uma possibilidade real de democratização das políticas sociais, com o que concorda Pereira(a) ao analisar o controle social "como campo político cidadão, de alta intensidade democrática" (2010, p. 15). Todavia, não existe um caminho linear sobre como realizar este feito.

O estudo aponta que a categoria dos Assistentes Sociais tem um papel muito importante neste processo. A discussão necessária, no entanto, é de aprofundamento do tema para que não apenas os Assistentes Sociais estejam presentes no controle social, mas para que venham a fazer desta frente de trabalho uma forma de fortalecimento de seu Projeto Ético-Político.

Para fins de maior apreensão dos resultados, esta análise será organizada conforme os objetivos específicos levantados no projeto da pesquisa. Esta organização foi utilizada somente para fins de sistematizar a apresentação, pois a discussão se relaciona a todo o momento nos diferentes subtítulos.

Optou-se por definir, inicialmente, no capítulo, as categorias emergentes que resultaram da realidade investigada. A Residência Multiprofissional em Saúde, conforme Portaria Interministerial Nº 1.077, de 12 de novembro de 2009, consiste de:

Uma modalidade de ensino de especialização, de pós-graduação *lato sensu*, com duração mínima de 2 anos, em que os profissionais da área de saúde vivenciam a prática, inseridos no universo de trabalho e atuando efetivamente, com uma carga horária semanal de 60 horas com períodos específicos (20% do total da carga horária) para a discussão sobre a prática desenvolvida no processo de trabalho (VARGAS, 2011, p. 41).

O cotidiano aparece como categoria a partir da importância observada no cenário de trabalho dos Assistentes Sociais pesquisados, não um cenário apenas de prática profissional, mas sim, na necessária unidade, entre a teoria e a prática como complementares em um movimento dialético. Como afirmam Barroco e Terra (2012), "a vida cotidiana é o espaço de reprodução do trabalho do Assistente Social" (p. 73).

A hegemonia, como expressão da direção político-ideológica (SIMIONATTO, 2011; MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011), assume importante papel, sendo considerada categoria que auxilia na análise dos rumos que a ação profissional dos Assistentes Sociais pode representar na "busca do consenso dos grupos sociais aliados, alargando e articulando seus interesses e necessidades na busca da superação dos seus limites corporativos" (MONTANO; DURIGUETTO, 2011, p. 48). E incide como categoria no entendimento de que a prática profissional do Assistente Social auxilia na construção de contra-hegemonia.

Dos questionários que retornaram, representando as Assistentes Sociais que participaram da pesquisa, 50% (14/28) trabalham no nível terciário, ou seja, em um dos quatro hospitais do GHC. Os demais, 25% (07/28) deles trabalham no nível secundário (ambulatorios dos Hospitais, serviços especializados de saúde mental ou UPA) e 25% (07/28) trabalham no nível primário (Unidades Básicas de Saúde). Estes percentuais aproximam-se da proporção da locação dos Assistentes Sociais no GHC (Quadro 02).

Quadro 2 - Universo e Amostra da pesquisa

	Primário N/%	Secundário N/%	Terciário N/%
Universo = número de AS no GHC	14 / 23%	15 / 24,5%	32 / 52,5%
Amostra = número de AS que responderam a pesquisa	7 / 50%	7 / 47%	14 / 44%

Fonte: Sistematização feita pela pesquisadora.

Assim, compreende-se que a amostra correspondeu a 50% (07/14) dos Assistentes Sociais lotados na atenção primária, 47% (07/15) da atenção secundária e 44% (14/32) da terciária. A partir desta informação, pode-se afirmar que foi possível obter informações de sujeitos que atuam nos diferentes níveis do sistema de saúde, com bastante proximidade do encontrado na realidade da instituição no que se refere ao trabalho dos Assistentes Sociais.

Uma constatação da pesquisa aponta, que entre os Assistentes Sociais pesquisados, 80% (22/28) foram contratados pelo Grupo Hospitalar Conceição (GHC) nos últimos dez anos (Quadro 03). Na busca de respostas a esta verificação, observou-se que algumas destas novas contratações aconteceram em função de aposentadorias ou outro tipo de afastamentos de Assistentes Sociais contratados, o que não significaria aumento de vagas. Porém, diversos cargos novos foram criados para o atendimento de programas preconizados pelo SUS como, por exemplo, abertura de serviços ambulatoriais de saúde mental (CAPS, CAPS AD, CAPSI), implantação do Programa de Atendimento Domiciliar (PAD)⁵¹, ampliação da atenção primária em saúde, implantação de um consultório na rua, abertura de Unidade de Pronto Atendimento (UPA), introdução de acolhimento institucional entre outros programas que surgem na vigência da implantação do SUS. Desta forma se constata um crescimento do Serviço Social no GHC com o engajamento de novos profissionais em novos programas do SUS.

Quadro 3 - Assistentes Sociais pesquisados divididos conforma tempo que trabalham no GHC relacionando com aqueles que identificaram que passaram por Programas de Residência Multiprofissional em Saúde

Tempo que entrou no GHC	Número de Assistentes Sociais N/%	Nº de AS que passaram por Programas de RMS N/%
Menos de 5 anos	15 / 55%	9 / 32%
Entre 5 e 10 anos	07 / 25%	02 / 7%
Entre 11 e 20 anos	0	0
Mais de 20 anos	06 / 20%	0
Total	28 / 100%	11 / 39%

Fonte: sistematização feita pela pesquisadora

⁵¹ O Programa de Atendimento Domiciliar é um acompanhamento de pacientes em suas residências nos primeiros dias após a alta hospitalar realizado por profissionais do GHC.

Outra informação que chama atenção é que 39% (11/28) dos Assistentes Sociais que responderam a pesquisa informaram voluntariamente⁵² que participaram de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde antes de ir trabalhar no GHC. Levando-se em consideração que os Programas de Residência têm como objetivo formar trabalhadores para o SUS, pode-se considerar um indicador de busca de qualificação por parte da categoria que metade dos Assistentes Sociais (11/22), sujeitos da pesquisa, que foram trabalhar no GHC nos últimos dez anos e que tenham passado por programas de residência. Observou-se que aqueles pesquisados que declararam ter passado por programas de Residência Multiprofissional em Saúde demonstraram unanimemente qualidade das respostas, explicitando domínio sobre o tema. Isto não quer dizer que não tenham respostas bem elaboradas nos questionários de outros sujeitos da pesquisa. A observação refere-se apenas ao fato de que, neste grupo específico, esta questão ser unânime. Vargas (2011) estudou, em sua dissertação de mestrado, o Serviço Social no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde e aponta, em suas considerações finais, como esta modalidade de formação em saúde pode contribuir para a formação dos Assistentes Sociais neste campo:

Quando, na operacionalização da Residência Multiprofissional em Saúde, se encontram as direções contra-hegemônicas dos pressupostos da Educação Permanente e da Reforma Sanitária, identifica-se possibilidade de, na inserção do Assistente Social, potencializar a consolidação do projeto ético-político profissional, também direcionado ao enfrentamento do projeto societário hegemônico (p. 150).

Observa-se, entre os pesquisados, um espaço de dez anos sem contratações de novos Assistentes Social no GHC. Esta informação é muito próxima à encontrada no universo de Assistentes Sociais que trabalham no GHC atualmente, em que se constata que, entre o período de 1990 e 2000, apenas duas novas contratações foram realizadas. O SUS foi regulamentado há vinte e cinco anos, mas pode-se afirmar que sua implantação é lenta em função, principalmente, da disputa, na Política de Saúde, entre o Projeto Privatista e o Projeto da Reforma Sanitária que serviu de fundamento para a criação do SUS. Nas últimas décadas, a Política de Saúde tornou-se importante alvo da ofensiva do ajuste neoliberal nas políticas sociais brasileiras, e as contradições originadas nesse processo interferem

⁵² Não foi diretamente perguntado se haviam participado de Programas de Residência.

diretamente no avanço do Projeto Privatista e na implantação restrita das propostas do SUS. Soares (2012) fala que a concretização do SUS se dá “no interior do campo das ‘possibilidades’, isto é, o SUS possível diante do ajuste neoliberal” (p. 90).

Todavia, em uma instituição de saúde com as características do GHC, com garantia de atendimento 100% público, o tensionamento para a implantação deste sistema, na busca de melhorar a qualidade e ampliar os serviços prestados, é uma constante. Os princípios do SUS referem-se a um sistema de saúde universal e integral, e, para que isto aconteça, é necessária a ampliação do acesso e implantação de novas tecnologias. Isso é o que tem acontecido no GHC por meio de sua modernização com a implantação de novos projetos que tenham por objetivo dar respostas a estes princípios. Neste trajeto, vem a contratação de novos Assistentes Sociais para darem conta destas novas tarefas. Cavalcanti e Zucco (2008), ao abordarem o grande número de Assistentes Sociais na área de saúde, falam que estes profissionais têm “função de destaque na alteração da atenção à saúde e das condições de saúde da população” (p. 76). E afirmam que esta função é necessária para “recuperar os serviços públicos de saúde como espaços privilegiados para a construção do direito à saúde” (p. 76).

Se considerado que a ampliação do acesso e implantação de novas tecnologias com o objetivo de ampliar as respostas do SUS as necessidades da população teve relação com o aumento do quadro de Assistentes Sociais, identifica-se a presença destes profissionais na construção de contra-hegemonia ao projeto societário neoliberal de diminuição da presença do Estado na política de saúde. No entanto, Barroco e Terra (2012, p. 32), ao afirmarem que “as ações cotidianas dos Assistentes Sociais produzem resultado concreto que afeta a vida dos usuários e interfere potencialmente na sociedade”, lembram que:

Isso não anula o papel ativo da consciência nas ações práticas; portanto pode-se afirmar que o conhecimento crítico ou a falta dele e o comprometimento político ou a sua ausência podem ampliar ou limitar a materialização da ética profissional, no âmbito de suas possibilidades históricas (p. 33).

Cerca de 70% (20/28) dos Assistentes Sociais que responderam têm menos de treze anos de formados. Relacionando este dado com o tempo em que trabalham no GHC, o Quadro 04 mostra que a aprovação nos últimos concursos do GHC tem sido, em geral, de Assistentes Sociais com pouco tempo de formado. Ainda mais se

levarmos em consideração que muitos passaram, antes do ingresso no GHC, por Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, ampliando seu tempo de formação. Nenhum dos pesquisados se formou entre os anos de 1993 e 2000.

Quadro 4 – Tempo de formatura no SS e tempo de trabalho no GHC

Ano de formatura no SS	Nº de AS N/%	Tempo de trabalho no GHC	N= /%
Antes de 1988	05/ 18%	+ 20 anos	05/ 18%
Entre 1990 e 1993	03/ 11%	+ 20 anos	01/ 3,5%
		10 anos	01/ 3,5%
		5 anos	01/ 3,5%
Entre 2000 e 2011	20/ 71%	+ 5 anos	06/ 21%
		- 5 anos	14/ 50%

Fonte: sistematização da pesquisadora.

O número de pesquisados que concluíram o curso de Serviço Social já na vigência do SUS, implementado a partir da Constituição Federal de 1988, é de 82% (23/28). Os demais tiveram sua formação em período de luta pela garantia de direitos no cenário brasileiro, inclusive na luta pela construção do SUS. Talvez pelo fato de ambas conjunturas estarem diretamente vinculadas à característica do cenário brasileiro de tensionamento na conquista de direitos; apenas se diferenciando: primeiro, pelas etapas de construir os direitos dentro da legislação e, depois, por lutar pela garantia destes direitos, não foi encontrada diferença significativa entre a qualidade das respostas destes dois grupos. Mesmo assim, não se pode negar que, quando a maioria dos profissionais pesquisados concluiu sua graduação no curso de Serviço Social, as políticas sociais já contavam com mecanismos de controle social, a luta pela democratização da gestão pública já tinha iniciado e espaços já tinham sido conquistados.

Estas informações mostram, também, que 71% (20/28) dos sujeitos pesquisados concluíram o curso de Serviço Social após a aprovação do último Código de Ética profissional, que é de 7 de junho de 1993, portanto, tiveram sua formação acadêmica já na vigência do atual Projeto Ético-Político profissional. Do mesmo modo, neste caso, não se observou diferença percentual na qualidade das respostas entre os que têm maior ou menor tempo de formados. Este pode ser um indicador que represente que o debate da profissão não esteja restrito aos muros acadêmicos. Não existe material coletado nesta pesquisa para avaliação mais profunda deste achado, todavia, é possível afirmar que este debate já é consolidado

há muitos anos nos diferentes espaços profissionais. Barroco e Terra (2012), ao apontarem os desafios da materialização do Código de Ética profissional dos Assistentes Sociais, afirmam que: "o Código de Ética atual tem se evidenciado como um dos mais legitimados na trajetória da profissão no Brasil" (p. 34) e indicam que, desde 1990, já ocorria na categoria manifestações de amadurecimento da necessidade de debates éticos, seja na produção de conhecimentos seja no desenvolvimento de estratégias de capacitação em sua articulação com a política.

5.1 O PAPEL PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS NO CONTROLE SOCIAL NO SUS

A pesquisa preocupou-se em conhecer qual o conceito que os Assistentes Sociais pesquisados têm de controle social. A análise das respostas partiu do entendimento encontrado em documentos oficiais do Estado brasileiro, desde a Constituição de 1988, de que o termo controle social representa o controle da sociedade civil sobre as ações do Estado. Ou, ainda, de forma simplificada, que é a garantia da participação popular nas políticas públicas. O controle social foi garantido na Constituição de 1988 e teve, nas Leis Nº 8.080, de 19/09/1990, e 8.142, de 28/12/1990, descrita sua operacionalização na política de saúde.

Dos Assistentes Sociais pesquisados, 82% (23/28) trazem conceitos que fazem referência, de alguma forma, à participação ou ao controle popular interferindo nas políticas públicas. Apenas 18% (5/28) demonstraram ter um conceito restrito do tema. Destas falas que foram identificadas como apresentando um conceito limitado, uma Assistente Social aponta o controle social apenas como fiscalizador das ações públicas:

"Entendo que controle social é um mecanismo de fiscalização da sociedade civil sob ações públicas de órgãos, instituições, entidades públicas, etc." (AS nº 5)

A resposta não pode ser considerada incompleta, uma vez que o controle social deve fiscalizar as políticas, porém não pode ficar restrito a esta tarefa. Constata-se que a maioria dos Assistentes Sociais pesquisados sabe o que é controle social e consegue defini-lo corretamente.

Entre as respostas que abrangeram aspectos relativos à participação ou ao controle popular sobre as políticas públicas, alguns Assistentes Sociais (17/23) preocuparam-se em listar tarefas que são do controle social, como planejamento, monitoramento, avaliação, definição de prioridades, construção de estratégias, definição da aplicação de recursos, acompanhamento de gastos e investimentos, fiscalização das ações do Estado, demonstrando um bom conhecimento do funcionamento dos espaços de controle social. São exemplos:

“Controle social são instâncias das quais a sociedade se mobiliza e tem direito de participação, sendo na construção de políticas públicas, bem como, da avaliação e acompanhamento dos gastos e investimentos públicos nas políticas sociais”. (AS nº 7)

“É quando a sociedade participa de forma mais organizada do controle da gestão pública, tendo a possibilidade de discutir, planejar e fiscalizar as políticas públicas e ações governamentais”. (AS nº 10)

“Participação do cidadão na formulação e fiscalização de políticas públicas”. (AS nº 18)

“Em meu entendimento é a participação de usuários, trabalhadores e gestores em espaço compartilhado, paritário no que diz respeito ao planejamento, proposições, acompanhamento e fiscalização de ações e políticas públicas. Importante espaço político de garantia de direitos, onde as necessidades da população têm possibilidade de serem atendidas”. (AS nº 22)

“É o envolvimento e participação da sociedade civil nos processos de planejamento/acompanhamento/monitoramento e avaliação das ações da gestão pública, na execução das políticas e programas de governo. Configura-se também, como um importante instrumento para promoção, democratização e garantia de direitos conquistados constitucionalmente”. (AS nº 24)

Dois sujeitos da pesquisa utilizaram o termo "dar opinião" sobre as ações governamentais e uma restringiu o controle social a mecanismos nos quais é possível “ter informações sobre a gestão dos serviços prestados e também reivindicar por melhorias nas prestações de serviços” (AS nº 19). Estas falas negam o que o controle social tem de mais importante, que é a possibilidade deste ser um canal de democratização das políticas públicas. Restringe-o, pois o controle social não é "apenas" para ouvir a opinião do usuário, ou para dar-lhe informações, mas sim é para ser um espaço em que as decisões são tomadas conjuntamente, respeitando a paridade entre os diferentes segmentos que participam. Segundo Correia (2006):

A participação social na área da saúde foi concebida na perspectiva do controle social, no sentido de os setores organizados da sociedade civil participarem desde as suas formulações – planos, programas e projetos – , acompanhamento de suas execuções, até a definição da alocação de recursos para que estas atendam aos interesses da coletividade (p. 125).

Ficou também evidente que, apesar de valorizar a participação em espaços de controle social e de 79% (22/28) dos pesquisados terem tido alguma experiência de participação nestes espaços em algum momento de sua vida profissional, apenas 25% (07/28) dos sujeitos pesquisados participa atualmente de espaços de controle social (Quadro 05). O que se constata é que não são desconhecidos dos sujeitos pesquisados os espaços de controle social.

Quadro 5 – Participação atual e anterior dos Assistentes Sociais em espaços de controle social pelos níveis de atenção

	Primário	Secundário	Terciário
Participou e continua participando	06	0	01
Participou e parou de participar	01	06	08
Nunca participou	0	01	05
Total	07	07	14

Fonte: Sistematização feita pela pesquisadora.

A maior participação em espaços de controle social dos Assistentes Sociais que atuam na atenção primária é um indicador da maior aproximação dos profissionais que aí atuam com as necessidades da população. O SUS hoje está organizado considerando a atenção primária como porta de entrada para o sistema, ou seja, como primeiro local que o usuário deve procurar quando apresenta um novo problema de saúde ou agravamento de antigo problema. Outra característica deste nível de atenção é que seus serviços devem se localizar dentro das comunidades atendidas. Desta forma, é esperado que os profissionais que aí trabalham estejam mais próximos destes usuários. Uma forma de estreitar esta proximidade é participar dos espaços de luta e disputa política desta população. O controle social, por seu potencial de democratizar a vida em sociedade, é, também, local de organização de reação à negação de direitos, a dificuldades de acessos e à falta de atendimento a necessidades da população, sendo assim, a participação do Assistente Social neste espaço tem importante dimensão profissional. Quando Behring e Santos (2009) comentam sobre a reação esperada destes espaços de controle social, reforçam

mais ainda a importância da participação crítica e ativa do Assistente Social ao atuar em um contexto complexo de contradições a serem suplantadas:

Há uma tendência contraditória para a reação, que pode se expressar na forma de imobilismo; na adesão passiva à ordem; ou na resistência, que assume direção política variada a depender do nível de organização e capacidade crítica, protagonizada pelos sujeitos coletivos (p. 279).

Os sujeitos pesquisados foram questionados sobre os motivos de terem parado de participar em espaços de controle social. Entre os motivos apontados, chama a atenção que dos 15 (53,5%) Assistentes Sociais que já participaram destes espaços e não participam mais, 10 (66,6%) assinalaram a mudança de local de trabalho ou do término do programa de residência. Os programas de residência aparecem como potencializadores da participação dos Assistentes Sociais nos espaços de controle social, todavia, é significativo o fato de não ocorrer a continuidade desta participação após sua contratação como Assistente Social em uma instituição do setor saúde que faz formação de residentes⁵³. Nesta mesma pergunta, os Assistentes Sociais apontaram como impedimento para o processo de participação o acúmulo de atividades, a necessidade de dar respostas a outras demandas e a desmotivação. Torna-se importante analisar o peso que as condições de trabalho tem nesta reposta. Não temos, no momento, informações suficientes para analisar com propriedade estas condições, porém podemos apontar que, mesmo considerando o controle social como eixo de atuação do Assistente Social, alguns participantes assinalam que as condições de trabalho a que são submetidos impedem sua participação nestes espaços:

“Lembrando que devido à sobrecarga de trabalho, às vezes dificulta a participação em detrimento do atendimento aos usuários”. (AS nº 7)

“Quando as atividades ocorrem no teu horário de trabalho até existe a substituição de outra colega, mas acaba gerando a sobrecarga desta”. (AS nº 12)

“Ficamos imersas no trabalho, nos atendimentos, às vezes mal temos tempo p/ ir no banheiro e/ou fazer refeições”. (AS nº 26)

“Os assistentes sociais têm a garantia das 30 horas, mas assumem vários postos de internação e são engolidos pela rotina”. (AS nº 23)

⁵³ Dos Assistentes Sociais que são ex-residentes, alguns participaram de programa de residência do próprio GHC, porém outros em outras instituições de saúde.

Barroco e Terra (2012), ao analisarem a dificuldades do trabalho dos Assistentes Sociais em algumas instituições, lembram que, para mudança desta realidade, "as ações individuais têm efetividade restrita", e apontam como solução a "capacidade política de articulação interna e externa das equipes de Serviço Social com outros profissionais e com suas entidades" na busca de "estratégias de enfrentamento coletivo" (p. 82). É necessário, portanto, que sejam debatidas as condições de trabalho não apenas dos Assistentes Sociais, mas do grupo de trabalhadores da instituição. Buscando, como afirma um dos princípios fundamentais do Código de Ética Profissional, a "articulação com o movimento de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos trabalhadores" (p. 31).

As falas referidas trazem aspectos relacionados com a precarização do trabalho destes profissionais. É importante apontar que o trabalho precário é um fator de desânimo e adoecimento da classe trabalhadora (SELIGMANN-SILVA, 2013). Uma das falas da pesquisa relaciona as dificuldades de participação à hierarquização nas relações de trabalho:

"Acredito que trabalhar com controle social pode e deve ser eixo de nosso trabalho, porém não podemos esquecer que estamos inseridos em uma sociedade em que o traço cultural da hierarquização nas relações de trabalho são bastante presentes e nos impõe desafios para participar". (AS nº 8)

Seligmann-Silva (2013) indica que os profissionais de saúde, além da precarização imposta pelos contratos e condições de trabalho, ficam, simultaneamente, expostos a formas de violências articuladas à precarização social. Os trabalhadores da saúde, e, entre eles, os Assistentes Sociais, que atendem diretamente a população, vivenciam, em sua rotina, a negação de direitos, a dificuldade de acesso a serviços e todo tipo de sofrimento imposto àqueles que são responsáveis pela produção da riqueza do país, mas que pouco participam na divisão desta riqueza.

Este aspecto traz à tona a questão "dos obstáculos e desafios para assegurar condições de trabalho e direitos da população usuária, encontrada em cada instituição onde se realiza o trabalho do Assistente Social" (BARROCO; TERRA, 2012, p. 15). Em muitas instituições, em uma dimensão contra-hegemônica, o trabalho do Assistente Social se oporá à sociabilidade do capital que está

representada nestes obstáculos. Os desafios ficam por conta do fortalecimento de um projeto profissional que traga para o debate as experiências de resistência e reforce a luta do trabalho.

Além da relevante questão relacionada às condições de trabalho, existe, nestas falas, um declarado entendimento de que as funções destes trabalhadores ficam restritas por estas condições. O trabalho institucional, muitas vezes, leva o Assistente Social a afastar-se das tarefas relacionadas ao contexto mais amplo de atuação. Isto pode dificultar ao Assistente Social a leitura da totalidade, restringindo as mediações da realidade a relações internas da instituição, perdendo a visão do todo mais complexo. É importante que todo conhecimento que detém os Assistentes Sociais sobre os programas e projetos institucionais, seus indicadores e suas metas sejam postos a serviço dos usuários, no sentido de reforçar o poder reivindicatório em seus espaços de organização. Barroco e Terra (2012), ao escreverem sobre a inserção contraditória da profissão que reproduz os interesses do capital e do trabalho, defendem que os Assistentes Sociais podem colocar-se a serviço de uma dessas dimensões "optando por fortalecer a classe trabalhadora por meio de seus serviços" (p. 67). As condições de trabalho não podem impedir a opção profissional. Esta questão aponta para a necessidade de ser ampliado o debate sobre condições de trabalho e possibilidade de construção de um projeto profissional capaz de dar respostas a um todo complexo e articulado em que cada ação faça parte de uma totalidade parcial.

Ao referir-se a categoria dos Assistentes Sociais, uma análise que não deve ser esquecida é o fato de ser este um grupo assalariado que faz parte da classe trabalhadora, a qual também é sujeito de sua intervenção. Antunes (2013), ao falar de uma "noção ampliada e moderna de classe trabalhadora" (p. 201), deixa claro que, mesmo o trabalhador improdutivo⁵⁴, está incluído na "totalidade daqueles homens e mulheres que vendem sua força de trabalho em troca de salário" (p. 201). Deste grupo, fazem parte os Assistentes Sociais assalariados. Na fala do autor, o

⁵⁴ Netto e Braz (2008) observam que "não está em jogo, na distinção entre trabalho produtivo e improdutivo, qualquer juízo de valor (por exemplo, que identifique o produtivo como bom, o útil etc. e, por oposição, o improdutivo como mau, o inútil etc.)" (p. 114) e explicam: "a determinação do caráter produtivo ou não do trabalho se relaciona ao fato de ele criar valor que pode ser apropriado por capitalistas" (p.115). O trabalho improdutivo é aquele que "permite ao capitalista apropriar-se de parte do valor criado na esfera da produção material" (p. 116), porém, do ponto de vista do capital, não aumenta o seu valor/tamanho.

mundo do trabalho tem como núcleo central os trabalhadores produtivos, que geram diretamente a mais-valia⁵⁵, porém:

É preciso acrescentar que a moderna classe trabalhadora também inclui os trabalhadores improdutivos, aqueles cujas formas de trabalho são utilizadas como serviço, seja para uso público ou para o capitalista, e que não se constituem como elemento diretamente produtivo no processo de valorização do capital (ANTUNES, 2013, p. 202).

Importante apontar que, entre os sujeitos que assinalaram participação atual em espaços de controle social, 03 Assistentes Sociais, o que significa 40% destes, representam o segmento de gestores, uma vez que respondem no momento pelo cargo de Assistente de Coordenação de suas Unidades de Saúde. É pertinente pensar que, na função de gestão, o Assistente Social que se filia ao Projeto Ético-Político, tem, no controle social, uma forma de realização da democracia participativa ao garantir a função deliberativa aos conselhos de saúde. A gestão, neste caso, pode ser considerada função privilegiada para o reconhecimento de princípios e valores que orientam o trabalho profissional, principalmente na "busca de respostas profissionais que afirmem compromisso com a construção de uma agenda política crítica e emancipatória" (BARROCO; TERRA, 2012, p. 13). Quando as atividades dos Assistentes Sociais se expandem para o campo da gestão, devem assumir compromisso com a resolutividade (CAVALCANTI; ZUCCO, 2008).

O impasse do Assistente Social ao assumir espaços de gestão é quando, para isso, serão negadas suas funções como Assistente Social, no sentido de atuar na intenção oposta do Projeto Ético-Político profissional. Nos sujeitos pesquisados, o que acontece são Assistentes Sociais que foram eleitos pelas equipes nas quais trabalham para o cargo de Assistente de Coordenação⁵⁶. Eles mantêm parte de sua carga horária no atendimento direto à população como Assistentes Sociais das Unidades de Saúde. Outra questão é que, apesar de ser este um cargo da gestão, guarda importante relevância o fato de existir eleição, o que garante maior representatividade ao cargo.

⁵⁵ A força de trabalho cria valor, ou seja: "ao ser utilizada, ela produz mais valor que o necessário para reproduzi-la, ela gera um valor superior ao que custa. E é justamente aí que se encontra o segredo da produção capitalista: o capitalista paga ao trabalhador o equivalente ao valor de troca da sua força de trabalho e não ao valor criado por ela na sua utilização (uso) - este último é maior que o primeiro" (NETTO; BRAZ, 2008, p. 100). Esse valor excedente se designa mais-valia.

⁵⁶ A função do Assistente de Coordenação das US do SSC do GHC é coordenação das equipes das Unidades de Saúde do SSC. Ficam no organograma da instituição ligados à Gerência do SSC.

Dos demais sujeitos da pesquisa que participam dos conselhos de saúde, apenas um é conselheiro, representante do segmento dos trabalhadores de saúde. Os outros três participam, porém não são conselheiros no momento. Isto restringe a participação dos Assistentes Sociais pesquisados a apenas um conselheiro eleito (representante dos trabalhadores), uma vez que os gestores não são eleitos e sim indicados ao cargo.

Não são muito diferentes as informações relacionadas ao papel dos Assistentes Sociais em participações atuais ou anteriores nos espaços de controle social, como demonstra o quadro 06. Alguns dos sujeitos de pesquisa citaram mais de uma participação anterior com diferentes papéis. Esta informação confere com a encontrada na pesquisa da Professora Doutora Ana Maria de Vasconcelos⁵⁷, que afirma: "são raros os Assistentes Sociais que sinalizam participação direta nos conselhos" (2003, p. 196).

Todavia, é relevante que Assistentes Sociais, em momento atual ou passado, tenham participação nos Conselhos de Saúde, mesmo sem terem um compromisso formal com este espaço. Pode-se sustentar que qualquer forma de participação nestes espaços tem potencial de representar um compromisso com a articulação de um controle social efetivo. A importância não se encontra no papel que o Assistente Social representa nos Conselhos de Saúde, mas na função de fomento à viabilização destes espaços como construtores de contra-hegemonia.

Quadro 6 - Papel dos Assistentes Sociais em participações atuais e anteriores em espaços de controle social

	Conselheiro gestor N/%	Conselheiro trabalhador N/%	Não conselheiro N/%
Participações atuais	03 / 11%	01 / 3%	03 / 11%
Participações anteriores	02 / 7%	06 / 21%	16 / 57%

Fonte: Sistematização da pesquisadora.

⁵⁷Esta pesquisa foi realizada no ano de 1999 para Tese de Doutorado. Seu objetivo era "dar visibilidade à organização do trabalho profissional dos Assistentes Sociais no interior das diferentes unidades de saúde do município do Rio de Janeiro, culminando com o resgate das possibilidades de trabalho explicitadas neste movimento" (2003, p. 26). A autora estudou, como um dos eixos de atuação profissional dos Assistentes Sociais, a participação nos conselhos de saúde. Esta Tese de Doutorado resultou em um livro chamado: *A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde* (2003). Esta pesquisa realizou uma investigação sobre a realidade do trabalho profissional dos Assistentes Sociais da Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Rio de Janeiro. Foram entrevistados 64 Assistentes Sociais (26,22% dos Assistentes Sociais da SMS) e mais 10 Assistentes Sociais em desvio de função, formando um total de 74 sujeitos de pesquisa.

Na pesquisa, constatou-se que, entre os Assistentes Sociais que participam atualmente de espaços de controle social, apenas um não trabalha na Atenção Primária em Saúde e sim em unidade hospitalar (atenção terciária), sendo que este não participa de espaço de controle social dentro do GHC e sim diretamente do CMS (esta participação aparece no Quadro 5). Portanto, nenhum dos pesquisados participa dos quatro espaços de controle social das unidades hospitalares⁵⁸. Em relação a maior participação no controle social dos Assistentes Sociais que atuam na atenção primária, já foram feitas algumas considerações. Cabe, no entanto, alguma reflexão sobre o afastamento dos Assistentes Social dos outros níveis de atenção do controle social. Um dos sujeitos participantes da pesquisa apontou claramente esta dificuldade:

"Devemos considerar as dificuldades que temos em trabalhar com controle social por atuar na atenção terciária". (AS nº 23)

O distanciamento da realidade cotidiana dos sujeitos é uma realidade de quem trabalha em nível hospitalar, uma vez que os usuários passam pelos hospitais, geralmente, em momentos de crise, todavia a organização dos serviços de saúde preconiza que seu vínculo seja com a atenção primária. Portanto, os profissionais que trabalham nos hospitais têm contato mais com as necessidades imediatas dos sujeitos e menos com suas lutas. No entanto, é importante refletir sobre o potencial destes profissionais por conhecerem as dificuldades de acesso aos serviços de saúde vividas por estes usuários em momentos de crise. Segundo Barroco e Terra (2012), o Assistente Social tem importante papel em auxiliar os usuários a desvelarem as dificuldades impostas pelas instituições ao acesso a direitos:

O Assistente Social deve se esforçar para democratizar e desburocratizar os programas e informações institucionais e o acesso a eles, além de buscar estratégias coletivas para tornar públicas as condições de inviabilização do trabalho profissional e de obtenção de direitos, por parte dos usuários (p. 81).

Dos 06 sujeitos pesquisados (representam mais de 20%), que afirmaram nunca ter participado de espaços de controle social, metade deles (03/06) trabalha no GHC há mais de vinte e três anos, os outros têm menos de seis anos de trabalho

⁵⁸ Os quatro espaços de controle social das unidades hospitalares do GHC são os Conselhos Gestores do HNSC, HCR, HCC e Hospital Fêmeina.

nesta instituição. No entanto, nenhum destes trabalha na atenção primária, ou seja cinco estão lotados na atenção terciária e um na secundária.

Os espaços de participação atuais fazem parte da política de saúde – Conselho Municipal de Saúde (CMS), Conselho Distrital de Saúde (CDS) e Conselho Local de Saúde (CLS). Todavia, em relação a antigas participações, apesar de ainda aparecerem como maioria espaços da Política de Saúde, foi apontada participação em outros conselhos de políticas sociais ou conselhos de direitos como no Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS), Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA), Conselho Municipal de Entorpecentes (COMEN), atual Conselho Municipal sobre Drogas, Conselho Municipal do Idoso (CMI) e Instância de Controle Social do Programa Bolsa Família. Estas informações estão no quadro 07:

Quadro 7 – Espaços de controle social que os AS afirmaram que participam ou que participaram no passado

Espaço de Controle Social	Participação Atual	Participação no passado
CMS, CDS, CLS	07	19
CMAS	0	05
CMDCA	0	02
COMEN	0	02
CMI	0	01
ICS do PBF	0	01

Fonte: Sistematização da pesquisadora.

Esta informação demonstra que a política de saúde não é a única que preconiza a participação em espaços de controle social como proposta de democratização da gestão. Inclusive alguns sujeitos (05/28) da pesquisa, quando questionados sobre se o controle social deve ser um eixo de atuação profissional do Assistente Social na saúde, complementaram suas respostas lembrando ser este um eixo de atuação também nas demais políticas. Uma fala que exemplifica esta questão:

"Deve ser eixo de atuação na saúde e demais campos onde o Assistente Social está inserido (assistência, educação...), pois há a necessidade de nossa intervenção junto aos usuários na busca da garantia de direitos". (AS nº 21)

A Constituição de 1988 preconiza, em sua elaboração, a participação da sociedade civil na gestão das diferentes políticas públicas. E esta participação

acontece, principalmente, por meio do controle social que tem o papel de tensionamento dentro dos espaços de gestão para que sejam dadas respostas às necessidades da classe trabalhadora, diminuindo o "abismo" da desigualdade. Este tensionamento acontece com a construção de respostas contra-hegemônicas, uma vez que a hegemonia é o uso da liderança política, moral e intelectual da classe dominante ao impor sua visão de mundo e definir quais são as necessidades dos grupos subalternos (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011). Para estes mesmos autores (2011), a ação contra-hegemônica exige "uma práxis política consciente, coletiva e articulada das classes subalternas" (p. 49). Neste sentido, a participação de Assistentes Sociais nos espaços de controle social, nas diferentes políticas sociais, vem demonstrar coerência com o preconizado no Projeto Ético-Político profissional, questão que será foco de discussão no subtítulo 5.3.

Foram feitas algumas perguntas que visavam conhecer a opinião dos sujeitos pesquisados sobre como a instituição GHC procede em relação à participação de seus trabalhadores no controle social. A maioria (21/28) respondeu que não sente estímulo institucional para participar dos espaços de controle social. Na mesma linha de análise, muitos (24/28) afirmam que a instituição não tem regras para a participação dos Assistentes Sociais nestes espaços. Uma Assistente Social afirma que, para que o profissional participe, é necessária a autorização do coordenador do setor. Estas informações estão no quadro 08:

Quadro 8 - Regras e estímulo da instituição para a participação dos Assistentes Sociais em espaços de controle social

	Sim N/%	Não N/%	Não sabe N/%
Existência de regra para participar do controle social	01 / 3,5%	24 / 85,7%	03 / 10,7%
Existência de estímulo para trabalhar com controle social	06 / 21,4%	21 / 75%	01 / 3,5%

Fonte: Sistematização da pesquisadora.

No entanto, contraditoriamente, foi citado por mais de 50% (16/28), dos entrevistados que, apesar da instituição não ter regras para a participação, esta fica a critério do interesse de cada profissional, ou seja, não observam impedimentos à participação nos espaços de controle social. Algumas falas dos pesquisados:

"Não existe regra, a inserção nos diferentes espaços é liberada, depende da organização do profissional". (AS nº 2)

"Não existe nenhuma regra, questionamento ou cobrança. A opção de participar nesses espaços fica a critério do profissional". (AS nº6)

"Não existe regra estabelecida e a participação nos espaços de controle social se dá pelo interesse pessoal não só dos Assistentes Sociais mas de todas as áreas profissionais". (AS nº 17)

"Não há regra, participa quem tem interesse pelo assunto ou tem disponibilidade". (AS nº 20)

Alguns pesquisados (03/28) inclusive referem que existe um entendimento de que esta participação é atribuição dos Assistentes Sociais. Algumas destas falas:

"Não tem regra, mas é sugerido que o Assistente Social acompanhe este processo". (AS nº 1)

"Há um entendimento de algumas pessoas que controle social é atribuição do Serviço Social". (AS nº14).

A contradição aparece tanto quando questionados sobre a existência de regras como em relação ao estímulo institucional para trabalhar com controle social. Apesar de 75% (21/28) terem respondido que não sentem estímulo por parte da instituição em relação a participarem do controle social, 57% (12/21), destes não observam impedimento à participação por parte da instituição. Algumas falas relacionam a existência de espaços de controle social na instituição a esta questão:

"Há a demanda institucional para a organização de espaços de controle social. Os conselhos locais e gestores são exemplo disso. Não considero estímulo. E sim o cumprimento da lei". (AS nº 5).

"A instituição divulga as plenárias dos Conselhos para que o funcionário que queira possa participar. Acredito que a instituição não impede a participação, mas também não fomenta uma cultura democrática de fato". (AS nº 8)

Em relação à falta de estímulo, foram observadas algumas falas apontando dificuldades relacionadas a "excesso de trabalho" (AS 06), "ficamos restritas à demanda" (AS 11), "sobrecarga para as colegas que ficam no setor" AS 12), "somos cobradas pela produção (número de atendimentos)" (AS 14). Nestes casos, os Assistentes Sociais relacionam a não participação ao acúmulo de outras tarefas institucionais. Ou seja, para este grupo, a instituição não estimula e as condições de trabalho dificultam a participação.

Apesar de o GHC ser uma instituição que têm organizados diferentes espaços de controle social, a categoria dos Assistentes Sociais não tem se sentido como um todo convocada para a participação nestes espaços. Alguns motivos foram indicados, no entanto, talvez fosse importante uma reflexão sobre o que motiva as ações profissionais cotidianas. Barroco e Terra (2012) auxiliam nesta reflexão:

As demandas típicas das instituições rebatem na dinâmica da cotidianidade, ganhando consistência, pois a heterogeneidade, a repetição, a falta de crítica, o imediatismo, a fragmentação, o senso comum, o espontaneísmo são atitudes típicas da vida cotidiana repetidas automaticamente em face da burocracia institucional. Ou seja, a burocracia favorece esta dinâmica. Contudo, não é necessário que seja assim (p. 73).

A definição das ações profissionais não é algo isento de crítica. As mesmas autoras citadas no parágrafo anterior lembram que "as ações implicam responsabilidades, pois – independente da intencionalidade – acarretam consequências" (p. 74). Portanto, mesmo que a instituição não tenha a participação em espaços democráticos como papel do Serviço Social, a questão deve ser analisada pela importância desta ação em relação ao projeto profissional.

Apesar de se tratar da mesma instituição, alguns dos pesquisados, lembraram que, em seu horário de trabalho, são impedidos de participar e, em duas respostas, foi citado que, se participarem fora do horário de trabalho, não podem compensar estas horas de participação. No entanto, uma das Assistentes Sociais afirma que tem liberação do ponto se as reuniões acontecem em horário de trabalho e outra que compensa as horas de participação em espaços de controle social. Estes dados levam à observação de que não existe uma conduta única do GHC em relação à participação dos Assistentes Sociais no controle social. Talvez deva ser cogitada a premência do Serviço Social investir em um debate dentro da instituição em que possam ser identificadas questões relacionadas a um projeto profissional unificado que garanta reconhecimento do Projeto Ético-Político.

Ainda em relação ao papel do Assistente Social no controle social no SUS, a pesquisa questionou se, além da participação direta nos espaços de controle social, os Assistentes Sociais identificavam alguma outra forma de trabalhar com controle social. Um participante respondeu que não sabia e um que não tinha certeza, porém, mais de 90% (26/28) afirmaram que sim e citaram outras formas do Assistente Social trabalhar com controle social. A configuração que apareceu com mais

frequência, em 78,5% (22/28) dos pesquisados, está relacionada a oportunidades de tratar o tema controle social no cotidiano de trabalho com os usuários. Algumas falas exemplificam:

“Sim, através da apresentação destes espaços (de controle social) nos nossos atendimentos aos usuários” (AS nº 3)

“Sim, informando, contribuindo para a capacitação dos usuários de nossos serviços no cotidiano de nosso trabalho para que eles também possam vir a participar das Plenárias como ouvinte, conselheiro...” (AS nº 8)

“Sim, prestar informações aos usuários sobre as formas de participação como ouvidoria, divulgar dias e locais das conferências, das reuniões do conselho. Estimular e auxiliar usuários na criação de conselhos locais e participação em movimentos sociais.” (AS nº 13)

“Sim, na internação, temos assembleias com os pacientes. Também no atendimento direto a familiares, momento propício para discutirmos direitos e encaminhamentos a espaços decisórios.” (AS nº 23)

Finalizando, observou-se que a maioria (22/28) dos Assistentes Sociais pesquisados entende, portanto, que o controle social como eixo de atuação profissional não tem relação apenas com sua participação direta nos espaços de controle social, uma vez que exemplificam suas ações na qualificação da participação do segmento dos usuários. A importância destas respostas está em os Assistentes Sociais assumirem a tarefa de auxiliar na preparação dos usuários para a utilização dos mecanismos de controle social como espaços de resistência às injustiças a que são submetidos na falta de respostas da Política de Saúde às suas necessidades. Nesta análise, encontra-se presente a relação do Assistente Social com uma totalidade complexa e articulada, pois não se pode trabalhar o contexto de encontro dos usuários com a participação social sem compreender que, neste movimento, o sujeito influencia e é influenciado. Esta dimensão da ação profissional é preconizada no Código de Ética profissional dos Assistentes Sociais na parte que se refere aos deveres destes profissionais nas suas relações com os usuários, em que diz: "contribuir para a viabilização da participação efetiva da população usuária nas decisões institucionais" (Capítulo I, artigo 5º).

5.2 O RECONHECIMENTO, PELOS ASSISTENTES SOCIAIS, DO CONTROLE SOCIAL COMO EIXO DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA ÁREA DE SAÚDE

Fazendo um paralelo com alguns resultados encontrados pela pesquisa da Professora Doutora Ana Maria de Vasconcelos em relação às informações aqui analisadas, fica evidente a diferença em um ponto: a autora referiu que “o Serviço Social, como um todo, não toma a ocupação dos espaços dos Conselhos, pelos usuários e pelos profissionais, como demanda” (VASCONCELOS, 2003, p. 200). Nas informações aqui analisados, encontramos o oposto desta consideração, uma vez que 89,2% (25/28) dos Assistentes Sociais responderam que o controle social deve ser eixo de atuação dos Assistentes Sociais. Os demais (03/28), que representam 10,7%, afirmaram que pode ser, sendo que um destes sujeito diz não ter clareza sobre o tema. Vasconcelos (2003) afirma que em sua pesquisa:

49% dos Assistentes Sociais não sinalizam participação nestes fóruns como uma demanda para o Serviço Social e/ou uma atividade entre as que realizam, seja como participantes/representantes, seja trabalhando junto à população no fomento e preparação para esta participação (p. 195).

Se pensar aqui nas duas dimensões em que o controle social, na ação profissional dos Assistentes Sociais, pode ser verificado: em sua participação direta nos espaços de controle social, e no estímulo aos usuários na ocupação e no protagonismo nestes espaços, encontra-se que ambas as dimensões os sujeitos pesquisados mencionam como parte de seu trabalho profissional. No que se refere à participação direta em espaços de controle social, 78,5% (22/28) dos pesquisados afirmam já terem participado, em algum momento de sua vida profissional, de espaços de controle social. Sendo que 78,5% (22/28) também afirmam que tratam com os usuários, em diferentes atendimentos, sobre o tema controle social. Portanto, é possível afirmar que, para os sujeitos pesquisados, o controle social é eixo de atuação profissional em alguma dimensão de sua ação profissional.

No entanto, apesar de 89,2% (25/28) dos pesquisados afirmarem que o controle social deve ser eixo de atuação do Serviço Social, apenas 25% (07/28) participam diretamente de alguma forma de espaço de controle social. Os dados encontrados por Vasconcelos (2003) levaram-na a afirmar que “são raros os Assistentes Sociais que sinalizam sua participação direta nos Conselhos” (p. 196). As informações encontradas nesta pesquisa não são muito diferentes no que se

relaciona à participação direta, porém 78,5% (22/28), afirmaram tratar o tema controle social em seu cotidiano com os usuários. Portanto, a maioria, mesmo não tendo, no momento, participação direta, entende o controle social como espaço importante para que os usuários busquem garantir seus direitos: Exemplos de falas, quando questionados se costumam tratar o tema controle social com os usuários:

“Entendo como importante informar aos usuários sobre os espaços de discussão na comunidade e na cidade de assuntos de seu interesse e ainda em que se faz necessário sua participação” (AS nº 15).

“Quando percebo que o usuário traz demandas para atendimento que podem ser organizadas de forma coletiva, para melhorias do SUS, indico sua participação nos espaços de Controle Social” (AS nº 27).

“Sempre realizo a socialização dos espaços de controle social disponíveis em nível local/municipal/nacional e também exponho a importância da participação e envolvimento nesses espaços. Além disso, durante os atendimentos sociais busco fortalecer e democratizar a questão dos direitos dos usuários do SUS. Também oriento sobre canais de Ouvidoria” (AS nº 24).

É relevante a constatação de que grande número de pesquisados tratam o tema controle social no cotidiano com os usuários, uma vez que estas ações têm potencial de estimular a participação dos sujeitos na defesa de seus direitos e no acesso aos meios de exercê-los (IAMAMOTO, 2009). A reflexão deste papel deve avançar em relação não só ao estímulo à participação, mas também, à ampliação da qualidade desta participação a partir do reconhecimento da complexidade do cotidiano de luta de classe. Algumas respostas da pesquisa relacionam-se diretamente com esta questão:

“Acredito que, além de espaços formais de controle social, também podemos ter uma contribuição significativa através do desenvolvimento de uma consciência crítica da população usuária dos serviços para que os mesmos fiscalizem e reivindiquem seus direitos. Com isso, contribuiremos com a organização dos usuários enquanto sujeitos políticos, valorizando a autonomia e o protagonismo dos mesmos”. (AS nº 24)

“Toda vez que temos oportunidade de encontro/diálogo com os usuários, podemos abordar esta temática e apresentá-la como alternativa, buscando instrumentalizá-los para uma participação ativa e crítica nestes espaços”. (AS nº 27).

Todavia, existe a necessidade de maior análise do fato de a maioria dos pesquisados (22/28) demonstrar clareza em seu trabalho de estímulo aos usuários no que diz respeito à utilização do controle social como espaço de luta para terem atendidas suas necessidades, porém apenas 25% (07/28) participarem diretamente

dos espaços de controle social. A análise fica por conta de que, para os Assistentes Sociais pesquisados, a participação no controle social foi considerada eixo de atuação profissional muito mais no sentido do estímulo à participação do usuário do que de sua participação direta.

O Assistente Social ao assumir um papel de estímulo ao protagonismo do usuários nos espaços de controle social, esta auxiliando a fortalecer a atuação dos grupos subalternos (CORREIA, 2012). Esta tarefa de estímulo necessita ser desempenhada não apenas no sentido de informar sobre a existência destes mecanismos de participação, mas na busca do reconhecimento por parte deste grupo de seus direitos e das formas de ter acesso as decisões.

Cabe destacar que tanto esta dissertação de mestrado quanto o estudo de Vasconcelos) foram realizadas com profissionais Assistentes Sociais que atuam na política de saúde, em um espaço de tempo de, aproximadamente, 12 anos entre a realização de uma e outra, fica evidente a tendência em analisar que o Serviço Social tem amadurecido seu entendimento em relação ao controle social e a seus mecanismos de participação. Uma vez que o Serviço Social e o controle social, na realidade brasileira, passam pelo mesmo processo histórico, pode-se afirmar que estão sendo transformados igualmente por este processo. Não existe um entendimento estanque, nem vai existir, a tendência é que o frequente movimento atue sobre os processos históricos realizando transformações.

Vasconcelos (2003), quando se deteve nos Assistentes Sociais que participam diretamente dos Conselhos, inquirindo sobre opiniões a partir desta participação, a maioria "critica os Conselhos ou não vêem importância nestes fóruns" (p. 197) e alguns, ainda, "alegam não saber a importância dos Conselhos" (p. 197). Nesta dissertação de mestrado, também foi encontrado o desconhecimento como argumento, o que fica exemplificado nestas respostas:

"Vejo bastante falta de entendimento sobre o que é controle social, e isso prejudica e deslegitima estes espaços (AS nº 4).

"É difícil trabalhar os espaços coletivos existentes quando desconhecemos quais são eles e como funcionam" (AS nº 6).

A construção deste novo espaço político em que "são reconfigurados os processos decisórios e a capacidade da sociedade de controlar a utilização dos recursos públicos, e, ainda, a tomada de decisões mais democráticas de distribuição

do bem-estar social" (PEREIRA, 2010a, p. 18) necessita ser debatido e reconhecido pelos trabalhadores das políticas sociais e pelos usuários como local com esta competência. Para o trabalho dos Assistentes Sociais, o reconhecimento destes espaços é fundamental, uma vez que, além de seu potencial como garantidor de direitos, existe neles oportuna possibilidade de definição das demandas prioritárias para a categoria.

Chama a atenção que os Assistentes Sociais que responderam a pesquisa não fizeram referência ao fato de ser o controle social um espaço que carrega grande contradição e ambiguidade entre seu potencial democratizante e a possibilidade de cooptação (RAICHELIS, 2006; CORREIA, 2012; BRAVO, 2012). Uma vez que poucos participam dos espaços existentes na instituição (principalmente nos níveis terciário e secundário de atenção) parece não estar muito informados sobre como estes espaços têm funcionado. Bravo e Matos (2006) apontam, em artigo que analisa a produção do Serviço Social na área da saúde, que “a predisposição de luta nos espaços de controle social (no qual os Conselhos são estratégicos) ainda não foram apropriadas pelos Assistentes Sociais e nem incorporadas como atividade integrante do seu trabalho” (p. 209). No entanto, a falta de informação não pode ser atribuída como único motivo da ausência de falas sobre esta perspectiva do controle social, referente a sua expressão contraditória dentro das políticas sociais. É importante uma reflexão que pondere que o entendimento dos espaços de controle social plenos desta contradição relaciona-se com a presença da luta de classes nos diferentes espaços de organização da sociedade. Não basta o Assistente Social trabalhar com controle social, é na sua concepção de trabalho que está garantida ou não a sua contribuição.

Importante apontar que, no ano de 2010, o Conselho Federal de Serviço Social, ao divulgar os, amplamente discutidos, Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, apontou como um dos eixos de atuação destes profissionais a “Mobilização, Participação e Controle Social” (p. 55). Tem-se, neste dado, um importante encontro da categoria dos Assistentes Sociais com um dos princípios organizacionais do SUS, a participação social. Portanto, o Assistente Social, na política de saúde, já tem consolidado no debate profissional seu trabalho neste eixo de atuação.

Os espaços de controle social garantidos na legislação da política de saúde⁵⁹ e também em outras políticas sociais são dois: os Conselhos e as Conferências. Chama, portanto, atenção que, quando questionados sobre sua participação em espaços de controle social, apenas 02 Assistentes Sociais (7,1%) citaram já terem participado de Conferências. Este dado pode ser entendido em dois sentidos: a pouca valorização das Conferências como espaços de controle social, levando ao esquecimento de mencionar a participação ou a não participação nestes espaços por parte dos Assistentes Sociais. Uma vez que as Conferências têm como objetivo avaliar e propor diretrizes para a política, nas três esferas de governo, e contam com participação paritária entre segmentos de usuários (50%), trabalhadores (25%), e gestores/prestadores (25%), poder-se-ia esperar uma maior adesão da categoria dos Assistentes Sociais, profissionais que trabalham na linha de frente destas políticas.

A conclusão é que, para os Assistentes Sociais pesquisados, o controle social é sim eixo de atuação profissional na área da saúde. Poucos demonstram isto participando diretamente dos espaços de controle social neste momento, porém a maioria considera de relevância tratar o tema com os usuários nos diversos atendimentos. Portanto, o tema controle social faz parte da temática de trabalho profissional. Esta afirmativa não nega que a pesquisa encontrou inconstâncias em relação ao conhecimento e à consolidação do tema na ação profissional.

Os sujeitos pesquisados demonstraram contradição em relação ao controle social ser eixo de atuação profissional. Apesar da maioria (25/28) dos pesquisados declararem que sim, em outra pergunta, apenas metade (14/28) afirma que os Assistentes Sociais da Saúde trabalham com controle social. O Quadro 09 faz esta comparação:

⁵⁹ BRASIL. Lei Nº 8.142 de 28/12/1990.

Quadro 9 – Comparação das opiniões dos pesquisados em relação ao controle social ser eixo de atuação profissional dos AS e os AS trabalharem com controle social

	Você acha que o controle social deve ser eixo de atuação profissional dos AS? N/%	Você considera que os AS da área de saúde trabalham com controle social? N/%
Sim	25 / 89,2%	14 / 50%
Não	0	10 / 35,7%
Não sei.	01 / 3,6%	04 / 14,3%
Pode ser.	02 / 7,1%	0
Total	28 / 100%	28 / 100%

Fonte: sistematização da pesquisadora

Este achado instiga a reflexão de que existe, por parte dos sujeitos pesquisados, uma crítica ao fato do controle social não estar consolidado na atuação profissional do Assistente Social, pois, ao mesmo tempo em que reconhecem que deve ser eixo de atuação, afirmam que estes profissionais nem sempre trabalham com o controle social. Isto pode fazer parte de um movimento dialético do vir a ser, de um processo em fase de reconhecimento. É importante que este movimento signifique a interlocução da ação profissional com o controle social no sentido de superar os limites impostos desvelando a busca da participação democrática nos diferentes ações profissionais. Não deve ser reduzido ao fato do Assistente Social passar a trabalhar com controle social, mas também em uma revisão das ações já existentes terem coerência com o que é proposto como participação democrática.

Outro aspecto abordado, em diferentes momentos da pesquisa, foi a atuação interdisciplinar junto ao controle social. A compreensão é de que existe um espaço no controle social para os trabalhadores de saúde, não sendo este um espaço exclusivo dos Assistentes Sociais;

“Acredito que todos os profissionais das equipes devam se envolver nos espaços de controle social e acho também que deveríamos trabalhar nas equipes sobre o tema.” (AS nº 4)

“Penso que o controle social deve ser trabalhado e incentivado em todos os espaços de trabalho e também por todos os profissionais.” (AS nº 12)

“Mas acho que essa atuação deve ser cuidadosa para não centralizar no profissional Assistente Social de maneira que outros profissionais da área da saúde não se envolvam.” (AS nº 27)

A necessidade de envolver a equipe de saúde no controle social tem relação direta com ampliar sua efetividade, portanto, deve ser baseada em ações conjuntas

e articuladas que superem a fragmentação do saber e das práticas profissionais (CAVALCANTI; ZUCCO, 2008). A construção partilhada de conhecimento e a socialização das informações é questão significativa para que ocorra, na equipe de trabalho, a compreensão do controle social como espaço de ampliação da democracia com reconhecimento de seu poder deliberativo. O Assistente Social, ao entender o controle social como eixo de sua atuação profissional, deve ter sempre presente esta articulação com os demais trabalhadores, com os quais divide seu espaço ocupacional e isto pode ocorrer por meio da construção de espaços de discussão do tema, de educação permanente, de tensionamentos em relação às decisões tomadas nos espaços de controle social ou, até mesmo, na produção de estratégias de repasse das informações institucionais para estes espaços. Um dos sujeitos da pesquisa defende que o controle social deve ser responsabilidade de todos trabalhadores da saúde, porém indica tarefas para o Assistente Social:

"O Controle social deve ser eixo de atuação profissional mas não só dos Assistentes Sociais. Acredito que o controle social precisa ser responsabilidade de todos os profissionais da saúde. Os Assistentes Sociais podem ser dispositivos nas equipes para estarem propondo discussão sobre o tema. A profissão dos Assistentes Sociais é norteada pelo exercício de cidadania, acesso à informação, garantia de direitos e movimentos sociais, nada melhor que o controle social para concretizar tudo isso junto aos usuários e profissionais" (AS nº 28).

Bravo (2007), quando preconiza dobre os pressupostos para uma atuação comprometida do Serviço Social na área da saúde, aponta como um deles a construção e/ou efetivação de espaços nas instituições que garantam a participação popular nas decisões a serem tomadas. Todavia, não aborda esta como tarefa apenas dos Assistentes Sociais, e sim algo a ser efetivado "conjuntamente com outros trabalhadores da saúde" (p. 144). Portanto, existem tarefas para o Assistente social junto ao controle social que tem relação direta com a materialização de seu Projeto Ético-Político profissional, no entanto, elas não são atribuições específicas nem devem tomar este caráter.

5.3 O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DOS ASSISTENTES SOCIAIS: CONTROLE SOCIAL E ATUAÇÃO PROFISSIONAL

A necessidade do Assistente Social formular um projeto de trabalho profissional coerente com o Projeto Ético-Político da profissão foi demonstrado na pesquisa ser de grande importância. Historicamente, o espaço ocupacional pesquisado não tem dirigido aos Assistentes Sociais a tarefa de atuar no controle social. Porém, foi verificado que a categoria tem, ainda que sem total reconhecimento, o controle social como um de seus eixos de atuação. Portanto, a construção de um projeto de trabalho harmônico com o Projeto Ético-Político ajudaria na definição das tarefas necessárias à atuação junto ao controle social. Como afirma Couto (2009):

O projeto de trabalho não é um mero instrumento e, muito menos, um manual a ser seguido; ele deve condensar as possibilidades e os limites colocados ao profissional para executar suas tarefas e deve iluminar sua constante avaliação da eficácia de seus instrumentos, técnicas e conhecimentos para atingir as metas propostas, que devem estar articuladas aos elementos presentes no espaço sócio-ocupacional, como também referendarem os compromissos profissionais (p. 654).

A opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, como aponta um dos princípios fundamentais do Código de Ética dos Assistentes Sociais, em nível institucional, não pode ignorar a construção de formas de democratização das políticas sociais. Todavia, existe aí um desafio em relação à participação social na saúde, por meio do controle social, ser potencializada neste sentido. O uso dos espaços de controle social como ferramenta de fomento à emancipação dos sujeitos vai depender de como o Assistente Social se posiciona em relação a estes espaços frente não só aos usuários, mas também aos gestores. O Código de Ética tem potencial educativo e orientador para auxiliar os Assistentes Sociais na materialização de um comportamento ético-político comprometido com a classe trabalhadora. Barroco e Terra (2012) assim o definem:

É mais do que um conjunto de normas, deveres e proibições; é parte da ética profissional: ação prática mediada por valores que visa interferir na realidade, na direção da sua realização objetiva, produzindo um resultado concreto (p. 35).

O questionário da pesquisa contou com uma questão final que perguntava se os sujeitos pesquisados gostariam de fazer algum outro comentário sobre o tema. Era uma questão aberta que foi anexada ao questionário buscando deixar um espaço livre, caso os participantes considerassem que, de alguma forma, suas opiniões não tinham sido suficientemente exploradas. Do total de questionários respondidos, em 60,7% (17-28), esta pergunta veio com alguma contribuição e, destas, 76,4% (13-17) falavam na importância do tema da pesquisa. São exemplos de algumas contribuições:

“Parabéns pelo tema. Bastante pertinente. Já que assim como eu, acredito que muitas colegas não estão participando de espaços de controle social. Acho que devemos nos “engajar mais”. Me pergunto: como trabalhar na defesa de direitos se não estamos caminhando nessa direção?” (AS nº 5)

“É um tema muito importante, acredito que tenhamos que pensar mais sobre isso, pois são espaços que devem ser ocupados, talvez possamos pensar em estratégias indiretas, caso não possamos comparecer nas reuniões diretamente. Mas de alguma forma os assistentes sociais precisam identificar estes espaços coletivos como aliados na efetivação dos direitos sociais.” (AS nº 7)

“O tema é pertinente e está em consonância com o SUS. Como serviço social, há necessidade de discutir mais sobre o tema e a reflexão sobre o nosso papel num hospital 100% SUS”. (AS nº 9)

“Achei interessante, acho importante ter essa discussão do controle social presente na nossa prática e de fato exercitado, tanto pelo próprio assistente social, que muitas vezes não participa de fóruns coletivos, como em relação ao usuário.” (AS nº 10)

“Penso que iniciativas como a desta pesquisa estimulam os profissionais a pensarem na importância destes espaços de controle social.” (AS nº 12)

A relevância dada ao tema de pesquisa expressa o quanto os Assistentes Sociais pesquisados demonstraram preocupação em dar a sua prática profissional um sentido de ação com reflexão, de práxis. Com 46,4% (13-28) dos sujeitos pesquisados manifestando-se desta forma espontaneamente, é possível afirmar que o tema controle social deva ser explorado no sentido da ampliação das possibilidades de trabalho do Assistente Social na política de saúde.

O Projeto Ético-Político do Serviço Social foi construído concomitante com o avanço do movimento democrático e popular brasileiro, e, com ele, surgiu um novo perfil profissional que configurou um alargamento da prática profissional legitimada pela produção de conhecimento. Até hoje, os Assistentes Sociais mantêm um movimento de ressignificar modalidades prático-interventivas tradicionais para

emergirem novas áreas e novos campos de intervenção (NETTO, 2006). O controle social não pode ser considerado uma nova área de intervenção para o Assistente Social, mas, talvez, uma nova possibilidade para alguns sujeitos da pesquisa que sentem aí potencialidade para redirecionar sua prática.

Muitas respostas desta última questão levantam o debate sobre a importância de educação permanente como forma de responder a lacunas sentidas na atuação em relação ao controle social. Um dos pesquisados chega mesmo a propor um formato para organizar o estudo do tema:

“Acho muito importante esta discussão e acredito que seria interessante se fosse feito um GT para estudarmos o tema.” (AS nº 11)

Um dos princípios fundamentais do Código de Ética dos Assistentes Sociais é o "compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional". Ele relata como a educação permanente está diretamente relacionada com a qualidade da intervenção do Assistente Social. O constante aprimoramento intelectual do Assistente Social "possibilitará compreender a realidade de forma crítica e as dimensões da questão social", assim como a busca de "mecanismos e instrumentos eficazes e éticos, para contribuir com a efetivação do acesso e ampliação de direitos" (BARROCO; TERRA, 2012, p. 130).

Sem dúvida é na contínua capacitação de temas relacionados à prática profissional que avança a qualidade das intervenções. E é neste avanço que se consolida um projeto profissional coerente com as necessidades da população atendida. O Projeto Ético-Político profissional prevê que o aprimoramento profissional dos Assistentes Sociais seja constante, uma vez que seu objeto de trabalho necessita ser sempre renovado e atualizado em vista das novas expressões da questão social ou mesmo de novas roupagens com que se apresentam. A questão social não se suprime dos marcos no Modo de Produção Capitalista, no entanto, ganha novas dimensões e expressões à medida que avança a acumulação e o próprio Capitalismo apresenta mudanças (NETTO; BRAZ, 2008). Barroco e Terra (2012), ao traduzirem os deveres do Código de Ética, discorrem que este exige "um profissional crítico, teoricamente qualificado e politicamente articulado a valores progressistas" (p. 76). E lembram que, com isso, espera-se que o Assistente Social, além de outros atributos, se capacite continuamente (BARROCO; TERRA, 2012).

Uma outra fala da pesquisa amplia a necessidade de educação permanente sobre controle social para o conjunto dos trabalhadores da instituição:

"Acredito que o controle social tenha que ser trabalhado e efetivado, primeiramente, nos espaços de representatividade institucional através de educação permanente com os trabalhadores, podendo, assim, com o esclarecimento e entendimento do tema, haver uma forma de trabalhar isso junto aos usuários" (AS nº 28).

Esta contribuição guarda coerência com o fato do controle social não ser área de atuação específica do Assistente Social. E pensar em educação permanente para o conjunto de trabalhadores é possibilitar um olhar mais amplo para a questão das necessidades em saúde, em que cada um pode auxiliar em sua especificidade na construção de um projeto mais completo.

Quando a pesquisa questionou acerca de outras formas dos Assistentes Sociais trabalharem com controle social que não fosse a participação direta nos espaços organizados para este fim, foi apontado o trabalho cotidiano com os usuários, na garantia de direitos e na necessidade de coletivizar os direitos violados, o que, para alguns, avança no sentido de estimular a participação em espaços organizados de controle social. Algumas falas exemplificam:

"Acredito que de forma indireta podemos potencializar a participação dos usuários nestes espaços e também participar de outros espaços como reuniões de rede e de comissões, pois levantamos discussões que podem colaborar para a mobilização e construção de propostas de tensionamento e efetivação dos direitos sociais, estas posteriormente podem ser direcionadas à outras instâncias deliberativas. bem como, aos Conselhos e/ou Conferências" (AS nº 7)

"A partir de uma postura de trabalho no cotidiano, desenvolvendo e acreditando no trabalho a partir de uma perspectiva de empoderamento, protagonismo e autonomia em relação a usuários e trabalhadores. Identificando, formando e buscando coletivos para lutas sociais." (AS nº 22)

Estas falas demonstram a preocupação com os aspectos éticos profissionais na defesa intransigente dos direitos humanos e apontam para ampliação da cidadania a partir da ação dos usuários como sujeitos políticos que se organizam na defesa de seus direitos. Quando se trabalha no sentido de viabilizar políticas voltadas à população:

É fundamental a articulação profissional com a população e sua organização popular, pois os movimentos organizados exercem um papel importante com suas reivindicações e formas de pressão política junto às

instituições, na luta pela realização dos seus direitos (BARROCO; TERRA, 2012, p. 82).

Ao mesmo tempo, em outras falas identifica-se dificuldades em entender os espaços de controle social como potencializadores do protagonismo dos usuários. Estas dificuldades, como exemplificam as falas abaixo, estão relacionadas, principalmente, à descrença da capacidade organizativa da classe trabalhadora:

“Para trabalhar com o controle social, devemos disponibilizar muito tempo e paciência, percebo que os usuários não estão prontos para exercer seu papel! Penso que no SSC o controle social deva ser coordenado preferencialmente pelo Assistente Social.” (AS nº 1)

“Este tema é dinâmico, mas também acredito que tenha um certo tabu, no sentido de insuflar a população a movimentar-se e buscar seus direitos, tenho receio que se confunda com movimento de baderna, desordem, depedrações.” (AS nº 26)

Os Assistentes Sociais no controle social têm importante papel no fortalecimento e na qualificação da representação popular para que assumam a frente na construção de um projeto contra-hegemônico. As ações profissionais daí decorrentes podem ser de caráter cotidiano, significando uma participação lado a lado no decorrer do processo ou pontuais, visando dar respostas a questões específicas. Para que os conselheiros, principalmente representantes do bloco popular, assumam um papel de representação política nos espaços públicos, será necessária qualificação que privilegie novas competências políticas, éticas e técnicas (RAICHELIS, 2006).

Talvez se possa pensar em quanto contraditório, principalmente para quem tem pouca experiência profissional direta com mecanismos de controle social, pode se tornar um espaço que tem potencial para questionar a política estabelecida. Porém, uma vez que é prerrogativa do Projeto Ético-Político a defesa da democracia, o Assistente Social tem, em seu auxílio, o fato de representar um projeto coletivamente construído pela profissão e defendido legalmente por entidades da categoria. Uma das falas encontradas na pesquisa pode ser um exemplo desta contradição:

“Acho que nós, enquanto categoria (na qual me incluo também) estamos muito omissas na participação dessa esfera importante na sociedade. Diante desse momento societário de individualismo, de negação da política e de falta de discussão das questões ideológicas, nos vemos envolvidas no

dia a dia, reproduzindo o que o empregador quer, e nos esquecemos da importância de participar desta esfera tão importante.” (AS nº 20)

Muitas vezes, entranhados na rotina das instituições, os profissionais não percebem a existência de ações conservadoras ou que limitem acesso aos direitos, perpetuando práticas individuais com dificuldade de buscar estratégias coletivas. A capacitação continuada e o incentivo à organização política são meios de investir na ampliação da consciência ético-política da categoria (BARROCO; TERRA, 2012).

Um dos grandes potenciais do controle social é ser um mecanismo de definição da alocação de recursos destinados às políticas sociais e sua prerrogativa na decisão em relação à descentralização destes recursos. Obviamente, a garantia de que estes recursos serão utilizados para ampliação ou melhoria dos serviços no sentido de responderem as necessidades reais da maioria da população e não sirvam a interesses clientelistas, vai depender das disputas existentes nestes espaços. Um dos itens lembrados por Assistentes Sociais que participaram da pesquisa foi o compromisso com a qualidade dos serviços prestados, apontando o controle social como espaço com potencial para a articulação da luta por melhorias nos serviços:

“Considerando ser este um profissional que trabalha com Políticas Públicas e na perspectiva da garantia de direitos sociais. Além disso, o assistente social como defensor do projeto da Reforma Sanitária e dos princípios contidos no SUS deve pautar sua atuação na direção da melhoria da qualidade dos serviços prestados, expressando sua prática pelo compromisso com o projeto ético-político da profissão.

O assistente social, pode através dos mecanismos de controle social, possibilitar ao seu usuário o desvelamento de uma consciência crítica, para que o mesmo realize a defesa dos interesses voltados para melhores condições de vida, de trabalho e de acesso aos serviços.” (AS nº 24)

“Principalmente quando o usuário traz alguma reclamação sobre a dificuldade de acesso aos serviços, sempre falo da existência de espaços de controle social e da importância de sua participação para a transformação desta realidade.” (AS nº 12)

O quinto princípio fundamental referido na abertura do Código de Ética dos Assistentes Sociais é o "posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e às políticas sociais, bem como sua gestão democrática" (p. 31). Ele desdobra algumas das questões do debate sobre a qualidade das políticas sociais e o papel que desempenha o controle social na articulação da luta por melhorias nos serviços

prestados. A justiça social, para que ocorra, necessita universalidade com equidade, no que diz respeito ao acesso aos bens e serviços relativos às políticas sociais, mesmo que isto signifique apenas satisfação de necessidades imediatas dos usuários. Todavia, é importante levar em consideração que "a equidade e a justiça devem ser componentes cotidianos da atuação dos Assistentes Sociais, porém na perspectiva de superação da ordem burguesa" (BARROCO; TERRA, 2012, p. 127). Uma vez que a desigualdade não permite a efetivação destes direitos, reconhecer que a radicalização da equidade e da justiça representa a transformação da sociedade está relacionado ao entendimento deste princípio, na perspectiva da emancipação humana.

Este princípio, de que fala o parágrafo anterior, faz referência à gestão democrática das políticas públicas, este é o espaço do controle social. Os sujeitos da pesquisa, ao apresentaram o controle social como possibilidade de fortalecer a luta pelas mudanças necessárias na ampliação de direitos, estão posicionando-se dentro deste princípio.

Em diferentes momentos da pesquisa, os participantes indicam o Projeto Ético-Político profissional dos Assistentes Sociais como norteador de suas ações profissionais. Assim como, também, assinalam que o trabalho com o controle social é uma forma de ação que vai ao encontro da materialização deste Projeto. Quando solicitado aos sujeitos pesquisados suas opiniões em relação ao controle social como atuação dos Assistente Social, algumas destas manifestações trouxeram esta relação:

"O controle social tem a ver com o princípio ético de fortalecimento da participação do usuário nas questões que o envolvem". (AS nº 10)

"Ressaltando que a participação em espaços de controle social faz parte do nosso compromisso ético político enquanto Assistentes Sociais". (AS nº 16)

"Que parte da equipe seja representante e traga as informações para o grupo. E também por fazer parte do nosso Projeto Ético-Político". (AS nº 2)

Estas e outras falas da pesquisa, que fazem esta referência, trazem o reconhecimento da existência de um caminho ético-político a ser percorrido pelos profissionais Assistentes Sociais. O Projeto Ético-Político orienta e dá direção política aos valores que se concretizam no cotidiano dos profissionais. No entanto, para que este não se corrompa em mera carta de intenções, é necessária sua

constante utilização na análise, definição e materialização das ações profissionais no dia a dia. Ter a certeza de que "não é o Projeto Ético-Político que é ilusório ou de impossível efetivação. É a sociabilidade capitalista que não assegura condições concretas para o atendimento das necessidades humanas" (BARROCO; TERRA, 2012, p. 15), estimula a buscar, neste Projeto, a direção para ações profissionais coerentes.

A construção do Projeto Ético-Político é um processo que "por ser histórico, encontra-se aberto às determinações societárias, à dinâmica da luta de classes, à relação entre Estado e sociedade e às possibilidades que emanam das contradições postas na realidade" (BARROCO; TERRA, 2012, p. 10). Os Assistentes Sociais, ao caminharem nesta direção, participam da construção da direção político-coletiva do processo.

Alguns dos sujeitos pesquisados ponderaram sobre a contradição existente por estimularem os usuários a se envolver em processos participativos na busca de seus direitos, entretanto, eles, Assistentes Sociais, não participarem nestes processos. Algumas falas exemplificam:

"Pergunto se ele conhece os espaços de participação que existem e falo sobre estes espaços e a importância de participar, apesar de eu não participar (contraditório??)". (AS nº 3)

"Quando há possibilidade, os incentivo a participar dos Conselhos de Locais de Saúde e de outras esferas de participação. Mas isto é bastante contraditório, pois incentivo participação, mas de fato não participo". (AS nº 11)

As ações profissionais referentes à participação, em algum espaço de controle social, gozam de liberdade de escolha. A coerência em relação ao Projeto Ético-Político pode permanecer, mesmo sem esta participação, pois o profissional pode ter seus motivos para a não presença direta, no entanto, mantém conexão com o tema ao estimular os usuários a terem uma participação política e, até mesmo, ajudá-los na instrumentalização de suas propostas. Entretanto, é também verdade que a liberdade não é isenta de responsabilidade, uma vez que nossas escolhas sempre se dão em relação aos demais. Neste sentido, a não participação direta não deve isentar o sujeito da responsabilidade sobre o funcionamento destes espaços. Ao trabalhar em uma política social, não dá para o Assistente Social negar a construção e a necessidade de garantia do poder dos espaços de democratização

desta política, com risco de estar agindo em contradição com seu Projeto Ético-Político.

Os achados da pesquisa levam à inferência de que os Assistentes Sociais na saúde tem orientação no Projeto Ético-Político profissional, uma vez que a maioria responde o utilizando como referencial na sua argumentação. Todavia, verifica-se, também, que o cotidiano de trabalho tende a apresentar dificuldades para uma intervenção que garanta coerência com este projeto. A materialização do Projeto Ético-Político é um grande desafio nesta conjuntura histórica adversa ao pensamento crítico (BARROCO; TERRA, 2012). Neste sentido, o grande desafio é em relação à materialização nas ações profissionais daquilo que é argumentado.

O tema controle social é conhecido e compreendido pelos Assistentes Sociais, como eixo de atuação profissional, na medida em que predominantemente as respostas apontam esta tendência. Porém, observam-se análises que não aprofundam os nós da atuação no controle social, prevalecendo pareceres com uma tendência utópica. Talvez os assistentes Sociais, ao não reconhecerem este como um espaço contraditório, também tenham dificuldade de entendê-lo como espaço político de luta de classes.

A tendência, ao analisar as contribuições, é de que se faz necessária uma maior aproximação do referencial do Projeto Ético-Político do Serviço Social com a prática da categoria no controle social no SUS. Desta forma, este referencial seria utilizado na busca de respostas mais efetivas em relação às ações relacionadas à participação nestes espaços, seja de forma direta, seja na orientação aos usuários ou mesmo em algum modo de assessoria. Em qualquer destas ações, o importante é um posicionamento na defesa dos direitos e dos interesses da classe trabalhadora.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os homens fazem a sua própria história, mas não a fazem arbitrariamente, nas condições escolhidas por eles, mas nas condições dadas diretamente e herdadas do passado (MARX, 1976, p.16).

Este estudo foi desenvolvido a partir da inquietação com relação à forma como os Assistentes Sociais atuavam no controle social no SUS. Esta inquietação é decorrente de um trabalho profissional na construção e, posteriormente, na participação direta em mecanismos de controle social; além da atuação em atividades de formação na busca de que outros sujeitos compartilhassem da certeza de que é possível democratizar a gestão pública.

Parece fundamental que, depois de concluído este estudo, se cultive o entendimento de que nada tem uma só e definitiva resposta. Chega-se a algumas considerações finais que foram aqui sistematizadas, mas que também impõem alguns novos desafios.

A atual Política de Saúde brasileira foi construída com base no Projeto da Reforma Sanitária, todavia não se pode deixar de considerar que foi em um momento de crise de hegemonia que ocorreu a oportunidade desta proposta conquistar o importante espaço que conquistou. No contexto atual, ao permanecer o impasse de compatibilizar a dominação burguesa com a democratização da sociedade, vivemos na Política de Saúde uma constante disputa.

O controle social, por representar, a institucionalização dos mecanismos de participação da sociedade civil organizada sobre as ações do Estado, com objetivo deste atender aos interesses da maioria da população, acabou tornando-se importante cenário desta disputa na Política de Saúde. Os Assistentes Sociais têm importante papel nesta conjuntura, não apenas por meio da presença nos espaços de controle social, contudo, também, por uma intervenção profissional direta com os usuários no fortalecimento destes enquanto atores coletivos e politizados que lutam por seus direitos.

A categoria dos Assistentes Sociais na área de saúde tem um histórico de envolver-se com as demandas dos diferentes projetos em disputa mantendo dificuldade de construir um projeto profissional próprio, distinto das demandas

institucionais. Os Assistentes Sociais demonstraram na pesquisa o reconhecimento de seu Projeto Ético-Político profissional, que aponta para um destes projetos, porém expressam, também, dificuldades em definir ações, em seu cotidiano, que indiquem este reconhecimento.

O Projeto Ético-Político do Serviço Social foi construído aproveitando-se da mesma crise de hegemonia que possibilitou a construção do Projeto da Reforma Sanitária. Os sujeitos oriundos de movimentos sociais que lutaram contra a Ditadura tiveram grande importância naquele momento histórico e possibilitaram a construção de projetos contra-hegemônicos que apresentam, em seus fundamentos, radicais transformações societárias. Todavia, são necessários, no contexto atual, atores políticos que reconheçam estas conquistas e que persigam formas de garantir o que foi conquistado, e sejam criativos na busca da ampliação da cidadania. Esta não é uma tarefa exclusiva da categoria dos Assistentes Sociais, é necessária a unificação de propostas da classe trabalhadora para organização de luta e de resistência, apostando no futuro, mas entendendo que ele se constrói agora.

Em relação aos resultados do estudo que aqui se apresenta, do papel profissional dos Assistentes Sociais no controle social no SUS, ficou evidente, nos resultados da pesquisa, o reconhecimento de que este papel existe, e isto é um avanço em relação a estudos anteriores. Contudo, persiste a dúvida de como efetivamente este papel deve ser operado. Os sujeitos pesquisados citam mais de uma dimensão desta participação. Posicionam-se pela valorização da participação direta nos espaços de controle social, porém consideram que "pouco participam", o que faz parte das constatações da pesquisa. A questão está no quanto a participação no controle social pode potencializar e redirecionar a prática profissional. Esta é uma participação que exige, para sua coerência, posicionamento ético-político consistente.

Os Assistentes Sociais percebem que suas ações são marcadas pelo local em que se encontram nas instituições, ou seja, na maioria das vezes, no atendimento direto aos usuários. Isso coloca a categoria frente à necessidade de dar respostas que não podem ser encontradas em normas estabelecidas pela gestão. É sinalizada aí a necessidade de espaços nos quais a esfera pública possa ser questionada e em que os Assistentes Sociais possam contribuir com o subsídio decorrente de sua experiência profissional.

A pesquisa apontou para uma presença quase que exclusiva dos Assistentes Sociais que trabalham na Atenção Primária em Saúde (APS) participando em espaços de controle social. Neste nível de atenção, há maior proximidade com as demandas e necessidades do cotidiano dos usuários e, historicamente, a aproximação dos serviços de saúde com esses também é uma realidade já mais consolidada. A APS atua na lógica de territórios de referência, e isto limita e organiza a responsabilização do serviço de saúde, facilitando esta proximidade. Portanto, é incontestável que os Assistentes Sociais, ao fazerem parte das equipes de trabalho da APS, também se encontrem mais presentes nos espaços de controle social. Contudo, fica claro o desafio da participação dos Assistentes Sociais que trabalham em outros níveis de atenção (secundário e terciário) nestes espaços. Este desafio aponta para a necessidade de articular ações a serem desenvolvidas com reflexões teórico-críticas. Os espaços de controle social já existem e necessitam ser utilizados pelos Assistentes Sociais que se encontram nestes níveis de atenção como parte de seu projeto de trabalho.

A partir da análise das informações da pesquisa, observa-se que muitos Assistentes Sociais consideram importante a participação dos usuários nos espaços de controle social, tanto que atuam na direção do estímulo à participação destes. E esta constatação ocorreu em todos os níveis de atenção à saúde. Todavia, poucos participam diretamente. Será que existe um entendimento da existência de um espaço ocupacional isento de participação política? Esta é uma inquietação que indica a necessidade de ampliar junto à categoria o debate sobre sua participação nos espaços de controle social.

A necessidade de ampliar o debate do tema a partir de educação permanente foi apontada pelos próprios sujeitos da pesquisa. O que se pode constatar no cenário atual é que, cada vez mais, atores sociais envolvem-se em temas que sempre foram tratados no âmbito interno da profissão, como participação social, cidadania, exclusão social e muitos outros. Também estes temas, com os novos espaços públicos, ganham cada vez maior visibilidade. Isto coloca em questão a necessidade urgente dos Assistentes Sociais aprimorarem sua capacidade propositiva investindo na consolidação de seu Projeto Ético-Político.

A Residência Multiprofissional em Saúde mostrou-se, nas constatações da pesquisa, ser um espaço potente para a formação. Por não ser este um espaço de formação específico e sim de diferentes profissionais de saúde no âmbito do SUS

sua capacidade formadora tende a ficar potencializada. O SUS, para garantir seus princípios, necessita ser alicerçado por um conjunto de saberes, a Residência Multiprofissional em Saúde é assim concebida. Todavia, esta é uma modalidade de formação específica para os profissionais que procuram capacitação antes de trabalharem no SUS. A educação permanente apontada como necessária pelos sujeitos da pesquisa está relacionada mais diretamente com a atualização profissional daqueles que já são trabalhadores do SUS.

A educação permanente poderia auxiliar no desafio da materialização do Projeto Ético-Político profissional no contexto do SUS e, mais especificamente, do controle social. As respostas, desta forma, seriam construídas a partir do debate, tendo como base o Projeto Ético-Político, o Projeto da Reforma Sanitária e as diferentes experiências de atuação no SUS. As propostas assim elaboradas são ainda mais potentes no sentido de terem o respaldo de serem coletivas.

A sociedade civil não é um todo homogêneo, uma vez que nela estão representados interesses de classes antagônicas, próprio das relações sociais do modo de produção capitalista. O controle social, ao representar a participação desta sociedade civil nas políticas sociais, encontra-se permeado pela mesma contradição – a vigilância da classe dominante para manter o seu domínio e as estratégias das classes subalternas na busca da construção de uma nova hegemonia. Os Assistentes Sociais necessitam, ao organizar seu projeto profissional para o controle social, reconhecer esta contradição. A presença dos Assistentes Sociais nos espaços de controle sociais pode acontecer, como demonstrou a pesquisa, a partir de diferentes segmentos: como trabalhador, gestor ou, mesmo, assessorando o segmento usuário em sua participação. A questão é o reconhecimento do compromisso profissional com apenas um caminho: o Projeto Ético-Político profissional.

A precarização do trabalho exemplificado na pesquisa pelas questões relacionadas com as imposições institucionais que impedem os Assistentes Sociais de controlar seu trabalho não são específicas desta categoria. A classe trabalhadora tem em comum o fato de vender sua força de trabalho em troca de salário e, neste processo, perde o controle sobre sua produção, o que caracteriza o fenômeno histórico da alienação. No caso dos Assistentes Sociais pesquisados, ficou manifesto que as demandas e exigências institucionais prejudicam, muitas vezes, a realização de um trabalho criativo que leve em consideração a necessidade da

construção de um projeto profissional coerente com o Projeto Ético-Político da categoria. É necessária a ampliação do debate sobre este tema para que não ocorra a intensificação do trabalho desprovido de sentido. Neste caso em estudo, deve ser observado o quanto o cotidiano de trabalho, ao tornar-se fragmentado e focalizado, tem se afastado da totalidade do processo social.

Os obstáculos apontados pelos Assistentes Sociais pesquisados em relação à participação no controle social não devem ser menosprezados. Nas instituições, muitas vezes, não ocorre estímulo ou, mesmo, possibilidade de alguns trabalhadores participarem diretamente. Sem contar que, em muitos cenários, os gestores não ambicionam a participação consciente dos outros segmentos que compõem o controle social para não ter questionado seu poder de decisão. Deve também ser considerado que nem todos participarão no mesmo momento, uma vez que estamos falando de espaços de representação. No entanto, a não participação direta dos Assistentes Sociais no controle social não exime da responsabilidade de ter propostas e de planejar este como um espaço ocupacional a ser consolidado. Existem formas indiretas de participação, além do estímulo à participação dos usuários, que devem ser levadas em consideração, como, por exemplo, garantia nas reuniões de trabalho de relatos e discussões acerca do controle social, democratização das gestões tencionando a presença do controle social em decisões, tanto nas de maior impacto quanto naquelas que fazem parte do cotidiano dos serviços, assessoria aos espaços de controle social, buscando qualificar os diferentes sujeitos envolvidos e democratizando as informações, sempre numa dimensão técnica e política. O trabalho do Assistente Social em uma orientação que visa à construção de uma contra-hegemonia é representado pela direção dele no cotidiano, desde ações da micropolítica, até manifestações mais amplas que tem por objetivo impactar na macropolítica.

É relevante, também, a realização de pesquisas, vinculadas às universidades ou às próprias instituições, que visem desvendar questões que possibilitem aos conselhos, por exemplo, maior visibilidade às necessidades da maioria da população ou a aspectos relacionados ao financiamento da política social. É importante que os conhecimentos socialmente produzidos e acumulados acerca dos debates do controle social sejam publicizados. Esta é a também a compreensão deste trabalho, ampliar o debate do tema controle social junto à categoria dos Assistentes Sociais.

REFERÊNCIAS

ABESS/CEDEPSS. Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social. **Cadernos ABESS**, São Paulo, nº 07, Cortez, 1997.

ACANDA, J. L. **Sociedade Civil e Hegemonia**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006.

ANTUNES, R. Algumas teses (e Idéias) sobre os Sentidos do Trabalho. In: **Saúde Mental no Trabalho**: coletânea do fórum de saúde e segurança do trabalho do Estado de Goiás/ coordenação geral, Januário Justino Ferreira; coordenação científica, Laís de Oliveira Penido, Goiânia: Cir. Gráfica, 2013. p. 201-208.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2002.

BARROCO, M. L. S.; TERRA, S. H; Conselho Federal de Serviço Social (org.). **Código de Ética do/a Assistente Social Comentado**. São Paulo: Cortez, 2012.

BEHRING, E. R.; SANTOS, S. M. M. Questão Social e Direitos. In: CFESS/ABEPSS (Org.). **Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p. 267-284.

BRASIL. **Código de Ética do/a Assistente Social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10. ed. rev. e atual. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

_____. **Lei 8.080/90, de 19/09/1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 27 jul. 2013.

_____. **Lei 8.142/90, de 28/12/1990**. 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>. Acesso em: 27 jul. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **SUS: Princípios e Conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

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

_____. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRAVO, M. I. S. O Trabalho do Assistente Social nas Instâncias Públicas de Controle Democrático. In: CFESS/ABEPSS (Org.). **Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p. 393-410.

_____. Serviço Social e Saúde: desafios atuais. In: **Temporalis**, São Luís, ano VII, n. 13, p. 121-150, jan./jun. 2007.

_____; M. I. S.; MARQUES, M. G. Saúde e Luta Sindical: entre a reforma sanitária e o projeto de saúde privatista. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Org.). **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos**. São Paulo: Cortez, 2012. p. 191-221.

_____; MATOS, M. C. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2006. p. 197-217.

_____; MENEZES, J. S. B. A Política de Saúde no Governo Lula: Algumas reflexões. In: BRAVO, M. I. S.; D'ACRI, V.; MARTINS, J. B. (Org.). **Movimentos Sociais, Saúde e Trabalho**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2010. p. 45-71.

_____. Participação Social e Controle Social na saúde: a criação dos Conselhos de Gestão Participativa no Rio de Janeiro. In: _____. **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos**. São Paulo: Cortez, 2012. p. 273-292.

CAVALCANTI, L. F.; ZUCCO, L. P. Política de Saúde de Serviço Social. In: REZENDE, I.; CAVALCANTI, L. F. **Serviço Social e Políticas Sociais**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2008. p. 67-82.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais, Brasília, CFESS, n. 2, 2010.

CORREIA, M. V. C. Controle Social na Saúde. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2006. p. 111-138.

_____. Controle Social. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

_____. Sociedade Civil e Controle Social: Desafios para o Serviço Social. In: BRAVO, M. I. S. e MENEZES, J. S. B. **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos**. São Paulo: Cortez, 2012. p. 293-306.

COSTA, M. A. F. **Projeto de Pesquisa: entenda e faça**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

COUTINHO, C. N. **Gramsci, um Estudo sobre seu pensamento político**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

COUTO, B. R. **O Direito Social e a Assistência Social na Sociedade Brasileira: uma equação possível?** São Paulo: Cortez, 2008.

_____. Formulação de projeto de Trabalho profissional. In: CFESS/ABEPSS (Org.). **Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p. 651-666.

GERSCHMAN, S. **A Democracia Inconclusa**: um estudo da Reforma Sanitária brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche**. São Paulo: Cortez, 2008

_____. As Dimensões Ético-Políticas e Teórico-Methodológicas no Serviço Social Contemporâneo. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2006. p. 161-196.

_____. Os Espaços Ocupacionais do Assistente Social. In: CFESS/ABEPSS (Org.). **Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p. 341-376.

MARCOSIN, C.; CAETANO, M. L. M. Neoliberalismo, Reestruturação Produtiva e Exploração do Trabalho. In: BRAVO, M. I. S.; D'ACRI, V.; MARTINS, J. B. **Movimentos Sociais, Saúde e Trabalho**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2010. p. 21-43.

MARTINELLI, M. L. **Seminário sobre metodologias qualitativas de pesquisa**. In: **Pesquisa Qualitativa um Instigante Desafio**. São Paulo: Veras, 1999.

MARX, K.; ENGELS, F. **Manifesto do Partido Comunista**. São Paulo: Boitempo Editorial, 1998.

MARX, K. **O 18 Brumário de Luis Bonaparte**. São Paulo: Editorial Estampa, 1976.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.

MONTANO, C.; DURIGUETTO, M. L. **Estado, Classe e Movimento Social**. São Paulo: Cortez, 2011. (Biblioteca Básica do Serviço Social; v. 5).

NETO, J. P. A Construção do projeto Ético Político do Serviço Social. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2006. p. 141-160.

NETTO, J. P. e BRAZ, M. **Economia Política, uma Introdução Crítica**. São Paulo: Cortez, 2008. (Biblioteca Básica do Serviço Social; v. 1).

NOGUEIRA, V. M. R. e MIOTO, R. C. T. Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2006. p. 218-241.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira**: Contribuição para a compreensão crítica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PEREIRA, M. F. (a) **O Controle Social e a Participação Democrática nos Conselhos Municipais de Saúde da Ride- DF**. 2010. 202 f., il. Tese (Doutorado em Ciência Sociais) - Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

PEREIRA, P. A. P. **Política Social, Temas e Questões**. São Paulo: Cortez, 2008b.

PEREIRA, P. A. P.; STEIN, R. H. Política Social: universalidade versus focalização. Um olhar sobre a América Latina. In: BOSCHETTI, I. et al. (Org.). **Capitalismo em Crise, Política Social e Direitos**. São Paulo: Cortez, 2010.

PRATES, J. C. O Método e o Potencial Interventivo e Político da Pesquisa Social. In: **Temporalis**, Recife, ano 5, n. 9, p. 131-146, jan./jun. 2005.

RAICHELIS, R. Democratizar a Gestão das Políticas Sociais – Um Desafio a ser Enfrentado pela Sociedade Civil. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2006. p. 73-87.

_____. O Trabalho do Assistente Social na Esfera Estatal. In: CFESS/ABEPSS (Org.). **Direitos Sociais e Competência Profissional**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p. 377-392.

_____. **Esfera Pública e Conselho de Assistência Social: Caminhos da Construção Democrática**. São Paulo: Cortez, 2011.

SANTOS, C. G. Controle Social e Saúde do Trabalhador: a Experiência do Conselho Gestor do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – Pólo Duque de Caxias. In: BRAVO, M. I. S.; D'ACRI, V.; MARTINS, J. B. **Movimentos Sociais, Saúde e Trabalho**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2010. p. 189-208.

SCLIAR, M. História do Conceito de saúde. In: **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, abr. 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 20 jun. 2013.
<<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>>.

SELIGMANN-SILVA, E. Precarização da Saúde Mental no Trabalho Precarizado. In: **Saúde Mental no Trabalho**: coletânea do fórum de saúde e segurança do trabalho do Estado de Goiás/ coordenação geral, Januário Justino Ferreira; coordenação científica, Laís de Oliveira Penido, Goiânia: Cir. Gráfica, 2013. p. 283-331.

SIMIONATTO, I. **Gramsci sua Teoria, Incidência no Brasil, Influência no Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2011.

SOARES, R. C. A Racionalidade da Contrarreforma na Política de Saúde e o Serviço Social. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos**. São Paulo: Cortez, 2012. p. 85-108.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A Pesquisa Qualitativa em Educação**. São Paulo: Atlas, 2011.

VARGAS, T. M. **O Serviço Social no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: Uma Estratégia de Consolidação do Projeto Ético-Político profissional?** 2011. 170 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

VASCONCELOS, A. M. **A Prática do Serviço Social: Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. 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. p. 242-272.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa Qualitativa em Saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VIEIRA, E. A Política e as Bases do Direito Educacional. In: **Caderno CEDES**, Campinas, v. 21, n. 55, nov. 2001. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-32622001000300002>>. Acesso em: 14 out. 2013.

_____. **Os Direitos e a Política Social**. São Paulo: Cortez, 2004.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa, de cunho acadêmico, do Curso de Pós Graduação da Faculdade de Serviço Social (PPGFSS) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), intitulado: **A Participação dos Assistentes Sociais no Controle Social no Sistema Único de Saúde**, que tem como objetivo principal: Analisar de que forma acontece a inserção do Serviço Social no controle social no SUS a fim de identificar o papel profissional que vem sendo desenvolvido, bem como o reconhecimento deste espaço enquanto eixo da atuação profissional dos assistentes sociais. O tema escolhido se justifica pela importância de estudarmos o controle social como eixo profissional do serviço social.

O trabalho está sendo realizado pela mestranda Lúcia Rublescki Silveira e sob a supervisão e orientação da prof. Dra. Andréia Mendes dos Santos.

Para alcançar os objetivos do estudo será realizada uma entrevista individual, gravada em áudio, com duração aproximadamente de 40 minutos, na qual você irá responder no máximo 25 perguntas pré estabelecidas. Os dados de identificação serão confidenciais e os nomes reservados.

Os dados obtidos serão utilizados somente para estudo, sendo os mesmos armazenados pela pesquisadora principal durante cinco anos e após totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 196/96).

Eu _____, recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e concordo em participar do estudo.

Declaro que também fui informado:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa.
- De que minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo para a minha vida pessoal e nem para o atendimento prestado a mim.
- Da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa.
- Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que em caso de dúvida ou novas perguntas poderei entrar em contato com a pesquisadora: Lúcia Rublescki Silveira, telefone (51) 21113055, email: luciasilveira2@gmail.com e endereço: Rua Walir Zottis 547, Jardim Itu, Porto Alegre, RS.
- Também, que, se houverem dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com Daniel Demétrio Faustino da Silva, Coordenador-geral do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone (51) 33572407, endereço Av. Francisco Trein 596, 3º andar, Bloco H, sala 11, das 09h às 12h e das 14:30 min às 17h.
- Assim como com o Comitê de Ética da PUCRS pelo telefone (51) 33203345.

Declaro que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

Porto Alegre____, de _____ de 20__

Assinatura do entrevistado

Assinatura da pesquisadora

Nome:

Lúcia Rublescki Silveira

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO

Prezada Assistente Social

Você esta sendo convidado a colaborar com a pesquisa “A participação dos Assistentes Sociais no Controle Social no Sistema Único de Saúde”, realizada para o Mestrado em Serviço Social (PPGSS/PUCRS) pela AS Lucia Rublescki Silveira. Esta pesquisa tem por objetivo estudar o Controle Social na categoria dos Assistentes Sociais do GHC. Gostaríamos de conhecer sua opinião sobre o assunto e, para isso, pedimos que você responda a este questionário com muita sinceridade e atenção.

Você não deve se identificar!

I. DADOS PESSOAIS

1. Ano da formatura no Serviço Social: _____
2. Tempo que trabalha no GHC: _____
3. Nível de atenção em que trabalha, neste momento:
 - Primário (Unidade de Saúde) ()
 - Secundário (Serviço Especializado) ()
 - Terciário (Hospital) ()

II. QUESTÕES SOBRE CONTROLE SOCIAL

4. Explique **com suas palavras** o que é Controle Social?

5. No seu local de trabalho existe alguma regra para participação dos Assistentes Sociais nos espaços de Controle Social? Comente:

6. Você sente que tem estímulo institucional para trabalhar com Controle Social? De que forma isto acontece?

7. Você costuma tratar o tema Controle Social com os usuários que atende? Exemplifique:

III. SOBRE A CATEGORIA DOS ASSISTENTES SOCIAIS:

8. Você considera que a categoria dos Assistentes Sociais na área de saúde, em geral, trabalha com o Controle Social?

- () Sim
 () Não
 () Não sei

9. Você acha que o Controle Social **deve** ser um eixo de atuação profissional do Assistente Social na saúde? Por quê?

IV. SOBRE A PARTICIPAÇÃO NOS ESPAÇOS DE CONTROLE SOCIAL

10. Você **no momento** participa de algum (ns) espaço (s) de controle social?

() Sim Qual(is) _____

Há quanto tempo? _____

Qual (is) sua (s) função (ões)? _____

() Não

11. Você já teve **participação anterior** em espaço(s) de controle social?

() Sim Qual (is)? _____

Por quanto tempo? _____

Qual (is) sua(s) função (ões)? _____

Porque parou de participar? _____

() Não

12. Além da participação direta dos Assistentes Sociais nos espaços de Controle Social, você vê outras formas de trabalhar com Controle Social? Qual (is)?

13. Gostaria de fazer algum outro comentário sobre o tema da pesquisa?

Obrigada por sua participação!

**ANEXO A - APROVAÇÃO DA COMISSÃO CIENTÍFICA DO PROGRAMA
DE PÓS-GRADUAÇÃO DA FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL**



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

Porto Alegre, 02 de setembro de 2012

Encaminho o projeto de pesquisa sob o número 23/2012 intitulado **"A PARTICIPAÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NO CONTROLE SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE"** da mestranda Lúcia Rublescki Silveira.

De acordo com a avaliação o projeto enquadra-se na seguinte categoria:

1. AVALIAÇÃO DE PROJETO DE PESQUISA

1.1. PROJETO DE PESQUISA DE PÓS-GRADUAÇÃO

- (X) Aprovado
() Com pendências – anexar parecer
() Não aprovado – anexar parecer

Atenciosamente,

Profª. Dra. Glény Terezinha Duro Guimarães
Coordenadora da Comissão Científica da Faculdade de Serviço Social -
FSS/PUCRS

PUCRS

Campus Central
Av. Ipiranga, 6681-P. 15-sala 330-CEP90619-900
Porto Alegre - RS - Brasil
Fone: (51) 3320-3539 - Fax (51) 3320-3606
E-mail: servico-social-pg@pucrs.br
www.pucrs.br/fss/pos

ANEXO B - PARECER DO CEP DA PUCRS

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A participação dos Assistentes Sociais no Controle Social no Sistema Único de Saúde

Pesquisador: Andreia Mendes dos Santos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 07952712.5.0000.5336

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 247.119

Data da Relatoria: 15/03/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto da área de assistência social com importantes implicações para políticas públicas, conforme emitido em parecer anterior.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar como ocorre a inserção do Serviço Social no controle social no SUS buscando-se identificar o papel profissional que vem sendo desenvolvido, além do reconhecimento deste espaço enquanto eixo de atuação profissional dos assistentes sociais. Por fim, investiga-se o controle social e a percepção dos profissionais quanto a este construto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Mínimos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está eticamente adequada após reformulações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos foram apresentados, sendo o TCLE devidamente reformulado.

Recomendações:

Na sua versão reformulada, o projeto pode ser aprovado e concretizado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sugere-se aos pesquisadores para futuras submissões que, em caso de pendências, na carta de

Endereço: Av. Ipiranga, 6681

Bairro:

CEP: 90.619-900

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)320-3345

Fax: (51)320-3345

E-mail: cep@puccrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



reformulações ao CEP, coloquem-se as partes modificadas entre aspas, com página, parágrafo e linha assinalados.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

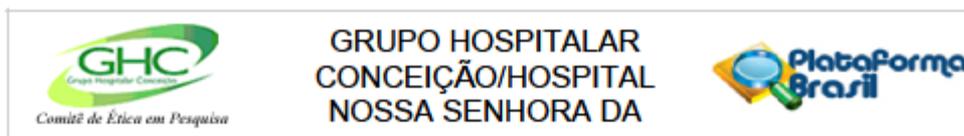
Sugere-se aos pesquisadores para futuras submissões que, em caso de pendências, na carta de reformulações ao CEP, coloquem-se as partes modificadas entre aspas, com página, parágrafo e linha assinalados.

PORTO ALEGRE, 16 de Abril de 2013

Assinador por:
Rodolfo Herberto Schneider
(Coordenador)

Endereço: Av. Ipiranga, 6681
Bairro: CEP: 90.619-900
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)320-3345 Fax: (51)320-3345 E-mail: cep@pu.rs.br

ANEXO C - PARECER DO CEP DO GHC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A participação dos Assistentes Sociais no Controle Social no Sistema Único de Saúde

Pesquisador: Andreia Mendes dos Santos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 07952712.5.0000.5336

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 285.725

Data da Relatoria: 15/05/2013

Apresentação do Projeto:

O projeto apresenta-se de forma adequada e pertinente a um trabalho de pesquisa acadêmica, e parte do questionamento: "De que forma os assistentes sociais atuam no controle social no SUS?"

Possui questões norteadoras que podem contribuir para com a qualificação da prática profissional e, consequentemente, seus resultados.

Objetivo da Pesquisa:

O projeto possui como objetivo "Analisar de que forma acontece a inserção do Serviço Social no controle social no SUS a fim de identificar o papel profissional que vem sendo desenvolvido, bem como o reconhecimento deste espaço enquanto eixo de atuação profissional dos assistentes sociais".

É um projeto relevante para os debates sobre formação e atuação profissional, bem como para a elaboração de políticas para o trabalho na área. É um projeto factível.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto não apresenta riscos e pode trazer como benefício a contribuição para qualificar a formação e prática profissionais e, consequentemente, seus resultados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto traz bons delineamentos em termos históricos, legais e metodológicos. Aporta-se de

Endereço: Francisco Trein, 596 - Bloco H, 3º andar, Escola GHC (HNSC), sala 11
Bairro: CRISTO REDENTOR **CEP:** 91.350-200
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3357-2407 **Fax:** (51)3357-2407 **E-mail:** cep-ghc@ghc.com.br



GRUPO HOSPITALAR
CONCEIÇÃO/HOSPITAL
NOSSA SENHORA DA



Continuação do Parecer: 285.725

uma concepção metodológica e conceitual do materialismo histórico, que vale-se dos conceitos de totalidade, contradição e historicidade, elementos que permitem (e exigem) bastante aprofundamento de análise.

É um projeto que, se bem conduzido e bem comunicado, pode efetivamente contribuir para aprofundamento de políticas de formação e de trabalho na área.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos estão adequados.

Recomendações:

N/A.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado. Será enviado por email a carta de aprovação e TCLEs carimbados e assinados pelo coordenador. Lembramos aos pesquisadores que essa versão do TCLE assinada e carimbada é que deve ser usada no estudo.

PORTO ALEGRE, 27 de Maio de 2013

Assinador por:
Daniel Demétrio Faustino da Silva
(Coordenador)

Endereço: Francisco Trein, 596 - Bloco H, 3º andar, Escola GHC (HNSC), sala 11
Bairro: CRISTO REDENTOR **CEP:** 91.350-200
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3357-2407 **Fax:** (51)3357-2407 **E-mail:** cep-ghc@ghc.com.br