



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

ROSVÂNIA AIRAM PESSOA DE LACERDA

O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: Desafios e perspectivas para a viabilização dos direitos dos/as usuários/as do Sistema Único de Saúde no Hospital Regional de Sousa no contexto de contra reforma do Estado brasileiro

SOUSA – PB
2017

ROSVÂNIA AIRAM PESSOA DE LACERDA

O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: Desafios e perspectivas para a viabilização dos direitos dos/as usuários/as do Sistema Único de Saúde no Hospital Regional de Sousa no contexto de contra reforma do Estado brasileiro

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

Orientadora: Prof^a. Me. Cibelly Michalane Oliveira dos Santos Costa.

ROSVÂNIA AIRAM PESSOA DE LACERDA

O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: Desafios e perspectivas para a viabilização dos direitos dos/as usuários/as do Sistema Único de Saúde no Hospital Regional de Sousa no contexto de contra reforma do Estado brasileiro

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

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Me. Cibelly Michalane Oliveira dos Santos Costa
ORIENTADORA

Prof.^a Palloma Maria Gomes Jácome
EXAMINADORA

Assistente Social – Marta Lopes de Oliveira
EXAMINADORA

Dedico este trabalho a minha filha Maria Rafelly, meu esposo José Jorge, minha mãe Maria Pessoa e minha tia Francisca, por estarem presentes na minha vida e em minhas vitórias sempre com muito carinho e amor.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser o pilar central da minha vida, contemplando-me com saúde e força, possibilitando a concretização de mais um sonho. Sem Ele eu não sou nada.

A minha filha Maria Rafaelly, o presente mais belo que o Senhor me deu e que me impulsiona a lutar todos os dias.

Ao meu esposo José Jorge pelo amor, compreensão, e apoio que sempre tem pelos meus sonhos.

A minha mãe Maria Pessoa, meu porto seguro que sempre se faz presente em minha vida com conselhos e incentivos para sonhar, que me faz acreditar que tudo é possível, basta querer.

A minha tia Francisca, minha segunda mãe, por está sempre presente em todos os momentos da minha vida.

Aos meus avós maternos (*in memorian*) que sempre torceram por mim e pelo meu sucesso.

Aos meus tios João e Francisca (Tica), meus irmãos: Ronievon, José, João e Francisco, minhas irmãs: Rosimery, Rosangela, Maria, Rivoneide e Rivânia que sempre torceram por mim.

Aos meus sogros José e Horana, bem como aos meus cunhados e cunhadas que sempre torceram por meu sucesso.

Ao meu primo Geraldo, que contribuiu para esse sonho ser realizado, que com muitos obstáculos ia me buscar no estágio, por sempre ter me incentivado nos meus estudos.

Ao meu padrinho Possidônio Ferreira (*in memorian*), uma pessoa especial em minha vida. Um segundo pai que sempre torcia pelos meus sonhos e me apoiava em minhas decisões. O senhor não pode me ver realizando esse sonho, mas sei que onde estiver olha e se alegra comigo.

A minhas amigas Maria Dayane, Andreia, Simone e Estefane, meu grupinho de sempre. Amigas que a UFCG me presenteou, pessoas maravilhosas que dividiram comigo diariamente as alegrias e desesperos da universidade. Que me ajudaram em um momento difícil de retorno as atividades acadêmicas, e me fizeram acreditar que seria possível terminar esse sonho. Levarei vocês pra vida toda.

As amigas Kamila Bezerra pelas alegrias diárias que tornavam dias difíceis mais amenos com suas brincadeiras extrovertidas, e jeito sincero de ser amei

conhece-la; A Segislane, um ser maravilhoso e de coração enorme, uma menina linda por dentro e por fora que tive o prazer de conhecer na UFCG e em meu estágio. Nunca esquecerei de vocês.

A minha orientadora Cibelly Michalane, uma pessoa esplêndida, admirável, compreensiva, competente que contribuiu grandemente para a realização deste trabalho. Cibelly palavras me faltam para defini-la, pois palavras não conseguem expressar o valor que tens para mim. Meu muito obrigada!

A minha supervisora top, Marta Lopes, uma pessoa maravilhosa que enriqueceu meu aprendizado profissional, além de ser uma profissional formidável e admirável, é uma amiga para a vida.

A minha amiga Francisca Lopes de Andrade (Fran), um ser de luz que tive o prazer de conhecer e conviver durante o estágio supervisionado. Uma profissional altamente capacitada e humana. Um anjo que o HRS colocou em minha vida.

A todos/as os/as meus/minhas professores/as pelo aprendizado, dedicação e apoio no tocante a construção da minha formação acadêmica.

Aos sujeitos da pesquisa que contribuíram para a viabilização deste trabalho, sem eles o mesmo não seria possível.

A todos os meus amigos e amigas que ficaram na torcida por mim, e se alegraram comigo pela realização deste sonho.

A todos/as que de alguma forma colaboraram para a concretização deste trabalho, meus sinceros agradecimentos.

*Quando eu perder a capacidade de indignar-me ante
a hipocrisia e as injustiças deste mundo, enterre-me:
pois já estou morto.*

Augusto Branco

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) analisa os desafios e perspectivas percorridos/as pelos/as profissionais de Serviço Social para a viabilização dos direitos dos/as usuários/as do Sistema Único de Saúde no Hospital Regional de Sousa (HRS) no contexto da contra reforma do Estado brasileiro. Para tanto, buscou-se identificar os desafios e as estratégias que os/as referidos/as profissionais constroem para a viabilização desses direitos. A temática abordada foi delineada a partir do Estágio Supervisionado, o qual ocorreu nos semestres letivos de 2015.2 e 2016.1. Destarte, pesquisa apresentada neste trabalho é de caráter essencialmente qualitativo e exploratório. Os sujeitos da pesquisa corresponderam a seis assistentes sociais que atuam no HRS. A coleta de dados se deu por meio de um questionário semiestruturado. A análise dos dados seguiu a técnica da análise de conteúdos. O método de análise do trabalho está subsidiado na teoria social crítica hegemonicamente utilizada pelo Serviço Social desde do processo de renovação da profissão. Os resultados da pesquisa são reveladores dos desafios que os profissionais de Serviço Social atravessam no seu cotidiano profissional imerso na conjuntura de precarização da Política de Saúde por meio das constantes ofensivas neoliberais, onde o Estado, o qual deveria ser o garantidor dos direitos da sociedade, se ausenta das suas responsabilidades, culminando na precarização da política de saúde e, conseqüentemente, no crescimento das demandas reprimidas.

Palavras-chaves: Contra reforma. Estado. Neoliberalismo. Política de Saúde. Serviço Social.

ABSTRACT

The present Conclusion of the Course (TCC) analyzes the challenges and perspectives covered by the Social Work professionals for the realization of the rights of the users of the Unified Health System in the Regional Hospital of Sousa (HRS) in the Against the reform of the State. In order to do so, we sought to identify the challenges and the strategies that these professionals construct to make these rights feasible. The thematic approach was delineated from the Supervised Internship, which occurred in the academic semesters of 2015.2 and 2016.1. Thus, research presented in this work is essentially qualitative and exploratory. The research subjects corresponded to six social workers who work at HRS. Data were collected through a semi-structured questionnaire. Data analysis followed the technique of content analysis. The method of analyzing the work is subsidized in the critical social theory hegemonically used by the Social Service since the process of renewal of the profession. The results of the research reveal the challenges that Social Service professionals face in their professional life, immersed in the precariousness of Health Policy through the constant neo-liberal offensives, where the State, which should be the guarantor of the rights of society, is absent from its responsibilities, culminating in the precariousness of health policy and, consequently, in the growth of repressed demands.

Keywords: Against reform. State. Neoliberalism. Health Policy. Social Service.

LISTA DE SIGLAS

ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em serviço Social;

CAPS – Caixas de aposentadorias e Pensões;

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde;

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social;

CF – Constituição Federal;

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho;

CNS – Conselho Nacional de Saúde;

CNPQ – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico;

CPMF – Contribuição Provisória sobre movimentações Financeiras;

CUT – Central Única dos Trabalhadores;

EAD – Educação à Distância;

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares;

ESF – Estratégia Saúde da Família;

FAFIC – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Cajazeiras;

FHC – Fernando Henrique Cardoso;

HRS – Hospital Regional de Sousa;

HU – Hospitais Universitário;

IAPs- Institutos de Aposentadorias e Pensões;

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social;

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social;

LOPS – Lei Orgânica da Previdência Social;

LOS – Lei Orgânica da Saúde;

MEC – Ministério da Educação e Cultura;

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social;

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família;

OMS – Organização Mundial da Saúde;

ONG – Organizações Não Governamentais;

PEC – Proposta de Ementa Constitucional;

PDRE – Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado;

PPP – Parcerias Público Privadas;

PSF – Programa Saúde da Família;

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência;

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde;

SUS – Sistema Único de Saúde;

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso;

UFCG – Universidade Federal de Campina grande;

UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte;

UNOPAR – Universidade Norte do Paraná;

UNITINS – Universidade Estadual do Tocantins;

UPA – Unidade de Pronto Atendimento;

USP – Universidade de São Paulo.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| INTRODUÇÃO..... | 13 |
| 1 A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA..... | 15 |
| 1.1 Retrospectiva Socio-histórica da atenção à saúde da população: dos curandeiros a construção do Sistema Único de Saúde (SUS)..... | 15 |
| 1.1.1 Surgimento da Política de Saúde Brasileira..... | 18 |
| 1.2 O contexto da Política de Saúde das décadas de 1980/1990 à contemporaneidade: algumas reflexões analíticas..... | 27 |
| 2 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE..... | 35 |
| 2.1 Gênese do Serviço Social na política de saúde..... | 35 |
| 2.2 A contra reforma do Estado brasileiro e os seus rebatimentos na intervenção profissional dos/as Assistentes Sociais..... | 42 |
| 3 A PESQUISA..... | 52 |
| 3.1 Metodologia da pesquisa..... | 52 |
| 3.2 Análises dos dados da pesquisa..... | 53 |
| 3.2.1 Perfil dos sujeitos pesquisados..... | 53 |
| 3.2.2 Avaliação das profissionais no tocante a política de saúde brasileira no cenário contemporâneo..... | 56 |
| 3.2.3 Dificuldades encontradas para a operacionalização da política de saúde no cotidiano profissional..... | 57 |
| 3.2.4 Impactos sofridos pelo HRS em face ao contexto de precarização sofrido pela Política de Saúde contemporânea..... | 60 |
| 3.2.5 Principais demandas apresentadas ao Serviço Social pelo HRS..... | 61 |
| 3.2.6 Possibilidades de respostas/atendimento do Serviço Social às demandas emergentes no cotidiano profissional..... | 64 |
| 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 66 |
| 5 REFERÊNCIAS | 68 |
| APÊNDICES | |
| Apêndice I- Roteiro de questionário | |
| Apêndice II- Termo de Consentimento livre e esclarecido | |

INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), teve o escopo de analisar os desafios e as perspectivas dos Assistentes Sociais na efetivação dos direitos dos/as usuários/as do Sistema Único de Saúde no Hospital Regional de Sousa (HRS), diante da contra reforma do Estado brasileiro.

O interesse em estudar a temática proposta neste trabalho, emergiu a partir da experiência vivenciada na condição de estagiária nos períodos de 2015.2 e 2016.1 no HRS, quando se evidenciava de forma bastante contundente os reflexos da contra reforma do Estado e os impactos causados na atenção à saúde da população usuária.

Na cena contemporânea, como aponta Souza Filho e Gurgel (2016), a política de ajuste fiscal implementada pelo neoliberalismo, rebate diretamente na economia, pois este preconiza o corte nos gastos do Estado nas políticas públicas, ocasionando na precarização e fragmentação, culminando, conseqüentemente, no agudizamento das múltiplas expressões da questão social.

Diante dessa conjuntura de crise e de arrocho no tocante a efetivação dos direitos assegurados na Carta Magna de 1988, os/as assistentes sociais se deparam com diversos desafios no desenvolvimento da sua prática profissional. No âmbito da saúde, tem sido comum a ausência de recursos para a operacionalização da referida política, causando uma forte demanda reprimida, expressa através da falta de leitos nos hospitais, medicamentos, ambulâncias, listas de espera para a realização de cirurgias, exames, equipamentos, além da escassez de materiais hospitalares.

Destarte, a pesquisa apresentada neste TCC é de cunho qualitativo, de natureza exploratória, cujos sujeitos corresponderam a seis assistentes sociais que atuam na instituição ora enfatizada. A coleta de dados se processou por meio de questionário de caráter semi-estruturado (Apêndice I). A análise dos dados se deu através da técnica da análise de conteúdo. O método de análise do trabalho está subsidiado na teoria social crítica hegemonicamente utilizada pelo Serviço Social desde do processo de renovação da profissão.

Isso posto, o trabalho está estruturado em três capítulos, quais sejam: O primeiro capítulo traça um percurso sócio-histórico sobre a Atenção à Saúde, desde curandeiros a construção do SUS, abordando o surgimento da Política de saúde

brasileira, enfatizando os anos de 1980, período em que ocorreu a reestruturação da política de saúde brasileira, abordando as especificidades da mesma na contemporaneidade, diante da crescente onda de desmontes.

No segundo capítulo discorre-se sobre o Serviço Social na Saúde, enfatizando sua gênese, os Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Saúde, e os marcos legais conquistados mediante as lutas da categoria profissional. Neste capítulo, também foi abordada a contra reforma do Estado brasileiro, enfatizando os seus rebatimentos na intervenção profissional dos/as Assistentes Sociais.

No terceiro capítulo, está apresentada a pesquisa empírica realizada com as assistentes sociais do HRS, onde os dados são expostos e discutidos a luz de referenciais teóricos subsidiados na teoria social crítica.

Por fim, estão as considerações finais, as referências bibliográficas utilizadas para a elaboração do trabalho, os apêndices e os anexos.

É interessante ressaltar que a análise ora apresentada no presente trabalho, se configura como relevante tanto para a categoria profissional, quanto para os/as estudantes e demais interessados/as no assunto, haja vista que a contra reforma do Estado brasileiro trás fortes e deletérios impactos para a sociedade como um todo. Daí, se assenta a necessidade de buscar se inteirar sobre essa problemática e fazer as análises precisas no tocante ao cerceamento de direitos ocasionado pela contra reforma do Estado brasileiro no cenário contemporâneo.

1 A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA

1.1 Retrospectiva sócio-histórica da Atenção à Saúde da População: dos curandeiros a construção do Sistema Único de Saúde (SUS)

No período colonial as enfermidades adentram no Brasil a partir da chegada dos colonizadores brancos, até então não haviam doenças entre os índios que habitavam aquelas terras, e os poucos problemas de saúde que lhes assolava eram contidos com ervas medicinais.

Segundo Bertolli Filho (2006, p.05), “as guerras, o isolamento e principalmente as doenças ameaçavam o projeto europeu de colonizar e explorar as riquezas das terras brasileiras”.

Diante da falta de estrutura sanitária, o órgão responsável pela administração das colônias, decidiu enviar para o Brasil médicos recém formados, com o intuito de acabar com as doenças que estavam matando índios e brancos. Contudo, eram poucos os médicos que aceitavam exercer a medicina no Brasil, devido aos salários baixos e ao risco de contrair epidemias. Nesse contexto, era bastante recorrente a procura por curandeiros.

Destarte, em decorrência da escassez dos serviços de saúde, o que se evidenciava eram apenas serviços de orientações prestadas pelos médicos em épocas de epidemias, a exemplo dos surtos de varíola, febre amarela, cólera, entre outras.

Salienta-se que os enfermos eram segregados dos locais onde os “sadios” estavam, o que os levava a morrerem em matas próximas as vilas e povoados. “Tal tipo de comportamento da sociedade revela o caráter preconceituoso da mesma no tocante às pessoas enfermas, as quais eram concebidas como estorvos da sociedade” (BERTOLLI FILHO 2006, p.07).

Em 1813 foram criadas as academias médico-cirúrgicas do Rio de Janeiro, e em 1815 a da Bahia, transformadas nas primeiras escolas de medicina do país. Em 1829, em resposta a membros da elite nacional, o Imperador do Brasil, Dom Pedro I criou a Imperial Academia de Medicina, que contava com os principais clínicos do Rio de Janeiro, funcionando apenas como consultoria das questões sobre a saúde pública nacional pelo Imperador.

Nesse mesmo contexto, emergiu a Junta de Higiene Pública que se fez ineficiente nos serviços de saúde da população. Em 1828 foi inaugurada a Inspetoria de Saúde nos Portos, que tinha a finalidade de fiscalizar os navios que traziam passageiros/as enfermos/as, sendo estes/as levados/as à quarentena em uma ilha próxima a baía de Guanabara.

A fragilidade das medidas sanitárias levavam a população a lutar por conta própria contra as doenças e a morte. Em casos mais graves, os doentes ricos buscavam assistência médica na Europa ou nas clínicas particulares que começaram a ser criadas na região fluminense (BERTOLLI FILHO, 2006, p.10).

A atenção à saúde se dava de maneira débil, a ponto dos procedimentos de tratamento e internação nos raríssimos hospitais e casas de misericórdias serem extremamente precários, ocorrendo a divisão/permuta de um mesmo leito para mais de três pessoas.

Em 1498, de acordo com Bertolli Filho (2006), foi inaugurada por Dona Leonor (regente portuguesa) o primeiro Hospital da Santa Casa de Misericórdia, Portugal adotou essa ideologia para os territórios por ele colonizados, e passou a criar Santas Casas nos principais núcleos brasileiros.

Em 1543, foi fundada a primeira Casa de Misericórdia na Vila de Santos, seguidos por Espírito Santo e Bahia. Porém, a fase imperial se encerra sem êxito no quesito saúde e resolução de doenças.

No decênio de 1889 ocorreu a Proclamação da República, que trouxe consigo ideias revolucionárias, na perspectiva de modernizar o Brasil a qualquer preço. O lema *ordem e progresso* inscrito na bandeira do país traria luz ao mesmo mediante a ditadura republicana, que propagava a ordem como algo saudável para a educação e o trabalho contínuo como indispensável para o progresso do país.

Com a perspectiva de sintonizar o país e a sociedade com a modernidade, se fazia necessário aproximar a sociedade denominada “civilizada” às potências mais abastadas.

Contudo, a medicina assume compromisso com o Estado no tocante aos assuntos sanitários e da saúde individual e coletiva, se inserindo no projeto de modernizar o país. Porém, o exercício médico se deparava com os ideais

tradicionalistas, que atribuíam outras características as epidemias que não eram tratadas pela medicina moderna.

Segundo Bertolli Filho (2006 p.13) “os governos republicanos exigiram a reorganização dos serviços sanitários, as antigas juntas higienistas tornaram-se serviços sanitários estaduais”. Entretanto, apesar dos incentivos à modernização, a falta de organização dos serviços destinados à saúde nos primeiros anos da República acarretou em novas ondas epidêmicas, a ponto de entre os anos de 1890 e 1900, o Rio de Janeiro e as principais cidades brasileiras passarem novamente a serem devastadas pela varíola, febre amarela, peste bubônica, febre tifóide e cólera, dizimando milhares de pessoas.

Diante da situação calamitosa, os médicos higienistas receberam incentivo do governo federal, passando a ocupar cargos importantes na administração pública. Em troca, assumiram o compromisso de estabelecer estratégias para o saneamento das áreas indicadas pelos políticos [...] (Id, p.13).

Entretanto, a principal jornada desses médicos era a fiscalização sanitária dos que habitavam a cidade, a retificação dos rios para não causar enchentes, a drenagem dos pântanos, a reforma urbanística das grandes cidades, a destruição dos viveiros de ratos e insetos que disseminavam as enfermidades.

É interessante notar que cabia aos/as profissionais da saúde a tarefa de propagar as regras básicas em relação aos cuidados da população com a higiene, além de determinar, em caráter obrigatório, o isolamento das pessoas acometidas por doenças infecto-contagiosas.

Destarte, naquele contexto, as pessoas que apresentavam “perigo” para a sociedade como um todo, a exemplo dos/as enfermos/as e dos/as “doentes” mentais, eram internadas de forma compulsória, de modo a serem excluídos/as do convívio social.

Assim, aos poucos foi se acentuando a participação controlista e repressiva do aparelho de Estado no tocante à saúde pública, embora que de forma tímida e direcionada para campanhas sanitárias, ou voltada exclusivamente para a classe trabalhadora inserida no mercado de trabalho formal, conforme será discutido na seção a seguir.

1.1.1 Surgimento da política de saúde brasileira

O Estado passa a operacionalizar ações de saúde de forma paulatina, precária e descontínua, sempre a margem das reais necessidades da população, peculiarizando-se pelo seu caráter omissor e opressor.

Conforme Bertolli Filho (2006), as modernas ideologias trazidas pela medicina europeia juntamente com a intenção de extinguir as enfermidades que permearam todo período colonial e o início da República, imprimia novo ânimo ao serviço sanitário paulista, contando com altos investimentos por parte do aparelho de Estado.

No ano de 1892, “foram criados os laboratórios Bacteriológicos, Vacinogênicos, e também de Análises Clínicas e Farmacêuticas, transformados nos Institutos Butantã, Biológico e Bacteriológico” (BERTOLLI FILHO 2006, p.17).

O principal centro de pesquisa no Rio de Janeiro foi o Instituto Soroterápico de Manguinhos passando a funcionar desde 1899, tendo por principal papel a produção de soros e vacinas.

No ano de 1908, o mesmo passou a ser o Instituto Oswaldo Cruz, renomado e referenciado até os dias atuais, como o principal centro de pesquisas médico-epidemiológicas do país.

Na medida em que a cidade crescia, os cortiços e favelas também aumentavam, agravando consideravelmente a situação da saúde pública, sobretudo da classe trabalhadora.

Concomitante a modernização do país, o Estado apenas voltou os olhos para a reforma e modernização dos portos, principalmente o de Santos, Rio de Janeiro, Recife, Salvador e o de Belém. Assim exposto, o país adquiriu grandes dívidas no exterior, a famosa e histórica dívida externa que perdura até os dias atuais.

Diante dessa perspectiva de modernizar o país, foi decretada a expulsão da população pobre que vivia em favelas e morros, alegando que esta proliferava ratos e diversas enfermidades nesses recintos, em nome da reforma urbanística das cidades. Na verdade, pretendia-se uma verdadeira higienização da sociedade, na perspectiva de retirar os pobres do convívio social, concebendo estes como responsáveis pelos problemas de saúde da sociedade.

Nesse contexto, as transformações urbanísticas e sanitárias que ocorreram no país surtiram efeito positivo na saúde pública, mas foram as elites econômicas que mais se beneficiaram: não só receberam, nos bairros onde moravam, equipamentos urbanos como água encanada, esgotos subterrâneos e serviços de luz elétrica, como também garantiram, nas áreas de indústria e comércio, condições minimamente saudáveis para a estabilidade e a eficiência das atividades produtivas (BERTOLLI FILHO, 2006, p.26).

Porém, de forma contraditória, a massa mais pobre da população continuava em precárias condições de sobrevivência. Preservava-se a elite, e relegava a segundo plano as camadas mais pobres da população que continuavam a viver em cortiços, favelas, sendo mais propícias a contraírem enfermidades.

Cabe-nos enfatizar que a desocupação das principais favelas não se deu de forma pacífica, ao contrário, os/as moradores/as foram retirados/as coercitivamente dos locais onde residiam, para que ocorresse o saneamento. Tal situação gerou uma forte correlação de forças entre a população e a polícia, representante do Estado burguês oligárquico.

No dia 10 de novembro do ano de 1904, começaram os embates entre a população e a polícia. Devido aos crescentes protestos, o comércio cessou as portas, tendo a polícia que recuar. Tais protestos também se deram em decorrência da obrigatoriedade da vacina para toda população.

Porém, “impressionado e desgastado com os acontecimentos, o governo revogou a obrigatoriedade da vacina, tornando-a opcional para todos os cidadãos” (BERTOLLI FILHO, 2006, p. 29). Esse movimento, conhecido como “revolta da vacina”, fez com que o governo repensasse a forma como estava sendo mantida a relação entre a medicina, o Estado e a sociedade.

Nesse contexto, insere-se o governo populista de Getúlio Vargas (1930-1945), o qual optou por centralizar a máquina pública e bloquear as manifestações sociais. Tal governo se valia das políticas sociais lançadas para mascarar o autoritarismo do seu governo, amenizado pela pseudo bondade e compromisso do presidente.

Dentre as reformas implementadas por Vargas, uma delas foi unificar a educação à saúde, instituindo o Ministério da Educação e Saúde Pública. Nesse sentido, seria mais uma garantia da burocratização federal e controle dos serviços, adotando o centralismo político-administrativo imposto pelo referido presidente.

Durante a nova organização da área da saúde, o Estado se comprometia em zelar pelo bem estar sanitário da massa populacional, essa promessa foi bem aceita pela maioria das pessoas que não dispunham de assistência médico-hospitalar de caráter público.

As estratégias das reformas varguista se peculiarizaram pela centralização e autoritarismo nas decisões, sendo os médicos excluídos das decisões referentes as questões sanitárias do país. No entanto, apesar desse viés controlista, manipulador, a questão social¹ passou a ser considerada como caso de política.

Contudo, Bertolli Filho (2006) sinaliza que anteriormente à década de 1930, o Instituto Previdenciário dos Trabalhadores de Ferrovias com sede em São Paulo, criou em 1923 a lei Elói Chaves² dando origem às Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS), as quais funcionavam por meio do desconto de 3% no salário dos/as funcionários/as e 1% da renda bruta das empresas. A partir desse desconto, era-lhes assegurado o direito a aposentadoria por tempo de serviço ou invalidez, tratamento médico, medicamentos, auxílio funeral, e o direito a pensão aos/as herdeiros/as do/a segurado/a falecido/a.

Contudo, de acordo com Bertolli Filho (2006, p. 33) “as caixas manifestavam serviços irregulares dispendo pouca cobertura aos doentes mais graves”, a exemplo de uma pessoa doente de tuberculose que tinha que optar por parte do salário e custear seu tratamento, deixando a mercê seu trabalho e o sustento de sua família, ou teria que se submeter ao isolamento.

Os/as trabalhadores/as que não estavam inseridos/as no mercado formal de trabalho, ou seja, que não contribuía com as CAPS eram submetidos/as à caridade pública, destinados/as aos hospitais filantrópicos como indigentes.

No ano de 1930 as CAPS foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), ampliando o nível de atendimento para outras categorias profissionais, a exemplo dos ferroviários, marítimos e estivadores.

¹ De acordo com Iamamoto (2008, p.147), a questão social é definida como um conjunto de problemas sociais, econômicos e políticos, e na contemporaneidade tem como principais expressões “[...] o retrocesso do emprego, a distribuição regressiva de renda e a ampliação da pobreza, acentuando as desigualdades nos estratos socioeconômicos, de gênero e localização geográfica urbana e rural, além de queda nos níveis educacionais dos jovens”.

² Eloy de Miranda Chaves (Eloy Chaves) nasceu em 25 de dezembro de 1875, formou-se advogado na faculdade de Direito do Largo São Francisco. Além de advogado também era empresário, banqueiro, produtor rural e político brasileiro. Foi vereador, deputado federal, Secretário Estadual de Justiça e Segurança Pública nos governos de Rodrigo Alves (1912-1916) e (1916-1920). Ele foi o precursor das primeiras formas de Seguridade Social no Brasil, por isso a lei é uma homenagem ao mesmo.

É importante considerar que, até então, quem precisasse de assistência médica ou deveria pagar diretamente pela mesma, ou ser atendido em instituições filantrópicas, ou ser um trabalhador vinculado formalmente ao mercado de trabalho. Este último condicionante pode ser denominado “cidadania regulada”, já que os direitos dos cidadãos estavam condicionados não só à sua profissão, mas ao modo como a exercia. Quanto às ações de saúde pública ou preventivas (vacinação, controles de endemias, saneamento, etc), estas eram de acesso universal, ainda que funcionassem em paralelo às ações ditas curativas (<http://misodor.com/SUSBRASIL.php>).

A constituinte de 1934 trouxe algumas garantias ao operariado, como: assistência médica, licença remunerada a gestantes trabalhadoras e jornada de trabalho de oito horas diárias, quarenta semanais. Com o passar dos anos, foi assegurado salário mínimo, culminando em 1943 com a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).

A CLT tornou obrigatório o pagamento de salário mínimo, indenização aos/as acidentados/as, tratamento médico as pessoas enfermas, pagamento de horas extras, férias remuneradas, dentre outros.

Em detrimento da política de saúde estabelecida por Vargas, ampliou-se o atendimento médico aos/as operários/as e seus/as dependentes, bem como o setor previdenciário se tornou o primordial meio de acesso a serviços de assistência médica destinada a população trabalhadora dos centros urbanos. Porém,

Apesar da expansão da cobertura médico-hospitalar aos trabalhadores urbano e das novas técnicas de controle das endemias rurais (através de um convênio firmado com a Fundação Rockefeller, norte-americana), o Brasil permanecia como um dos países mais enfermos do continente (BERTOLLI FILHO, 2006, p. 37).

Destarte, os investimentos na saúde pública e no tratamento das pessoas acometidas por doentes continuavam insuficientes, em detrimento da demanda exigida, tornando assim rotineiras as críticas ao governo por falta de hospitais. Diante disso, a ditadura imposta por Vargas nomeava os/as participantes dos protestos de revoltosos/as e subversivos/as.

Após o fim da Segunda Guerra, com a conquista dos Estados Unidos, tendo o Brasil como seu aliado, houveram grandes repercussões, culminando na deposição

de Getúlio Vargas em outubro de 1945, e logo em seguida na gestação de uma nova constituinte democrática com inspiração liberal.

No decênio de 1946, quando Gaspar Dutra assumiu o governo, firmou como prioridades a organização racional dos serviços públicos, mas mediante a ineficiência herdada pelo governo anterior e suas disputas políticas o projeto de reformas foi engavetado.

Na perspectiva de “melhorar” a atenção à saúde, foi criado o plano Salte, em 1948 pelo referido governo. Esse plano “tinha como objetivo a melhoria dos sistemas de saúde, alimentação, transporte e energia, não chegou a ser totalmente posto em prática” (BERTOLI FILHO, 2006, p. 40). O referido plano direcionava custos para setores emergenciais, tendo como premissa conter a inflação com a política de cortes no orçamento, o que mais tarde se transformaria em desastre com o corte do piso salarial dos/as trabalhadores/as. Assim, nesse contexto, o plano não conteve a inflação, sendo extinta sua prática.

Apesar disso, em maio de 1953, quando criado o Ministério da Saúde ainda no segundo mandato do governo de Vargas (1951-1954), a pasta perpetuou, porém com poucos recursos para o seu desenvolvimento, confirmando, sobretudo, o descaso das autoridades competentes com a saúde pública da população. Todavia, o Ministério acima mencionado, não se mobilizou para elaborar reformas importantes, ou até mesmo organizar uma política de saúde eficaz.

A atuação do Ministério da Saúde em seus primórdios, se concentrou no combate de doenças que abatiam, em sua grande maioria, a população do interior. No tocante a esse aspecto, em 1956 foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais, com o intuito de promover educação sanitária voltada para essa população, informando sobre doenças tais como: a malária, doença de chagas dentre outras.

Em meio às dificuldades de gerir os institutos e as constantes insatisfações populares, o Estado procurou reorganizar as administrações e também os serviços ofertados pela previdência. Em 1960, o Governo Federal sancionou a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS).

A principal medida estabelecida pela LOPS foi a uniformização das contribuições a serem pagas pelos trabalhadores para o instituto a que estivessem filiados. Antes dessa lei, cada órgão tinha autonomia para cobrar um percentual diferente dos demais. Com a nova

legislação todos os segurados passaram a contribuir com 8% de seu salário para a Previdência Social; os empregadores e o governo federal pagariam idêntico valor [...] (BERTOLLI FILHO, 2006, p. 44).

Comprometido com a reforma de base, em atender as reclamações do povo e também na perspectiva de buscar garantir os interesses políticos que lucravam com a miséria da população como um todo. De acordo com Bertolli Filho (2006), tal reforma levou o presidente João Goulart (1961-1964) a sofrer um golpe, instaurando um novo período ditatorial, em 01 de abril de 1964.

O Golpe Militar acarretou em algumas repercussões deletérias para a saúde pública, causando redução de recursos, por se entender que a saúde deveria ser concebida como um fenômeno individual, não coletivo.

Diante disso, Bertolli Filho (2006) expõe que as verbas destinadas ao setor eram desviadas para outros fins, principalmente para hospitais particulares que prestavam serviços aos pobres, enquanto os hospitais públicos não recebiam recursos.

Em face a esse caótico quadro, não restavam verbas para aplicar em sistemas de distribuição de água tratada e coleta de esgoto, o que dificultava a prevenção das enfermidades. Assim, em 1975 o país estava em situação crítica de abandono, adentrando outra vez em surtos epidêmicos.

Anterior a esse quadro, no ano de 1966 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), unificando todos os órgãos existentes desde 1930, estando o mesmo submisso ao Ministério do Trabalho. Nesse sentido, o INPS ficaria encarregado de tratar das pessoas doentes de forma individualizada, cabendo ao Ministério da Saúde elaborar e desenvolver programas sanitários para assistir a população, especialmente em casos epidêmicos.

No entanto, a criação do INPS culminou em fraudes e para contornar esses obstáculos, em 1974 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Ao incorporar o INPS, o Ministério da Previdência livrou-se das imposições do Ministério do Trabalho, assegurando assim a promessa de garantir a saúde dos/as seus/as segurados/as.

Em 1987 foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), o mesmo baseava-se, conforme Bertolli Filho (2006, p 64) “no princípio da integração de todos os serviços de saúde, públicos e particulares, o SUDS deveria

constituir uma rede hierarquizada e regionalizada com participação da comunidade e administração das unidades locais”.

Vale salientar que o SUDS nasceu em um período de efervescência no cenário político brasileiro, onde o mesmo está imerso no processo de redemocratização do país, contexto em que ocorreram diversas lutas e movimentos sociais, como também forte organização sindical e estudantil.

Nesse cenário contraditório, o setor privado passou a ser utilizado de forma complementar aos serviços do setor público, tendo as organizações filantrópicas o papel de assessorar o funcionamento do SUDS. Apesar de todas essas propostas e definições, o que se teve de real foi a integração, mesmo que com deturpações, nos serviços operacionalizados pelo Estado, mas com a ausência do privado.

A sociedade, inconformada com o contexto político vivenciado, clamava pela democracia, organizando-se via movimentos sociais, demandando eleições diretas. Assim, no ano de 1989, após a promulgação da Constituição Federal de 1988, ocorreram as eleições para Presidente da República, sendo eleito Tancredo Neves. Porém, este faleceu antes de tomar posse, assumindo o seu vice José Sarney (1985-1990).

Portanto, desde o decênio de 1988, os serviços de saúde passaram a ser operacionalizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), representando uma imensurável conquista para a sociedade como um todo, pois se trata de um sistema universal, independentemente de qualquer prerrogativa.

No tocante à saúde, um dos grandes avanços adquiridos através da Constituição Federal de 1988 (CF/88), especificamente no artigo 196, foi o fato da saúde passar a ser concebida “como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Entretanto, cabe ser enfatizado que a CF/88, também destina do artigo 196 ao 200 para tratar de aspectos referentes à saúde, sendo todos estes, posteriormente detalhados na Lei Orgânica de Saúde (LOS), conforme será discutido posteriormente.

A saúde na década de 1980, após o término do período ditatorial, ganhou vários adeptos às discussões sobre a conjuntura enfrentada pela sociedade brasileira, ampliando os espaços de reivindicações, não somente para os técnicos,

mas assumindo uma dimensão política, de compromisso com os direitos relacionados à saúde da sociedade brasileira.

É interessante notar que as discussões que ocorriam naquele contexto, não estavam relacionadas a aspectos corporativistas, mas a aspectos de cunho mais amplo, a exemplo da melhoria do setor saúde, do fortalecimento do SUS e do movimento sanitário, sendo o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) um instrumento de divulgação e amplitude das discussões em torno da saúde.

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção da saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor saúde através da estratégia do Sistema Único 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 1991, p.25).

É indispensável registrar aqui um marco vital para a construção do SUS, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, efetivada em março de 1986, na cidade de Brasília-DF, evento o qual contou com a participação de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados, o evento teve duração de cinco dias (17 a 21 de março de 1986), tendo como principais temas abordados: “I. A saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania, II. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, III. Financiamento setorial” (BRAVO 2011, p.110).

Imerso nesse contexto de debates que objetivaram avanços no campo da saúde, as pautas discutidas na conferência tiveram importantes impactos na sociedade, como novas formulações sobre o conceito em saúde, e análises sobre o aprofundamento da questão social, sendo proposta a criação do Sistema Único de Saúde e a Reforma Sanitária³.

³ De acordo com a Fundação Oswaldo Cruz, o movimento da Reforma Sanitária nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população. Grupos de médicos e outros profissionais preocupados com a saúde pública desenvolveram teses e integraram discussões políticas. As propostas advindas do movimento da reforma Sanitária culminaram na construção da Constituição de 1988 e no SUS (www.pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria).

Na perspectiva de consolidar e estabelecer o processo de desenvolvimento do SUS, através de uma legislação própria que fosse capaz de nortear as ações e serviços do setor saúde, em 19 de setembro de 1990, foi criada a Lei Orgânica da Saúde (LOS), circunscrita nas leis 8.080/90 e 8.142/90, onde a primeira estabelece os direitos à saúde assegurados aos sujeitos sociais usuários do SUS, o qual tem como princípios fundamentais a universalidade, a equidade e a integralidade, sem qualquer discriminação ou privilégios.

Em suma, pode-se afirmar que a LOS organiza o SUS mediante objetivos, diretrizes e princípios, estabelecendo a forma de organização, direção e gestão do SUS, regimenta as competências e atribuições dos três setores do governo federal, estadual e municipal, como também a assistência privada aos serviços de saúde, a política de humanização, e por fim o financiamento, orçamento e planejamento da política de saúde.

No que lhe concerne, a Lei 8142/90 remete a participação da sociedade na gerência do Sistema Único de Saúde, atestando as seguintes instâncias: Os Conselhos e Conferências de Saúde, bem como fiscaliza os repasses destinados à saúde.

No que tange a sua organização, o SUS se estrutura a partir de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, com estabelecimentos públicos e privados contratados, sob a égide do direito público, para que não ocorram fragmentações nem isolamento dos serviços, mas para que os mesmos se pautem na descentralização, integralidade e na participação da comunidade.

Segundo Paim (2009), a descentralização reporta a transferência de recursos oriundos da União e repassados para os entes federativos, estados e municípios, destinado à resolução de necessidades pertencentes à comunidade. A integralidade contempla à proteção, promoção e recuperação da saúde. A participação social reflete a democracia, participação e formas de controle social nas decisões tomadas no tocante à saúde.

Ainda em conformidade com Paim (2009), os serviços disponibilizados pelo SUS dividem-se em atenção básica, média e de alta complexidade. A atenção básica é a porta de entrada para os serviços de saúde, sendo responsabilidade do município disponibilizar a população os seguintes profissionais: médico clínico geral, enfermeiros, pediatras, ginecologistas e obstetras.

Com relação aos serviços de média e alta complexidade, imputados aos Estados e ao Governo Federal, estão os médicos especialistas e recursos tecnológicos, e na alta complexidade tem-se a necessidade de um maior aparato tecnológico, sendo estes de alto custo.

Ainda com relação à atenção básica, é importante enfatizar que desde do ano de 1994, esta vem se dando através do Programa Saúde da Família, o qual fora implantado pelo Ministério da Saúde. Porém, desde o ano de 2011, por meio da portaria de nº 2.488, o PSF passou a ser denominado de Estratégia Saúde da Família, por se compreender que a experiência “exitosa” da saúde da família na atenção básica não poderia está restrita a um programa, mas tratava-se, de fato, de uma estratégia a ser seguida e operacionalizada como um modelo para o desenvolvimento da política de saúde na atenção básica, conforme será discutido na próxima seção deste TCC.

Contudo, Bravo (2008) enfatiza que o SUS representa um grande marco na história da política de saúde brasileira, apesar disso, o SUS real, cujo qual vem peculiarizando-se pelo seu caráter fragmentado, descontínuo, focalizado e precarizado, distancia-se completamente do SUS construído a partir da CF/88.

A Constituição Federal de 1988 repercutiu muitos avanços na sociedade, minimizando injustiças ao longo do tempo, decorridos da incapacidade em universalizar direitos em detrimento da tradição privatista do bem público pela burguesia. Porém, em decorrência do escamoteamento dos direitos assegurados na referida Constituição, evidencia-se, lamentavelmente, a existência de dois dicotômicos projetos, um privatista, que se torna cada vez mais firme e fomentado ideologicamente pelo Estado e, o outro é o projeto Constitucional, quem vem sendo desenvolvido de forma estrategicamente sucateada para o fortalecimento do privado em detrimento do público, gerando uma forte e crescente dicotomia entre o SUS real e o SUS constitucional.

1.2 O contexto da Política de Saúde das décadas de 1980/1990 à Contemporaneidade: Algumas reflexões analíticas

No decênio dos anos de 1990 presencia-se uma nova direção adotada pelo Estado: a Política Neoliberal⁴, configurando-se esta como uma política de caráter macroeconômico, voltada para a redefinição do papel do Estado no tocante as suas responsabilidades no trato das políticas públicas, onde este deixa ser responsável pelo desenvolvimento econômico e social, tornando-se apenas agente regulador, transmitindo suas atribuições ao setor privado.

Tal política foi inserida no Brasil, de forma mais contundente, na década de 1990, especificamente nos dois mandatos (1995-2002) do governo do então Presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC)⁵, através de um amplo projeto de Reforma do Estado da autoria do Ministro da Administração Federal e Reforma do Estado, Bresser Pereira.

O Estado, ao assegurar a hegemonia neoliberal no país trouxe consigo bases de uma política pautada na redução dos direitos trabalhistas, sociais, desemprego, precarização dos serviços públicos, desmonte previdenciário e sucateamento das políticas públicas, por estas serem consideradas causas do déficit da economia, necessitando, portanto, serem restringidas ou banidas.

Diante desse caótico quadro, evidencia-se que a política de saúde, assim como as demais políticas, vêm sofrendo severos impactos, culminando em efeitos deletérios, onde a população usuária fica a mercê dos seus direitos e necessidades, provocando um intenso processo de agudização da questão social.

A proposta de Política de Saúde construída na década de 80 tem sido desconstruída. A Saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. A refilantropização é uma de suas manifestações com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais com o objetivo de reduzir os custos (BRAVO, 1999, p.112).

⁴ Segundo Montaño e Duriguetto (2011), o projeto neoliberal constitui a atual estratégia hegemônica de reestruturação geral do capital, frente à crise, ao avanço tecnocientífico e as lutas de classes, desenvolvidas após 1970. Representa uma contrarrevolução, ou uma contrarreforma sobre o aspecto desenvolvimentista e os avanços e conquistas da classe trabalhadora conseguida durante os anos de luta. O neoliberalismo mantém a acumulação capitalista baseada na exploração do trabalho, mas nesse regime aumenta-se essa exploração de forma que à medida que há o aumento da riqueza de um lado, há o empobrecimento do outro. Mas isso não surge com o neoliberalismo, é um princípio fundamental do sistema capitalista.

⁵ No governo de FHC, foi criada a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), especificamente no ano de 1997, vigorando até o ano de 2007, cujo escopo consistia em angariar recursos para a saúde pública e para a previdência social, porém, na realidade, o caos na saúde e na previdência continuaram instalados, não havendo uma prestação contas para a sociedade sobre o que realmente era feito com os tributos arrecadados com a CPMF.

Evidentemente, diante do afastamento do Estado no tocante a operacionalização da política de saúde, assiste-se ao retorno de práticas abolidas a partir da CF/88, a exemplo da co-participação dos/as usuários/as em medicamentos que deveriam ser distribuídos gratuitamente pelo SUS, da precária atenção à saúde nos diversos níveis de complexidade, seja na dificuldade ou no não atendimento às solicitações de exames, consultas e/ou internamentos hospitalares, culminando em uma intensa demanda reprimida aos serviços de saúde.

Seguindo essa lógica de perspectivas de mudanças e redução da demanda, porém, através de um forte discurso ideológico de busca pelo crescimento e aprimoramento da política de saúde, ainda na década de 1990, no governo do Presidente Itamar Franco (1992-1995), foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), o qual passou a ser denominado a partir de 2011 como Estratégia Saúde da Família (ESF).

No tocante a essa questão, Bravo (2009, p. 104) afirma que a política de saúde no decênio de 1990 caracteriza-se pela “ênfase na focalização, precarização e terceirização dos recursos humanos”, no desfinanciamento e pouca iniciativa no quesito seguridade social, realçando políticas focais a exemplo dos PSFs.

Além do fortalecimento e ampliação dos PSFs, cabe também ressaltar, o desenvolvimento e parceria com os Hospitais Universitários (HUs) por meio do SUS. Em relação à atenção hospitalar de alta complexidade, outras ações que contemplaram esse caráter foi a estruturação dos serviços de emergência, lançando o Programa Nacional de Atenção Integral às Urgências e a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), e o apoio as Centrais de Regulação Regionais das Urgências. Porém, nenhum desses aspectos foram suficientes para suprimir o caráter fragmentado e precarizado da atenção à saúde pública brasileira.

Destarte, diante de um cenário totalmente avassalador dos direitos sociais conquistados a partir de árduas lutas da sociedade civil, adentra-se na conjuntura política dos anos 2000, elegendo nas eleições de 2002, na perspectiva de mudanças no cenário político, o Presidente Luís Inácio Lula da Silva (2003-2010).

Segundo Braz (2004, p.49) a eleição de “um representante da classe operária brasileira com forte experiência de organização política”, significou o resultado das intensas lutas e reivindicações e, principalmente, a indignação da população frente

a política neoliberal implementada nos anos de 1990. Contudo, tudo não passou de um mero equívoco ou apenas utopia, pois o então presidente representou, na verdade, o continuísmo político impetrado pelo neoliberalismo no Brasil.

Dessa forma, a sociedade criou expectativas de que o país vivenciaria novos tempos de enfretamento das políticas de ajuste que sucateavam os direitos da população. Porém, não se esperavam transformações bruscas, frente a inúmeros acordos existentes com os organismos internacionais, contudo mantinham-se alusões no tocante às políticas sociais e a participação social.

Entretanto, o que se experimentou nas urnas e a ânsia por um governo que traria mudanças nos rumos do Brasil no quesito democrático e popular, cedeu espaço ao desencantamento, pois Lula deu continuidade as propostas e reformas defendidas no governo de FHC, em especial a contrarreforma do Estado, maquiando o espaço público democrático de direito em detrimento do privado, e deturpando direitos socialmente adquiridos

É certo, indubitavelmente, que o referido governo demonstrou, segundo Bravo (2009), ainda que de forma insuficiente, diante da patética realidade da miserabilidade brasileira, uma certa preocupação com o social, aprimorando o Programa Bolsa Família, denominado Fome Zero no governo de FHC. No entanto, o governo Lula foi incapaz de realizar mudanças substanciais, devido às fortes amarras aos aliados tucanos.

No que diz respeito à política de saúde, esperava-se que Lula fortalecesse o SUS constitucional, investindo na referida política, mas, na verdade, o que se evidenciou foi um intenso processo de desmonte, acarretando em uma maior precarização dessa política.

De acordo com Bravo e Menezes (2008), inicialmente houveram algumas tentativas de mudanças por parte do governo ora mencionado, a exemplo do retorno das estratégias de reforma sanitária, da escolha de profissionais que assumiam a luta em favor do projeto sanitário para ocupação de cargos do primeiro escalão do governo, mudanças na estrutura do Ministério da Saúde, a 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS)⁶, e a escolha do representante da CUT (Central Única dos Trabalhadores) para gerenciar a Secretaria do Conselho Nacional de Saúde.

⁶ A 12ª Conferência Nacional de Saúde teve como objetivo traçar estratégias para o plano plurianual de saúde e as principais diretrizes a serem adotadas no sistema de saúde, ver Bravo (2009, p. 103).

Em seu segundo mandato (2007-2010), Lula manteve seu plano diretor, e seu carro chefe: o programa Bolsa família⁷, com relação à saúde, também não retomou pontos estratégicos da Reforma Sanitária.

Ainda, segundo Bravo e Menezes (2010), destaca-se a realização da 13ª Conferência de Saúde⁸, a criação do Programa Mais Saúde, a ampliação dos PSFs e o compromisso com o fortalecimento da atenção básica, Brasil Sorridente⁹, Farmácia Popular¹⁰, e a criação do programa saúde na escola¹¹.

Com o escopo de fortalecer a ESF, no ano de 2008, através da portaria nº 154, foi criado o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). No entanto, a forma parcializada e descontínua como o NASF é operacionalizado, impede que realmente ocorra uma intervenção interdisciplinar, tornando-se mais um serviço fragmentado,

⁷ O Programa Bolsa Família (PBF), foi criado pela Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, regulamentado pelo Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004, alterado pelo Decreto nº 6.157 de 16 de julho de 2007, portaria interministerial nº 2.509 de 18 de novembro de 2004. Objetiva a transferência de renda para famílias pobres ou de extrema pobreza em todo país, com o intuito de ultrapassar a linha de vulnerabilidade social, visando garantir o acesso a educação, alimentação e saúde. No país, tem-se em torno de 13,9 bilhões de beneficiários/as. Para ter acesso ao PBF, é necessário que a família esteja cadastrada no Cadastro Único, ter renda familiar (per capita) até a \$170,00 (por pessoa), obedecer a tais critérios como: crianças devidamente matriculadas e frequentando a escola, caderneta de vacinação em dia, participar de atividades de capacitação profissional oferecido pelo mesmo, etc. O descumprimento desses critérios pode levar ao cancelamento do benefício, a renda varia de R\$85,00 por pessoa, podendo chegar a R\$372,00 reais juntamente com os benefícios variáveis, que envolvem crianças de 0 a 15 anos de idade, adolescentes de 16 a 17 anos de idade, gestantes, e a renda familiar.

⁸ A 13ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu em Novembro de 2007, teve por tema: "Saúde e Qualidade de vida: Política de Estado e Desenvolvimento", onde o Conselho Nacional de Saúde traça estratégias de fortalecimento para a participação social na efetivação da saúde como direito, e na busca de alternativas para o enfrentamento dos desafios contemporâneos em assegurar o SUS como política de Estado. Outros debates de grande relevância também foram abordados na referida conferência, a exemplo: do projeto de Fundação Estatal de Direito Privado no âmbito da saúde e a descriminalização do aborto. Outro aspecto que vale ressaltar se firma na autonomia do Conselho Nacional de Saúde.

⁹ O Programa Brasil Sorridente foi criado no ano 2004, através da portaria nº 599/GM/MS, visa à ampliação da atenção a saúde bucal no país em todos os seus níveis, conseqüentemente também prevê a expansão de equipes de saúde bucal junto à saúde da família, com implantes de especialidades odontológicas, laboratórios de órteses e próteses.

¹⁰ O Programa Farmácia Popular foi instituído pela Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, e regulamentado pelo Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004, Portaria nº 491, tem por objetivo fornecer medicamentos com baixo custo às famílias de baixa renda, e com subsídios do Governo Federal. O programa farmácia popular mesmo sendo um programa que minimiza o custo dos medicamento, fere o princípio doutrinário do SUS que é a integralidade, onde é de responsabilidade do Estado fornecer gratuitamente todo e qualquer medicamento a população que dela necessita, porém o que vemos é o sucateamento do sistema público em prol do privado, em especial aqui a indústria farmacêutica.

¹¹ O Programa Saúde na Escola surgiu pelo Decreto nº 6.286 de 5 de Dezembro de 2007 sendo estabelecido ela portaria nº 2.931, de 4 de dezembro de 2008, visa auxiliar na formação integral dos/as estudantes, consolidando ações de promoção, proteção e prevenção a atenção a saúde, tendo como beneficiários/as estudantes, professores/as, gestores/as da rede pública de ensino e trabalhadores/as da saúde, formação técnica e educação de jovens e Adultos (EJA).

sem que de fato possa atender as reais necessidades da população usuária, a qual muitas vezes desconhece o real propósito desse programa.

Em síntese, não desconsidera-se os avanços no que tocante a saúde durante governo Lula, principalmente na área social, porém, o mesmo manteve a contradição de classes, e a disputa pelos projetos de saúde pública com o privatista, mantendo políticas e programas focalizados. Na verdade, a expectativa em torno do fortalecimento do projeto de Reforma Sanitária não se consolidou.

No ano de 2011 foi eleita a primeira presidente do sexo feminino no Brasil, Dilma Rousseff¹², a qual cumpriu integralmente o seu primeiro mandato (2011-2014). O governo Dilma, representou o continuísmo do governo anterior, seguindo os passos do governo Lula. Porém, de acordo com Bravo e Menezes (2010), houveram a criação de novos programas como: a rede cegonha, que cuida da saúde da mãe e da criança da gestação ao nascimento, e puericultura, o incentivo ao combate do câncer de mama e útero, trazendo campanhas preventivas, o programa “Aqui tem farmácia popular”, com a distribuição gratuita de medicamentos para a população hipertensa e diabética, além da implantação de UPAs (Unidades de Pronto - Atendimento 24 horas).

De acordo com o Ministério da Saúde criou-se também o programa Mais Médicos, trazendo médicos cubanos para adentrar na medicina brasileira, visando a melhoria da atenção básica nas áreas de maior carência; academia de saúde criado em 2011, com o objetivo de melhorar a saúde da população mediante a criação de espaços públicos destinados ao lazer; o Humaniza SUS, o qual visa o atendimento humanizado dentro dos hospitais; o programa Melhor em Casa, que disponibiliza atendimento à saúde em casa para pessoas que estão acamadas ou impedidas de locomoção.

Em suma, o governo Dilma manteve as mesmas bases do governo anterior, com enfoque nas políticas focalizadas, fragmentando os serviços de saúde e impossibilitando um atendimento digno e qualificado aos/as usuários/as.

¹² Dilma Rousseff, no ano de 2003 a 2005 foi Ministra de Minas e Energia, durante o segundo mandato do Presidente Lula, foi nomeada Ministra Chefe da Casa Civil da Presidência da República, ficando nesse cargo até sua candidatura as eleições presidenciais de 2010, onde obteve êxito no período de 2010-2014 e 2015-2016, sofrendo impeachment no último ano. A mesma nasceu em Belo Horizonte no ano de 1947, ingressou nos movimentos sociais aos 16 anos de idade, sofrendo represálias no período da ditadura, possui um vasto currículo político sendo eleita a primeira presidente mulher do Brasil.

A referida Presidente foi reeleita no ano de 2015, de forma democrática para o segundo seu mandato, porém no ano de 2016, de forma arbitrária, sofreu impeachment, assumindo a chefia da Nação o seu vice presidente Michel Temer. Portanto, na conjuntura vigente vivenciamos o golpe de estado efetivado em maio de 2016, por meio de seu Vice Michel Temer, o qual se torna presidente do país de forma ilegítima, tendo total aparato do Senado e do Supremo Tribunal Federal para lhe possibilitar uma base de atuação com caráter de legitimidade.

Na conjuntura vigente, a sociedade, sob a governança do atual presidente, retrocede no tocante aos direitos constitucionalmente garantidos, deturpando os mesmos, fragmentando os serviços públicos, propondo verdadeiros absurdos, prejudicando primordialmente o trabalhador.

Uma das grandes polêmicas que o referido governo, recém ingresso apresentou de forma arbitrária à sociedade, sob o manto de um Congresso cooptado através de jantares milionários, onde foram feitos os conchavos políticos, foi a PEC¹³ 55 que limita os gastos públicos por um período de vinte anos, se configurando como uma afronta a sociedade, penalizando principalmente a educação e a saúde do país, as quais se tornarão de forma muito mais intensa, até porque essa é a real intenção, como nichos muito mais fortes do capitalismo monopolista.

Tal PEC, foi aprovada por 53 votos a favor e apenas 16 contra, em segundo turno no Senado Federal no dia 13 de dezembro do ano de 2016. Portanto, não se configura mais como uma proposta, mas como uma emenda constitucional. Entretanto, não podemos nos furtar de realizar a reflexão de que tal emenda é extremamente arbitrária, sonegadora e usurpadora de direitos constitucionalmente assegurados.

Sem contar que essa emenda tornará cada vez mais evidente o distanciamento entre aqueles/as que podem consumir/ágar por políticas privadas, a exemplo da saúde da educação e da previdência, e aqueles segmentos populacionais (classe trabalhadora assalariada/precariado) que não podem pagar por serviços privados, restando apenas se contentarem com as migalhas “fornecidas” pelo governo.

Isso posto, frente a um governo golpista se espera ainda que venham muitos sucateamentos de direitos e menos investimentos no social, tudo em nome do

¹³ Proposta de Ementa à Constituição, com intuito de alterar o texto constitucional existente.

capital e sua política neoliberal, é o privado em detrimento do público, como dizia Marx desde 1948, quando escrevia o Manifesto Comunista, “o estado é o comitê executivo da burguesia”, imprimindo apenas os interesses desta classe.

2 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

2.1 Gênese do Serviço Social na política de saúde

O Serviço Social na saúde originou-se nos Estados Unidos no início do século XX, a obscuridade dos serviços de atenção à saúde e a ampliação dos hospitais implicou na necessidade de outros/as profissionais nessa área além dos/as médicos/as. Portanto, a referida profissão teve início no ano de 1905 em grandes hospitais situados em Boston, Nova York, Baltimore etc.

Segundo Costa (2007), a instrumentalidade dos/as assistentes sociais estava relacionada ao desenvolvimento de práticas profissionais conservadoras, tais como: visitas aos/as enfermos/as após alta médica, com o intuito de verificar se o tratamento estava sendo desenvolvido de forma adequada, bem como para repassar instruções a família sobre dietas e medicamentos; observar as condições sociais e econômicas dos/as pacientes para repassar as informações aos/as médicos/as; explicação e orientação a família sobre a enfermidade que acometeu os/as pacientes, como também ajuda financeira as famílias. Ou seja, os/as profissionais de Serviço Social atuavam na perspectiva de meros auxiliares dos/as médicos, uma espécie de secretários/as que deveriam estar sempre atentos/as às necessidades dos/as pacientes e dos/as médicos/as.

O objetivo da ação profissional é reduzir a tensão dos “clientes” e evitar críticas ao tratamento realizado, mantendo o controle dos serviços e seu “pleno funcionamento”. Sua incumbência é a de mostrar a função humanitária, benfeitora da instituição de saúde, como especialista em relações humanas (BRAVO, 2013, p.93).

Concomitante a essas ações desempenhadas pelos/as assistentes sociais, tais profissionais também desenvolviam outras intervenções de caráter irrelevante e policialesco, na perspectiva do cumprimento dos tratamentos prescritos, como também fornecer informações sobre normas de higiene, ajudar os/as médicos/as em funções menores como: aplicar injeções, ensinar a preparar mamadeiras, trocar fraldas, entre outros.

Portanto, as atribuições dos/as referidos/as profissionais era relegada a questões ligadas diretamente a medicina, porém, como se estes/as fossem

meros/as auxiliares dos/as médicos/as, devendo os/as assistentes sociais estarem sempre por perto, para, além de orientar, conter qualquer expressão de resistência por parte dos/as pacientes.

Diante do exposto, pode-se afirmar que o Serviço Social ingressou na área da saúde por duas razões: a primeira pelo fato de se ter chegado à conclusão, nos setores de saúde, de que o processo saúde-doença envolvia uma série de questões correspondentes não apenas a área médica, mas também a social; a segunda razão centra-se no fato de que o papel político-ideológico que o Assistente desenvolve, mediante a sua capacidade profissional de persuasão, torna-o fundamentalmente necessário para adequar o indivíduo à ótica do capital. De modo que ele passe a “aceitar e compreender” passivamente os critérios de seletividade no acesso aos serviços institucionais [...] (COSTA, 2007, p.55).

Desse modo, a intervenção dos/as profissionais de Serviço Social, em seus primórdios, era totalmente conservadora, reificadora da ordem monopólica do capital, sem que fossem realizados quaisquer questionamentos, voltados à questão da produtividade, prevenção de acidentes, a vigilância sanitária, assistência a gestantes e mãe pós-parto. Assim, os/as profissionais de Serviço Social procuravam, naquele contexto, persuadir os/as usuários/as, reafirmando, conseqüentemente, o “status quo”, característica de uma profissão funcional a burguesia nas suas protoformas.

Sendo assim, o Serviço Social se firmou institucionalmente sem indagar e/ou criticar o modelo econômico burguês, onde a funcionalidade interventiva desses/as profissionais era subsidiada na matriz teórica positivista, de caráter psicologizante, adotando uma atuação prática voltada para vigiar a saúde dos/as trabalhadores/as e de sua família, e conseqüentemente garantir os ideais do patronato.

Portanto, no tocante a saúde, o Serviço Social desempenha a função de ajustar os/as pacientes a sua vida, bem como trabalhar a personalidade dos/as mesmo/as, culpabilizando-os/as pela situação em que se encontrava, abstendo-se da realização de análises críticas no tocante as condições objetivas, determinantes das múltiplas expressões da “questão social”.

No Brasil, de acordo com Costa (2007), a inserção de assistentes sociais na área da saúde ocorreu na década de 1940, esse país foi o que mais contratou profissionais de Serviço Social. A priori, a atuação desses/as profissionais concentrou-se apenas nos hospitais, e o pioneiro na contratação dessa categoria foi

o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, onde segundo Bravo e Matos (2012, p.30) chama-se “Serviço Social Médico”.

De acordo com os autores acima mencionados, a partir do ano de 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou um novo conceito em saúde, ou seja, um conceito ampliado, passando a considerar não apenas os aspectos biológicos e psicológicos, mas também os de ordem social. Tal aspecto propiciou a inserção dos/as profissionais de Serviço Social na área da saúde, sendo na contemporaneidade, após a assistência social, o segundo campo de trabalho que mais absorve assistentes sociais. Porém, apenas a ampliação desse conceito não era suficiente para mudar as práticas conservadoras e reificadoras da ordem desenvolvidas pelos/as assistentes sociais, pois se mantinham as mesmas posturas profissionais.

Apenas a partir dos anos de 1960 no Brasil começa-se, ainda que de forma equivocada, a buscar o rompimento com práticas tradicionalistas e conservadoras na profissão. Salienta-se que essa busca por renovação no Serviço Social se dá como fruto do Movimento de Reconceituação latino-americano, que repercutiu de forma diferenciada em cada país.

No caso brasileiro, em termos de Serviço Social, não houve um Movimento de Reconceituação¹⁴, mas um processo de renovação perpassado por três momentos distintos, quais sejam: Perspectiva Modernizadora (1960), Reatualização ao Conservadorismo (1970) e Intenção de Ruptura (1980), que sofreram fortes influências advindas do Movimento de Reconceituação latino americano no seio da profissão.

Destarte, nos anos de 1960 teremos ideais positivistas e tradicionais na profissão, advindos de suas protoformas. Mesmo diante de posturas contrárias a essas ações e buscando novas formulações teóricas que rompessem com tal posicionamento, porém, ainda não foi nesse momento que a profissão rompeu com as amarras do tradicionalismo.

Nos anos de 1970 adota-se a perspectiva fenomenológica, o que nada mais é que a reatualização das práticas conservadoras. Tal matriz teórica se respalda na

¹⁴Foi um movimento que fez a categoria repensar criticamente a profissão. “Nos anos 60, os movimentos e lutas sociais, o desenvolvimento de experiências reformistas na América Latina, o surgimento da revolução cubana, a luta de guerrilhas e a reflexão em torno do processo de dependência acentuaram a insatisfação de muitos assistentes sociais que se viam como ‘bombeiros’, chamados a apagar pequenos incêndios, a atuar no efeito da miséria, a estabelecer contatos sem contribuir efetivamente para a melhoria da vida cotidiana do povo (FALEIROS, 1981, p.117).

psicologia, através de atendimento psicossocial, para ser desenvolvida. Ou seja, se utilizando apenas de pressupostos de caráter subjetivos, de modo a levar os sujeitos sociais a refletirem e buscarem alternativas para superarem a problemática em que estavam inseridos, desconsiderando.

Apenas nos anos de 1980 que se rompe com o tradicionalismo existente na profissão, porém não de forma homogênea, trazendo uma nova teoria para embasar a profissão, que consiste em analisar e posicionar-se criticamente diante das expressões da “questão social”. Portanto, é no rompimento com o conservadorismo que a categoria profissional trás a luz do marxismo, novas bases teórico-metodológicas, como também a elaboração de um Projeto Ético Político¹⁵ que tem como dimensão política o compromisso com a classe trabalhadora.

Nesse contexto de conquistas paulatinas para a sociedade no âmbito de todas as políticas públicas, em especial para a política de saúde, objeto de nossa discussão e análise, destaca-se a Constituição Federal de 1988, onde a saúde passa a ser considerada como direito de todos e dever do Estado; a Lei Orgânica da Saúde (LOS) de número 8.080/90 e a lei 8.142/90, dispendo sobre a prestação dos serviços de saúde, delimitando os princípios do SUS no tocante a promoção, prevenção e recuperação da saúde, bem como o controle social da referida política.

No entanto, as conquistas asseguradas na Carta Magna vêm sofrendo com a ausência do Estado no tocante ao seu papel. Tal situação impõe desafios contínuos aos/as Assistentes Sociais, diante à falta de compromisso do órgão estatal para com os direitos sociais.

Dessa forma, a omissão do Estado rebate diretamente no sucateamento, na focalização e precarização das políticas públicas, culminando no fortalecimento do privado em detrimento do setor público, provocando o agudizamento da “questão social”.

Imbricados nesse cenário que deturpa direitos sociais, o serviço social obteve inúmeros avanços como: a Resolução nº 218, de 06 de março de 1997 do Conselho

¹⁵ O Projeto ético Político (PEPSS) é um projeto profissional coletivo, como também se perfaz um projeto societário, que tem a liberdade como ponto fulcral, “uma liberdade concebida historicamente, como possibilidade de escolher entre alternativas concretas; daí um compromisso com a autonomia, a emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais” (NETTO, 1999, p.155). Assim sendo, o PEPSS vincula-se a um projeto de transformação da sociedade delineada por “seus princípios de equidade, justiça social, ampliação e consolidação da cidadania, garantia dos direitos civis, políticos e sociais da classe trabalhadora, a democratização e a socialização da participação política e da riqueza produzida” (Id).

Nacional de Saúde (CNS) que reconhece no âmbito da saúde o serviço social como uma das profissões de nível superior.

Nesse sentido, a resolução do CFESS (Conselho Federal de Serviço Social) nº 383/99 de 29 de março de 1999, veio reforçar a resolução do CNS na medida em que reconheceu os/as assistentes sociais como profissionais da área da saúde, onde atuam articulados/as à outras políticas públicas.

É interessante notar que são muitos os avanços conquistados pela categoria profissional, a exemplo do Código de Ética Profissional de 1993, da Lei que Regulamenta a profissão (8.662/93), a elaboração pelo CFESS dos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde em 2010, das Diretrizes Curriculares de 1996, criadas pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), sendo aprovada pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) nos anos 2000.

Em meio a todas as conquistas almeçadas pela categoria de Serviço Social, é nítido que estas se deram mediante uma série de lutas e desafios, porém é sabido que em meio às conquistas da categoria, os/as profissionais encontraram uma série de barreiras que dificultaram desenvolvimento da sua instrumentalidade, tais como as intensas correlações de forças, onde as instituições, em sua grande maioria, não reconhecem as atribuições privativas dos/as assistentes sociais, imputando-lhes atividades que não correspondem as suas especificidades profissionais, o que vem a dificultar as condições e relações de trabalho nos diversos espaços sócio-ocupacionais em que estes/as profissionais estão inseridos/as.

Diante desse contexto, avassalador de direitos e de intensas correlações de forças para a categoria profissional, identifica-se, de forma cada vez mais contundente, a necessidade e proeminência da criação de um perfil profissional que seja capaz de responder e acompanhar as demandas potenciais e reais que emergem no cotidiano de trabalho, pois:

O exercício da profissão exige um sujeito profissional que tenha competência para propor, para negociar com a instituição os seus projetos, para defender o seu campo de trabalho, suas qualificações e atribuições profissionais. Requer ir além das rotinas institucionais para buscar apreender, no movimento da realidade, as tendências e possibilidades, ali presentes, passíveis de serem apropriadas pelo profissional, desenvolvidas e transformadas em projetos de trabalho (IAMAMOTO, 2009, p.12).

Destarte, frente às particularidades da sociedade brasileira contemporânea, no que tange a constante ofensiva do capital aos direitos da classe trabalhadora, é indispensável que os/as profissionais estejam capacitados/as para compreenderem o movimento da realidade, de modo a construir estratégias, além de planejar e replanejar atividades que sejam capazes de solucionar ou amenizar as mais complexas demandas apontadas pelos/as usuários/as dos serviços de saúde.

Deve-se ressaltar, de forma inexorável, que uma das grandes conquistas adquiridas pelo Serviço Social na saúde, foi a criação dos Parâmetros para atuação de Assistentes na Saúde no ano de 2010 pelo CFESS, o qual tem o escopo de:

Visa responder, portanto, a um histórico pleito da categoria em torno de orientações gerais sobre as respostas profissionais a serem dadas pelos assistentes sociais às demandas identificadas no cotidiano dadas pelos assistentes sociais às demandas identificadas no cotidiano usuários dos serviços, ora pelos empregadores desses profissionais no setor saúde. Procura, nesse sentido, expressar a totalidade das ações que são desenvolvidas pelos assistentes sociais na saúde, considerando a particularidade das ações desenvolvidas nos programas de saúde, bem como na atenção básica, média e alta complexidade em saúde. Por outro lado, a opção em não estruturá-lo a partir dessas frentes de trabalho visa superar o registro de ações que são comuns nessas frentes e que tendem a se repetir quando a perspectiva é apontar as atribuições dos profissionais na saúde. Além disso, ao demonstrar que as diversas ações estão interligadas e são complementares, aponta-se para uma equivalência no grau de importância entre as ações assistenciais, as de mobilização popular e as de pesquisa e planejamento do trabalho profissional, por exemplo (CFESS, 2010, p.12).

O referido documento se firma em quatro eixos: “Saúde, Reforma Sanitária, Sistema Único de Saúde e desafios atuais”, fazendo um resumo histórico sobre a saúde no Brasil, relata as inúmeras lutas e conquistas vindas do Projeto de Reforma Sanitária e do projeto ético-político.

O segundo eixo refere-se à discussão teórica e política do Serviço Social na saúde, demonstrando avanços e obstáculos postos a concretude do projeto ético-político, projeto este que vem sendo tensionado na contemporaneidade em decorrência da desastrosa política neoliberal.

O terceiro eixo, denominado “Atuação do Assistente Social na Saúde”, trás a luz os pressupostos para embasar a atuação dos/as referidos/as profissionais na área da saúde bem como direitos e deveres destes/as para com os/as usuários/as e

instituição, ou seja, as competências gerais inerentes à categoria. O quarto eixo, vislumbra as reflexões apontadas nos eixos anteriores.

Portanto, os parâmetros embasam a atuação profissional dos/as assistentes sociais no âmbito da saúde, traçando suas competências e atribuições privativas, delineando seu papel no tocante a área da saúde, efetivando-se a luz do que prega a Reforma Sanitária e o Projeto Ético-Político Profissional, buscando a qualidade e a viabilização dos direitos da população usuária desses serviços.

De acordo com os Parâmetros na Saúde (CFESS 2010), constituem direitos dos profissionais de Serviço Social: a) garantia e defesa de suas atribuições e prerrogativas, estabelecidas na Lei de Regulamentação da Profissão e dos princípios firmados neste Código; b) livre exercício das atividades inerentes à profissão; c) participação na elaboração e gerenciamento das políticas sociais e na formulação e implementação de programas sociais; d) inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional; e) desagravo público por ofensa que atinja a sua honra profissional, entre outros.

O perfil dos/as assistentes sociais acima citados caracteriza um profissional apto para operar e projetar qualquer política pública voltada a sua área de atuação, onde o mesmo desenvolvera posturas competentes e críticas, eximindo-se de qualquer abordagem conservadora e pragmática, que reitera posturas tradicionais no seio da profissão.

Segundo os parâmetros, a lei que rege a profissão em seu artigo 4º determina como competências os seguintes aspectos:

Elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto à órgãos da administração pública direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares; elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam de âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil; encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos; planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais; planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais, entre outros tantos que ampara o exercício profissional na saúde[...] (CFESS, 2010, p.36).

No entanto, apesar de se ter um documento que ampara a práxis profissional, elencando as competências e atribuições do/a mesmo/a no tocante a área da saúde,

muitos assistentes sociais desviam sua prática de atuação do que preconiza os parâmetros.

Assim, diante do contexto neoliberal que desmonta as condições objetivas dessa categoria profissional, muitos assistentes sociais acabam por exercer a profissão de maneira desvinculada dos parâmetros e de sua orientação no tocante a área da saúde, todavia recaindo no fatalismo e messianismo decorrentes da fragmentação da categoria, e da própria precarização da política de saúde.

Salienta-se que a estrutura do espaço sócio-ocupacional, as inúmeras demandas que exigem retorno imediato, excesso da jornada de trabalho, baixa remuneração salarial, a desvalorização da profissão, etc, acaba por desmotivar o profissional e por consequência reforçar as estratégias do neoliberalismo.

Diante dessas questões, se faz de suma importância fortalecer o projeto ético-político profissional na contemporaneidade, e investir na qualificação profissional para que assim possa se sobrepor as armadilhas cotidianas impostas pela política neoliberal, que se concretiza na contenção de gastos e desmonte dos direitos sociais adquiridos mediante lutas da sociedade.

Cerceamento este, que é fomentado pelas constantes contra reformas efetivadas pelo Estado em prol do capital, tolhendo assim as possíveis respostas dos/as profissionais de Serviço Social aos/as usuários/as da política de saúde, precarizando os espaços sócio-ocupacionais em que os/as mesmos/as estão inseridos/as.

2.2 A “Contra Reforma” do Estado Brasileiro e os seus rebatimentos na intervenção profissional dos/as Assistentes Sociais

A reforma ou “contra reforma” do Estado brasileiro ocorreu no governo do Presidente José Sarney (1985-1989), porém muito timidamente, tendo continuidade no governo Collor (1990-1992), que após sofrer o processo de impeachment, seu vice Itamar Franco assume e prossegue as orientações do governo anterior, implementando a política neoliberal. Contudo, a referente política tem sua hegemonia de fato no Brasil no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) no período de (1994-1998) e (1999-2002).

Segundo Bresser-Pereira¹⁶ (1997, p. 09): “A Grande Depressão dos anos de 1930 decorreu do mau funcionamento do mercado, a Grande Crise dos anos 1980, do colapso do Estado Social do século vinte”. Ainda assim, a consequência da crise dos anos de 1980 nos atinge até os dias atuais devido à inserção de uma política econômica destruidora de direitos.

Imbricados nesse contexto de crise, o governo de José Sarney lança no país em 28 de fevereiro de 1986 o Plano Cruzado, mais conhecido como “populismo econômico”, o mesmo tinha como objetivo primordial: a redução e contenção da inflação, que na época era altíssima. Esse plano trouxe a inserção de uma nova moeda para o Brasil, e o congelamento dos preços de produtos e dos gastos públicos (salários) por um ano. Todavia, segundo Behring (2008), o Plano Cruzado reduziu apenas por alguns meses a inflação, porém acarretou em outro problema, a falta de produtos no país, inclusive de gêneros alimentícios.

Em junho de 1987 ocorreu o fracasso do Plano Cruzado em decorrência da resistência de grupos economicamente e politicamente mais fortes, como também devido à inoperância do plano devido ao engessamento gestado pela divergência entre conciliar os ideais do antagonismo de classes.

No decorrer dos anos 1980, formulam-se ideais de uma nova Constituição Federal, debruçada entre disputa de interesses e esperanças imersas nos movimentos dos trabalhadores.

O texto Constitucional refletiu a disputa de hegemonia, contemplando avanços em alguns aspectos, a exemplo dos direitos sociais, humanos e políticos, pelo que mereceu a caracterização de Constituição Cidadã, de Ulisses Guimarães. Mas manteve fortes traços conservadores, como a ausência de enfrentamento da militarização do poder no Brasil (as propostas de construção de um Ministério da Defesa e do fim do serviço militar obrigatório foram derrotadas, dentre outras), a manutenção de prerrogativas do Executivo, como medidas provisórias, e na ordem econômica (BEHRING, 2008, p. 143).

¹⁶Formado em Direito pela Faculdade de Direito pela Universidade de São Paulo, USP (1957), é mestre em mestrado (Master of Business Administration) pela Michigan State University (1961), e doutorado em Economia pela Faculdade de Economia e Administração, FEA, da USP (1972), professor emérito da Escola de Economia de São Paulo. É presidente do Centro de Economia Política e editor da Revista de Economia Política desde 1981. Em 2010 recebeu o título de Doutor Honoris Causa pela Universidade de Buenos Aires. Foi Ministro da Fazenda, da Administração Federal e Reforma do Estado, e da Ciência e Tecnologia no governo de FHC (plataformalattes.cnpq.br).

A consolidação da Carta Magna mesmo em moldes liberais trouxe proteção no âmbito social a toda população. As esperanças trazidas em 1989 com as eleições expressou o divisor de águas e claramente os antagonismos entre as classes.

A disputa eleitoral entre Lula e Collor significou o pleito de projetos distintos e a renovação das esperanças pela classe trabalhadora, o empate no primeiro turno refletiu angústia a classe dominante, representando fragmentação em sua base.

Entretanto, a elite ganhou as eleições de 1989 (a primeira eleição direta, com a volta da participação popular) e Fernando Collor de Melo saiu vencedor. Segundo Sader (1990, p.65) “as classes dominantes saíram vitoriosas eleitoralmente do pleito, tendo sofrido um enorme susto e percebido que não dispunha de alternativas partidárias para reproduzir seu poder”.

Ao entrarmos nos anos de 1990 presenciamos o cenário que desenvolve a “contra reforma” do Brasil, onde os primeiros passos da política neoliberal tem início com o então presidente Collor, que assume a presidência com maioria adquirida nas urnas.

Após o fracasso dos planos anteriormente adotados para conter a inflação, Collor se comprometeu à derrocar a inflação, expressando posturas nitidamente neoliberais. Para cumprir suas promessas de campanha o presidente lança o Plano Collor ou “Plano Brasil Novo” com o objetivo de conter a hiperinflação com medidas radicais, congelando os gastos públicos e confiscando os depósitos bancários, desagradando não somente a população trabalhadora, mas a elite desaprovou esse método porque perdia alguns de seus investimentos.

De acordo com Behring (2008, p. 150), “apesar do Plano conseguir equilibrar as finanças públicas e aumentar as reservas do país, a abertura comercial e a reforma administrativa propiciaram o aumento do desemprego, e pouco tempo depois o país entrava numa recessão profunda”. O Plano Collor orientava uma política de recessão, com restrição de créditos e restrição da política salarial, o que culminou na baixa popularidade do presidente.

Em 1991 o presidente confirma as fragmentações de seu plano e muda sua equipe de governo, lançando o Plano Collor II, que caminha junto com ideais liberais ortodoxos, cortando mais uma vez os gastos públicos e promovendo uma reforma financeira o “*tarifaço*”¹⁷. As chamadas reformas estruturais do governo Collor se

¹⁷ O “tarifaço” foi uma estratégia usada por Collor no combate a inflação, contudo essa medida prejudicava diretamente a classe trabalhadora pois ajustava/aumentava 59,5% a energia elétrica,

basearam na privatização e redução das tarifas, além da abertura dos portos para o capital internacional, em nome da globalização, o que na verdade representa a translação da lógica do capital para todos os espaços da sociedade. Tal plano,

Na política antiinflacionária, evitou a hiperinflação por algum tempo, mas sem sustentabilidade; implementou uma reforma administrativa desastrosa, sob o argumento de diminuir o setor público, desarticulando-o; seu plano de privatizações foi desenhado sem objetivos consequentes; realizou uma liberalização comercial voluntarista sem medir o impacto sobre a diversificada e complexa estrutura industrial brasileira; cortou subsídios agrícola que levaram o caos à safra de 1990-91 (CANO, 1994, p.54-55 *apud* BEHRING, 2008, p. 152).

A popularidade de Collor decrescia a passos largos, seu governo orgulhoso e arrogante inquietou a elite da sociedade, devido à política de corte e ausência de diálogo, favorecendo apenas a grupos específicos.

Diante disso, em 1992 emerge do seio do movimento estudantil os denominados “caras pintadas” que “pôs nas ruas uma maciça campanha pelo *impeachment* de Collor, debaixo de graves acusações de corrupção do Presidente – acusações partidas de seu próprio irmão e aliado, até então” (SOUZA FILHO; GURGEL, 2016, p. 172).

Essas manifestações clamavam pela sua saída da presidência, imprimindo revolta pelos inúmeros casos de corrupção e medidas extremas para solucionar a crise naquele momento, concomitante a esse pleito o movimento lutavam por eleições diretas já.

Destarte, o então presidente foi afastado no dia 29 de setembro de 1992, quando o Senado abriu o processo para sua destituição do cargo. Assim, no dia 29 de dezembro de 1992, Collor foi destituído definitivamente do posto de presidente, sendo votado pelos senadores e contando com o total de 76 votos a favor e 03 contra.

Em meio a essa situação, antes do julgamento, Collor renunciou ao cargo. Porém, o senado já havia votado por seu *impeachment* e pela cassação de seus direitos políticos, ficando o mesmo inelegível por oito anos.

46% a gasolina e álcool, 56,6% telefone, e 50% o gás de cozinha, o que culminou em sua extinção três dias após sua implementação.

Portanto, de acordo com Behring (2008), o vice de Collor, Itamar Franco assume a Presidência da República em um contexto repleto de irregularidades frente às inúmeras demandas advindas da sociedade, as quais demandavam soluções do Estado.

Itamar Franco, em seu mandato (1992-1994), viabilizou avanços no tocante a Constituição e seus princípios, como a regulamentação da LOAS, anteriormente vetada por Collor. Porém, preparou toda a base estrutural para o desenvolvimento da política neoliberal, cuja qual foi efetivada por Fernando Henrique Cardoso (FHC), até então Ministro da Fazenda e também formulador do novo Plano de estabilização, o Plano Real.

O Plano Real juntamente com a formulação posterior do Plano Cardoso ou Plano Diretor da Reforma do Estado, adveio das orientações do “Consenso de Washington” assim denominado por ter sido realizado na referida cidade entre os dias 14 e 16 e janeiro de 1993, onde participaram executivos do governo, bancos multilaterais, empresários e acadêmicos de onze países, dentre eles o Brasil.

Nessa reunião, foram acordadas medidas de ajuste neoliberais de contenção da inflação e da crise, entre eles são: disciplina fiscal; mudanças nas prioridades para despesas públicas; reforma tributária; liberalização do sistema financeiro; uma taxa de câmbio competitiva; liberalização da entrada do investimento direto; privatização das empresas estatais; desregulamentação dos direitos assegurados, entre outros.

O Plano Real amenizou a inflação, mas com a supervalorização da moeda, e posteriormente a política de juros altíssimos, ocorreu o seu declínio. Apesar de conter a inflação, tal plano ocasionou o aumento do desemprego no país, gerando o descontentamento da população e a queda da popularidade do então presidente.

As estratégias dos juros elevados contribuíram para a queda dos investimentos produtivos, despertando interesses para o capital especulativo estrangeiro, assim sendo, ainda havia o crescimento de empresas endividadas, em especial aquelas de pequeno porte.

Concomitante a esse cenário, a própria “contra reforma” do Estado incitou o desemprego com programas de demissão voluntária, como também a homologação de instituições sociais e agências de execução das mesmas, porém sem respaldo de estabilidade para os/as trabalhadores/as. Assim, o Plano Real conseguiu estabilizar a inflação, mas gerou altas taxas de desemprego.

Caracterizando essa conjuntura neoliberal os autores do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRE), propuseram a descentralização com a adoção de novos mecanismos de estruturas, inserindo principalmente a flexibilidade, propiciando modelos gerenciais de governo.

Os mentores intelectuais do PDRE, ou seja, Bresser Pereira e FHC, passaram a conceber a Constituição Cidadã como um empecilho aos objetivos da “contra reforma” do Estado, por expressar os direitos sociais e definir claramente o papel do Estado em suas funções sociais, limitar o setor privado, e proteger legalmente os/as trabalhadores/as. Os referidos políticos chegaram a afirmar que a Carta Magna engessa o Estado no tocante ao crescimento.

O Estado afasta-se de suas responsabilidades, atuando apenas como agente regulador da economia, como forma de fomentar espaço à liberdade econômica e ao individualismo do mercado pregado pelo neoliberalismo, passando a sucatear os serviços públicos, culminando em cortes nos benefícios sociais, sucateamento dos referidos serviços, fragmentação das condições e relações de trabalho, omissão no tocante aos direitos sociais e trabalhistas.

As políticas neoliberais combinam estratégias para a inserção de um país no seio capitalista moderno, visando sempre a lucratividade do mesmo, mediante a reestruturação da produção e a mundialização, que combina: “atratividade, flexibilidade, competitividade e atratividade” (BEHRING, 2008, p. 59) em sua implementação.

Dessa maneira, diante da dificuldade das indústrias nacionais se firmarem, o país, torna-se atrativo a política externa. Assim, empresas estrangeiras passam a se fixar no país, pois o governo lhes oferece incentivos fiscais, instituindo processos de liberalização e desregulamentação em prol da competitividade de mercado.

Conforme as proposituras da política neoliberal, o Estado deve ser o mais reduzido possível, “mini max”, ou seja, mínimo para o social e máximo para o capital, onde a privatização do bem público, a redução dos setores públicos, culminando na retirada do Estado no tocante ao cumprimento das suas responsabilidades, haja vista que, o Estado, na perspectiva de tal política, deve ser um órgão forte e enxuto, o qual não deve se ocupar com o social, seguindo as determinações da economia internacional via mundialização do capital, se configuram como premissas básicas.

Todavia, para se manter como política hegemônica, o neoliberalismo utiliza de todo um aparato ideológico para manipular e enviesar a consciência crítica da

sociedade, tornando a sociedade cada vez mais apática e alienada, como forma de perpetuar os seus desmandos e, as consequentes atrocidades provocadas.

Em consequência dessa política, no ano de 1999 a sociedade vivencia o agudizamento dos problemas sociais no Brasil, com o aumento do desemprego, e os poucos investimentos do governo no social.

Nesse sentido, as premissas neoliberais, diante do contexto de contra reforma, vêm sendo alcançadas a partir de três aspectos: publicização, privatização e terceirização, afora as concessões que também se configuram como peculiaridades marcantes da política ora enfatizada.

A publicização do Estado nada mais é que a criação do terceiro setor, ou seja, se configura como a “doação” do bem público: escolas, postos de saúde, hospitais, entre outros para as Organizações Não Governamentais (ONGs) administrarem, porém de acordo com Bandeira de Mello (2005, p. 220) “são organizações particulares, entidades privadas” que se disfarçam de públicas”.

No tocante as privatizações, estas se dão sob a argumentação, por parte do governo, de que as empresas estatais estão sendo muito dispendiosas para o Estado. Dentre as privatizações que ocorreram no governo FHC, pode-se mencionar: Companhia Siderúrgica Nacional, bancos estaduais, Companhia Vale do Rio Doce, etc.

As concessões são as parcerias público-privadas para a execução de obras por empresas privadas, contando com finanças públicas. Essa parceria pode se dar através de fiscalização, a exemplo da criação de fundações estatais para transferência de serviços públicos, como: a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Portanto, os mecanismos de administração do governo FHC tem por base a dominação tradicional em moldes conservadores, efetivando uma contra reforma que destrói direitos constitucionalmente garantidos pela Constituição Federal de 1988, na medida em que utiliza como estratégias principais a focalização, fragmentação, sucateamento dos serviços públicos, tornando as relações sociais em relações coisificadas, incentivando a competitividade e desmobilizando os movimentos sociais.

Contudo, segundo Bravo (2009), nos anos 2000 com a chegada de presidentes populares no governo (Lula e Dilma), advindos da classe trabalhadora, o país e a população em geral almejavam mudanças estruturais na economia, como a

derrocada da política neoliberal no país, galgava-se o avanço nas políticas sociais, entre outros tantos projetos delineados nas mobilizações populares, mas isso não chegou a acontecer, pois tais governos, em decorrência das amarras ao capital estrangeiro, manteve o desenvolvimento da política neoliberal, apesar de terem apresentado, ainda que de forma tímida, um olhar diferenciado para os programas sociais voltados para a população empobrecida.

É nessa conjuntura cerceadora de direitos, a qual sucateia serviços e precariza o setor público em detrimento do privado, que o Serviço Social vai intervir em um intenso contexto de agudização da questão social.

Dessa maneira, os/as assistentes sociais atuam num binômio de tensões constantes, porque assume uma dimensão política de comprometimento com a classe trabalhadora, ao mesmo tempo em que se configuram como trabalhadores/as assalariados/as que precisam vender sua força de trabalho para o capital.

Conforme Raichelis (2011, p. 05), o Estado e a burguesia,

São os empregadores que fornecem instrumentos e meios para o desenvolvimento das tarefas profissionais, são as instituições empregadoras que têm o poder de definir as demandas e as condições em que deve ser exercida a atividade profissional: o contrato de trabalho, a jornada, o salário, a intensidade, as metas de produtividade. Esses organismos empregadores, estatais ou privados, definem também a matéria (objeto) sobre a qual recai a ação profissional, ou seja, as dimensões, expressões ou recortes da questão social a serem trabalhadas, as funções e atribuições profissionais, além de oferecerem o suporte material para o desenvolvimento do trabalho recursos humanos, técnicos, institucionais e financeiros, decorrendo daí tanto as possibilidades como os limites à materialização do projeto profissional.

Para tanto, é necessário aos/as profissionais investimentos nas condições subjetivas que dão fundamento a sua intervenção profissional nos diversos espaços sócio ocupacionais, para que assim seja possível traçar estratégias mediadoras de intervenção capazes de responder as demandas que surgem no cotidiano de trabalho, decorrentes da intensificação da “questão social”.

É interessante notar, diante desse conflituoso contexto de retirada e precarização dos direitos da classe trabalhadora, que materializar o Projeto ético político do Serviço Social¹⁸ no cenário contemporâneo, se configura como um

¹⁸ O Projeto Ético Político do Serviço Social, foi criado a partir do processo de renovação do Serviço Social, especificamente após o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS) que ocorreu

grande desafio para a categoria profissional, pois tal projeto defende de maneira intransigente os direitos dos/as usuários/as dos serviços sociais, direitos os quais vêm sendo constantemente violados por parte do Estado, devido a nefasta política neoliberal.

Destarte, evidentemente, esse projeto colide com os interesses do ideário neoliberal, tendo em vista este objetivar atender os interesses do mercado, sucateando paulatinamente, porém, de forma incansável, as políticas públicas. Um grande exemplo disso é a PEC 55 aprovada recentemente no Senado, conforme comentado no capítulo I deste trabalho.

Segundo lamamoto (2014, p.20),

Um dos maiores desafios que o Assistente Social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano.

Cotidiano este que é constantemente tensionado pelas intensas correlações de forças existentes tanto no âmbito societário, quanto no âmbito institucional, tendo em vista as instituições primarem pela efetivação cabal da política neoliberal, por serem estas representantes do Estado/modo de produção capitalista.

Assim sendo, diante das condições objetivas determinadas pelos rumos que as políticas públicas vêm tomando na atual conjuntura, evidencia-se a fragmentação dos direitos dos/as usuários/as pelas instituições empregadoras, e a consequente manutenção dos “status quo”.

Nesse contexto que (re)corta direitos, fragmenta e sucateia as condições necessárias para a efetivação da práxis do Serviço Social, é imprescindível que os/as profissionais se coloquem atentos as artimanhas da política neoliberal, por meio de uma constante formação crítica, capaz de compreender as demandas que são apresentadas pelos/as usuários/as no cotidiano institucional, de modo a procurar atende-las, tendo como princípio básico a perspectiva de direitos, necessitando, para tanto, da construção de mediações teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas.

Daí, realmente é imprescindível a construção de um perfil profissional¹⁹ diferente daquele proposto pelo mercado, cujo qual é direcionado pelo ensino a distância, que propõe uma formação aligeirada, pois na verdade a única intenção é a certificação de profissionais para o mercado, sem, contudo, haver a menor preocupação sobre qual o nível desse/a profissional para intervir, haja vista que quanto mais alienado for, mas funcional será para a manutenção da lógica mercadológica assegurada pela política neoliberal.

¹⁹ No tocante a qualificação profissional do Serviço Social, a política neoliberal tem suas estratégias de fragmenta-la, com o corte de gastos e privatização da Universidade Públicas e o incentivo as instituições privadas, e nos cursos a distancia (EAD), segundo Barroco e Terra (2012, p. 100): Cursos à distância, salas de discussão virtual, leituras virtuais, entre outras, são algumas das formas de reprodução do individualismo contemporâneo: o indivíduo isolado diante de uma máquina se comunicando com imagens, e ideias que substituem as relações humanas por relações entre objetos e ideias abstratas. A troca entre ideias e a possibilidade de uma real interconexão entre vivências e emoções deixam de ser vivenciadas, sentidas, internalizadas, processadas, dialetizadas. O que ocorre é um “processo” linear, individualista: a recepção de ideias prontas virtualmente codificadas por um indivíduo isolado que as incorpora ou não de acordo com a sua interpretação subjetiva.

3 A PESQUISA

3.1 Metodologia da pesquisa

A pesquisa que culminou na elaboração deste TCC, foi realizada no Hospital Deputado Manoel Gonçalves de Abrantes, popularmente conhecido como Hospital Regional de Sousa (HRS).

O HRS foi fundado no dia 20 de novembro de 1980, durante o governo de Tarcísio de Miranda Buriti. Está localizado a Rua José Facundo de Lira s/n, no Bairro Gato Preto. Trata-se de uma instituição pertencente à rede pública de saúde, regida pelo Governo do Estado, sendo referência para a região do Alto Sertão paraibano por ser um hospital que atende urgência e emergência.

Na perspectiva de coletar os dados de modo a captar o movimento da realidade em que o objeto de estudo se insere, foi realizada uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório, a qual, de acordo com Gil (1991, p. 21) “Visa proporcionar maior familiaridade com o problema com vistas a torna-lo explícito ou a construir hipóteses. Envolve levantamento bibliográfico; entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; análise de exemplos que estimulam a compreensão”. Portanto, tal pesquisa proporciona uma melhor análise da realidade em que os sujeitos sociais estão inseridos.

Os sujeitos pesquisados corresponderam as profissionais de Serviço social que atuam na instituição. A população da pesquisa é composta por doze assistentes sociais, porém a amostra correspondeu a seis profissionais, ou seja, cerca de cinquenta por cento (50%) do universo de profissionais existentes na instituição.

Os dados da pesquisa foram coletados por meio de questionário semi-estruturado. O questionário semiestruturado possibilita uma melhor apreensão das informações passadas pelos profissionais - sujeitos da pesquisa – deixando ainda a possibilidade do questionamento caso o/a pesquisado/a não tenha compreendido alguns quesitos. De acordo com Triviños (2013, p. 146), o questionário semi-estruturado,

[...] parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de

seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa.

No tocante a análise dos dados coletados, esta se deu através da técnica da análise de conteúdo, cuja qual pode ser definida, conforme Bardin (2009, p.15), como:

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

Comumente, tal técnica é muito recomendada e utilizada em pesquisas direcionadas à área das ciências humanas, por viabilizar a análise dos dados por meio de categorias.

A interpretação dos dados coletados se deu a luz do método crítico dialético, o qual preconiza a compreensão da realidade em sua totalidade e complexidade, mediante a concepção de amplitude dos fatos que estão imersos nas contradições das relações inerentes a sociedade. Assim, afirma Netto (2011, p.53), “O método implica, pois, para Marx, uma determinada posição (perspectiva) do sujeito que pesquisa: aquela em que se põe o pesquisador para, na sua relação com o objeto, extrair dele as suas múltiplas determinações”. Ou seja, ir além do aparente, de modo a buscar compreender as particularidades e singularidades presentes na dinâmica da realidade pesquisada.

3.2 Análises dos dados da pesquisa

3.2.1 Perfil dos sujeitos da pesquisa

No tocante a identidade de gênero, a totalidade das profissionais que participaram da pesquisa é do sexo feminino, aspecto o qual não é de causar estranheza, pois 95% dos/as profissionais formados/as em Serviço Social são mulheres. Tal peculiaridade advém desde a sua gênese, quando era demandado que as damas de caridade/agentes sociais fossem mulheres, pelo fato destas

apresentarem maior destreza para suavizarem as expressões da questão social provocadas pelo modo de produção capitalista.

A construção social sobre a mulher – de ter a vocação natural para ajudar para a caridade, de ser paciente, sensível, amável e compassiva – é apropriada como uma estratégia de intervenção junto à classe trabalhadora, com claros objetivos de atender aos interesses do capital. Esse processo é resultante de uma sociedade patriarcal que institui hierarquicamente o que é trabalho/atividade de homens e de mulheres (CISNE, 2012, p.49).

No que se refere ao estado civil, cinquenta por cento (50%) são solteiras, quarenta por cento (40%) são casadas e dez por cento (10%) são divorciadas.

Em relação à religião, cinquenta por cento (50%) são católicas e cinquenta por cento (50%) são evangélicas. Ou seja, todas as profissionais que participaram da pesquisa estão inseridas ou na religião católica ou na evangélica.

No que concerne à faixa etária das profissionais ora mencionadas, dez por cento (10%) tem entre 25 e 30 anos, setenta por cento (70%) tem entre 31 e 35 anos, dez por cento (10%) entre 36 e 40 anos, e dez por cento (10%) tem idade acima de 41 anos. De um modo geral, a partir dos referidos dados, pode-se inferir que os sujeitos da pesquisa são relativamente jovens, haja vista que quando somados os dois primeiros percentuais, identifica-se que oitenta por cento (80%) das assistentes sociais que participaram da pesquisa, tem entre vinte e cinco e trinta e cinco anos.

No tocante ao tempo de conclusão do curso de Serviço Social, cerca de vinte por cento (20%) concluíram entre 2005 e 2010, e oitenta por cento (80%) concluíram entre 2011 e 2015, ou seja, a maioria significativa das profissionais mencionadas formou-se há pouco tempo. Em relação ao tempo de atuação como profissional de Serviço social, setenta por cento (70%) atuam de um a cinco anos, trinta por cento (30%) atuam entre seis e dez anos. Desse modo, evidencia-se que boa parte das assistentes sociais passou a atuar basicamente quando concluíram a graduação.

No que diz respeito à qualificação profissional cerca de cinquenta por cento (50%) possuem especialização, e cinquenta por cento (50%) ainda não fizeram pós graduação. Salienta-se que a UFCG, através do curso de Serviço Social, realizará no ano de 2017 curso de especialização, cujo público alvo também estará voltado para supervisores/as de campo de estágio. Tal iniciativa se dá na perspectiva de

contribuir para a garantia de uma maior qualificação para os/as profissionais e, conseqüentemente, para o estágio.

No que concerne à instituição que concluíram o referido curso, quarenta por cento (40%) terminaram na UFRN (Universidade Federal do Rio Grande do Norte), quarenta por cento (40%) na UNOPAR (Universidade Norte do Paraná) modalidade EAD, dez por cento (10%) na FAFIC (Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras) e dez por cento (10%) na instituição UNITINS (Universidade Estadual do Tocantins).

Sobre o tempo de atuação no HRS, cerca de setenta por cento (70%) atuam na instituição entre um e cinco anos, e trinta por cento (30%) entre seis a dez anos. Assim, é possível notar que todas as profissionais que participaram da pesquisa apresentam um certo tempo de inserção na instituição, aspecto o qual pode contribuir para o desenvolvimento de uma prática mais amadurecida, haja vista tais profissionais já terem um maior conhecimento sobre as demandas cotidianas que lhes são apresentadas no dia a dia profissional.

É interessante notar que todas as profissionais que participaram da pesquisa, desempenham carga horária de trinta horas semanais, em regime de plantões, definidos nas escalas mensais. Porém, geralmente os dias destinados aos plantões são fixos, pois, a maioria das assistentes sociais também atua em outras instituições. Ressalta-se que a garantia de trinta horas semanais é estabelecida na lei 12.317 de 2010, a qual foi criada para ser acrescentada a denominada Lei de Regulamentação da Profissão de Serviço Social (8662/93).

Quando indagadas sobre a forma de ingresso na referida instituição, vinte por cento (20%) se inseriram a partir de concurso público e oitenta por cento (80%) por meio de prestação de serviço. Portanto, os dados tornam evidente que a maioria das assistentes sociais que atuam no HRS é prestadora de serviço, por meio de contratos flexíveis, na maioria das vezes, relacionados a aspectos políticos partidários. Diante desse contexto, é oportuno sinalizar que tal forma de contratação culmina em algumas peculiaridades, tais como: “Flexibilização das relações de trabalho, através de formas de contratação atípicas, sem recorrer ao concurso público e com remuneração fora dos parâmetros estabelecidos nos planos de cargos e salários [...]” (BORGES, 2004, p. 257).

A forma de inserção das profissionais na instituição ora enfatizada, é uma peculiaridade marcante da política neoliberal que fragmenta e sucateia os serviços públicos, o que recai na classe trabalhadora que se torna cada vez mais refém do

mercado terceirizado, evitando a realização de concursos públicos. Tal aspecto é estratégico para o Estado, tendo em vista que um/a profissional contratado custa bem menos para os cofres públicos, sem contar que o Estado não tem a menor responsabilidade, no tocante as questões de ordem trabalhista, com esses/as profissionais.

Conforme mencionado em parágrafos anteriores, oitenta por cento (80%) das assistentes sociais trabalham em outra instituição, acarretando no pluriemprego para buscar uma melhor condição de vida, pois em decorrência dos salários precários e defasados há a necessidade de se manter mais de um vínculo de trabalho, o qual muitas vezes é desenvolvido em municípios circunvizinhos, ou até em algumas cidades do Rio Grande do Norte que ficam mais próximas a Sousa, a exemplo de Pau dos Ferros e João Dias.

Vale salientar que a categoria profissional de Serviço Social por meio do CFESS, enviou a Câmara dos deputados o projeto de lei 5278/2009, solicitando a aprovação do piso salarial. Contudo, o referido projeto ainda tramita na Câmara dos Deputados.

A aprovação desse projeto proporcionará uma maior legitimidade do ponto de vista profissional e salarial aos/as assistentes sociais, lhes possibilitando a opção de trabalhar e se dedicar a uma instituição, além de viabilizar uma melhor qualidade de vida.

A seguir, serão apresentadas algumas concepções das assistentes sociais que participaram da pesquisa, com relação a algumas questões referentes ao assunto abordado neste TCC. Na perspectiva de garantir os aspectos éticos da pesquisa no tocante ao anonimato dos sujeitos envolvidos, estes serão relacionados a números que vão do 01 ao 06. Portanto, serão denominados (A.S 01), (A.S 02), (A.S 03), (A.S 04), (A.S 05), (A.S 06).

3.2.2 Avaliação das profissionais no tocante a política de saúde brasileira no cenário contemporâneo

O SUS tem como princípios doutrinários a universalidade, a integralidade, a descentralização, o acesso à informação e a participação comunitária. Entretanto, cotidianamente, percebe-se um SUS excludente, onde seus usuários têm seus direitos negados em virtude de vários fatores socioeconômicos que o país se encontra (A.S 01);

A saúde pública no cenário contemporâneo, encontra-se precarizada, pois [...] não oferta os serviços com qualidade, pacientes são atendidos em macas nos corredores dos hospitais, faltam ambulâncias, medicamentos, falta médicos, material hospitalar, pacientes ficam meses esperando por consultas e cirurgias. Neste sentido, é necessário mais investimentos na saúde, que todos os usuários sejam atendidos de forma humanizada, e que seus direitos sejam efetivados (A.S 06).

Nota-se, a partir das posturas das assistentes sociais acima mencionadas, que a política de saúde encontra-se cada vez mais distante do que preconiza a Carta Magna de 1988, pois SUS real encontra-se precarizado e mercantilizado em decorrência da política neoliberal, distanciando vertiginosamente do SUS constitucional.

Os poucos recursos destinados ao SUS, assim como a todas as outras políticas públicas, acarretam em sérios problemas para a população usuária, pois esta passa a contar com serviços medíocres, operacionalizados de forma extremamente massacrante, como bem expressou as profissionais em seus relatos. Porém, a precarização dessas políticas é estratégica, pois o Estado se vale desse discurso e, assim incentiva e fomenta o crescimento e monopólio do modo de produção capitalista.

3.2.3 Dificuldades encontradas para a operacionalização da política de saúde no cotidiano profissional

Nos deparamos com crescentes desafios e dificuldades em decorrência do descompromisso dos gestores que fazem má distribuição dos recursos e não fazem valer os direitos assegurados pela Constituição Federal de 1988 (A.S 04);

As maiores dificuldades encontradas no meu cotidiano profissional são as demandas que surgem e na maioria das vezes não são atribuições do assistente social, ficamos resolvendo casos que não são de nossa atribuição e muitas vezes deixamos de fazer/resolver as demandas que são do Serviço Social. A sobrecarga de trabalho é grande e realizamos transferências de pacientes para hospitais em campina grande e João Pessoa, e demora muito tempo para conseguir uma vaga, a família não entende e fica nervosa e pressionando o Serviço Social para conseguir a vaga. Vale ressaltar que transferência é atribuição médica (A.S 06).

Conforme as Assistentes Sociais 02 e 03: “A maior dificuldade encontrada para se trabalhar é a escassez de recursos para os atendimentos aos usuários do SUS”. Essa escassez de recursos enfrentada pelo SUS tem base nas contrarreformas de cunho neoliberal que atingiram e atingem a política de saúde brasileira. Na verdade, o que se vislumbra “[...], é um processo típico da ofensiva neoliberal cujo processo saúde-doença se tornou um mercado lucrativo para o grande capital” (SOARES, 2007, p.170).

Em relação às dificuldades enfrentadas pelas profissionais de Serviço Social para o desenvolvimento de sua prática cotidiana, evidencia-se que além desta prática ser operacionalizada de forma precária, sucateada e com poucos recursos para viabilizar os direitos da população usuária, tais profissionais ainda se deparam com demandas que não são atribuições suas, contrariando o que postula os Parâmetros para Atuação de assistentes Sociais na Saúde, criados no ano de 2010, conforme abordado no segundo capítulo deste TCC.

Ressalta-se que cabe aos/as profissionais terem clareza do seu papel e atribuições na instituição, pois isso possibilitará que os/as mesmos/as possam realizar as competências que realmente lhes são cabíveis. É certo, que em decorrência do processo de precarização derivado das frágeis relações contratuais de trabalho, torna-se, em muitos casos, difícil ir para o embate direto junto aos gestores da instituição na perspectiva de realizar apenas as atribuições e competências profissionais, até porque também em uma equipe de trabalho há profissionais que apresentam diferenciadas posturas e compreensões sobre uma mesma problemática, mas aqueles/as profissionais que têm de fato clareza do seu papel, da sua importância e contribuições para os/as usuários/as, tornam-se mais propensos a traçarem estratégias mediadoras de intervenção, de modo a buscarem viabilizar os direitos daqueles que são constantemente usurpados pelo Estado.

A fragmentação da política de saúde reflete os interesses do grande capital, já mencionada neste trabalho, o qual busca liberdade de negociação com o mercado interno e externo, onde o mesmo possa ditar suas regras, pois, “o capital precisa minimizar a capacidade interventiva do Estado e suas políticas sociais, assim como, investir decisivamente na desarticulação e fragilização da capacidade de organização e luta dos trabalhadores[...].” (COSTA, 2007, p. 85). Destaca-se nesse cenário imposto a classe trabalhadora, o ajustamento da mesma as condições

postas pelo neoliberalismo por meio da venda de sua força de trabalho mediante a necessidade de sobrevivência.

Diante disso, a instituição visando manter as bases neoliberais exige dos/as profissionais respostas imediatas para o atendimento das demandas postas, o que recai, em muitos casos, no não atendimento/resolutividade da demanda apresentada ao setor, afinal são pressões por respostas imediatas em um serviço precário.

Quando indagadas sobre quais possíveis razões se dão as dificuldades enfrentadas no cotidiano de trabalho, as assistentes sociais prestaram as seguintes informações:

As principais dificuldades encontradas no cumprimento da política de saúde é o descumprimento do princípio da equidade, através da disparidade verificada nas ações e serviços prestados entre regiões do país, assim como na distribuição dos recursos públicos (A.S 03);

Devido aos precários investimentos, situação a qual recai diretamente na saúde da população (A.S 04);

Essas dificuldades se dão em decorrência da precarização da saúde pública, bem como da organização dos serviços, criar uma coordenação de transferência eficiente e competente para resolver todos os casos de transferência (A.S 06).

Na verdade, todas as falas das profissionais versam sobre uma única problemática, qual seja, a precariedade de recursos que são destinados ao SUS, o que, conseqüentemente, culmina na fragilidade da sua operacionalização, a ponto de deixar de ofertar alguns serviços importantes, a exemplo de exames, internamentos e atendimentos, além de gerar uma forte demanda reprimida, a qual tende a aumentar em decorrência da retração dos recursos, sobretudo do momento presente até os próximos vinte anos, devido a aprovação da PEC 55.

Contudo, cabe notar que: “Faz parte dos propósitos da Política Neoliberal a inserção da iniciativa privada em todos os espaços da sociedade, e para tanto investe fortemente no desmonte do aparelho estatal, destituindo-o de seu papel de regulação das relações sociais” (COSTA, 2007, p.92), ou seja, é estratégico e funcional que o Estado se afaste das suas responsabilidades.

Em suma, pode-se afirmar, longe de enveredar por uma postura fatalista, mas, infelizmente real, diante dos últimos acontecimentos no tocante às políticas

públicas, que a sociedade está caminhando para o caos em termos de assistência pública, bem como em termos de representatividade política, basta identificar os escândalos, apresentados cotidianamente pela imprensa. Na verdade, não se sabe mais em quem confiar, pois os referenciais de lisura, respeito com a coisa pública e comprometimento, foram banidos diante dos frequentes episódios de corrupção no país.

3.2.4 Impactos sofridos pelo HRS em face ao contexto de precarização sofrido pela Política de Saúde contemporânea

A oferta e qualidade dos serviços de saúde, transporte adequado para conduzir os pacientes para exames e transferência e a realização de exames que deveriam ser custeados pelo hospital são os mais atingidos por essa precarização (A.S 01);

Todos os serviços são ofertados, principalmente os exames com profissionais especializados, onde sabemos que recursos tem. Porém, são usados para algo que não é da responsabilidade do hospital, fazendo com que falte recursos para atender as necessidades dos usuários que na maioria das vezes estão em estado de vulnerabilidade (A.S 02);

No atual momento os serviços ofertados pelo HRS que sofrem maiores impactos são: tomografia, ressonância magnética, endoscopias, colonoscopias, dentre outros. Os usuários são carentes e na maioria das vezes não conseguem dinheiro para pagar estes exames, pois são caros. O HRS anteriormente autorizava os exames acima citados dos pacientes internados (A.S 06).

No entanto, a saúde considerada direito de todos e dever do Estado, o qual está inserido na Carta Magna, não se efetiva como esperado em lei. O direito se transmuta em mercadoria, e os serviços básicos como: traslados dos/as usuários/as, exames de imagem, medicamentos, entre outros vários serviços que o HRS oferta são sucateados em prol dos serviços de clínicas privadas da região, as quais são conveniadas ao SUS.

É sabido, conforme preconiza a LOS (8080/90), em seu capítulo II, artigo 24, que as instituições privadas podem prestar por meio de convênio, em caráter complementar, serviços de atenção à saúde, contudo, identifica-se, que de forma estratégica, no município de Sousa, muitos serviços de saúde que poderiam e deveriam ser prestados pelo SUS, são realizados em instituições privadas do município. Isso posto, presencia-se a existência de um SUS que se materializa contraditoriamente aos pressupostos da própria legislação que o rege.

Portanto, o que se concretiza na contemporaneidade, são os preceitos desenvolvidos nas contrarreformas neoliberais, tais como: tecnificação da saúde, ampliação restrita, ênfase na assistência precarizada, focalizada e emergencial, privatização e mercantilização da saúde pública, precarização e superexploração do trabalho na saúde pública e promoção da saúde restrita, onde o Estado traça mecanismos para sucatear os serviços públicos que deveriam ser prioritários na agenda governamental, e cria ações que permitem o livre desenvolvimento do setor privado e a comercialização/mercadorização da saúde pública.

Nessa perspectiva, é o mercado que determina o espaço legítimo do Estado, e o que está em jogo na base de todo esse processo econômico e político é a regulação pública do mercado e dos direitos, que o capital tenta substituir pela restauração da soberania dos interesses privado-possessivos, que supõe a desconstrução da racionalidade reguladora e dos pactos sócio-políticos afirmados ao longo do século XX; ambos concebidos como 'obstáculos' às atuais tendências da acumulação em escala planetária (ABREU, 1997, p. 58 *apud* ALENCAR, 2010, p.03).

Destarte, diante do afastamento do Estado no tocante aos investimentos na saúde, o SUS real atem-se basicamente a ações de cunho eminentemente curativo e hospitalocêntrico, distanciando das perspectivas da promoção e proteção preconizadas pela LOS (8080/90). Destaca-se ainda, que as duas primeiras ações se dão de forma extremamente precarizadas, basta ouvir ou ler os noticiários cotidianos, onde se assiste um tremendo desrespeito a saúde da população. Enfim, um profundo desrespeito aos direitos humanos duramente conquistados pela sociedade civil.

3.2.5 Principais demandas apresentadas ao Serviço Social pelo HRS

Atendimento nas enfermarias; Atendimento a acompanhantes e familiares; Visita domiciliar; Marcação de exames e consultas; Encaminhamento interno e externo; Tratamento fora de domicílio; Atendimento às vítimas de violência; Gerenciamento de óbitos; Providenciar transporte para pacientes que estão de alta hospitalar e/ou para realização de exames externos (A.S 01);

A principal demanda admitida ao serviço social é a garantia do direito do paciente, ou seja, usuários do SUS. Nesse sentido, nos procura para viabilizarmos o básico que lhes é negado, tais como realizações de exames e consultas especializadas (A.S 02).

Os/as usuários/as do SUS vêm no Serviço Social a possibilidade da mediação para conseguirem um direito que deveria lhes ser garantido, a exemplo da realização de exames, bem como outras demandas mais complexas, as quais realmente são atribuições desta profissão, mas há algumas que são competência de outros/as profissionais que compõem a equipe multiprofissional, a exemplo das comunicações de óbito que é atribuição médica.

Uma outra demanda que cotidianamente é realizada pelos/as assistentes sociais do HRS, mas conforme os Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Saúde (2010) deve ser realizada pelos/as profissionais da enfermagem, é a transferência dos/as usuários/as de uma unidade de saúde para outra, tendo em vista estes/as terem um maior conhecimento do quadro clínico dos/as usuários/as. Porém, tal atividade geralmente é realizada pelos/as assistentes sociais sem qualquer tipo de questionamento. Muitas vezes isso se dá, seja por desconhecimento das atribuições e competências dos/as assistentes sociais na política de saúde, seja para evitar embates junto a direção e aos/as demais colegas da instituição.

As demandas apresentadas pelos/as usuários/as, em sua grande maioria, se operacionalizam de forma precarizada, a exemplo das tomografias, ressonâncias, e outros exames de imagem e de alta complexidade que são realizados em instituições privadas. Outras demandas dificilmente são atendidas em decorrência da falta de recursos para a realização de visitas domiciliares, bem como falta de ambulâncias para locomover usuários/as idosos/as e acamados/as em seus domicílios.

Tais fatores, na maioria das vezes geram uma sensação de impotência e descontentamento nos/as profissionais que se sentem tolhidos devido à ausência de recursos na instituição, como também a má administração das verbas que são destinadas ao Hospital. Assim, o “enxugamento e sucateamento dos serviços públicos têm redundando não apenas na perda de qualidade dos atendimentos, como têm forçado sua progressiva seletividade” (IAMAMOTO, 2014, p. 159). Diante disso, identifica-se a minimização das ações estatais no tocante a garantia da saúde da população usuária, em todos os níveis de cobertura.

Desse modo, na conjuntura vigente pode-se perceber a disputa ferrenha dos dois projetos apresentados por Bravo (2009): o da reforma sanitária que se torna visivelmente atacado pela contrarreforma estatal delineando aqui a precarização e

sucateamento dos serviços, ainda existentes, nas instituições públicas que servem a população usuária, e o projeto voltado para o mercado, que cresce nitidamente mediante a mercantilização da saúde, onde o privado se sobressai ao público.

O ajuste neoliberal da crise preconiza a defesa do mercado livre, como pressuposto da liberdade civil e política; a desregulamentação da economia e da administração; a configuração do Estado mínimo, porém máximo para o capital, subordinado às prerrogativas do mercado; e, finalmente, a oposição e crítica aos sistemas de seguridade social, permitindo alguma intervenção apenas face ao pauperismo (ALENCAR, 2010, p.02).

Dessa forma, os serviços que deveriam ser universais, tornam-se seletivos, sucateados e fragmentados, ocorrendo a integralidade do SUS apenas na lógica do mercado, essas táticas se concentram nas Parcerias Público Privadas (PPP) que o Estado pactua com as empresas privadas, através de consórcios. O que na prática deveria ser um serviço prestado de maneira complementar, se torna a principal forma de atendimento na rede hospitalar, inclusive no HRS. Assim,

[...] se persistirem as políticas neoliberais postas na direção da (contra-) reforma do Estado, teremos uma redução/degradação dos serviços públicos que podem indicar, mais uma vez, um aviltamento das condições de trabalho dos assistentes sociais nestes espaços e, articuladamente, progressivas dificuldades para a efetivação de princípios históricos que partilhamos e defendemos, circunscritos na defesa das políticas públicas de responsabilidade estatal, tanto na saúde, na previdência, na assistência social e nas demais políticas sociais (BRAZ, 2004, p. 59-60).

Corroborando com o autor quando o mesmo afirma que as políticas neoliberais degradam as políticas sociais existentes, todas são afetadas em seus pilares. Cabe ainda ressaltar que tal realidade não se trata de uma peculiaridade exclusiva do HRS, pois, na verdade, se configura como uma estratégia adotada por todo o sistema de saúde para fortalecimento do setor privado em detrimento do público, ou seja, trata-se de uma das premissas do neoliberalismo para enaltecer e sobrepujar o modo de produção capitalista em todas as esferas que deveriam ser de responsabilidade do Estado. Daí, corrobora-se com a afirmação de Marx (1848), em sua obra O Manifesto do Partido Comunista, quando o mesmo, desde daquela época ressaltava categoricamente que “o Estado é o comitê executivo da

burguesia”, haja vista que este aparelho sempre está a serviço dos interesses do capitalismo.

3.2.6 Possibilidades de respostas/atendimento do Serviço Social às demandas emergentes no cotidiano profissional

Como profissionais da área da saúde assumimos uma grande responsabilidade na prevenção e tratamento contra qualquer forma de violação de direitos. Portanto, é importante colocar em nossos planos de trabalho um acolhimento especializado, assumir postura ética para atender, garantir/viabilizar o acesso aos bens e aos serviços e tratar o usuário da política pública de saúde com respeito e dignidade (A.S 01);

O assistente social é o profissional capacitado para garantir direitos dos usuários que se encontram internados e realizando consultas no Hospital Regional de Sousa. Todas as demandas que chegam ao serviço social, realizamos um atendimento humanizado, com escuta e acolhimento, e, conseqüentemente tentamos resolver todos os casos que chegam ao serviço social, quando não conseguimos resolver realizamos os encaminhamentos necessários com a finalidade de garantir os direitos aos usuários (A.S 06).

Diante de um contexto que não disponibiliza os meios necessários para a atuação profissional e a viabilização dos direitos dos/as usuário/as, os/as assistentes sociais buscam desenvolver uma prática calcada no projeto profissional hegemônico na categoria, reafirmando o compromisso no que diz respeito a garantia e defesa intransigente dos direitos humanos, mesmo diante de um contexto totalmente contrário a efetivação e defesa desses direitos. Cabe salientar que,

A luta pela garantia dos direitos humanos é proveniente das lutas de classes, da pressão popular, da militância, das pessoas oprimidas e reprimidas, exploradas e subalternizadas, é resultado da defesa intransigente dos direitos, da emancipação política e humana, além de contribuírem para que a reprodução ampliada das desigualdades sociais seja denunciada e desnaturalizada pela sociedade. As lutas ampliam e afirmam o reconhecimento e universalização dos direitos, mobilizam e conformam políticas. [...]. É dentro dessas contradições e antagonismos que o Código de Ética do Serviço Social abraça essa causa entendendo que a garantia dos direitos humanos são essenciais à sobrevivência de grande parte de nossa população (MAGRI, OLIVEIRA, PANTALEÃO *et al*/ 2013, p.04-06).

Os/as assistentes sociais, dada a própria natureza da sua formação, são os/as profissionais que apresentam uma maior preocupação e cuidado para que os direitos da população usuária não sejam violados, mesmo sabendo que para tanto, na maioria das vezes, precisam refutar veementemente os ideais da gestão institucional, ou seja, se contrapor a ordem vigente.

Nesse sentido ratifica-se a premente necessidade de constantes investimentos no aprimoramento intelectual, haja vista que apenas aqueles/as profissionais versados/as nos pressupostos teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos do projeto profissional hegemônico, serão capazes de acompanhar o movimento complexo da realidade vigente, apresentando maior clareza acerca das correlações de forças que perpassam tanto as relações institucionais delineadas pela política neoliberal, quanto do movimento societário como um todo.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das exposições crítico analíticas realizadas neste TCC, pode-se constatar que a política de saúde operacionalizada pelo HRS, se dá a partir dos reflexos nefastos da política neoliberal, peculiarizando-se pela focalização, precarização, sucateamento, seletividade e exclusão dos/as usuários/as no tocante à atenção à saúde.

É inegável que a população usuária do SUS sofre com a precarização dos serviços ofertados pelo HRS, tal realidade foi constatada tanto durante a realização do estágio supervisionado I e II, quanto a partir da pesquisa exploratória apresentada no terceiro capítulo deste trabalho.

Essa lamentável realidade se expressa a partir do momento em que é evidenciada a ausência da disponibilização de exames (tomografia, ressonância magnética, colonoscopia, dentre outros) que deveriam ser realizados em caráter de urgência, falta de ambulâncias, materiais e equipamentos necessários para a operacionalização dos serviços de saúde cotidianos, onde quem arca com o ônus, diante dessa realidade, é a população usuária, a qual muitas vezes recorre à iniciativa privada para que a sua demanda seja atendida, contrariando o princípio da integralidade preconizado pelo SUS, fortalecendo, portanto, a lógica privatista mercantilizada, onde a saúde torna-se nicho de mercado.

Um outro aspecto que foi evidenciado na pesquisa, consiste no fato de que as demandas postas ao setor de Serviço Social nem sempre se configuram como atribuições privativas desta profissão, a exemplo de transferências, marcação de exames, comunicados de óbitos, entre outros que lhes são empurrados para obtenção de resolução de maneira imediata.

A pesquisa também revela que a maioria das profissionais realizam essas atividades pelo fato do vínculo profissional mantido com a instituição ser frágil, a partir de prestação de serviços, aspecto o qual dificulta a autonomia profissional neste espaço sócio ocupacional. Porém, muitas dessas assistentes sociais têm clareza do desvio de função/atribuição, e do que realmente deve ser operacionalizado pelo Serviço Social no cotidiano profissional, de acordo com as atribuições preconizadas nos Parâmetros para atuação de assistentes sociais na

área da saúde. Contudo, entendem que as correlações de forças presentes na instituição dificultam que tais atribuições sejam de fato operacionalizadas.

Tal realidade que oprime e sonega direitos, torna o exercício profissional desafiador, haja vista que na medida em que se evidencia um intenso processo de agudização da questão social, paralelamente, assiste-se o aumento das demandas apresentadas pela população usuária dos serviços sociais e, ao mesmo tempo, o não atendimento à essas demandas em decorrência do afastamento do Estado em prol da política neoliberal.

Diante desse contexto, é imprescindível que os/as profissionais busquem investir nas condições subjetivas por meio da constante busca do aprimoramento intelectual, como forma de traçar estratégias mediadoras de intervenção capazes de fortalecer os direitos da população usuária do SUS. Obviamente, tal estratégia e necessidade, por si só, não é capaz de garantir os direitos dos/as usuários/as, mas podem contribuir significativamente para que a demanda reprimida possa ser minimizada, e que a população usuária do SUS possa se empoderar.

Contudo, essa conjuntura que fragmenta e cerceia direitos, precariza os serviços básicos, médios e até mesmo os mais complexos das instituições, dificulta a viabilização desses direitos por parte do Serviço Social, bem como por parte de outros profissionais que operacionalizam o SUS.

No entanto, cabe aos/as profissionais de Serviço Social, criar estratégias mediadoras de intervenção que sejam capazes de, em meio a esse conflituoso cenário, viabilizar os direitos da população usuária. Eis um desafio que não se configura como tarefa simples.

É certo que muitas lutas precisam ser travadas para que o SUS real seja equivalente ao constitucional, e que apenas uma categoria não é suficiente para que os direitos referentes à saúde possam de fato ser efetivados, mas também é certo que a população e os/as profissionais não devem considerar o (des)acesso e o não atendimento aos serviços como algo natural e imutável, pois assim a realidade será bem mais massacrante. Daí a necessidade que vem para a sociedade contemporânea como um clamor “Trabalhadores uni-vos”.

5 REFERÊNCIAS

ALENCAR, Mônica Maria Marques de. **O trabalho do assistente social nas organizações privadas não lucrativas**. IN: Serviço Social: Direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS, 2009.

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de (org). **O público e o privado na atenção à saúde**: Notas para uma caracterização de trajetórias e desafios no Brasil. In: Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos. São Paulo: Cortez, 2012.

Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS). **Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social**. Rio de Janeiro, 1996.

BANDEIRA de Mello, Celso A. **Curso de direito administrativo**. In Gestão Democrática e Serviço Social: Princípios e propostas para uma intervenção Crítica. São Paulo: Cortez, 2016.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70 Ltda; 1977.

BEHRING, Elaine Rosseti. **Brasil em contra-reforma, desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil**. 4ª ed. São Paulo. Editora Ática, 2006.

BORGES, Ângela Maria Carvalho. **Reforma do Estado, emprego público e a precarização do mercado de trabalho**. *Caderno CRH*, Salvador, v. 17, n 47, p. 255-268, mai/ago, 2004.

BRASIL, **Lei Orgânica de Saúde (LOS)**. Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

_____, **Lei Orgânica de Saúde (LOS)**. Nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990.

_____. **CONSTITUIÇÃO (1988)**. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). **Código de Ética do/a assistente social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. - 10ª. ed. rev. e atual. - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [2012].

BRAVO, Maria Inês, MATOS Maurílio Castro de. **Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social**: elementos e debate. In: BRAVO, Maria Inês Souza Bravo et. al. (Orgs). Saúde e Serviço Social. ed. Cortez, São Paulo, 2012.

BRAVO, Maria Inês Souza (org). **Política de saúde no Brasil**. IN: Serviço Social e Saúde. 4ª ed. – São Paulo: Cortez; Brasília<DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

_____, Maria Inês Souza. **Serviço Social e reforma sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais/ Maria Inês Souza Bravo. – 4ª ed.- São Paulo: Cortez, 2011.

_____, Maria Inês Souza. **A política de saúde no Brasil**: trajetória histórica. In Questão da Saúde e Serviço Social: as praticas profissionais e as lutas no setor. Tese de Doutorado. Departamento de Serviço Social PUC/SP. 1991.

_____, Maria Inês Souza. **As políticas brasileiras de seguridade social/saúde**. IN: Capacitação em Serviço Social e política social. Módulo 3. Brasília: UnB. Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, 2000.

_____, Maria Inês Souza. **Política de Saúde na Atual Conjuntura**: Modelos de gestão e agenda para a saúde. [et al]. 2ª. ed. Rio de Janeiro; Rede Sirius/ADUFRJ-SSind, 2008.

_____, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. **A Saúde nos Governos Lula e Dilma**: algumas reflexões. IN: Cadernos de Saúde. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2011.

_____, Maria Inês Souza. **Saúde e Serviço Social no capitalismo**: fundamentos sócio-históricos. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

_____, Maria Inês Souza. **Saúde e Serviço Social**. 5ª ed. – São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 2012.

BRAZ, Marcelo. **Notas Sobre O Projeto Ético Político do Serviço Social**. IN: Coletânea de leis e resoluções. CRESS, 7ª Região. Rio de Janeiro, 2001.

BRAZ, Marcelo. **O Governo Lula e o projeto ético-político do Serviço Social**. IN: Revista Serviço Social e Sociedade nº 78. São Paulo: Cortez, 2004.

_____, Marcelo. **O governo Lula e o Projeto Ético Político do Serviço Social**. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, nº 78, 2004.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. “**A reforma do Estado dos anos 90: Lógica e mecanismos de controle**”. **Cadernos do Mare** nº 1. Brasília, 1997.

CANO, Wilson. **Reflexões sobre o Brasil e a nova (des)ordem** . 3ª ed. São Paulo, Unicamp/Fapesp, 1994.

CEOLIN, G. F. **Crise do Capital, precarização do trabalho e impactos no Serviço Social**. In: Serviço Social e Sociedade, nº118 – Trabalho Precarizado. São Paulo: Cortez, 2014. p. 239-264.

CISNE, Mirla. **Gênero, divisão sexual do trabalho e Serviço Social**. 1ª ed. São Paulo. Ed. Outras Expressões, 2012.

Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília, 2010.

_____. **Código de Ética do/a assistente social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. - 10ª. ed. rev. e atual. - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [2012].

COSTA, Cibelly Michalane Oliveira dos Santos. **A prática profissional do assistente social à luz da sua dimensão política**. João Pessoa/PB. UFPB/CCHLA, 2007.

FALEIROS, V. de P. **Reconceituação do Serviço Social no Brasil: uma questão em movimento?** Ver. Serviço Social e Sociedade, nº. 84. São Paulo: Cortez, 2005, p. 21.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

GUERRA, Y. **Instrumentalidade do processo de trabalho e Serviço Social**. In: Serviço Social e Sociedade, nº 62. São Paulo: Cortez, 2000.

_____, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 25. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

IAMAMOTTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 35 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na Cena Contemporânea**. IN: CFESS. **Serviço Social, direitos e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

MAGRI, Edite; OLIVEIRA, Adriana Batista de; PANTALEÃO, Lucas Haygert *et al.* **Direitos Humanos e o Serviço Social**. Congresso Catarinense de Assistentes Sociais. Florianópolis: Santa Catarina, 2013.

MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional**. São Paulo: Cortez, 2013.

MONTAÑO, Carlos; DURIGUETO, Maria Lúcia. **Estado, Classe e Movimento Social**. 3ª ed. São Paulo. Cortez, 2011.

NETTO, José Paulo. **A Construção do Projeto Ético Político do Serviço Social**. IN: Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. 4ª ed. São Paulo, 2009.

_____. **Das ameaças à crise**. IN: Revista Inscrita, nº 40. São Paulo, 2009.

_____, José Paulo. **Introdução ao estudo do método de Marx**. 1ª Ed. São Paulo: Expressão popular, 2011.

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

RAICHELIS, R. **O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos**. In: Serviço Social e Sociedade. Nº 107, São Paulo, 2011.

ROCHA, Simone Fernandes. **Descentralização no Âmbito da Política de Saúde: uma reflexão acerca da municipalização e das políticas sociais no Brasil**. In: Saúde em foco: visibilidade no contexto atual/ Patrícia Barreto Cavalcanti... [et al], (orgs). João Pessoa: Editora da Universitária da UFPB, 2010.

SADER, Emir (Org.). **10 anos de governos pós-neoliberais no Brasil: Lula e Dilma**. São Paulo: Boitempo; Rio de Janeiro: FLACSO Brasil, 2013.

SOARES, Raquel. **A contrarreforma do Estado e o endividamento externo**. In: **Em discussão: desenvolvimento social na economia globalizada**. Recife: Ed. Universidade da UEPE, 2007.

SOUZA FILHO, Rodrigo de. **Gestão Democrática e Serviço Social: princípios e propostas para a intervenção crítica**/Rodrigo de Souza Filho, Claudio Gurgel – São Paulo: Cortez, 2016.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2013.

VASCONCELOS, Ana Maria, [et al]. **Profissões de Saúde, Ética Profissional e Seguridade Social**. 5ª ed. – São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 2012.

VELASCO E CRUZ, Sebastião C. **Estado e economia em tempo de crise – Política industrial e transição política no Brasil nos anos 80**. São Paulo/Rio de Janeiro, Unicamp/Relume Dumará, 1997.

[www.http://misodor.com/SUSBRASIL.php](http://www.misodor.com/SUSBRASIL.php), acesso em 20/02/2017.

[www.http://PENSESUS.fiocruz.br/reforma-sanitaria](http://PENSESUS.fiocruz.br/reforma-sanitaria), acesso em 10/04/2017.

[www.http://lattes.cnpq.br](http://lattes.cnpq.br), acesso em 20/01/2017.

APÊNDICES

APÊNDICE I
ROTEIRO DE QUESTIONÁRIO

1) Perfil dos sujeitos da pesquisa:

- a) Idade: _____
- b) Identidade de gênero: F () M () Outros ()
- c) Estado civil: Solteiro/a () Casado/a () Viúvo/a () Divorciado/a () Outros ()
- d) Religião: Nenhuma () Católica () Evangélica () Espírita () Outras ()
- e) Há quanto tempo exerce a profissão de Serviço Social? _____
- f) Concluiu o curso em que instituição? _____
- g) Ano em que concluiu o curso? _____
- h) Tem especialização ou mestrado? Sim () Não ()

2) Dados referentes ao trabalho:

- a) Tempo de trabalho na instituição no HRS:
- b) Qual a forma de inserção na instituição: Concurso () Prestação de serviço ()
Outros (). Qual? _____
- c) Qual a sua carga horária na instituição?
- d) Trabalha em alguma outra instituição: Sim () Não (). Em qual?
_____.
- e) Localiza-se em que cidade? _____

3-Dados referentes ao objeto de estudo:

- a) Qual a avaliação que você faz da política de saúde brasileira no cenário contemporâneo?

- b) Quais as dificuldades encontradas para a operacionalização da política de saúde no seu cotidiano profissional?

c) Na sua opinião, essas dificuldades se dão em decorrência de quê?

6) A partir de sua percepção, quais seriam as possíveis soluções para sanar essas dificuldades?

7) Diante de sua vivência na instituição, em face ao contexto de precarização sofrido pela Política de saúde contemporânea, quais dos serviços ofertados pelo HRS sofrem maiores impactos?

8) Em face ao contexto de precarização vivenciado, quais as principais demandas apresentadas ao Serviço Social pelo HRS?

9)Quais as possibilidades de respostas/atendimento do Serviço Social à essas demandas?

APÊNDICE II
TERMO DE CONSCIENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
portador do RG _____,
CPF _____, fui informada/o que a pesquisa **O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: Desafios e perspectivas para efetivação dos direitos dos/as usuários/as do Sistema Único de Saúde no Hospital Regional de Sousa no contexto de contra reforma do Estado**, é desenvolvida a partir dos pressupostos do Projeto Ético-Político do Serviço Social, a ser realizada sob responsabilidade da pesquisadora: _____, e com orientação do Professor(a): **Cibelly Michalane Oliveira dos Santos Costa**.

Em face ao exposto, concordo em participar da mesma, com a garantia de anonicidade e sigilo com relação a todo o conteúdo e que as informações coletadas sejam utilizadas para efeito de análise e divulgação científica. Estou ciente de que posso retirar o meu consentimento a qualquer tempo, informando minha decisão as pesquisadoras, sem que isso acarrete nenhum tipo de prejuízo a minha vida pessoal.

Pesquisadora: _____

Endereço: _____

Celular: _____

E-mail:

Orientadora:

E-mail: