



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS - CCJS
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO
CURSO DE BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL**

TACIANA MAYARA DE SOUSA FREITAS MONTEIRO

**A ATUAÇÃO DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS EM FACE DA PRECARIZAÇÃO
DA POLÍTICA DE SAÚDE NO HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA (HRS)**

**SOUSA – PB
2018**

TACIANA MAYARA DE SOUSA FREITAS MONTEIRO

**A ATUAÇÃO DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS EM FACE DA PRECARIZAÇÃO
DA POLÍTICA DE SAÚDE NO HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA (HRS)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Serviço Social, da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a Me. Mayewe Elyenia Alves dos Santos.

SOUSA – PB
2018

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Biblioteca Setorial de Sousa UFCG/CCJS
Bibliotecária – Documentalista: MARLY FELIX DA SILVA – CRB 15/855

M775a Monteiro, Taciana Mayara de Sousa Freitas.
A atuação dos/as assistentes sociais em face da precarização da política de saúde no Hospital Regional de Sousa (HRS). / Taciana Mayara de Sousa Freitas Monteiro. - Sousa: [s.n], 2018.

67 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Serviço Social) – Centro de Ciências Jurídicas e Sociais - CCJS/UFCG, 2018.

Orientadora: Prof.^a Me. Máyewe Elyenia Alves dos Santos.

1. Assistentes Sociais. 2. Precarização da Política de Saúde. 3. Atuação Profissional. I. Título.

Biblioteca do CCJS - UFCG

CDU 36:614(813.3)

TACIANA MAYARA DE SOUSA FREITAS MONTEIRO

**A ATUAÇÃO DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS EM FACE DA PRECARIZAÇÃO
DA POLÍTICA DE SAÚDE NO HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA (HRS)**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Coordenação do curso de Bacharelado em Serviço Social, da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Data de Aprovação: 13/03/2018

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Me. Máyewe Elyenia Alves dos Santos
Orientadora (UFCG)

Prof^ª. Me. Liane Soraya Viana da Silva
Examinadora Externa

Prof^ª. Glaucia Maria de Oliveira Carvalho
Examinadora (UFCG)

À todos os defensores da reforma sanitária e do SUS.
Que lutam em defesa da consolidação da saúde
pública. E a minha família, por todo amor e cuidado que
nos une.

AGRADECIMENTOS

Neste momento de encerramento da minha graduação, me vem à memória inúmeras recordações e lembranças que marcaram o decorrer do meu histórico acadêmico.

Sendo assim, é de necessário que eu faça meus sinceros agradecimentos a quem de alguma forma contribuiu para a realização dessa pesquisa. Primeiramente, agradeço a Deus, meu Deus, meu tudo! À ele toda honra e toda glória. Sem ele, eu não teria persistido, resistido, e conseguido; que eu seja sempre a menina dos seus olhos.

À minha mãe, Tecia de Sousa Freitas Monteiro, que cuidou e cuida de mim, que me dar amor, que me dar a alegria, a paz e a força que eu preciso para poder viver. É tudo por ela! O amor maior que eu conheço. À você mamãe, minha gratidão cheia de amor e emoção, sem você nada disso seria possível, esse diploma que irei receber é seu também. Você me trouxe até aqui, essa conquista é nossa! Não vou me cansar de te agradecer, obrigada por tudo, você é o verdadeiro amor da minha vida.

Também agradeço e dedico aos meus entes queridos falecidos, meu pai Ubaldo Alves Monteiro, eu sei pai que você deve estar muito feliz por mim, eu posso sentir, obrigada por todo seu amor, ele vive e viverá para sempre dentro de mim. O amor não morre! Aos meus avós maternos Alexandre Canuto de Sousa e Teresinha de Freitas Lopes, que muito me ensinaram e me apoiaram, a minha avó paterna Maria das Neves (Nevinha) pelo seu carinho, e ao meu tio Alcides de Sousa Freitas, por todos os seus cuidados comigo e sua bondade para com todos.

Agradeço a minha família como um todo, à minha tia Tereza que costumo chama-la de tia tetê, pelo seu afeto, apoio, cuidado e atenção comigo. Muito obrigada! Gratidão também a minha prima Clara Taís, a irmã que meu coração escolheu, apesar de sermos tão diferentes, sempre permanecemos uma do lado da outra, nos piores e melhores momentos.

Agradeço também a minha tia Telma, que carinhosamente chamo de tirica, você é um ser iluminado titia, eu faria tudo por você! Obrigada pela calma que você

me transmite e pela paciência e enorme cuidado comigo. Ao meu tio Alexandre, obrigada por tudo que faz por nós, sua ajuda tem sido de grande valia nessa preciosa caminhada, conte comigo sempre tio. Ao meu tio Alberto, ao qual compartilho de algumas dores suas, isso tem amenizados nossas dores e as tornado suportáveis, tio, continue com sua fé, acreditando em Deus, e apesar de tudo, na vida. Torço sempre por você. Obrigada também a minha prima Sílvia Mendes, pelo apoio e pelo seu companheirismo.

À minha grande amiga Joyce Lara, eu não sei o que eu faria sem ela, chegamos juntas até aqui, e juntas nos formaremos. Gratidão “filinha”, você é o maior presente que o serviço social me deu; te conhecer através desse curso foi luz na minha vida, ganhei uma companheira de luta, de estágio, de rolês, de viagens, de lezeiras, de aventuras, de vida!!! Obrigada por existir, além de te amar eu te admiro!

Agradeço as minhas melhores amigas de sala, onde juntas formamos o grupo que chamamos de “gatinhas rojão”, Joyce, Giselly Cristina (Gi), Allyne Jales, e Rayanna Araujo, obrigada meninas, amo vocês! Gi, obrigada por ter permanecido presente ao longo toda essa caminhada, a calma que você passa me ajudou em muitos momentos da construção desse trabalho, sua amizade é muito valiosa pra mim. Obrigada aos componentes das gestões que participei no movimento estudantil, em especial a Doniêgo Lima e Luan Limeira. E também aos amigos que fiz nos espaços proporcionados pela ENESSO, especialmente Camila Mesquita, Raí Vieira, Higo Vasconcellos Juntos construímos o centro acadêmico de serviço social no CCJS, levantamos discussões para além da sala de aula, compartilhamos saberes, sonhamos juntos, e transformamos a nossa formação, deixando-a mais a cara da ENESSO, mais a nossa cara. Avante companheiros, a luta nunca para!

Aos grandes amigos que fiz na residência universitária, com os quais morei os 4 anos da minha graduação. A convivência diária com tantas pessoas diferentes me ensinou muito, eu sou grata também por essa experiência. Dos amigos que lá fiz quero agradecer em especial a Issis Madalena, Renequele, Maria Gabriela, Regiane Cravid, Milene Alves, Ana Paula, Suzana, Cléia, Valéria, Leidiane Torres, Mayara Rodrigues, Gessik Alanny, Liane Soraya, Raila Viana, Rafaela, Neiara Alencar, Ana Letícia, Raissa, Betiane, Aparecida, Jedyelen Sousa, Everton Barbosa, Isaac Gomes, Cleverton Ramos, Henrique, Alan, Anderson Vieira, Humberto, entre outros. Às Assistentes Sociais Mariana e Consuelo, à Francisco, que carinhosamente eu e os demais residentes chamamos de Tico, e agradeço também ao Psicólogo Talles Costa, por todo apoio e cuidado de todos vocês.

As minhas Queridas orientadoras! Sim, no plural, pois no decorrer do meu TCC, tive três orientadoras, e todas as três foram de fundamental importância, Cibelly Michallane, Paloma Jacome e Mayewe Elyenia. Obrigada a vocês, por construírem comigo esse trabalho, por acreditarem e não desistirem de mim. Vocês foram e são minha fonte de inspiração, profissionais e pessoas que eu admiro e quero levar como exemplo por onde eu caminhar.

Por fim, agradeço, a todos aqueles que sonharam junto comigo, a todos à aqueles que sonham e lutam por uma sociabilidade mais justa e igualitária, onde a saúde é prioridade, e é assegurada de acordo com a lei.

Sou simplesmente um homem para quem já a primeira e desolada pessoa do singular - foi deixando, devagar, sofredamente de ser, para transformar-se - muito mais sofredamente - na primeira e profunda pessoa do plural. Não importa que doa: é tempo de avançar de mão dada com quem vai no mesmo rumo, mesmo que longe ainda esteja de aprender a conjugar o verbo amar. É tempo sobretudo de deixar de ser apenas a solitária vanguarda de nós mesmos. Se trata de ir ao encontro. (Dura no peito, arde a límpida verdade dos nossos erros.) Se trata de abrir o rumo. Os que virão, serão povo, e saber serão, lutando.

Para os que virão - Thiago de Mello

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) versa sobre a atuação dos assistentes sociais em face da precarização da política da saúde no Hospital Regional de Sousa (RHS). Expõe a trajetória histórica da política de saúde, e discute a atuação profissional do assistente social na mesma, além de analisar essa atuação frente a um contexto de precarização da política debatida. Dessa forma, o objetivo geral do estudo foi analisar os limites e desafios da atuação profissional dos assistentes sociais no contexto de precarização da política da saúde no Hospital Regional de Sousa/PB, e de modo específico discutir sobre a política de saúde, enfatizando as suas peculiaridades no cenário contemporâneo; compreender a percepção dos/as assistentes sociais do RHS sobre os rebatimentos da precarização na atuação destes profissionais; discutir a respeito da inserção do Serviço Social na área da saúde; e desvelar quais são os desafios enfrentados pelos/as assistentes sociais inseridos/as no RHS. A investigação foi orientada pelo método crítico-dialético, contemplando a pesquisa bibliográfica e de campo. Ademais, qualifica-se como um estudo exploratório com uma abordagem qualitativa, cujo instrumento de coleta de dados foi um questionário com perguntas abertas e fechadas aplicado a profissionais Assistentes Sociais do hospital antes mencionado. Os resultados da análise demonstraram que a política de saúde no Brasil ainda não se desenvolve de forma satisfatória, pois são muitas as dificuldades que a rodeia, o que implica diretamente na atuação do Assistente Social, o qual acaba recebendo requisições que fogem às suas competências e atribuições. Diante disso, é preciso que os profissionais do serviço social lutem por ações que assegurem o direito ao acesso a saúde pública mais justa, universal, e integral. O estudo tem sua relevância, pois contribuirá para reflexões acerca da temática em um contexto de intensa precarização da política de saúde.

Palavras- chaves: Política de saúde. Atuação profissional. Serviço Social.

ABSTRACT

This Course Conclusion Paper deals with the role of social workers in the face of the precariousness of health policy in the Regional Hospital of Sousa (RHS). It exposes the historical trajectory of health policy, and discusses the professional work of the social worker in the same, besides analyzing this action against a context of precariousness of the politics debated. Thus, the general objective of the study was to analyze the limits and challenges of the professional performance of social workers in the context of precarious health policy in the Regional Hospital of Sousa / PB, and specifically to discuss health policy, emphasizing their peculiarities in the contemporary scenario; understand the perception of the social workers of HRS about the refusals of precariousness in the work of these professionals; discussing the insertion of Social Service in the area of health ; and to uncover the challenges faced by social workers in HRS. The research was guided by the critical-dialectical method, contemplating the bibliographical and field research. In addition, it qualifies as an exploratory study with a qualitative approach, whose instrument of data collection was a questionnaire with open and closed questions applied to Social Welfare professionals of the aforementioned hospital. The results of the analysis showed that the health policy in Brazil has not yet developed satisfactorily, since there are many difficulties that surround it, which directly implies the performance of the Social Worker, who ends up receiving requests that are beyond his / her competencies and attributions. Faced with this, it is necessary that social service professionals strive for actions that ensure the right to access to public health more just, universal, and integral. The study has its relevance, as it will contribute to reflections on the subject in a context of intense precarization of health policy.

Keywords: Health policy. Professional performance. Social service.

LISTA DE SIGLAS

CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
UFMG	Universidade Federal de Campina Grande
CCJS	Centro de Ciências Jurídicas e Sociais
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
ENESSO	Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social
HRS	Hospital Regional de Sousa
SUS	Sistema Único de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
CEBES	Centro Brasileiro de Saúde
FHC	Fernando Henrique Cardoso
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
DRU	Desvinculação de Receitas da União
FMI	Fundo Monetário Internacional
BM	Banco Mundial
CF	Constituição Federal
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensões
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
SESP	Serviço Especial de saúde Pública
PSF	Programa de Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1. CONTEXTUALIZAÇÃO SÓCIO – HISTÓRICA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	16
1.1. GÊNESE DA SAÚDE: das Santas Casas de Misericórdia a construção do Sistema Único de Saúde (SUS)	16
1.2. Delineamentos da política de saúde contemporânea	28
2. A ATUAÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE	34
2.1. Surgimento do Serviço Social na saúde	34
2.2. O serviço Social na saúde à luz dos parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na saúde	41
3. LIMITES E PERSPECTIVAS NA ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA – PB NO CONTEXTO DA PRECARIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA	46
3.1. Metodologia: o caminho percorrido no alcance da essência.....	46
3.2. A atuação dos Assistentes Sociais no Hospital Regional de Sousa e as implicações da precarização da política de saúde.....	50
CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS.....	59
ANEXO A	61
APÊNDICE A	66

INTRODUÇÃO

O assistente social é um profissional que atua na viabilização de serviços sociais para a população, na defesa dos direitos deste segmento. São vários os campos na sociedade que necessitam da atuação do/a assistente social, porém neste trabalho priorizamos o âmbito da saúde.

No que diz respeito a essa área, o profissional possui orientações específicas, que estão formuladas nos parâmetros para a atuação de assistentes sociais na política da saúde, que se estrutura como uma base para a intervenção dos/as assistentes sociais com orientações gerais para suas ações no respectivo campo. Além disso, a profissão baseia seu fazer profissional no seu código de ética e na sua Lei de regulamentação.

Os/as assistentes sociais vêm enfrentando muitos desafios quanto ao exercício profissional na política da saúde, pois esta, assim como outras, vem sofrendo efeitos precarizadores provenientes de sua mercantilização e privatização, o que afeta diretamente a atuação do/a assistente social, que encontra diversos limites para realizar sua intervenção na realidade social, principalmente no que diz respeito às suas condições de trabalho.

Um dos desafios que se coloca para os/as assistentes sociais que atuam na saúde é buscar defender o projeto de reforma sanitária, que é a favor da democratização do direito à saúde, construído desde da década de 1970, fazendo uma articulação com os demais profissionais da saúde, tendo em vista que a política da saúde vem perdendo seu caráter de direito público.

Em face desse quadro, é inegável que o Sistema Único de Saúde (SUS) encontra barreiras para ser efetivado. A sua defesa ao acesso integral, universal e gratuito, se contrapõe à realidade adversa que a sociedade vivencia no cenário contemporâneo, o qual é fortemente peculiarizado pela presença de um projeto privatista cada vez mais ativo e cruel. Portanto, defender a saúde enquanto direito do cidadão e dever do estado torna-se um grande desafio.

Diante do exposto, evidencia-se o embate entre dois projetos, o projeto que foi construído na década de 1980, o da reforma sanitária, versus o que surgiu na década

de 1990, o projeto hegemônico que articula a saúde ao mercado privado, ou seja, o projeto privatista neoliberal, em cuja tensão atua o Assistente Social.

Nessa perspectiva, nosso objetivo é analisar os limites e desafios da atuação profissional dos assistentes sociais no contexto de precarização da política da saúde no Hospital Regional de Sousa/PB, a partir dos seguintes objetivos específicos: analisar a política de saúde, enfatizando as suas peculiaridades no cenário contemporâneo; compreender a percepção dos/as assistentes sociais do HRS sobre os rebatimentos da precarização na atuação destes profissionais; discutir a respeito da inserção do Serviço Social na área da saúde; e desvelar quais são os desafios enfrentados pelos/as assistentes sociais inseridos/as no HRS.

Para o alcance dos objetivos supramencionados fizemos uso da pesquisa bibliográfica e do estudo de campo. A primeira junto a autores críticos da área da política de saúde e o segundo junto aos profissionais Assistentes Social do Hospital Regional de Sousa, lócus de nosso estudo, cujos dados foram colhidos através de questionário com questões abertas e fechadas. O estudo é exploratório, com uma abordagem qualitativa, tendo em vista o método que orientou todo o percurso do mesmo, desde a escolha do objeto - que se deu por meio da inserção em Estágio Supervisionado em Serviço Social no mencionado hospital, em oportunidade vislumbramos as dificuldades, possibilidades e desafios do Assistente Social na saúde em um contexto de precarização dessa política -, passando pelo levantamento dos objetivos, escolha de instrumentais e técnicas, análise dos dados coletados e exposição dos resultados neste TCC.

Nesse sentido, o nosso estudo está estruturado em três capítulos. O primeiro versa sobre a política de saúde brasileira, desde os seus surgimento até a contemporaneidade, destacando seu processo de precarização, bem como os desafios e as possibilidades da mesma no contexto atual.

O segundo trata da atuação do Assistente Social na saúde, como se deu seu processo de inserção nesse espaço sócio-ocupacional, bem como as formas de intervenção ao longo de sua história. Trata, ainda, da atuação profissional no contexto atual, destacando os parâmetros para essa atuação a partir das orientações do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS).

No terceiro capítulo, fazemos uma análise dos dados coletados na pesquisa de campo à luz das discussões realizadas nos capítulos anteriores, no sentido de dar

visibilidade as diversas dimensões da atuação do Assistente Social no Hospital Regional de Sousa, de forma a compreender essa atuação na sua relação com o universal, com a forma como a política de saúde tem tomado no contexto contemporâneo.

Desse modo, a atual conjuntura traz uma série de desafios aos assistentes sociais, requerendo de forma cada vez mais premente uma intervenção profissional calcada nos pressupostos teórico metodológicos, ético políticos e técnico operativos, defendidos pelo projeto ético político hegemônico na categoria profissional.

É estudo de relevância para a categoria profissional, pois permite aos profissionais fazer uma reflexão sobre prática profissional na área debatida, no sentido de apreender as dificuldades e desafios que a rodeiam, e com isso buscar descobrir possibilidades de romper as barreiras impostas a consolidação da política de saúde, assim os profissionais também estarão contribuindo para a qualificação da sua prática profissional.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO SÓCIO – HISTÓRICA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

1.1. GÊNESE DA SAÚDE: das Santas Casas de Misericórdia a construção do Sistema Único de Saúde (SUS)

A saúde é um direito imprescindível a todos os cidadãos e um dever do Estado. Porém, antes de ser concebida dessa forma era ofertada a uma pequena parcela da população, ou seja, apenas a quem possuía condições de pagar, pois não se configurava como direito universal, já o restante da população considerada pobre, vivia em condições precárias de vida e sua saúde dependia da caridade cristã. (FILHO, 2006)

É fundamental discutirmos todo o processo que a política da saúde percorreu até que se chegasse a sua atual formulação, estruturada pelo Sistema único de Saúde (SUS). Para que assim se possa entender porque o SUS representa um marco e uma conquista para a saúde pública.

Quando o Brasil foi descoberto, em 1500, a primeira impressão foi que parecia ser um paraíso, livre de enfermidades, pois os índios aparentavam serem saudáveis, e pareciam não conviverem com doenças. Mas, logo essa impressão, foi desmanchada e a realidade veio à tona, pois na verdade o Brasil escondia múltiplas enfermidades e os índios não gozavam de tanta saúde como se pensou.

No início da colonização das novas terras, houve um receio enorme por parte de Portugal para se colonizar o Brasil, apesar de que no século XVI foram requisitados cargos, chamados de físico mor e cirurgião mor, por Portugal. Tais cargos correspondiam a médicos que seriam encarregados de cuidarem da saúde da população, porém quase nenhum médico se disponibilizava para vir para o Brasil, pois estavam assustados com os desafios que imaginavam que encontrar para desempenharem sua função, além do alto grau de enfermidades disseminadas no país (FILHO, 2006).

Sendo assim, os médicos que se deslocavam para o Brasil, enfrentavam muitas dificuldades, pois teriam que lidar com as doenças, em meio a uma grande pobreza

da maior parte da população, que não possuía condições de pagar pelos seus serviços, além disso havia o medo que as pessoas tinham dos tratamentos e o pouco conhecimento do imenso território brasileiro. É evidente que os tratamentos poderiam ser arriscados, tendo em vista que o estudo da medicina estava apenas começando (FILHO, 2006).

Portanto, nessa época, as dificuldades referentes aos cuidados com a saúde, eram bastante graves, o que predominava era a alternativa de recorrer a curandeiros para tratar das doenças (FILHO, 2006).

Em tempos de epidemia a situação ficava ainda mais preocupante, pois naquela época em que o Brasil estava sendo colonizado, os médicos e os curadores tinham muito o que fazer diante da situação, tendo em vista que não se conhecia muito sobre as doenças, principalmente as doenças infecto-contagiosas, muito recorrentes naquele contexto.

Tal contexto apresentou algumas mudanças a partir de 1808, com a vinda da família real pra o Brasil. Na busca pela melhoria do atendimento foram criadas as primeiras escolas de medicina do Brasil, sendo uma localizada no Rio de Janeiro e a outra na Bahia. A partir daí surgiu a Imperial Academia de Medicina, que era uma espécie de consultoria do imperador, em assuntos referentes a saúde pública. Na mesma época houve a criação da Junta de Higiene Pública¹ e Também surgiram questionamentos sobre como se davam as contaminações. Sendo assim, os médicos buscavam respostas para isso, e estabeleciam medidas para investigar, sendo realizadas inspetorias nos portos, pois haviam suspeitas de que os navios que vinham com estrangeiros traziam enfermos (FILHO, 2006).

O estudo da medicina estava apenas começando, mas como resultado dos primeiros esforços veio a produção de determinadas vacinas, por exemplo. Claro que naquela época as primeiras descobertas eram insuficientes, diante da imensa fragilidade da saúde da população. Todavia, aqueles que não possuíam condições de pagar por uma assistência médica eram atendidos por curandeiros, ou pelas Santas Casas de misericórdia, que expressavam iniciativas da igreja católica de buscar atender os enfermos, especialmente os mais pobres.

¹ Conforme Cabral (2014), a Junta de Higiene Pública era responsável pelo estabelecimento de medidas que defendessem a saúde da população nas cidades, assim como também uma ação de policiamento médico, realizando inspetoria em qualquer lugar que pudesse causar algum dano a saúde pública.

Diante dessa realidade, é possível constatar o quanto as medidas sanitárias eram frágeis. A própria população precisava lutar pela sua saúde, tendo em vista que tal questão não era considerada uma prioridade do governo e nem muito menos era vista como um direito do indivíduo.

Sendo assim, o caminho mais certo para os pobres que estivessem acometidos por uma doença grave era a morte. Dessa forma, o fim do império foi marcado por uma organização sanitária precária, incapaz de responder os graves problemas de saúde da época (FILHO, 2006).

Os estudos referentes a medicina no decorrer da república velha mais precisamente entre 1889 a 1930 foram pouco a pouco se aprimorando, emergindo novas ideias, e novos conceitos que justificariam as epidemias. Os avanços também deram lugar para o surgimento da medicina pública conhecida por saúde pública, através de um longo processo, que se materializou numa área científica que visava o estudo e a prevenção das doenças. Buscavam-se a reorganização dos serviços de saúde, porém tais serviços pouco vinham fazendo para melhorar a saúde da população, sendo assim era fácil torna-se alvo de grandes críticas oriundas do povo e até das próprias autoridades. Dessa forma, os serviços de saúde, não vinham obtendo nenhum êxito no início da República, e as epidemias de doenças como varíola, voltavam a assombrar (FILHO, 2006).

De forma paulatina e controlista, o Estado assume os cuidados com a atenção a saúde, sobretudo por meio de campanhas sanitárias, com ênfase nas vacinas.

Apesar das repetidas promessas oficiais de criar condições para a melhoria do padrão de vida da população, na verdade o estado acaba privilegiando os investimentos na expansão da produção. Com isso, beneficia muito mais a elite econômica do que a parcela mais pobre da sociedade (FILHO, 2006, p.15).

A ação do Estado não se distancia muito do que é vivenciado hoje, onde as desigualdades sociais marcam a realidade da sociedade e a divide, privilegiando uns, enquanto outros vivem em condições precárias de vida. Devido a isso, é extremamente difícil evitar que grande parte da população adoença, pois a saúde está ligada a sua qualidade de vida, e se ela vive mal, conseqüentemente a saúde também não estará bem.

No início do período republicano, começou-se a se fazer muitas campanhas sanitárias, mas mesmo assim a saúde era tratada como caso de polícia e seus problemas não eram considerados como questão social ². Mesmo que de forma controladora o Estado revela seus primeiros passos em direção a sua intervenção no tocante questão da saúde pública no Brasil, intitulando-se um mediador entre as classes sociais, mas vale salientar que seu intuito maior era disseminar a continuidade da ordem capitalista, e para isso precisava conter a classe trabalhadora, por meio de medidas paliativas.

A década de 1930, foi marcada pelo aprofundamento da intervenção do Estado na saúde, momento em que se evidencia, ainda que forma meramente incipiente, a intervenção do Estado. Esse fato se deu devido as transformações ocorridas nesse período, como o processo de industrialização e o avanço no mundo do trabalho, indicando aparecimento do trabalho assalariado. A partir daí, a saúde passa a ser tratada como questão social (BRAVO, 2009)

Vale destacar que os serviços médicos para os/as trabalhadores/as dentro das empresas já haviam sido iniciados, através da lei Elói Chaves³, dando origem as Caixas de Aposentadorias e Pensões, sinalizando o início da Previdência Social Brasileira, onde os/as trabalhadores/as ligados/as a elas recebiam assistência médica, com predomínio a assistência curativa, também era fornecido inicialmente aposentadoria por invalidez ou morte, assim como a pensão aos dependentes do/a segurado/a.

É notório que a conjuntura da década de 1930, trouxe grandes transformações para a sociedade. Tais mudanças atingiram a área da saúde, e possibilitaram de certa forma avanços para esse setor. Nesse sentido, é importante refletir as consequências do governo de Getúlio Vargas, que se iniciou nessa mesma década e se estendeu até 1964.

² Segundo Iamamoto a Questão Social se define como sendo um conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho se torna mais amplamente social, enquanto a apropriação de seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade. (IAMAMOTO, 2007).

³ Segundo Medeiros (2010), a "Lei Elói Chaves surgiu da necessidade de atenção à saúde do trabalhador, naquela época operários já se organizavam no intuito de reclamarem por alguma assistência médica, a partir daí a referida lei passa a estabelecer uma legislação trabalhista que assegurasse medidas de saúde para os/as operários/as. A lei marca a criação das Caixas de Aposentadorias, e vale destacar que inicialmente as medidas previdenciárias eram destinadas ao setor ferroviário".

Quando Vargas chegou a presidência, deparou-se com muitas reivindicações sociais, pois a população cobrava do Estado respostas diante dos graves problemas de saúde e das precárias condições de vida enfrentadas. Tal problemática já vinha se reproduzindo desde a década de 1920, e necessitava de respostas diferentes do que se costuma ser feito naquela época. A saúde precisava ser atendida de forma organizada, e se fazia necessário que o Estado intervisse, e passasse a reconhecê-la como uma questão política.

Destarte, o Estado assume o compromisso de prover o que ele julgava necessário a saúde dos indivíduos. Vale salientar que o presidente Vargas adotou políticas sociais frente as questões sanitárias, com o intuito de conter as reivindicações sociais, assim, a medida que conseguia o apoio social do povo, fortalecia seu governo autoritário, direcionando e controlando os serviços de saúde, de acordo com seus interesses (FILHO, 2006).

Nesse sentido, na década de 1930, surgiu o Ministério da Educação e da Saúde Pública com o objetivo de reformar os serviços para melhor controlá-los. As reformas do governo fizeram com que os serviços de saúde passassem a ser organizados de forma centralizada; os médicos não tinham mais voz quanto as questões sanitárias, e qualquer espécie de crítica era combatida pelo governo de forma autoritária (FILHO, 2006).

Porém, o então Presidente também incorporou uma legislação que assegurasse maiores direitos para os trabalhadores, com a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que se desenvolveram como uma expansão da medicina previdenciária, expandindo a assistência médica a um número maior de trabalhadores/as.

No que diz respeito a medicina previdenciária, referenciada pelas CAPs e IAPs, é importante salientar que apenas os/as trabalhadores/as que possuíam carteira assinada podiam ter acesso a assistência médica proveniente da previdência social. Nesse sentido, trabalhadores/as que não estivessem inseridos/as no mercado de trabalho formal, teriam que pagar ou buscar instituições filantrópicas para terem acesso a serviços médicos.

Contudo, as transformações oriundas do governo de Vargas, eram insuficientes perante o quadro de insalubridade do Brasil. Os serviços de saúde eram ofertados de forma bastante básica e mínima diante da demanda. E, embora, o presidente tenha

atribuído ao Estado o compromisso de zelar pelo bem estar sanitário da população, na realidade isso acontecia de forma bastante precária, pois a preocupação central não consistia em resolver os graves problemas sanitários, mas sim em industrializar cada vez mais o país, respondendo minimamente a problemática referente a saúde pública.

Assim, a saúde através do poder público se dividiu por três caminhos, a medicina previdenciária, saúde pública, e medicina do trabalho. Posteriormente, foi fundado o Ministério da Saúde em 1956, centralizando a organização da saúde pública, assim o combate a determinadas doenças recebiam serviços de forma específica. Além disso, também surgiu o Serviço Especial de saúde Pública⁴ (SESP) e foi dada atenção ao quadro de doenças das áreas rurais.

Tendo em vista todo esse contexto, a política de saúde estava centrada principalmente na saúde pública e na previdenciária. É evidente que cada setor possui suas particularidades e trata a saúde de uma forma diferente. A saúde pública enfrentou e enfrenta diversas dificuldades quanto a consolidação das suas ações, mesmo assim se manteve por alguns anos à frente da previdenciária.

Assim, com o forte incentivo ao setor privado foi sendo construída a medicina previdenciária, alcançando novos patamares, e obtendo cada vez mais destaque.

É claro que o setor da saúde pública não se integrava com os demais setores pertencentes a medicina previdenciária e a saúde do trabalhador. Dessa forma, a organização dos serviços destinados a saúde, possuía na época vários meios, e era bastante fragmentada. Como sintetiza Paim (2009, p.31):

Assim, a organização dos serviços da saúde no Brasil antes do SUS vivia em mundos separados: de um lado, as ações voltadas para a prevenção, o ambiente e coletividade, conhecidas como saúde pública, de outro, a saúde do trabalhador, inserida no ministério do trabalho, e, ainda as ações curativas e individuais, integrando a medicina previdenciária e as modalidades de assistência médica liberal, filantrópica e progressivamente, empresarial.

Gradativamente, as doenças foram se modificando, pois antes predominavam as doenças infecciosas ou parasitais, mas seus índices de mortalidade diminuíram,

⁴ O SESP foi criado com a intenção de ser um órgão que estabelecia uma parceria entre o governo brasileiro e o governo norte americano. Onde foram desenvolvidas várias medidas sanitárias pelo país com o apoio norte americano, que passou a ser essa ponte de influência após o Brasil, ter se declarado seu aliado na segunda Guerra Mundial (MARTINHO, 2007).

predominado as doenças crônicas, do coração. Enquanto isso, a saúde pública avançava no ramo farmacêutico e também em relação aos equipamentos.

A era Vargas caracterizou-se por seu perfil nacionalista e autoritário. Com o fim do seu regime autoritário, ao mesmo tempo em que se tentou buscar no país espaço para uma redemocratização do poder, a realidade posta e as práticas políticas desse governo culminavam para o regime ditatorial.

A Ditadura Militar correspondeu um período marcado pela total repressão política e policial. Ela se estruturou em primeiro de abril do ano de 1964, quando os militares chegaram ao poder, através de um golpe militar anticomunista.

Nesse contexto, foi organizada uma forte centralização do poder, onde os direitos humanos eram fortemente desrespeitados, onde aqueles/as que lutavam por melhores condições de vida eram repreendidos, torturado/as e até assassinados/as.

A saúde pública, naquela conjuntura, foi praticamente abandonada, havendo grandes desvios e redução quanto às verbas destinadas a tal política, em decorrência do incentivo ao modelo de medicina privada (FILHO, 2006).

Diante desse quadro social, a saúde pública passava por um momento crítico, onde era perceptível a sua degradação, haja vista que o Estado buscava a todo custo burocratizar a saúde, pois seu interesse estava centrado em legitimar o Regime Militar, com isso a assistência à saúde não estava pautada na perspectiva do coletivo, pelo contrário, buscava o fortalecimento da acumulação capitalista.

Em face dessa essa catastrófica realidade, o grau de enfermidades se intensificou, e os problemas de saúde aumentavam à medida que em tempos de epidemia se usava a censura para qualquer forma de comunicação que denunciasse o perigo do quadro epidêmico.

Apenas quando o quadro se intensificou, causando riscos de transmissão para a classe média, foi providenciada a vacinação devido ao assustador aumento de mortalidade por uma determinada doença epidêmica chamada de meningite ⁵. Contudo, o medo pairava sobre a população principalmente os mais pobres, que tinha suas condições de saúde e conseqüentemente de vida terrivelmente agravadas.

⁵ Essa doença se manifesta através de uma inflamação das meninges (membranas que envolvem o cérebro) que pode ser causada por infecções bacterianas ou também intoxicação, se não for tratada a doença pode levar o paciente a morte (FILHO, 2006).

É dentro desse contexto que a área da saúde é direcionada a assumir características provenientes do capitalismo, que privilegiava a natureza privada, seguindo os avanços industriais e tecnológicos. Porém, vale destacar que a organização do atendimento médico ligado ao privado já estava formada na década de 1950. Contudo, esse processo foi intensificado na Ditadura Militar.

Nesse sentido, se iniciou a estruturação das empresas de medicina privada, e em 1966 a medicina previdenciária vem sobrepor a saúde pública, somando avanços como a expansão da sua cobertura incluído direitos para os trabalhadores rurais, por exemplo (BRAVO, 2009).

Desse modo, a política de saúde pública nacional encontrava muitas dificuldades para desempenhar suas ações, pois era extremamente adverso ampliar seus serviços num contexto de incentivo a privatização, além disso os recursos financeiros para o público foram reduzidos consideravelmente, pois a saúde não era reconhecida como um direito, mas como uma benesse promovida pelo Estado.

Portanto, a assistência à saúde não era uma prioridade do governo. A prioridade era a expansão do capital, da economia. Além disso, a medicina foi muito ligada ao empresariamento, e também a política de privatização estava presente cada vez mais constante nessa área. Assim, nas décadas de 1970 para 1980 já eram comercializados vários serviços e planos de saúde pelo mercado (PAIM, 2009).

Dessa forma, a relação da sociedade civil com o governo era conturbada, sendo necessárias mediações para conter as reivindicações populares. Em função disso, o governo vai efetivando aos poucos as políticas sociais. E algumas medidas de saúde pública estavam sendo recuperadas e, mesmo que de forma limitada, foram sendo conquistados alguns avanços. É nesse contexto que surge a Política Nacional de Saúde, com a promessa de trazer serviços mais eficientes e também mais baratos.

Contudo, apesar de algumas medidas, como a distribuição de medicamentos, programas para controle e atendimento de doenças de grupos específicos, a saúde pública não evoluía de forma satisfatória, mas sim precarizada, o que prevalecia era o predomínio da medicina previdenciária. Ou seja, a política de saúde ligada a fins lucrativos se desenvolvia de forma mais ampliada de modo a abranger mais segurados, além de expandir os serviços privados, de acordo com os interesses do capital, a exemplo das relações com indústrias farmacêuticas.

É diante do que foi exposto sobre esse momento que se estabelece uma tensão entre a classe dominante que detinham o poder, a medicina empresarial e as reivindicações da população por melhores condições de saúde. É nesse contexto que vai emergir o Movimento de Reforma Sanitária, com a proposta de lutar pela democratização da saúde, esse movimento foi organizado pelo povo e por profissionais da saúde, que buscavam uma política de saúde democrática, pública e justa.

A década de 1980 vem anunciar um novo período de transformações políticas e, conseqüentemente para as políticas públicas. O modelo ditatorial apresentava-se falho, o que acarretou numa crise econômica para o Brasil, além disso, o país presenciou um processo de redemocratização política, sinalizando uma superação do regime militar, porém, esse processo não se dá de forma imediata (BRAVO, 2006).

A respectiva década também é marcada por um amplo debate sobre a política nacional de saúde de forma a incorporar a saúde à democracia, a discussão buscou reorganizar a política de saúde, onde a universalização do acesso, se expressava em algumas das propostas discutidas e defendidas.

É evidente que buscar democratizar o Brasil naquela época se expressava como um grande desafio. Porém, a ampla discussão de uma reforma no setor da saúde, trazida pelo Movimento de Reforma Sanitária, marcou os primeiros moldes de mudanças que trariam uma nova dimensão para a área.

É imprescindível debater a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília, Distrito Federal. Contendo o seguinte temários: I - A saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; II – Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; III – Financiamento setorial. Tal conferência contou com a presença de quatro mil e quinhentas pessoas, e se constituiu um marco que introduziu a sociedade no cenário da discussão referente a saúde. Os debates alcançaram dimensões maiores e envolveram as entidades representativas como moradores, sindicatos, associações de profissionais, partidos políticos, e parlamento. Dessa forma O debate a respeito da saúde, propõe não só o sistema único mas também a reforma sanitária (BRAVO, 2009).

Sendo assim, a Constituição Federal de 1988 atendeu a maior parte das reivindicações do movimento sanitário, oficializando a saúde como um direito universal, e dever do estado, onde as suas ações e seus serviços passaram a ser de

relevância pública, constituindo o sistema único de saúde, integrando todos os serviços em uma rede regionalizada, hierarquizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade. Assim como também a participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser de forma complementar, de preferência com as entidades filantrópicas. E por fim a proibição de comercialização de sangue e seus derivados.

Através do movimento sanitário pretendeu-se encontrar proposituras e respostas para os constantes problemas da política de saúde. A partir daí, a concepção de saúde foi expandida, alcançando debates no Congresso Nacional, que possibilitaram após um processo de lutas e acordos, a institucionalização da saúde como um direito social e dever do Estado. E também a implantação do que hoje conhecemos como SUS (Sistema Único de Saúde).

Ressalta-se que a construção do SUS, obviamente, se deu como fruto do Movimento de Reforma Sanitária, o qual culminou em uma série de mudanças para a política de saúde brasileira, mudanças às quais foram incorporadas pela Constituição Federal de 1988 (CF/88).

A referida Constituição representou uma grande evolução no campo dos direitos sociais, incorporando à área da saúde vários direitos que buscavam democratizar e fortalecer a saúde pública.

Nesse sentido Bravo ressalta que:

A mudança do arcabouço e das práticas institucionais foi realizada através de algumas medidas que visavam o fortalecimento do setor público e a universalização do atendimento; a redução do papel do setor privado na prestação de serviços à saúde, a descentralização política e administração do processo decisório da política de saúde e a execução dos serviços ao nível, que culminou com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS em 1987 e depois em 1988, SUS (Sistema Único de Saúde), passo mais avançado na reformulação administrativa no setor (BRAVO, 2009, p.98).

É importante salientar que o SUS emergiu em meio a um contexto de intensas reivindicações da sociedade civil, por meio da organização dos Movimentos Sociais⁶,

⁶ Os movimentos sociais, podem ser caracterizados por meio de uma articulação entre grupos sociais que compartilham o mesmo posicionamento ou pensamento sobre uma dada realidade e que se

onde o objetivo consistia na democratização da saúde, através da reforma sanitária. A partir daí, o SUS foi criado e implantado, representando um marco histórico para a sociedade brasileira.

Sendo assim, evidencia-se que um longo caminho foi percorrido até que a saúde fosse finalmente reconhecida como direito social, e a Constituição de 1988 exerceu papel essencial nesse feito.

A CF/88 estabelece que a saúde é um direito do cidadão e dever do Estado, se configurando como uma conquista inédita na história da política da saúde do Brasil, onde o Estado possui o dever de desenvolver ações que objetivem a redução de doenças, proporcionando também o acesso da população a serviços de proteção, recuperação e promoção da saúde, condizendo esse acesso por meio da equidade, universalidade e integralidade, princípios básicos do SUS.

É interessante notar, apesar do SUS se configurar como uma política pública universal de responsabilidade do Estado, a assistência à saúde é livre a iniciativa privada, porém, esta deve se dar em caráter complementar. Porém, na prática há problemas significativos quanto a isso.

Esclarecidos esses aspectos, se faz necessário entender como se dá a organização do Sistema Único de Saúde, onde seu funcionamento se dá por meio de uma rede descentralizada, regionalizada, com atendimento integral para a comunidade e a participação da mesma, como uma forma de democratizar os serviços.

Na perspectiva de estabelecer o desenvolvimento do SUS, foram criadas no ano de 1990, a Lei Orgânica da Saúde (8.080/90) responsável pela regulamentação dos serviços de saúde no Brasil, e a lei 8.142/90, a qual define a participação da comunidade na gestão do SUS. Tais leis enfatizam que o SUS, se configura como:

O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS) (Lei nº8.080/90).

No entanto, apesar dos avanços, a implantação do projeto de reforma sanitária enfrentou diversas resistências e dificuldades. Após a Constituição, as leis na prática não encontravam meios favoráveis para se efetivarem, tendo em vista o forte incentivo ao setor privado de saúde, assim como também a fragilidade do setor público e das medidas de reforma.

Inaugurando os anos 1990, o Brasil se depara com ajustes provenientes da política neoliberal, sob a influência do neoliberalismo, e com isso o redirecionamento do papel do Estado. Onde em função dessa política neoliberal o Estado é desviado de suas funções básicas, sendo definido como regulador e não mais responsável de forma direta pelo desenvolvimento social e econômico, passando para o setor privado as ações que antes eram de sua inteira responsabilidade, como forma de fortalecer o privado em detrimento do público (BRAVO, 2009).

Dessa forma, são desenvolvidas políticas de ajuste que provê o mínimo de assistência médica para a sociedade, incentivando a procura de serviços privados, isso se configura na contra reforma do Estado⁷.

Assim, as políticas públicas comprometidas com os direitos sociais estabelecidos constitucionalmente não são desenvolvidas como devem ser. É em meio a esse contexto que se consolida o projeto de saúde vinculado ao mercado, o projeto privatista, que obedece às leis do mercado, ou seja, o projeto neoliberal.

Portanto, fica claro o embate existente entre os dois projetos, o projeto que foi construído na década de 1980, o da reforma sanitária, versus o que surgiu na década de 1990, o projeto hegemônico que articula a saúde ao mercado privado, o projeto mercadológico (BRAVO, 2009). É interessante notar que é esse projeto que vem adquirindo muito mais ênfase na contemporaneidade, em decorrência da forte investida da política neoliberal, a qual promove a precarização do público em detrimento do privado.

⁷ A reforma do estado ou contrarreforma é uma estratégia que tem como tese que o estado deve desviar-se de suas funções básicas ao prover uma ampliação no setor produtivo, colocando em combate o modelo econômico vigente. Resumindo a contra - reforma propõe que o estado deixe de ser o real e direto responsável pelo desenvolvimento social e econômico para torna-se apenas o regulador e promotor, transmitindo as atividades que antes eram suas para o setor privado. Ou seja o plano em questão consiste em ter como principal inovação a criação de uma esfera pública não estatal que, exercendo funções públicas , devem fazê-lo acatar as leis do mercado (BRAVO, 2009).

1.2. Delineamentos da política de saúde contemporânea

Para que se possa analisar a saúde na atual conjuntura, é necessário entender que a sociedade brasileira após a década de 1990, irá vivenciar os impactos da hegemonia da política neoliberal, causando uma intensa dualidade entre o projeto privatista e o de reforma sanitária. Vale ressaltar, conforme mencionado acima, que o projeto privatista irá se destacar em decorrência da implementação e fortalecimento cabal da deletéria política neoliberal.

Considerando o contexto histórico recente da política de saúde, é imprescindível abordar o governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva que iniciou-se em 2003 e durou até 2011, conhecido popularmente como governo Lula, enfatizando os seus feitos para a saúde.

Quando Lula chegou ao poder, o Brasil já se encontrava sob o domínio da política neoliberal, e as políticas econômicas dominavam as políticas sociais, reduzindo gastos na área de saúde pública, assim como em todas as políticas públicas, ferindo e usurpando direitos (BRAVO, 2009).

O referido Presidente, antes de ingressar no poder, foi um defensor dos movimentos sociais e da classe trabalhadora, esse fato explicava sua popularidade perante a população. Sendo assim, a sua chegada ao poder se configurou como um acontecimento histórico, pois pela primeira vez um representante do povo, chegaria ao poder.

Havia uma forte expectativa popular de mudanças, a partir da eleição do referido governo. Esperava-se que ocorresse o enfrentamento às políticas de ajuste neoliberal, e que se fosse focado no projeto democrático, em prol da efetivação das políticas sociais comprometidas com os direitos dos indivíduos. Porém, tal governo que prometia um caráter popular democrático, na prática, não imprimiu essa direção, pois Lula ao chegar ao poder deu continuidade à contra reforma do Estado, seguindo os passos do antigo presidente Fernando Henrique Cardoso onde se pode observar a ampliação do setor privado, sucateamento do setor público e agressão aos direitos sociais (BRAVO; MENEZES, 2011).

O governo Lula despertou esperanças de fortalecimento do projeto da reforma sanitária. No entanto, essas esperanças foram frustradas, pois o seu governo manteve a divisão entre os dois projetos, fortalecendo, portanto, o projeto privatista, e por outro lado alimentando, mesmo que em proporção menor e de forma precarizada o projeto

de reforma sanitária. Assim, o governo estabelece relação com os dois projetos citados.

Apesar do rumo que o governo Lula tomou no seu primeiro mandato, que acabou sendo contrária a sua promessa de defesa da saúde como direito fundamental, foram desenvolvidos avanços na política de saúde, que diante da demanda, ainda eram considerados insuficientes, mas relevantes considerando os preocupantes delineamentos que a política de saúde brasileira vinha sofrendo nos governos anteriores.

Nesse período, se configurou como avanço, o reaparecimento da concepção de reforma sanitária, que havia sido esquecido no decorrer da década de 1990. Vale destacar como outras inovações no setor, a criação de da Secretaria de Gestão de Trabalho, no intuito de valorar o trabalho do setor buscando regulamentar as profissões da área, assim como também a criação da Secretaria de Atenção à Saúde, e a Secretaria de Gestão Participativa, reorganizando a atenção básica, e ampliando a participação da sociedade civil respectivamente (BRAVO, 2009).

Quanto a atenção básica houve a promessa de fortalecer o Programa de Saúde da Família (PSF), tal programa atende as necessidades básicas de saúde da comunidade, e seu atendimento se daria de forma mais próxima aos sujeitos sociais. Entretanto, tal programa vem sendo atingido pela política de focalização do governo, dessa forma o ferindo o princípio da universalidade do SUS.

É importante destacar que o PSF passou a ser ESF (Estratégia Saúde da família) a partir do ano de 2006 através da portaria Nº 648. Essa substituição se deu pelo fato de que a denominação programa indicar uma ideia de algo que tem um início e um fim já estratégia indica uma continuidade, tendo em vista que o processo de organização da atenção básica a saúde se dá de forma contínua.

Vale destacar outras medidas tomadas na política de saúde durante o governo Lula, a exemplo do surgimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), responsável pelo atendimento urgente de atenção pré-hospitalar e a criação de Farmácias Populares⁸.

⁸ De acordo com o Ministério da Saúde, as Farmácias populares foram iniciativas que visaram a disponibilização de remédios, referente as principais doenças da população, por um baixo custo, com uma considerável redução em relação ao preço de mercado. Dessa modo, buscou-se ampliar o acesso aos medicamentos mais comuns. Porém, cabe enfatizar que mesmo tal programa se configurando como uma iniciativa importante, contradiz o princípio da integralidade assegurado pelo SUS, uma vez que este princípio assegura a assistência farmacêutica de forma gratuita.

Nesse momento do governo também ocorreu a realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde, que procurou discutir os problemas que rodeavam o SUS, debatendo os desafios para efetivação. Apesar de promover um debate sobre as principais problemáticas ligadas a qualidade e a forma que os serviços de saúde são ofertados, a conferência não obteve o efeito desejado, pois suas discussões não foram efetivadas na prática.

A 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) teve como objetivo definir orientações para o plano plurianual de saúde do governo e as principais diretrizes a serem incorporadas ao sistema de saúde. Como estratégia central da mesma foi ressaltada a necessidade de equacionar os graves problemas do SUS com destaque para a área de recursos humanos e qualidade dos serviços.

Como instrumento de mobilização da conferência foi elaborado um documento preliminar a ser discutido nas conferências municipais e estaduais contendo dez (10) eixos temáticos: Direito à Saúde; A Seguridade Social e a Saúde; A Intersetorialidade das Ações de Saúde; As Três Esferas de Governo e a Construção do SUS; A Organização da Atenção à Saúde; O Trabalho na Saúde; Gestão Participativa; Ciência e Tecnologia e a Saúde; O Financiamento do SUS; Informações, Informática e Comunicação. Merece reflexão alguns aspectos observados na realização da conferência. A mesma não ampliou o número de participantes e nem avançou no fortalecimento da Reforma Sanitária. A expectativa em torno da 12ª CNS é que a mesma fosse um marco significativo com relação as anteriores e tivesse a mesma importância da 8ª CNS, ocorrida em 1986.

O NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) é uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família, das Equipes de Atenção Básica para populações específicas, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes.

Criado com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, o NASF deve buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários e ambientais dentro dos territórios. Contudo, apesar da criação de

novos programas, na perspectiva da reorganização do SUS, o que se constata, conforme Bravo (2009), são as várias formas de continuidade e fortalecimento da política consolidada nos anos de 1990, caracterizada pela precarização da política da saúde, terceirização dos profissionais e dos serviços, diminuição de gastos e desfinanciamento do setor público de saúde.

Nessa perspectiva, no seu segundo mandato, a conduta governamental se encontrava distante dos princípios do projeto de reforma sanitária, ocorrendo mais cortes de gastos com a saúde. Assim, as ações dos programas continuam se desenvolvendo de forma fragmentada, pois o grande foco continua sendo as políticas macroeconômicas.

Desse modo, evidencia-se que o modelo de SUS defendido pelo projeto sanitário, na prática, se depara com uma realidade diferente em relação ao que se encontra prescrito na Constituição.

Portanto, o governo Lula, centrou suas ações de forma a manter, a polaridade de interesses entre o setor privado empresarial e o setor público de saúde. Contudo, o que se pode verificar é que o projeto mercadológico vem ganhando mais forças, enquanto que o projeto constitucional do SUS se atém a uma política de saúde mínima, com atendimento centrado na vulnerabilidade, se distanciando da proposta de um sistema universal e integral, conforme preconizado pela referida Constituição.

Após os dois mandatos de Lula, Dilma Rousseff assume o poder, a primeira mulher a chegar à Presidência da República. Suas promessas quanto a política de saúde se centraram na consolidação do SUS, e em buscar assegurar qualidade aos serviços ofertados por tal política.

Em se tratando das medidas do seu governo, é necessário primeiro destacar que há permanência da vinculação da saúde à área privada, onde novas parcerias com o setor privado vão se estruturando. Nesse sentido, é visto o crescimento de organizações de gestões pautadas na privatização da saúde, com isso muitos dos problemas que assombravam o SUS, continuam gerando preocupação e se intensificando.

As novas ações da Presidente para o setor centraram-se na atenção à saúde da mulher e da criança, desde o cuidado com a prevenção e tratamento de doenças de colo do útero, como também a criação do Programa Rede Cegonha, voltado para o cuidado especial com a gestante, e com a criança nos seus primeiros anos. Outro

feito objetivou expandir o programa farmácia popular, através da distribuição de medicamentos para diabetes e hipertensão de forma gratuita; e destaca-se também a instalação das Unidades de Pronto- Atendimento 24 horas (UPAS), relacionadas a um atendimento emergencial influenciado pelo modelo hospitalar (BRAVO, MENESES, 2011).

Outro marco da gestão Dilma que merece destaque é o programa Mais Médicos. A criação do programa buscou o fortalecimento da assistência básica de saúde, através da iniciativa de levar mais médicos brasileiros ou estrangeiros para as regiões do Brasil onde predominam a escassez desses profissionais.

Os/as profissionais selecionados/as participam de residência médica e outras atividades que oferecem um preparo maior, bem como objetiva possibilitar que os/as mesmos/as tomem maior conhecimento sobre a realidade da saúde brasileira. Além de buscar qualificar os profissionais, a proposta do referido programa é também fortalecer as unidades básicas de saúde.

Contudo, a avaliação que se faz da política de saúde dos governos recentes, é que há uma tendência a privatização e precarização da política de saúde. Esse fato se dá pela forte subordinação à lógica do capital financeiro, que prioriza a política macroeconômica e desmonta a proteção social brasileira. Dessa forma, a medicina voltada para o mercado se amplia, ferindo a concepção de direito à saúde.

Essa realidade fere os princípios e a concepção do Sistema Único de Saúde público, integral, gratuito e de qualidade, construído pelo projeto de reforma sanitária, e assegurado por lei.

É importante abordar que no ano de 2016, um processo de impeachment afastou a Presidente Dilma do governo, passando a assumir o seu vice, Michel Temer. As primeiras ações trouxeram preocupações graves, principalmente em se tratando da questão da saúde brasileira. O maior destaque é que sua gestão lançou a proposta conhecida como PEC 241 que passou a ser chamada de PEC 55 se configura como uma proposta de emenda à constituição que congela os gastos da saúde assim como também outras áreas sociais.

Indubitavelmente, a saúde é uma das áreas que será mais atingida pela referida PEC, pois demanda grandes custos e organização, além de se deparar constantemente com um crescente aumento da demanda, haja vista as precárias condições de vida e de saúde que acomete a maioria da população brasileira.

Portanto, conforme vem sendo discutido, o sistema de saúde público enfrenta diversas dificuldades quanto à efetivação do SUS, o que ocasiona várias problemáticas para o setor, com o estabelecimento da referida PEC.

Dessa forma, a política de saúde na atual conjuntura, vem sendo cada vez mais fragilizada. O que prevalece, como é notório a partir das análises das medidas governamentais, é a manutenção da ordem e acumulação capitalista. Dessa maneira, a saúde fica subordinada ao capital e não se consolida de forma efetiva enquanto direito.

Apesar dos enormes retrocessos vivenciados na saúde brasileira, os/as defensores/as da reforma sanitária, assim como a sociedade civil no geral, necessitam reagirem por meio de uma grande articulação e organização em prol da defesa da democratização da saúde, e de uma transformação da realidade vigente.

Dessa forma, o SUS precisa consolidar-se mesmo diante de uma conjuntura tão adversa como é o presente, pois como afirma Paim: “O SUS é um sistema em construção e, para tanto, não bastam leis, normas e certos ganhos. Exige muitas lutas e mobilizações políticas” (PAIM, 2009, p.128), ou seja, se faz imprescindível, portanto, que a sociedade retome o seu espaço na reivindicação pela efetivação dessa política pública.

2. A ATUAÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE

2.1. Surgimento do Serviço Social na saúde

O desenvolvimento sócio histórico do Serviço Social, assim como o da política de saúde estão em um contínuo movimento dialético, de continuidade e ruptura. Portanto, não se configura como um roteiro linear evolucionista, mas como processo de avanços e retrocessos marcado pelo próprio movimento do real e seus determinantes.

O Serviço Social emerge como profissão no Brasil na década de 1930, oriundo de uma demanda social e historicamente colocada, a partir da criação de espaço na divisão social e técnica do trabalho que legitima a sua profissionalização (NETTO, 1991). Noutras palavras, é:

[...] a criação de um espaço sócio-ocupacional no qual o agente técnico se movimenta - mais exatamente, o estabelecimento das condições histórico-sociais que demandam este agente, configuradas na emergência do mercado de trabalho (NETTO, 1991, p.70).

Essa demanda surge a partir do reconhecimento público estatal da questão social e da necessidade de seu enfrentamento como produto do protagonismo sóciohistórico e político da classe trabalhadora reivindicando melhorias em suas condições de vida, no contexto do capital monopolista. E que, por sua vez, coloca para o Estado, a necessidade de enfrentamento às manifestações da “questão social”, enquanto comitê executivo da burguesia, coesionador dos interesses de classe e mantenedor do *status quo*.

Nessa direção, o Estado passa a desenvolver políticas públicas como forma de enfrentamento a essas manifestações, e conseqüentemente, demanda profissionais para atuar no âmbito da formulação e execução de tais políticas. É no âmbito da execução que, precipuamente, os(as) assistentes sociais são chamados a atuar, inclusive na área de saúde.

Todavia, na sua gênese, década de 1930, a profissão não irá se inserir na saúde, embora contemple, em seu currículo, disciplinas nesta área. Martini *et al* (2013) salienta que a partir da década de 1940 é que vai haver essa inserção, inclusive como a área que mais empregou Assistentes sociais, mais especificamente, em 1948, quando o conceito de saúde passa a absorver aspectos biopsicossociais e seus determinantes, com o desenvolvimento de uma política de saúde pautada na assistência médico-hospitalar curativa. As referidas autoras enfatizam que a ação

pioneira do “Serviço Social médico” foi realizado no Hospital das clínicas em São Paulo.

Desse modo, foi a partir desse novo conceito de saúde, que aborda aspectos biopsicossociais que se passa a requisitar outros profissionais para atuar na área da saúde, e dentre eles, o (a) assistente social (BRAVO e MATOS, 2009). É a consolidação do trabalho coletivo⁹ em saúde no Brasil.

Também foi fator decisivo nesse momento histórico a consolidação da política nacional de saúde, que ampliou gastos com a assistência médica como parte da previdência social através dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), entretanto, mantendo o caráter excludente e seletivo em detrimento do atendimento universal.

Em outros termos, como resultante dessa nova abordagem, o Serviço Social passa a compor o trabalho em equipe multidisciplinar que se utiliza de profissionais com diversos conhecimentos e em diversos níveis (BRAVO e MATOS, 2009).

Desse modo, nesse momento histórico, a abordagem do Serviço Social na saúde deu-se âmbito curativo e com base na técnica do serviço social de caso¹⁰ como produto da influência do Serviço Social norte-americano ¹¹, sobretudo após o congresso Interamericano de Atlantic city, em 1941, no qual, dentre os resultados obtidos, foi tomada a decisão de oferecer bolsas de estudos em instituições norte americanas para estudantes brasileiras (AGUIAR, 1995).

Assim, a atuação profissional se coloca entre o hospital e o usuário com vistas a viabilizar o acesso deste aos serviços e benefícios, que se efetiva por meio de algumas ações, quais sejam: plantão, triagem, orientação previdenciária, concessão

⁹ O trabalho em saúde não é realizado de forma individual ou por apenas uma categoria profissional, mas carrega aspectos do coletivo, da união de saberes específicos que têm como objetivo responder às questões relativas à saúde.

¹⁰ O serviço social de caso se configurou como uma abordagem que ligava as suas técnicas a princípios cristãos, essa abordagem era feita de forma individual, no intuito de identificar situações sociais que fossem consideradas como problemas referentes a saúde da população. A partir daí poderia ser elaborado programas específicos com o desenvolvimentos de atividades voltadas para esse sentido (APPELT, 2014).

¹¹ A perspectiva teórica que orientava o Serviço Social norte-americano e que passa a balizar o desenvolvimento da prática profissional no Brasil foi a positivista, a qual não busca conhecer as causas dos “fatos”, mas, tão somente, as relações. Propondo, nas ciências sociais, a objetividade e a cientificidade, essa teoria se destaca como a defensora da neutralidade. Em outros termos, essa perspectiva atua como mantenedora o *status quo*, tendo em vista que é focada na aparência dos fenômenos, sem alcance de sua essência, escondendo, portanto, as relações sociais capitalistas.

de benefícios e encaminhamentos. É uma atuação baseada na abordagem individual do usuário, no engajamento do mesmo ao tratamento (BRAVO, MATOS, 2009).

Na década de 1950, surgem nos Estados Unidos as medidas de racionalização da saúde, tendo como pauta o conceito de medicina integral e medicina preventiva, que se adensa na década de 1960 como medicina comunitária. Contudo, tais medidas não realizaram modificações substanciais no trabalho do assistente social na política de saúde, mantendo-se a centralidade de sua ação no espaço hospitalar e ambulatorial. Apenas a partir de 1975 são chamados a atuar nos centros de saúde¹² (BRAVO e MATOS, 2009).

A centralização da ação profissional do Assistente Social no âmbito curativo médico-hospitalar, de acordo com as referidas autoras dava-se devido a necessidade de mediar a relação contraditória entre a demanda posta aos serviços e o caráter excludente e seletivo de sua prestação, e também pelo predomínio da influência do serviço social de caso, seguindo a orientação da associação americana de hospitais e da associação americana de Assistentes Médico-Sociais, cuja técnica enfoca apenas a dimensão individual, do indivíduo singular, e desconsidera o meio/território em que este se insere e determinantes sociais com aporte do viés psicologizante, cuja ação profissional, conforme ressalta Trindade (2001) se ancora no tripé estudo-diagnóstico-tratamento a partir do qual se elabora um diagnóstico sobre o estado psicossocial do indivíduo.

Portanto, tal abordagem faz com que a atuação do assistente social nesse momento histórico seja marcada pelo cariz do viés conservador moralizante, psicologizante com abordagem individual no “cliente”.

Destarte, a partir da década de 1960, o movimento de renovação do Serviço Social brasileiro, como parte do movimento de reconceituação do Serviço Social latino americano, imprimiu mudanças que passam a questionar as bases ideopolíticas e de legitimidade profissional, bem como a direção social da profissão, no tocante ao seu conservadorismo e homogeneidade até então predominante, bem como o papel do

¹² De acordo com Bravo e Matos (2009, p.04) os centros de saúde existem no Brasil desde meados da década de 1920, cujos [...] serviços básicos eram a higiene pré-natal, infantil, pré-escolar, tuberculose, verminose, laboratório e as atividades tinham como proposta fundamental introjetar na população educação sanitária por intermédio de educadores de higiene, professores instruídos em assuntos sanitários, como também testar formas específicas de descentralização do trabalho sanitário nas grandes cidades”. E na composição da equipe faziam parte os seguintes profissionais: médicos, enfermeiros, e visitantes. Neste momento não havia demanda significativa para o profissional do Serviço Social, pois, estas eram supridas pelos visitantes.

assistente social e eficácia de seus métodos e técnicas na superação do subdesenvolvimento e dependência econômica dos países latinoamericano (ORTIZ, 2010).

Inicia-se um movimento de laicização e renovação do Serviço Social brasileiro, como reflexo da erosão do Serviço Social tradicional no cenário internacional, mas que não conseguirá se expandir no país em razão do contexto histórico de intervenção militar e a construção de uma ditadura que permaneceu dominante pelo período de vinte anos.

O golpe militar de 1964 que instaura a ditadura militar no Brasil desarma os vetores sócio-políticos comprometidos com direção de democratização da sociedade. Nesse contexto, o Estado, como maior empregador de assistente social, passa pela reestruturação e racionalização dos seus quadros, tornando-se mais racional, moderno e burocratizado, e conseqüentemente, demanda de seus agentes profissionais também uma maior eficácia e racionalização (NETTO, 2004).

Desse modo, o processo de modernização conservadora do Estado no auge da autocracia burguesa, requisita um profissional também moderno. Assim, no âmbito das contrições do regime autocrático burguês, o Estado moderniza os espaços sócio ocupacionais, empregadores de assistente social, e demanda um perfil profissional com respaldo técnico com validação teórica, elemento que resulta na inserção do serviço social no universo acadêmico e sua aproximação com as ciências sociais, antropologia, psicologia, sociologia.

A inserção do Serviço Social no universo acadêmico e aproximação com as ciências sociais colocou para a profissão a possibilidade de romper com a homogeneidade conservadora até então imperante, a abriu espaço para o pluralismo e a diversidade de projetos profissionais em disputa por hegemonia na profissão (NETTO, 2004). Disputa esta que resultou em três vertentes no movimento de renovação, as quais Netto (2004) denomina por: Modernização conservadora sob influência do estrutural-funcionalismo, reatualização do Conservadorismo sob aporte da fenomenologia e Intenção de Ruptura que demarca aproximação do marxismo pela categoria profissional.

Foge a nossa intenção aqui fazer uma análise densa sobre cada um desses três momentos do movimento de renovação do Serviço Social brasileiro. Interessa-

nos somente, demarcar como tal processo inflexionou a inserção do Serviço Social na área da saúde.

Com efeito, durante a década de 1970, a perspectiva modernizadora mostra-se como aquela que mantém maior compatibilidade com os ditames técnicos burocráticos da autocracia burguesa, e encontra no estrutural funcionalismo e no desenvolvimento de comunidade as bases teórica e técnica no direcionamento da atuação profissional do assistente social, cuja função visa a integração do indivíduo ao sistema através de ações de cunho educativo e de controle social.

Neste cenário, sob influxos da perspectiva modernizadora a atuação profissional do assistente social na saúde, na ação prática curativa é marcada pelas “[...] técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios.” (BRAVO e MATOS, 2009, p.06). No tocante a dimensão política profissional, a atuação profissional não sofreu alterações substanciais, durante toda a década de 1970.

Na década de 1980, a sociedade brasileira vivencia um processo de efervescência política diante do processo de redemocratização da sociedade brasileira. E como parte dessa atmosfera política social efervescente, no âmbito da saúde emerge no cenário político a participação de novos protagonistas sociais trazendo para o centro do embate as condições de vida da população e o questionamento no tocante as ações e medidas governamentais, e conseqüentemente, tal participação inaugura uma dimensão para a saúde, deixando de estar restrita ao debate técnico, passando a ser reconhecida como uma demanda de interesse democrático (BRAVO, 2009).

A referida autora enfatiza que dentre estes novos sujeitos emergentes no cenário político estão os profissionais da saúde e suas entidades representativas, o movimento sanitário difundido pelo Centro Brasileiro de Saúde (CEBES), partidos políticos, e movimentos sociais. E foi a partir de tal posicionamento político que se obteve como conquistas:

[...] a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (BRAVO, 2009, p.09).

A referida década marca o Serviço Social pela sua interlocução com a tradição marxista na intenção de romper com o conservadorismo, que resultou na renovação no Serviço Social no âmbito da formação e do exercício profissional e de sua organização política, e na construção de um projeto ético profissional comprometido com a defesa dos interesses das classes populares pautado em valores progressistas, passando a reconhecer a dimensão política da profissão e seu significado sócio histórico na divisão sócio técnica do trabalho e as implicações da intervenção que passa a negar “[...] a prática meramente executiva, burocrática, subalterna e paliativa tão funcional a ordem burguesa [...]” (ORTIZ, 2010, p.170).

Contudo, a maioria dos profissionais que fazia parte dessa vanguarda renovadora e estava inserida nas universidades, não interferindo de modo direto nos serviços públicos (BRAVO e MATOS, 2009). Ou seja, tal aproximação da profissão com marxismo não conseguiu expressar mudanças nas formas de intervenção profissional, a exemplo da atuação no âmbito da saúde.

Nesse momento histórico, apresenta-se uma desarticulação do processo de renovação da profissão das bases do movimento de reforma sanitária, e não tem registros de ações e/ou alterações significativas da atuação prática interventiva do serviço social na área da saúde (BRAVO e MATOS, 2009).

Outro elemento importante no âmbito da política de saúde foi a realização da VIII conferência de saúde¹³, em 1986, que ressaltou a imprescindibilidade do Estado assumir as propostas da reforma sanitária.

Tal movimento de reforma sanitária expande o debate para a sociedade civil, de modo que influenciou no cenário pré-constituente, que foi polarizado pela disputa do modelo privatista, defendendo os interesses empresariais e indústria farmacêutica, e o projeto da reforma sanitária, que defendia uma saúde pública e universal.

Neste interim, a constituinte absorve grande parcela das reivindicações da reforma sanitária, dentre estas destacam-se: a saúde como direito universal, cabendo a sua execução através de um sistema único de saúde público; o estabelecimento do setor privado apenas como complementar (BRAVO, 2009).

¹³ A conferência se pauta no conceito de saúde enquanto dever do Estado e direito do cidadão, considerando alguns fatores que promovem a saúde: alimentação, lazer, trabalho, transporte, habitação, educação, renda, liberdade acesso aos serviços de saúde (BRAVO, 2011); e, sustenta a necessidade da reestruturação do sistema de saúde por meio da criação de um sistema único de saúde.

Todavia, na década de 1990 no cenário político social o projeto societário hegemônico, o projeto neoliberal, torna-se um óbice à consolidação e desenvolvimento do profissional crítico ¹⁴ construído coletivamente pela categoria profissional na década anterior a partir de sua aproximação com o marxismo, bem como com o projeto de reforma sanitária.

A década de 1990 no Brasil é demarcada pelo processo de contrarreforma do Estado, caracterizada pela ofensiva neoliberal iniciada no governo Collor de Mello (1990-1992) e adensada no governo de FHC (1995-2002) sintetizado no Plano Diretor de Reforma de Estado do Ministro Bresser Pereira, e que tem como pauta, conforme salienta Behring (2008) a realização de uma imperiosa disciplina fiscal, privatização e liberalização comercial com vistas ao enfrentamento da crise do Estado.

Sob orientação das agências multilaterais (FMI, Banco Mundial), a supramencionada reforma do aparelho do estado brasileiro realiza um processo de desmonte das políticas e serviços sociais pautado no tríplice: privatização, focalização e descentralização; cujo objetivo consiste em enxugar o aparelho do Estado, diminuindo seus gastos para o social, promovendo um Estado mínimo para social e máximo para capital. Tais estratégias trazem inflexões para a execução da política de saúde e conseqüentemente para a atuação profissional do assistente social.

Como resultante desse processo produz uma “dualidade discriminatória” (BEHRING, 2008) entre aqueles que não podem pagar pelos serviços e que ficam a mercê dos serviços públicos seletivos, precarizados, e aqueles que podem pagar pelos planos privados de saúde.

Nesse contexto, mediante a hegemonia do neoliberalismo questiona-se o projeto de reforma sanitária e afirma-se o projeto de saúde pautado no mercado, privatista, sob a vigência das políticas de cortes e ajustes, racionalização, contenção de gastos e descentralização das políticas sociais.

Diante da dualidade desses dois projetos para a saúde, de um lado o projeto de reforma sanitária, e de outro, o projeto privatista mercadológico, a hegemonia de um

¹⁴ O projeto ético profissional encontra sua materialidade no código de ética de 1993, na lei de regulamentação da profissão, lei 8.662/93, e nas diretrizes curriculares de 1996 e aponta uma direção social de compromisso com a defesa dos interesses da classe que vive do trabalho pautado em valores progressistas.

destes dois modelos de projetos colocam requisições e específicas para o Serviço Social.

No que tange a este primeiro projeto as referidas autoras salientam que:

O projeto privatista requisitou, e vem requisitando, ao assistente social, entre outras demandas: seleção sócio-econômica dos usuários, atuação psico-social através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais.
(BRAVO e MATOS, p. 10)

Desse modo, fica evidente que o projeto privatista demanda a intervenção profissional um retorno ao cariz conservador e funcional aos interesses lucrativos e rentáveis da classe dominante, com práticas assistencialistas e policialescas.

Quanto ao projeto de reforma sanitária demanda-se do assistente social:

[...] [a] busca de democratização do acesso as 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 às informações e estímulo a participação cidadã (IDEM, p.10).

Nesse cenário de vigência do projeto societário neoliberal de focalização e privatização dos serviços saúde, de vigência do projeto privatista de saúde torna-se um desafio a atuação profissional do assistente social pautado nos valores progressista e emancipatório conforme a direção social do projeto ético político e na democratização do acesso à saúde.

2.2. O serviço Social na saúde à luz dos parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde.

A atuação profissional no serviço social é inerente à própria realidade social, isto é, terá que ser dinâmica; sendo assim, ela exige a formação de sujeitos políticos críticos e comprometidos com a transformação social. Com base na lei que regulamenta a profissão, o assistente social está apto a exercer ações de planejamento, gestão, avaliação; enfim, todas aquelas ações que têm contribuído para melhoria da política onde o profissional está inserido.

Assim sendo, o cenário atual no qual o assistente social é chamado a intervir é desafiador, sendo necessário que o profissional tenha um posicionamento propositivo, crítico e reflexivo, atuando de forma comprometida com o projeto ético político da profissão e com as leis que a regulamenta, assim como também lutar pelos direitos sociais e de saúde da população.

É neste sentido que o projeto de formação profissional do assistente social se aproxima mais da classe subalterna, dando assim oportunidade para que esta ouse em interferir nas decisões da coisa pública.

A saúde se configura numa política que apresentou muitos avanços institucionalizados. Porém, o grande desafio que se apresenta a política em questão é consolidar de fato o que é assegurado em lei.

O serviço social na saúde ainda não se desenvolveu de forma satisfatória, tendo em vista que muitas dificuldades rodeiam esse cenário. Os problemas que surgem para implementação da política da saúde vão desde os problemas estruturais nas instituições até problemas causados pela ideia que relaciona a saúde ao mercado privado. Dessa forma,

compreende-se que cabe ao serviço social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social que queria ter como norte o projeto- ético político profissional tem de, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária (CFESS 2010 *apud* MATOS, 2003; BRAVO; MATOS, 2004).

Portanto, o profissional de serviço social deve buscar uma intervenção que atenda de forma universal e justa toda a população. Mantendo seu caminho pautado nos seus valores e princípios éticos e políticos que iluminam suas ações, no intuito de assegurar o acesso a todos os serviços de saúde pública.

É fundamental salientar que o documento intitulado “Parâmetros para Atuação de Assistente Sociais na Política de Saúde” funciona como um instrumento relevante para subsidiar a prática profissional na área em questão. Ainda vale destacar que esse documento é fruto da organização política do CFESS, a qual é pautada na dimensão teórica da profissão. Tais parâmetros, formam um documento que:

constitui-se como produto do grupo de trabalho “Serviço Social na Saúde”, instituído pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) em 2008, incorporou nas suas discussões e sistematizações as deliberações do 36º e 37º Encontro Nacional CFESS/CRESS” (CFESS 2010, p. 11).

Dessa forma, o documento mencionado, apresenta uma direção geral, a qual o assistente social deve se orientar para sua intervenção no seu exercício profissional dentro da área da saúde, tendo em vistas as diversas demandas, seja por parte dos usuários ou por parte da instituição, que são apresentadas ao profissional em questão. Nesse sentido, os parâmetros em questão orientam a intervenção profissional em quatro grandes eixos, quais sejam: atendimento direto ao usuário; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; e assessoria, qualificação e formação profissional.

Os quatro eixos estão intrinsecamente articulados e vão exigir - a partir das competências gerais dos profissionais, as quais se estruturam a partir das dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa – o aporte de instrumentos e técnicas de trabalho as mais diversas.

No desenvolvimento de ação profissional do Assistente Social na saúde, considera-se, num primeiro momento, o conceito de saúde contido na Constituição Federal de 1988 e na Lei 8.080/1990: “a Saúde é direito de todos e dever do Estado”; justifica-se porque, atualmente, os direitos dos cidadãos no que tange a saúde pública continua não se efetivando, mesmo após a promulgação desta lei. Isso se intensifica com o fato da maioria da população não conhecer seus direitos e deveres no momento de buscar um atendimento de saúde (CFESS, 2010).

Para o assistente social estar em sintonia com o projeto ético-político da profissão é necessário que o trabalho seja desenvolvido em consonância com as circunstâncias históricas e sociais. Conforme os parâmetros para atuação dos assistentes sociais na política de saúde, suas atribuições e competências são orientadas por direitos e deveres prescritos no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão (Lei 8.662/93) que devem ser respeitadas pelos assistentes sociais e pelas Instituições empregadoras (CFESS, 2010).

Tomando-se como base o documento supracitado, pode-se afirmar que a intervenção dos assistentes sociais, na área da saúde, em seu exercício profissional, deve pressupor uma análise crítica da realidade. Em outros termos, conclui-se que são requisitados dos assistentes sociais competências gerais fundamentais à compreensão do contexto sócio-histórico.

Constata-se que, sobre as atribuições na atuação profissional dos assistentes sociais, há controvérsias, no sentido de haver dificuldades de compreensão por parte da equipe de saúde, a exemplo da alta hospitalar, em que o profissional de Serviço Social deve se apresentar apenas como interlocutor entre os usuários e a equipe de saúde ou ainda, acontecer esta alta concomitantemente: alta médica e alta social.

Entretanto, entre outras atribuições, o profissional deve se utilizar de ações como encaminhamentos, deverá ser capaz de realizar estudos com o usuário, por exemplo, para fins de orientação previdenciária – aquelas ações em que o profissional se coloca entre a instituição e a população, a fim de garantir a ampliação dos seus direitos.

Assim, no atendimento direto aos usuários, o profissional dispõe de três tipos de ações que podem direcionar o seu fazer profissional: ações socioassistenciais, ações interdisciplinares e ações socioeducativas, ambas indissociáveis e complementares.

As ações profissionais citadas acima pressupõem as competências gerais discutidas no início desse item, bem como o levantamento de demandas, objetivos e escolhas de instrumentais e técnicas de ação, os quais acabam desaguando nos outros eixos.

Nesse contexto, mobilização, participação e controle Social é um eixo que atende ao usuário, familiares, tendo como objetivo a participação destes enquanto sujeitos políticos. Pressupõe a participação dos profissionais junto aos movimentos sociais, e a mobilização e capacitação dos usuários para sua inserção em fóruns, planejamento da política de saúde e participação em conselhos e conferências de saúde, visando garantir a plena participação social no sentido de buscar uma melhoria na política saúde.

Na Investigação, Planejamento e Gestão como eixo, destaca-se o trabalho democrático de gestão em favor dos usuários e trabalhadores de saúde, também na garantia dos direitos sociais. Nele, as investigações como estudos e pesquisas que revelam as demandas da classe trabalhadora tem por objetivo o monitoramento do planejamento do Serviço Social, da política institucional, entre outras ações, a

participação de estudos relativos ao perfil epidemiológico e condições sanitárias no nível local, regional, estadual (CFESS, 2010).

Por fim, a qualificação e formação profissional relaciona-se a equipe de Serviço Social e aos demais profissionais da saúde na perspectiva de um trabalho interdisciplinar. Uma das principais ações a ser realizada neste âmbito seria a participação em cursos, congressos, seminários, encontros de pesquisas, objetivando apresentar estudos, investigações realizadas e troca de informações entre os diversos trabalhadores da saúde.

Podemos concluir que o trabalho coletivo na área da saúde pública envolve sérias e conflitantes questões que estão intrinsecamente ligadas a mudanças conceituais, históricas, na atuação de diversos profissionais junto ao processo saúde-doença e no estabelecimento do próprio Sistema Único de Saúde - SUS, que garante a saúde como direito de todos (CARVALHO et al. 2007).

Portanto, a atuação profissional dos assistentes sociais na saúde é muito importante, e ao mesmo tempo difícil e complexa. Os desafios vão desde o reconhecimento da profissão até questões como a falta de materiais e equipamentos de trabalho que expressam a precarização das condições de trabalho, e a falta de incentivo para realização de atividades socioeducativas. Para tanto, o assistente social deve trabalhar na perspectiva da plena informação a população, devendo viabilizar direitos e implementar programas que visem o desenvolvimento e o acesso aos serviços públicos de saúde pelos seus usuários.

3. LIMITES E PERSPECTIVAS NA ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA – PB NO CONTEXTO DA PRECARIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA

3.1. Metodologia: o caminho percorrido no alcance da essência do objeto estudado.

A presente pesquisa tem como objeto de estudo a atuação do assistente social no contexto de precarização da política da saúde no hospital regional de Sousa – PB. Para isso, utilizou-se o método crítico-dialético, por entender que este permite analisar a realidade e os acontecimentos de forma a considerar que estes se dão por meio de um processo e que estão em constante movimento.

Conforme Lakatos (2003), é importante pesquisar as raízes do fenômeno para se apreender a sua natureza ou essência, daí, ratifica-se a opção pelo método ora referendado.

Sendo assim, faz-se necessário refletir e tecer algumas considerações a respeito do método crítico dialético, para que se torne claro o porquê desse método ser ideal para a pesquisa em questão. Aqui vale ressaltar que o método é o caminho pelo qual a pesquisa será construída, ele irá guiar a pesquisa no decorrer do trabalho de campo, toda a metodologia que é feita para se chegar a sua realização.

Assim, o método crítico-dialético permite traçar uma análise dos fenômenos partindo primeiramente do nível da aparência, desmistificando-a, tendo em vista alcançar a essência do objeto, captando sua estrutura e dinâmica, propondo apreender os elementos que constituem a totalidade do objeto (sua estrutura e dinâmica), mediante a análise da realidade (NETTO, 2009), que busca refletir a precarização da política da saúde.

Tendo em vista o que foi dito, é possível identificar as contribuições fundamentais que o método em questão traz para a pesquisa no serviço social.

Dessa forma, o Serviço Social casa-se muito bem com a teoria marxista, quando se concilia a explicação dos problemas sociais com os próprios problemas que se transformam em demandas para a profissão. O pensamento social de Marx possibilita ao assistente social uma análise do real, daquilo que se coloca como “claro-escuro de verdade e engano”, a pseudoconcreticidade trazida no início deste

ensaio, no que se refere a compreensão da sociedade capitalista, da burguesia, desmistificando as teorias conservadoras que sustentaram ideologicamente a profissão durante décadas, o que possibilita um repensar sobre o exercício profissional, em todos seus segmentos, teórico-metodológico, técnico-operativo e ético-político. (SANTOS, JACOME, 2015)

Quando um pesquisador escolhe o método crítico-dialético, passa a ressaltar a dimensão histórica dos processos sociais. A partir da identificação do modo de produção na sociedade e de sua relação com as superestruturas (políticas, jurídicas etc.) é que resulta a interpretação dos fenômenos analisados (GIL, 2008).

Assim, podemos concluir que o método de Marx é um método de conhecimento (NETTO), tendo como finalidade desmistificar a sociedade, alcançando a sua essência, buscando uma nova concepção de mundo, onde o resultado poderá trazer mudanças substanciais, inclusive com a ascensão de uma nova sociabilidade (SANTOS, JACOME, 2015).

Portanto, o método histórico dialético é fundamental para a pesquisa no Serviço Social. É por meio dele que o profissional realizará a apreensão real do objeto estudado, obtendo resultados críticos no intuito de desvendar a sociedade.

Nesse processo de alcance da essência do objeto por meio do método em questão, faz-se necessário o levantamento de instrumentais e técnicas de pesquisas. No presente estudo, a pesquisa é do tipo exploratória, com uma abordagem qualitativa. Esse tipo de pesquisa realiza observações da realidade tal qual ela ocorre, objetivando obter informações acerca de determinada realidade e buscando respostas para a problemática identificada (LAKATOS, 2003).

No procedimento da mencionada pesquisa, utilizamos a revisão de literatura, pesquisa documental e estudo de campo. Na primeira, que, segundo Gil (2009), parte de material já elaborado em livros e artigos científicos, utilizamos obras de autores do Serviço Social que discutem a temática da saúde, bem como a inserção e atuação do Assistente Social nesses espaços. Destes autores, podemos destacar: (FILHO, 2006), (BRAVO, 2009), Paim (2009), (BRAVO; MENEZES, 2011) entre outros.

Na pesquisa documental - compreendida por Gil (2009), como aquela que se vale de “materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa” (p. 51) – priorizamos os documentos relativos à profissão de Serviço Social, como a lei que regulamenta a profissão, lei nº 8.662/93, o código de ética profissional e os Parâmetros para atuação

de Assistentes Sociais na saúde, documento elaborado e divulgado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2009), para orientar a prática do Assistente Saúde na Saúde.

Já o estudo de campo – o qual, ainda segundo Gil (2009), estuda um grupo ou uma comunidade, de forma a aprofundar as questões propostas – foi feito junto a uma amostra (40%) de quatro profissionais Assistentes Sociais do Hospital Regional de Sousa – PB, cujo universo é de 12 profissionais. Assim, denominados os sujeitos pesquisados de Q 1, Q 2, Q 3 e Q 4 (Questionário 1, Questionário 2, Questionário 3 e Questionário 4).

É importante ressaltar que Sousa/PB, cidade a qual realizamos esta pesquisa, possuiu uma localização correspondente ao Alto Sertão Paraibano, se destaca quanto a pontos históricos e turísticos, vale citar o famoso “Vale dos Dinossauros”. Considerando que é uma cidade localizada no interior do estado da Paraíba, enfrenta dificuldades e desafios quanto a área da saúde. Mesmo assim, Sousa/PB atende e polariza outros municípios menores e próximos a ela. Essa realidade, exige que a cidade busque mecanismos capazes de melhorar os seus atendimentos e serviços de saúde, para que a população não deixe de ter acesso ao que é dela por direito, saúde, direito de todos e dever do estado.

Quanto a pesquisa realizada, no que se refere ao estudo de campo, utilizamos o questionário como instrumento de coleta de dados, tendo em vista a flexibilidade que o mesmo dispõe ao ser levado em consideração o regime e a forma de trabalho das mencionadas profissionais que é escala de plantão e urgência e emergência, respectivamente. Dessa forma, o questionário se configura como um instrumento para recolher informações, sendo formado por questões apresentadas por escrito ao informante (LAKATOS, 2003), as quais abarcaram desde o perfil profissional dos assistentes sociais que atuam no Hospital Regional de Sousa até sua concepção da política de saúde no cenário brasileiro contemporâneo, procurando identificar como esses profissionais compreendem sua atuação nesse cenário.

Os dados coletados foram analisados à luz da técnica da análise de conteúdo, a qual conforme Morais (1999), pode ser definida como uma análise que busca descrever de forma sistemática e interpretar de maneira crítica todo o conteúdo apreendido do estudo, onde busca-se a compreensão das concepções dos sujeitos

da pesquisa. Nesse sentido, compreendemos que tal técnica é recomendada para a pesquisa ora referendada.

Falando da análise dos dados propriamente dita, inicialmente é importante destacar que os questionários foram prioritariamente respondidos por mulheres, o que expressa que a profissão é composta por uma maioria de profissionais do sexo feminino. Esse dado chama bastante atenção, pois reflete a hegemonia feminina no serviço social.

Como afirma Iamamoto, o serviço social esteve intimamente ligado a ideologia da igreja católica, especialmente com uma parcela predominantemente feminina, essa imagem social da profissão que foi construída no início da sua história ainda hoje é incorporada, mesmo através de uma roupagem mais secularizada, não mais subordinada ao discurso cristão, mas ligada a ideia de que os agentes da profissão irão ajudar o povo, os oprimidos (IAMAMOTO, 2006).

Nesse sentido, nos seus primórdios era atribuído a profissão características consideradas pela sociedade essencialmente femininas e ligadas ao preceitos da igreja. Vale salientar que essa visão conservadora do serviço social não foi totalmente rompida, tendo em vista que na contemporaneidade as mulheres ainda são predominantes no quadro de assistentes sociais (CRAVEIRO, MACHADO, 2011).

Outro ponto que foi observado é que de quatro assistentes sociais que responderam ao questionário, três são religiosas (cristãs), acreditam em Deus. Nesse quesito vale comentar que algumas vezes, as opiniões das profissionais sofrem influências oriundas das ideias da sua religião. Todavia, é preciso tomar um cuidado em relação a isto, tendo em vista que se deve separar o profissional do pessoal, tendo em vista que o código de ética da profissão destaca em um de seus princípios: “XI. Exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física” (CFESS, 1997, p. 24).

No que tange ao tempo de formação das profissionais, vislumbra-se que podem ser consideradas recentes (2006, 2008, 2013 e 2014), o que significa pressupor que os sujeitos da pesquisa tiveram acesso a uma formação baseada nos princípios e diretrizes em vigor, ou seja, fundamentada na perspectiva social crítica, sendo fomentadas as dimensões teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico operativas.

Vale destacar que todos os sujeitos realizam pós-graduação na área de inserção profissional, mas quando questionadas se têm acesso a capacitação permanente, a maioria respondeu que raramente, o que é preocupante, tendo em vista que a estrutura e o funcionamento dos serviços de saúde são dinâmicos e estão em constante transformação, seja do ponto de vista técnico ou jurídico normativo e os profissionais precisam estar a par dessas questões para que seu trabalho seja realizado de forma qualificada.

A própria profissão defende que o profissional de serviço social esteja em constante aprimoramento. Segundo o código de ética da profissão, é estabelecido como princípio fundamental o compromisso com aprimoramento intelectual na expectativa da capacitação profissional (CFESS, 2010).

Outro dado que chamou atenção foi que todas as profissionais responderam que trabalham em outras instituições além do hospital regional de Sousa PB, o que expressa a atual configuração do mercado de trabalho no Brasil, o qual apresenta um alto grau de desemprego e subemprego, fazendo com que os trabalhadores sejam obrigados a submeter aos diversos tipos de vínculos precários, bem como administrar mais de um vínculo em razão dos baixos salários.

Dessa forma, compreendendo o perfil dos sujeitos, partimos, no próximo item às análises quanto a atuação desses profissionais no Hospital Regional de Sousa, cujo objetivo é entender nas suas múltiplas determinações como se desenvolve essa atuação no contexto da precarização da política de saúde.

3.2. A atuação dos Assistentes Sociais no Hospital Regional de Sousa e as implicações da precarização da política de saúde

O Serviço Social, a partir do seu Projeto Ético-político, tem relação direta com o Projeto da Reforma Sanitária. Em outros termos, comunga com os princípios e objetivos sanitaristas, a exemplo da concepção ampliada de saúde defendida pela Reforma sanitária, qual seja: a saúde é resultante dos aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais. Assim, a mencionada concepção de saúde exige analisar a atual condição da política de saúde no Brasil, tendo em vistas todas as implicações das transformações societárias, oriundas da grande crise do capital, nas políticas

sociais como um todo, com destaque para a saúde, uma política de cunho universalista.

A partir do exposto, questionamos aos sujeitos da pesquisa qual a sua concepção acerca da política de saúde no cenário brasileiro contemporâneo. Assim, destacamos as seguintes respostas:

Na contemporaneidade a política pública de saúde assim como os demais, tem sofrido um processo de precarização que desde a prestação de serviços da rede básica até a de média e a alta complexidade (questionário 3).

A política de saúde no Brasil se encontra fragmentada e seletiva, com as formas cada vez mais reduzidas, muitas vezes não atingindo o seu foco da universalidade, como consta na constituição federal de 1988 (questionário 4).

Os sujeitos conseguem vislumbrar o processo de precarização da política de saúde no Brasil, destacando sua fragmentação e seletividade, se afastando da universalidade presente na Constituição Federal de 1988. Nesse mesmo questionamento, outros sujeitos apontaram como causa dessa precarização a corrupção:

A organização da Política de Saúde seria excelente se funcionasse. Infelizmente a corrupção, que na minha visão é a “mãe” dos desmontes dos serviços públicos em geral impede sua concretização como política efetiva. Os serviços no geral são comprometidos por falta de recursos ou por recursos limitados (questionário 1)

Seria ótima se os responsáveis por colocá-la em prática a realizassem como o proposto; porém a corrupção toma conta do cenário (questionário 2)

Dessa forma, observa-se que, apesar dos sujeitos conseguirem compreender que a política de saúde atravessa inúmeros problemas – o que é primordial para a atuação do Assistente Social na Saúde, ou seja, considerar os aspectos objetivos que perpassam o seu fazer profissional -, ainda conseguem superar a aparência dos fenômenos, na medida em que apontam a corrupção como a “mãe” dos desmontes dos serviços públicos” (questionário 1).

A corrupção é apenas um dos inúmeros elementos que contribuem para o processo de precarização das políticas sociais, em especial da saúde. Em outros termos, não podemos aponta-lo como principal causa, porque assim estaríamos fazendo uma análise simplista dos processos sociais.

A precarização da política de saúde, que deságua na sua seletividade, fragmentação e quebra da universalização, é resultante da política econômica engendrada pelos países de capitalismo periférico, como Brasil, os quais buscam atender as requisições das agências financeiras internacionais de orientação neoliberal. Tais requisições são baseadas na busca pela recuperação do crescimento em alta escala dos lucros capitalistas que caíram demasiadamente pela crise de 1975, a crise estrutural do capital.

Assim, vislumbra-se que os sujeitos veem a causa da precarização da saúde como uma questão de gestão e não uma questão macroestrutural, cujas saídas exige mobilização e luta da classe trabalhadora. A sociedade brasileira vem presenciando vários retrocessos quanto as garantias de direitos sociais e acesso ao sistema de saúde pública, isto tem implicado no desmonte do sistema único de saúde brasileiro. Devido a esse contexto preocupante é imprescindível a defesa da saúde como um direito inalienável (DIESAT, 2017).

Nesse sentido, “Somente um grande e forte movimento social em defesa da Seguridade Social será capaz de resistir e lutar pelos direitos que foram conquistas históricas da luta dos(as) trabalhadores(as)” (DIESAT, 2017, p. 4).

Quando questionamos como avaliavam o Sistema Único de Saúde, metade respondeu de forma positiva, e a outra metade o classificou com a palavra regular. O que mais chamou atenção foi a resposta que avaliou o mencionado como excelente (questionário 1), o que expressa uma contradição, tendo em vista que na questão anterior todas compreendem que a política de saúde sofre um processo de precarização. Expressa, também, a fragilidade dos sujeitos em analisar os processos sociais, o que é atribuição do profissional de Serviço Social.

O CFESS aponta algumas competências gerais que devem se fazer presente no cotidiano profissional para uma apreensão crítica do contexto sócio-histórico em que se situa a profissão, dos quais podemos destacar: “apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de

totalidade” e “análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país e as particularidades regionais” (CFESS, 2010, p. 35).

Como se observa, a apreensão crítica dos processos sociais é determinante para uma atuação qualificada. A profissão em questão possui um projeto pedagógico, ao qual estabelece um determinado perfil de profissional, onde o assistente social deve possuir um caráter crítico, propositivo, criativo e com compromissos éticos políticos que são delineados pelo código de ética da profissão (GUERRA, 2009).

Outro questionamento feito foi como os sujeitos avaliam o funcionamento da política da saúde no Hospital Regional de Sousa. A maioria deles definiram o funcionamento como regular, o que mostra que as assistentes sociais conseguiram identificar as dificuldades que rodeiam o ambiente hospital ao qual estão empregadas, sendo esse um ambiente que estão em contato cotidianamente, o que se mais fácil identificar como ele funciona e as dificuldades que ele enfrenta no dia a dia.

Diante disso, questionamos aos sujeitos quais são as principais dificuldades encontradas para a efetivação da política de saúde no HRS. Nesse sentido, foi destacado as seguintes respostas:

A falta ou o pouco recurso financeiro; a falta ou pouca qualificação profissional; a falta ou pouca humanização; os vícios dos serviços públicos (o famoso jeitinho brasileiro) (Questionário 1)

A terceirização de alguns serviços (e esses são bastantes seletivos) (Questionário 4)

A partir das respostas, é possível observar que a maioria das profissionais afirma que a principal dificuldade é a falta de recursos financeiros. Dessa forma, é preciso refletir que, diante do cenário brasileiro, a respeito da saúde pública, os desafios são grandes, sobretudo no que tange aos recursos públicos.

Como vimos no capítulo I deste trabalho, o novo regime fiscal do Brasil restringe ao valor da inflação os recursos das despesas primárias do Estado (das quais faz parte a saúde) pelo período de vinte exercícios financeiros, ou seja, por vinte anos. Se historicamente os problemas da saúde eram relacionados aos recursos públicos - dada a retirada legal dos mesmos do orçamento da Seguridade Social pela

Desvinculação de Receitas da União (DRU) para formar *superávit* primário e manter os acordos com o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BM) -, o contexto atual fomenta essa preocupação com as reformas realizadas pelo governo de Michel Temer (2016 a 2018), o qual reafirma seu compromisso com o projeto privatista.

Ainda nesse contexto, as profissionais foram questionadas a respeito de que são decorrentes essas dificuldades e responderam: “Crise” financeira no país e no estado, ingerência e má gerência dos serviços; (Questionário 1)

Má gerência dos serviços! (Questionário 2)

Essa dificuldade financeira se constitui um problema do âmbito nacional, e muitas vezes está relacionado a má administração pública. (Questionário 3)

Como se observa, a maioria das profissionais, mais uma vez, veem na gestão a causa do problema, como se, havendo uma boa e correta administração pública, haveria por consequência direta a efetivação de uma política de saúde de forma adequada. Desconsidera, assim, os aspectos macroestruturais.

Mantendo o mesmo sentido, foi perguntado também, do ponto de vista profissional, o que poderia ser feito para mediar essas dificuldades, nesse quesito obteve-se os seguintes resultados:

Nada! Somos profissionais invisíveis na proposição, só aparecemos na execução e para sermos cobrados. (Questionário 1)

A única coisa que podemos fazer é comunicar junto a administração quão dificultoso é desempenhar um trabalho de qualidade, porém não muda muita coisa. (Questionário 2)

Observados esses resultados é possível perceber que a metade das opiniões das profissionais possuem um caráter fatalista, ou seja, se conformam com a realidade dada, e acreditam que nada ou pouco se pode fazer para alterar essa realidade, gerando assim uma atividade profissional conformista, acomodada, burocratizada, e além de outras características descomprometidas, portanto, o assistente social dever ser um profissional propositivo também e não apenas executivo (IMAMOTO, 2015).

Em relação a pergunta que questiona se os/as assistentes sociais inseridos/as na instituição desempenham funções que não lhes competem, as profissionais responderam:

Sim. Marcações de exames e consultas; ligação para solicitar transportes, para médicos, e para outros fins; comunicação de óbitos; preenchimento de D.O. etc. (Questionário 1)

Sim. Transferência de paciente, ligar para comunicar médicos que tem paciente para atender, ficar chamando médico em repouso para atender paciente. Comunicar óbito e preenchimento de D.O (complemento da declaração). (Questionário 2)

Analisando esse ponto, é importante enfatizar que todas as assistentes sociais responderam que desempenham funções que não lhe competem enquanto profissionais de Serviço Social.

Diante desse fato, é imprescindível reforçar a importância do respeito ao código de ética e da lei de regulamentação da profissão. Tendo em vista que no artigo 2º do código de ética é assegurado ao assistente social o direito de exercer ampla autonomia referente ao exercício da profissão, dessa forma, não sendo obrigado a desempenhar serviços que não lhe competem, que não são atribuições ou funções compatíveis com seu cargo (CFESS, 2010).

Além disso, é relevante enfatizar que a lei 8662/93 ao regulamentar e dispor sobre a profissão de Assistente Social, sistematiza nos seus artigos 4 e 5 as competências e atribuições privativas do Assistente Social, dessa forma, reconhece e estabelece as funções que competem ao profissional, assim, as instituições e os próprios assistentes sociais devem se atentar quanto a isso, e respeitar de fato essa lei quando exercerem suas ações.

Quando questionados acerca da opinião das profissionais sobre o que poderia ser feito para aprimorar a atuação dos/as assistentes sociais na instituição, obtivemos os seguintes posicionamentos:

Na união dos profissionais a categoria é muito dividida. Falta atuação do conselho (CRESS) para nos dá suporte, acho que isso poderia fazer muita diferença na nossa atuação profissional. (Questionário 1)

A classe se unir e preconizar o que está posto nos parâmetros do serviço social na saúde. (Questionário 4)

Em sua maioria as profissionais concordam que a união da categoria faria uma enorme diferença para a atuação profissional dentro da instituição. Além disso, metade das profissionais sentem falta da atuação do CRESS (Conselho Regional de Serviço Social).

Diante da análise dos dados da pesquisa composta nesse trabalho, é possível concluir que a política de saúde no Brasil ainda não é satisfatória para toda a sociedade. É notório as dificuldades e os desmontes vivenciados por tal política. É em meio a esse cenário, de dominação capitalista e luta trabalhista que o assistente social atua.

Cabe aos profissionais se mobilizarem, e se unirem enquanto categoria de trabalho, que vise a organização política da sua classe. De modo que a profissão através do CFESS/CRESS, da ABEPSS, da ENESSO, do seu Projeto Ético Político, entre outras representatividades, possa expressar e defender suas bandeiras de luta. Sendo a organização política extremamente necessária para o exercício da profissão, pois ela permite aos sujeitos uma obtenção de uma consciência política e crítica, uma consciência de pertencimento a classe trabalhadora, uma consciência que sabe porque luta e para que lutar.

São tempos difíceis, difíceis para aqueles que lutam pela classe trabalhadora e a compõem. O assistente social deve estar a frente dessa luta, por uma construção de uma nova sociabilidade mais justa e livre de qualquer exploração.

Nessa perspectiva Imamoto afirma:

O momento que vivemos é um momento pleno de desafios. Mais do que nunca é preciso ter coragem, é preciso ter coragem, é preciso ter esperanças para enfrentar o presente. É preciso resistir e sonhar. É necessário alimentar os sonhos e concretizá-los dia-a-dia no horizonte de novos tempos mais humanos, mais justos, mais solidários (IMAMOTO, 2015, p.17).

Portanto, o profissional do serviço social, deve atuar de forma a buscar consolidação da política de saúde, de maneira satisfatória e de acordo com o que é defendido pela constituição federal. Além disso deve lutar pela equidade e justiça social no âmbito da saúde pública.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o trajeto percorrido até aqui, foi possível observar que o trabalho em questão, além de apresentar uma contextualização histórica da política de saúde no Brasil, esclareceu e refletiu sobre a atuação dos assistentes sociais na mesma. Vale destacar, também, que a pesquisa que foi realizada referente à precarização da política de saúde no hospital regional de Sousa/PB e sua relação com a atuação profissional do Assistente Social obteve respostas que representam a forma como se reflete o tema desse estudo no hospital mencionado.

É fundamental ressaltar que as perguntas identificadas como problemas da pesquisa, que são: “como a precarização da política de saúde atinge a atuação dos assistentes sociais do Hospital Regional de Sousa/PB? E “Quais são as estratégias/mediações profissionais utilizadas para a viabilização dos direitos da população usuária diante do contexto de precarização da política de saúde no HRS?” foram respondidas após a análise da realidade observada.

Ratificando o que foi exposto nesse trabalho, inicialmente buscou-se fazer uma exposição da trajetória da política de saúde Brasileira. Por meio dessa retrospectiva histórica, foi possível observar como se intervia na política de saúde nas décadas passadas, o que é importante para compreender como a questão é tratada nos dias atuais. Assim, vale salientar que todas as transformações ocorridas em tal política se deram através de um processo histórico, sendo assim, muito se caminhou até que a saúde fosse reconhecida como um direito de todos e dever do estado.

Nesse contexto, ao se elucidar e refletir a respeito da atuação dos assistentes sociais na área da saúde, compreende-se que essa profissão se insere nesse espaço sócio-ocupacional somente nos anos 1940 em razão ampliação dos serviços de saúde por meio dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), os quais requisitavam desse profissional um atuação focada no modelo médico-hospitalar. Assim, a intervenção do Assistente Social nessa perspectiva vai pairar por muitos anos sobre a prática profissional, o que sentirá uma tentativa de mudança a partir dos anos 1980, quando a profissão tenta romper com o conservadorismo por meio de sua aproximação com a teoria social de Marx.

No contexto da saúde contemporânea, com o Sistema Único de Saúde (SUS), resultante do movimento da reforma, a atuação do profissional do assistente social

supõe um diálogo crítico com a herança intelectual e prática da profissão na área em questão e o reconhecimento das orientações técnico-políticas empregadas nas ideias defendidas pela Reforma Sanitária e pelo SUS.

Dessa forma, a atuação do Assistente Social no hospital regional de Sousa/PB tem sofrido implicações da atual precarização da política de saúde, que tensiona o fazer profissional, tendo em vista que são colocados para esses profissionais requisitos que fogem das suas competências e atribuições.

Essa realidade de precarização e demandas que não lhe cabem tem dificultado uma apreensão crítica dos profissionais frente a própria precarização da política de saúde, cujas causas são vistas pelos profissionais como problemas de gestão. Em outros termos, os profissionais não conseguem superar a aparência dos fenômenos e, portanto, param numa apreensão superficial.

Ademais, no que tange às possibilidades e desafios desses profissionais nessa conjuntura adversa, os mesmos se mostram fatalistas, quando não conseguem vislumbrar uma saída. Percebe-se, assim, mais uma vez, dificuldade de apreensão dos processos sociais.

Todas essas discussões, foram de extrema importância para apreender o modo pelo qual os assistentes sociais atuam frente a precarização da política de saúde, o que é fundamental para a busca de estratégias que visem romper as barreiras postas à implementação da política. O assistente social precisa ser um profissional comprometido e que não poupe esforços em assegurar os direitos humanos, sociais e de saúde para os usuários da política de saúde.

REFERÊNCIAS

BARROCO. Maria Lucia Silva. **Código de ética do/a Assistente Social** comentado. São Paulo: Cortez, 2012.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 de set.1990. p.18055. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em 05. out. 2016

BRAVO, Maria Inês. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2009.

CABRAL, Dilma. **Junta de Higiene Pública**. Disponível em: <http://linux.an.gov.br/mapa/?p=7270>. Acesso em 05. Out. 2016

CARVALHO. Rafael Nicolau. Et al. **Política de Saúde e Serviço Social: Programa Saúde da Família como elemento de debate para o assistente social**. III Jornada Internacional de política públicas. São Luís – MA: 2007.

CASTRO. Jamile Silva de Oliveira. e ANDRADE. Laurinete Sales de. **Serviço Social e o SUS: Desafios na prática do Assistente Social**. Serviço Social e Saúde, Campinas, SP. 2014.

CFESS. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília, 2010.

FILHO. Claudio Bertolli. **História da saúde pública no Brasil**.4.ed. São Paulo: Editora ática. 2006.

GUERRA. Yolanda. **A dimensão investigativa no exercício profissional**. Serviço Social: Direitos sociais e competências profissionais. 2009.

GUIMAMÃES. Maria Clariça Ribeiro. **Movimentos e lutas sociais na realidade Brasileira**. Revista Debate & Sociedade --Uberlândia --V. 1 / N.º 2 - 2011

IMAMOTO, Marilda Vilela. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 26 ed. São Paulo: Cortez, 2015.

IMAMOTO, Marilda Vilela. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**. Esboço de uma interpretação histórico – metodológica. 19.ed. São Paulo: Cortez, 2006.

KRUGER, Tânia Regina. **Serviço Social e Saúde: Espaços de atuação a partir do SUS**. Revista Serviço Social e Saúde, Campinas: 2010.

LAKATOS, Eva Maria. MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 5.ed. São Paulo: Atlas. 2003.

MORAES, Roque. **Análise de conteúdo**. Revista Educação, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999. Disponível em: http://cliente.argo.com.br/~mgos/analise_de_conteudo_moraes.html. Acesso em 07. Out. 2016.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**. São Paulo: Cortez Editora, 2007.

Ministério da Saúde - <http://portalms.saude.gov.br/> (Consultado no ano de 2018).

Portal de notícias da Globo – **G1**, 2016. Disponível em: <http://g1.globo.com>
Acesso: Abril 2017.

BRASIL. **Governo Federal**, 2017.

Carta Capital, São Paulo: Editora Confiança. 2016. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/>

SANTOS, Mayéwe Elyênia Alves. JÁCOME, Palloma Maria Gomes. **A contribuição do Método Crítico-Dialético para a pesquisa no Serviço Social**. 2015.

ANEXO A**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE CURSO
SERVIÇO SOCIAL****A ATUAÇÃO DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS EM FACE A PRECARIZAÇÃO DA
POLÍTICA DA SAÚDE NO HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA (HRS)****QUESTIONÁRIO****1 - Perfil Profissional**

1.1 Faixa etária: a) Até 25 anos b) De 25 a 35 anos c) De
35 a 45 anos d) De 45 a 55 anos

1.2 – Sexo

a) Feminino b) Masculino

1. 3- Estado civil: a) Solteira/o b) Casada/o c) Viúva/o d) Divorciada/o
 e) Outros

1.3.1- Tem filhos/as? Não Sim . Quantos? _____

1. 4- Você tem alguma religião? a) Não Sim . Em caso afirmativo,
qual? _____

1.5- Você reside na cidade de Sousa? Sim Não . Se não, em que cidade e
Estado: _____

1.6- Ano de formação? _____

1.7- Instituição em que conclui o ensino superior: _____

1.8- Você realizou algum tipo de pós graduação?

a) () Não b) () Sim. Em caso afirmativo, em que instituição?
 _____ Em _____
 ano? _____.

1.9- – Há quanto tempo atua como assistente social? _____

1.10- - Há quanto tempo você trabalha no Hospital Regional de Sousa? _____

1.10.1- Qual a sua forma de ingresso no referido hospital? a) Contratação ()
 b) Concurso público () c) Outros ()

1.11- Trabalha em alguma outra instituição? Sim () Não (). Se sim qual?

1.12 – Qual a sua carga horária de trabalho no Hospital Regional de Sousa?

1.13- Com que frequência participa de espaços de capacitação?

a) () Frequentemente b) () Não participa c) () Raramente

2- Informações referentes à Política de saúde

2.1 – Qual a sua concepção sobre a política de saúde no cenário brasileiro contemporâneo? _____

2.2 – Como você avalia o Sistema Único de Saúde?

a) () Excelente b) () Bom c) () Regular d) () Ruim e) () Péssimo

2.3 Como você avalia o funcionamento da política de saúde no Hospital Regional de Sousa?

a) () Excelente b) () Bom c) () Regular d) () Ruim e) () Péssimo. Por
 quê? _____

2.4 –A partir da sua experiência profissional na instituição, quais são as principais dificuldades encontradas para a efetivação da política de saúde no HRS? _____

2.4.1-Na sua opinião, essas dificuldades são decorrentes de quê? _____

2.4.1.1-Do ponto de vista de resoluções macro políticas societárias, o que poderia ser feito para sanar e/ou minimizar essas dificuldades? _____

2.4.1.2-Do ponto de vista institucional, na sua opinião, o que poderia ser feito para minimizar essas dificuldades? _____

2.4.1.3-Do ponto de vista profissional, o que poderia ser feito para mediar essas dificuldades? _____

3 – Informações relativas a Atuação Profissional

3.1- Quais as principais atribuições que os/as assistentes sociais realizam na instituição? _____

3.2-Você considera que os/as assistentes sociais inseridos/as na instituição desempenham funções que não lhes competem? Não () Sim (). Em caso afirmativo, quais por exemplo?

3.3–Você acha que a precarização vivenciada pela política de saúde, atinge o Serviço Social na instituição? Não () Sim (). Em caso afirmativo, de que forma? _____

3.4–Na sua opinião o que poderia ser feito para aprimorar a atuação dos/as sociais na instituição?

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A ATUAÇÃO DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS EM FACE A PRECARIZAÇÃO DA POLÍTICA DA SAÚDE NO HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA (HRS)

Prezado(a) Senhor(a):

Chamo-me TACIANA MAYARA DE SOUSA FREITAS MONTEIRO, sou graduanda (8º período) em Serviço Social pela Universidade Federal de Campina Grande - UFCG. Estou realizando uma pesquisa para o meu Trabalho de Conclusão de Curso – TCC.

Por esta razão, gostaria de convidá-lo (a) a participar da pesquisa, que será realizada no Centro Educacional (CEA/SOUSA-PB). O objetivo da pesquisa é **analisar os limites e desafios da atuação profissional dos assistentes sociais no contexto de precarização da política da saúde no Hospital Regional de Sousa/PB.**

A sua participação é muito importante e ela se daria através de entrevistas semiestruturadas (de forma a responder algumas perguntas, permitir ser observado (a) e a ter depoimentos gravados).

Gostaria de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você recusar-se a participar, ou mesmo desistir, a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informo ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Se depois de consentir com sua participação o Senhor(a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (A) Senhor(a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada.

Se tiver alguma dúvida a respeito dos objetivos da pesquisa e/ou método utilizado na mesma, estarei à disposição na UFCG, campus BR, curso de Serviço Social, no horário da manhã 08:00 às 11:00 nas quartas e quintas-feiras. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida, assinada e entregue ao (a) senhor (a). Desde já agradeço.

Assinatura do Pesquisador
Responsável

Declaro estar ciente do inteiro teor deste **TERMO DE CONSENTIMENTO** e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

Sousa, _____ de _____ de 2018.

da Pesquisa Participante