



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: "40 anos da "Virada" do Serviço Social"

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Trabalho, questão social e serviço social

SAÚDE, SERVIÇO SOCIAL E DEMOCRACIA: NOTAS SOBRE A ATUAL CONJUNTURA E OS DESAFIOS PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL DA (O) ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE

Marcos Paulo Oliveira Botelho¹
Fernanda Rodrigues²

Resumo: O presente artigo busca sintetizar algumas das mais graves expressões da "questão social" e das transformações sociais vivenciadas no Brasil atual, relacionando-as com o quadro das condições sanitárias, e, por fim, indica a necessidade da articulação de assistentes sociais e instituições de ensino de Serviço Social para a retomada de unidades possíveis em prol da reforma sanitária no Brasil.

Abstract: This paper aims to synthesize some of the most serious aspect of the "social question" and the social changes in Brazil nowadays, relating it to the sanitary conditions situation, and, lastly, indicates a articulation necessity of social workers and Social Service educational Institutions with the purpose of possible units resumption for the sanitary reform in Brazil.

Quando lembramos que o grande poeta pernambucano descreveu a "morte severina", marcante na realidade brasileira (em particular, no sertão nordestino), como aquela em que se morre "de velhice antes dos trinta, de emboscada antes dos vinte, de fome um pouco por dia" e "de fraqueza e de doença (...) em qualquer idade, e até gente não nascida"³, pensamos numa realidade muito distante no tempo (e no espaço?), realidade superada por décadas de lutas e conquistas dos trabalhadores, que agora encerram a primeira década do século XXI em outras condições. Será?

Na busca por estas respostas poderemos encontrar, num mesmo processo, os avanços e conquistas e os óbices para a melhoria das condições sanitárias no Brasil. O estudo dos determinantes sociais do processo saúde/doença é a bússola que permite-nos seguir na rota de soluções concretas, de respostas afirmativas, para os problemas sociais. Por outro lado, ao estudar a fundo estas determinações sociais, entendemos que há um limite para a resolução dos "problemas sanitários" (assim como para o conjunto dos "problemas sociais") se nos atemos às políticas sociais inscritas no marco da sociedade capitalista. Reafirmar estas possibilidades e este

¹ Professor com formação em Serviço Social, ESS/UFRJ, E-mail: marcospobotelho@gmail.com.

² Profissional de Serviço Social, ESS/UFRJ, E-mail: marcospobotelho@gmail.com.

³ Trechos de *Morte e Vida Severina* de João Cabral de Melo Neto, 1955.

limite é reafirmar a concepção de saúde propugnada pelo movimento de reforma sanitária, que entendia a saúde como

“resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas” (Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde, Anais, 1987 *apud* BRAVO, 1996: 77).

No quadro grave da atual crise brasileira, os críticos ao modelo de (des)assistência em saúde, muitas vezes, se restringem à denúncia ao precário acesso aos serviços de saúde, e – quando mais críticos – ao problema crônico do subfinanciamento. Neste contexto, o resgate desta concepção ampliada de saúde formulada pelos protagonistas da mais avançada formulação coletiva sobre o tema é de suma importância. Uma concepção ampliada não deve somente pensar a articulação da política de saúde com as demais políticas sociais. Tampouco deve pensá-la apenas nas estreitas limitações orçamentárias do modelo econômico neoliberal – mesmo quando os analistas se julgam críticos de tal modelo. A crítica deve ter como pano de fundo a totalidade do “contexto histórico de determinada sociedade...”, deve realizar a crítica radical de dadas “formas de organização social da produção” que geram profundas desigualdades.

O rico cenário das lutas sociais da década de 80 do século passado permitiu a unidade de diferentes atores nesta luta pela saúde, por direitos sociais e por transformações sociais mais amplas, reunindo diversas categorias profissionais, sindicais, movimentos sociais e partidos políticos. Os tempos atuais ainda são de perplexidade e apatia diante da ofensiva das forças conservadoras lideradas pelos interesses do grande capital. Aos indivíduos e profissionais da saúde são vendidas as soluções individualistas, imediatistas e corporativistas. O momento mais baixo a que chegou a consciência política entre parte dos profissionais de saúde nos últimos anos talvez possa ser ilustrada pela manifestação organizada em 2013 por um conjunto de associações médicas contra a chegada dos médicos cubanos, que chegavam (e hoje sabemos: realizaram um importantíssimo trabalho pela saúde pública no Brasil) para trabalhar no programa “Mais Médicos”, do governo federal. Uma mistura de xenofobia, racismo e corporativismo que nos diz muito sobre a incorporação pela classe média dos padrões éticos e políticos mais reacionários da burguesia brasileira. Por outro lado, as condições objetivas estão dadas para uma retomada da consciência política e sanitária entre os profissionais de saúde, tendo em vista que a realidade deste

segmento (principalmente das categorias mais subalternizadas) é de profunda precarização e desproteção social, o que, objetivamente, os une a maior parte da classe trabalhadora brasileira.

Tendo estas considerações como preâmbulo, julgamos que as (os) assistentes sociais – que, enquanto categoria, conseguiram se manter na contracorrente da maré neoliberal na última década do século passado e na primeira década deste século e continuam a resistir, nos últimos anos, à “reação conservadora” – têm um importante papel a desempenhar na área da saúde: manter viva a bandeira da reforma sanitária e da necessidade da luta unificada por melhorias nas condições de saúde do povo e por transformações mais profundas na sociedade brasileira. Contam com uma formação acadêmica e com uma mínima organização política que as (os) permitem atuar enquanto articuladores de formulações teóricas e proposições políticas no sentido da retomada do “elo perdido” no interior do movimento pela reforma sanitária no Brasil. Veremos algumas destas questões que marcam nossa conjuntura e esboçaremos algumas tendências a seguir.

Os “golpes” nas condições de vida e de trabalho

Os índices referentes às condições de vida no Brasil das últimas décadas (1990-2019) apontam para o país com maior expectativa de vida, menor mortalidade infantil, maior escolarização, maior acesso à saúde e educação e com um número reduzido de pessoas na miséria e pobreza, se comparado com a década de 80 e anteriores. Neste sentido, somos hoje um país bem diferente (para melhor) que o país descrito pelo poeta João Cabral.

Para não nos alongarmos em muitos números, registremos alguns mais importantes. A taxa de mortalidade infantil no Brasil em 1930 era de 162,4 entre mil crianças nascidas vivas. Em 1970 este indicador ainda estava em 115. Em 1980, em 82,8. Em 1985 caiu para 62,9 e em 1990 para 48,3⁴. Já se pode ver, nestes dados da década de 80, a importância das transformações impulsionadas pelo movimento da reforma sanitária e das mudanças institucionais na política de saúde entre outras políticas públicas. A última década do século XX e as primeiras do século XXI consolidaram estes avanços. Pode-se acompanhar a progressiva diminuição da mortalidade infantil a medida em que o SUS se consolida e se expande para todo o país: em 1997 a mortalidade infantil já caiu para 31,9, e seguiu em queda constante, 1998 (30,43), 1999 (28,37), 2000 (27,36), 2001 (26,3), 2002 (24,89), 2003 (23,88),

⁴ <https://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?no=13&op=0&vcodigo=CD100&t=taxa-mortalidade-infantil>

2004 (22,59), 2005 (21,43), 2006 (20,66), 2007 (20,01), 2008 (17,56)⁵. Com estes dados podemos contestar a afirmação dos economistas que caracterizam a década de 1980 como a década perdida. No que diz respeito a alguns indicadores de saúde, a luta e as conquistas legais decorrentes dela nos deixaram um legado para a superação de graves problemas sociais que marcavam as condições de saúde no Brasil por décadas, como a mortalidade infantil, expressão da “questão social” denunciada e imortalizada pelo nosso genial pintor, Portinari, no comovente quadro *Criança Morta* (1944)⁶.

Partindo da concepção de saúde que descrevemos acima, a da reforma sanitária, conseguimos perceber em que medida dados sanitários como este, o da mortalidade infantil, se relaciona tanto com políticas de saúde eficazes como com demais condições sociais vigentes. Pensemos, a título de ilustração, como ele se relaciona com os índices de pobreza, mas não se resume nesta relação. O Brasil deu importantes passos na diminuição da pobreza nas últimas décadas. Como pode-se ver na trajetória decrescente da *taxa de pobreza (PO)* da série histórica pesquisada pelo IPEA⁷: 1976 (42,12%), 1977 (39,06%), 1978 (42,74%), 1979 (38,74%), 1981 (40,79%), 1982 (41%), 1983 (48,73%), 1984 (48,30%), 1985 (42,01%), 1986 (26,41%), 1987 (38,71%), 1988 (43,57%), 1989 (41,36%), 1990 (41,92%), 1992 (42,09%), 1993 (42,98%), 1995 (35,08%), 1996 (34,73%), 1997 (35,18%), 1998 (33,97%), 1999 (35,26%), 2001 (35,09%), 2002 (34,38%), 2003 (35,75%), 2004 (33,71%), 2005 (30,83%), 2006 (26,75%), 2007 (25,36%), 2008 (22,60%), 2009 (21,41%), 2011 (18,42%), 2012 (15,93%), 2013 (15,09%) e 2014 (13,29%).

Com os dados sobre a pobreza no Brasil, e comparando-os com o da mortalidade infantil, pode-se ver que a diminuição crescente da mortalidade infantil a partir da década de 1980 tem muito mais relação com as políticas de saúde e saneamento do que necessariamente com a redução da pobreza, já que a taxa desta última manteve-se muito alta até 2003. Podemos dizer que somente após a “era FHC”

⁵ De 1997 (3) a 2008 (2), acessados em:

<https://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?no=13&op=0&vcodigo=MS54&t=taxa-mortalidade-infantil>

⁶ Cândido Portinari. *Criança Morta*. Ano: 1944. Dimensões: 180 x 190 cm. Técnica: óleo sobre tela. Localização: Acervo do MASP, Museu de Arte de São Paulo Assis Chateaubriand.

⁷ “Percentual de pessoas na população total com renda domiciliar per capita inferior à linha de pobreza. A linha de pobreza aqui considerada é o dobro da linha de extrema pobreza, uma estimativa do valor de uma cesta de alimentos com o mínimo de calorias necessárias para suprir adequadamente uma pessoa, com base em recomendações da FAO e da OMS. São estimados diferentes valores para 24 regiões do país. Série calculada a partir das respostas à Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad/IBGE). Obs.: dados não calculados para os anos de Censo Demográfico, em que a Pnad foi interrompida pelo IBGE. Série interrompida”. Cf. www.ipeadata.gov.br

podemos falar em curva decrescente da pobreza no Brasil. O período da ditadura civil-militar no Brasil, o período de transição democrática da década de 1980 e a primeira fase do neoliberalismo – que tem início com Collor e dura até o último governo Fernando Henrique Cardoso –, apesar das muitíssimas diferenças conjunturais, se assemelham enquanto épocas de taxas de pobreza altas e persistentes). Somente a partir de 2004 esta taxa de pobreza mantém uma contínua marcha decrescente. A redução da pobreza é o mais importante avanço vivido nos governos petistas. Eles tiveram um importante papel na melhoria de outros indicadores de saúde. Mas não se situam como avanços e irreversíveis e incontestáveis em grande parte dos problemas de saúde no Brasil, tendo em vista que não estiveram articulados a transformações econômicas e políticas estruturais, tanto no que se refere diretamente à política de saúde, como às demais políticas sociais e, fundamentalmente, econômicas. Credita-se a redução da pobreza às políticas e benefícios assistenciais, em particular, ao Programa Bolsa Família, mas é no aumento do emprego formal, na redução do desemprego e no aumento continuado do salário mínimo que se encontram os maiores impactos nos índices relativos à pobreza. Vejamos os números relativos ao salário mínimo real em reais (R\$), do primeiro mês do governo FHC até o ano atual⁸: 1995 (358,23), 1996 (419,45), 1997 (433,31), 1998 (444,78), 1999 (471,08), 2000 (454,70), 2001 (478,80), 2002 (519,97), 2003 (496,64), 2004 (548,69), 2005 (561,51), 2006 (617,94), 2007 (700,44), 2008 (721,76), 2009 (740,63), 2010 (872,12), 2011 (866,83), 2012 (945,26), 2013 (966,29), 2014 (980,30), 2015 (995,98), 2016 (999,26), 2017 (1.009,13), 2018 (1.008,54) e 2019 (1.018,71).

Estes dados de aumento no salário mínimo devem ser somados ao da taxa de desemprego⁹. Para não nos alongarmos com mais uma série histórica, registremos apenas que em março de 2002 a taxa de desemprego era de 12,9. Nos dois anos seguintes ela não alcança nenhuma redução significativa, mas a partir de 2004 esta taxa segue uma curva decrescente: chega a 4,6 em dezembro de 2012, e com algumas flutuações pequenas nos meses posteriores, chega a 4,3 em dezembro de 2013, e novamente, após flutuações ao logo do ano, alcança 4,3 em dezembro de 2014. A partir daí a taxa seguiu um processo de crescimento significativo.

⁸ “Série em reais (R\$) constantes do último mês, elaborada pelo IPEA, deflacionando-se o salário mínimo nominal pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC) do IBGE. Cf. www.ipeadata.gov.br Obs: Selecionamos os valores relativos aos meses de janeiro.

⁹ Extraído de “Taxa de desemprego. Frequência: Mensal de 2002.03 até 2015.12”. Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Pesquisa Mensal de Emprego (IBGE/PME) – “obs: PME foi encerrada em março de 2016, com a divulgação dos resultados referentes ao mês de fevereiro de 2016. Unidade: (%). Comentário: Regiões metropolitanas (RMs): Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre. Período de referência: 30 dias. Série interrompida. Atualizado em: 02/02/2016”. Cf. www.ipeadata.gov.br

O aumento do emprego somado ao crescimento salarial dos mais pobres e aos programas de transferências de renda nestas duas décadas do nosso século possibilitaram a redução drástica do flagelo da fome no país. O que, por sua vez, tem relação vital com as condições de saúde da maior parte da população.

Mas há um fenômeno social brasileiro que pouco se alterou, ou mesmo se acentuou: a violência. Sob as suas diferentes formas e expressões, os dados mostram que os altos índices de violência não foram revertidos. E como derivação da violência, a mortalidade e problemas de saúde dela derivados são parte importante da análise das condições de saúde em nosso país, importância esta que só pode ser comparada com países em guerra ou com poucos outros países que mantêm índices tão graves como o brasileiro. Eles podem ser mensurados através de dois índices que revelam o seu lado mais drástico: os óbitos derivados dos acidentes de transporte e os homicídios. A taxa de óbitos por acidente de transporte (número de óbitos por 100 mil habitantes) de 1990 até 2009 permaneceu praticamente inalterada em torno de 20 mortes por 100 mil/hab¹⁰. Já a taxa de homicídios aumentou durante a década de 1990 e durante a primeira década deste século manteve-se num alto nível (número de óbitos por 100 mil habitantes): 1990 (22,2), 1991 (20,9), 1992 (19,2), 1993 (20,2), 1994 (21,2), 1995 (23,8), 1996 (24,8), 1997 (25,4), 1998 (25,9), 1999 (26,2), 2000 (26,8), 2001 (27,9), 2002 (28,5), 2003 (29,1), 2004 (26,9), 2005 (26,1), 2006 (26,6), 2007 (25,5), 2008 (26,7), 2009 (27,2). De 2007 a 2017 os números absolutos e a taxa de homicídios têm aumentado ano após ano, indo de 48.219 em 2007 para 65.602 em 2017, em números absolutos, e sua taxa de 25,5 em 2007 para 31,6 em 2017¹¹.

Estes últimos números ajudam-nos a desmistificar a razão teórica empobrecida que vincula de forma mecânica a situação de pobreza e a violência. A violência persistente e crescente no Brasil se relaciona às altas taxas de desigualdades assim como a uma série de determinantes históricos, políticos e econômicos. Aqui não investigaremos isso a fundo, queremos apenas apontar para o fato de que fatores importantes para as condições de vida e de saúde passaram ao largo das políticas minimalistas de combate à pobreza dos governos petistas. O rescaldo da incapacidade de desenvolvimento de políticas transformadoras mais estruturais é a

¹⁰ 1990 (20,2), 1991 (19,4), 1992 (18,3), 1993 (18,4), 1994 (19,2), 1995 (21,3), 1996 (22,6), 1997 (22,4), 1998 (19,2), 1999 (18,4), 2000 (17,5), 2001 (18), 2002 (19,1), 2003 (19), 2004 (19,6), 2005 (19,9), 2006 (19,9), 2007 (20,3), 2008 (20,7), 2009 (20,1).

Cf. <https://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?no=13&op=0&vcodigo=MS10&t=obitos-causas-externas-acidentes-transportes-taxa>

As taxas nos anos subsequentes, até 2015, não diferem muito, continuam fluando em torno de 20.

Cf. <https://indicadoresods.ibge.gov.br/objetivo3/indicador361>

¹¹ Cf. Atlas da Violência. IPEA, 2019.

ascensão de um movimento conservador, que com o apoio da grande mídia colocou entre as pautas prioritárias o noticiário policial. Estes setores conservadores vendem a falsa promessa do combate à violência e à corrupção através de mais violência e atropelo às leis. Se os avanços obtidos nas décadas passadas foram limitados, os projetos de futuro do grande capital (as famosas “pontes para o futuro” ou “pinguelas para o futuro”) já deixaram legados: no curto prazo, uma profunda degradação política e econômica do país, no longo prazo (já tendo dado passos significativos), o objetivo concreto é o rebaixamento permanente dos direitos e conquistas da classe trabalhadora e o consecutivo rebaixamento do valor de sua força de trabalho. Com isso, as classes dominantes pensam em abocanhar a maior parte das riquezas patrimoniais ainda sob o controle estatal, controlar e se apropriar de uma parcela ainda maior do fundo público e aumentar as taxas de exploração. Estes objetivos ela só pode perseguir aviltando ainda mais as condições de trabalho e de vida da classe trabalhadora.

Na perseguição destes objetivos, foi desencadeado um processo político e econômico radical e ousado pela burguesia em nosso país. Essa radicalização política de direita fomentou um golpe jurídico-parlamentar em 2016 e fortaleceu os setores mais conservadores na política brasileira. E no plano econômico, ela levou à aprovação de medidas que ampliaram o domínio do capital financeiro, dilapidaram o patrimônio público e reduziram direitos dos trabalhadores. E este processo continua em curso, em toda sua radicalidade e ousadia. Não é o caso de avançarmos na análise desta dinâmica política, mas salientaremos apenas alguns dos possíveis reflexos desta ofensiva do grande capital nas condições sanitárias e de trabalho do povo brasileiro.

Durante o governo Temer, além de uma série de privatizações, foram aprovadas a “PEC do fim do mundo”, que após aprovada tornou-se a EC 95, que congela o gasto primário do governo por 20 anos (mas não congela os gastos com pagamento de juros da dívida); a lei das terceirizações (Lei 13.429/2017) e a reforma trabalhista (Lei 13.467/2017). Os reflexos destas aprovações já estão em curso, e afetam, respectivamente, as políticas sociais, com redução drástica do orçamento destas, e as condições de trabalho e de saúde da classe trabalhadora, cada vez mais empurrada para o desemprego, para jornadas de trabalho mais flexíveis e intensas, formas de contratação temporárias e incertas, salários mais rebaixados, trabalhos mais inseguros e insalubres e assistindo à restrição do acesso à justiça do trabalho e ao enfraquecimento do poder de barganha de seus sindicatos, entre outros vários.

O governo Bolsonaro assume com a promessa de radicalização ainda maior desta agenda conservadora e liberal. Retornemos, só a título de exemplo, as tendências preocupantes para as condições sanitárias derivadas desta agenda política continuísta Temer-Bolsonaro. Em 2016 o Brasil registrou uma alta na taxa de mortalidade infantil, depois de décadas de redução (como mostramos acima). Em 2016 foram 14 mortes a cada mil nascidos, um aumento em relação a 2015, quando ocorreram 13,3 mortes¹². Pesquisas também já indicam a reversão do quadro de diminuição da pobreza, tendo aumentado o número de pessoas em situação de pobreza em 2017, em relação ao ano anterior¹³. A taxa de desemprego, que era de 4,3 em dezembro de 2014 (segundo fonte citada acima), atualmente, é de 12,4% (no trimestre fechado em fevereiro)¹⁴.

Neste contexto grave para os trabalhadores, mais uma arma é apontada para a cabeça dos trabalhadores: a reforma da previdência. Depois de já absolutamente fragilizadas com a reforma trabalhista, os ataques à previdência pública praticamente cancelam as expectativas de garantias de proteção social à velhice, à doença e a outros fatores agravantes do quadro de saúde aos trabalhadores mais pobres.

Nos transportemos para o laboratório dos projetos da barbárie – o Rio de Janeiro e o Brasil de Bolsonaro, de Witzel e de Crivella dos dias atuais – e assistiremos a uma regressão social e das condições sanitárias que podem nos servir de parâmetro para analisar a tendência de reversão dos indicadores que, nas décadas anteriores, apontavam para o gradual afastamento dos velhos “fantasmas” brasileiros: a violência, as altas taxas de mortalidade e morbidade, a pobreza, a miséria e a fome. Será que em algum momento nos afastamos destas mazelas?

Como já afirmamos, estes “fantasmas” foram apenas minimizados com políticas compensatórias e de fôlego curto. Vemos hoje o desmonte de projetos precarizados e precarizantes de acesso à saúde, como por exemplo as clínicas da família e as UPAs no Rio de Janeiro (e em vários estados do Brasil). Assistimos a hegemonia do discurso apologético à violência policial: a cena do Governador do Rio de Janeiro no interior de um helicóptero que atirava sobre uma comunidade pobre é emblemática. Como também é o denominado decreto das armas de Bolsonaro e o denominado

¹² <https://g1.globo.com/bemestar/noticia/brasil-registra-alta-de-mortalidade-infantil-apos-decadas-de-queda.ghtml>

¹³ https://brasil.elpais.com/brasil/2018/12/08/politica/1544225150_329691.html

¹⁴ Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua), divulgada pelo IBGE em março de 2019. Cf. <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/24110-desemprego-sobe-para-12-4-e-populacao-subutilizada-e-a-maior-desde-2012> Deve-se levar em consideração as diferenças nas metodologias, mas todos os índices atestam o aumento vertiginoso do desemprego no país.

projeto anticrime do Ministro da Justiça, Sérgio Moro. Vivemos numa quadra histórica (e os dados saltam aos olhos!) em que os mais atingidos pela política estatal assassina e adoecedora, acaba por ser transformada, nos tribunais de rua, nos tribunais virtuais, na grande mídia e na vida cotidiana em responsável pela sua própria miséria, por sua própria morte. Mas os trabalhadores, o povo negro, as mulheres, a população LGBT e outros segmentos do povo brasileiro continuam na dura luta de resistência à barbárie¹⁵.

Saúde, Serviço Social e práticas democratizantes

O neoliberalismo contribuiu para o acirramento de uma dinâmica perversa sobre 'o social' (ou, mais diretamente: uma dinâmica perversa para a classe trabalhadora) com rebatimentos para as políticas públicas em geral, em função da redução de financiamentos, alterações na gestão e organização dos serviços. Os assistentes sociais e profissionais de saúde têm sofrido com os impactos da precarização do trabalho e mudanças gerenciais e organizacionais nas últimas décadas. Na saúde, estes decênios foram marcados por uma contradição: se caracterizam como tempo de precarização e privatização dos serviços de saúde, mas também como época de implementação de um dos mais avançados (no que se refere à norma legal) sistemas públicos de saúde do mundo, o Sistema Único de Saúde - SUS. Os baixos salários, as longas e intensivas jornadas, as múltiplas funções exigidas, assim como a expansão e agravamento dos atendimentos e demandas, dificultam a execução de atividades de planejamento, qualificação e troca de saberes e práticas em saúde, pré-condições para a garantia da qualidade e integralidade das ações de saúde preconizadas pela legislação pertinente ao SUS. No entanto, são estes os principais atores que, mesmo tendo em vista as imensas dificuldades de seu cotidiano de trabalho (marcado pela contradição supracitada), pensam, organizam, executam e garantem o acesso aos serviços de saúde e aos direitos sociais à população mais pobre. No quadro dos anos mais recentes, que descrevemos há pouco, estas contradições tornam-se ainda mais agudas.

¹⁵ Os pesquisadores do *Atlas da Violência* divulgado pelo IPEA em 2019, cercados por um conjunto de dados, sintetizam: “No atual cenário, enquanto está em curso a mais profunda transição demográfica de nossa história, rumo ao envelhecimento da população, a alta letalidade de jovens gera fortes implicações, inclusive sobre o desenvolvimento econômico e social. De fato, a falta de oportunidades, que levava 23% dos jovens no país a não estarem estudando nem trabalhando em 2017, aliada à mortalidade precoce da juventude em consequência da violência, impõem severas consequências sobre o futuro da nação”. E constataam “o aumento da violência letal contra públicos específicos, incluindo negros, população LGBTI, e mulheres, nos casos de feminicídio” (*Atlas da Violência*, 2019: 6).

Neste contexto, os assistentes sociais da saúde podem desempenhar um importante papel de articulação política e de reflexão teórica. Bravo (1996), expondo em sua tese os resultados de um projeto de pesquisa e extensão de largo fôlego, nos introduz na relevância da atividade prática da 'articulação' que reúnam os diferentes atores políticos da área da saúde. No que se refere ao papel das unidades de ensino e dos profissionais da prática, lembra da necessidade de projetos acadêmicos e políticos que apontem para a unidade das lutas e socialização das pesquisas. Quando explica a importância da temática da saúde, nos indica que a categoria 'articulação' é oriunda das próprias particularidades do tema, pois considera 'a saúde como uma das mediações significativas entre a sociedade civil e a sociedade política por ser uma questão passível de aglutinar as diversas reivindicações dos movimentos sociais na direção de uma pauta que supere a fragmentação dos serviços, e passível de universalização, em direção à afirmação de direitos' (BRAVO, 1996: 139). Este potencial mobilizador e aglutinador da saúde 'está relacionado à articulação possível entre as questões objetivas - fundadas em análises gerais dos seus determinantes sociais - e as subjetivas - a partir das percepções dos sujeitos sociais face as suas necessidades e carências' (BRAVO, 1996: 139). Destaca que estas relações são sobretudo políticas e que têm um papel relevante neste processo as diferentes instituições do Estado e da sociedade civil, que podem vir a atuar, tal como no contexto da luta pela saúde descrita pela autora, como articuladores: 'o termo articulador é utilizado para designar uma variedade de agentes que auxiliam na mobilização, organização e divulgação dos movimentos' (BRAVO, 1996: 250).

Os desafios são crescentes e mais agudos para as assistentes sociais e profissionais de saúde na atual conjuntura. Mas seguindo as pistas da mais importante pesquisadora das políticas de saúde na profissão, julgamos que encontraremos as articulações e unidades possíveis em prol da reforma sanitária no Brasil.

REFERÊNCIAS

BRAVO, M. I. Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 1996.