



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

MARIA SUZANA DA SILVA PIRES

**A EFETIVAÇÃO DOS PARÂMETROS DE ATUAÇÃO DOS/AS ASSISTENTES
SOCIAIS NA SAÚDE: utopia ou realidade?**

SOUSA - PB
2020

MARIA SUZANA DA SILVA PIRES

**A EFETIVAÇÃO DOS PARÂMETROS DE ATUAÇÃO DOS/AS ASSISTENTES
SOCIAIS NA SAÚDE: utopia ou realidade?**

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

Orientador: Prof. Dr. Reginaldo Pereira França Júnior.

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

P667e Pires, Maria Suzana da Silva.
A efetivação dos parâmetros de atuação dos/as assistentes sociais na saúde: utopia ou realidade? / Maria Suzana da Silva Pires. - Sousa: [s.n], 2020.

73fl.

Monografia (Curso de Graduação em Serviço Social) –
Centro de Ciências Jurídicas e Sociais - CCJS/UFCG, 2020.

Orientador: Prof. Dr. Reginaldo Pereira França Júnior.

1. Assistentes Sociais na Saúde. 2. Profissionais de Serviço Social. 3. Parâmetros de atuação. 4 Unidade de Pronto Atendimento. I. Título.

Biblioteca do CCJS - UFCG

CDU 36:614(043.1)

MARIA SUZANA DA SILVA PIRES

**A EFETIVAÇÃO DOS PARÂMETROS DE ATUAÇÃO DOS/AS ASSISTENTES
SOCIAIS NA SAÚDE: utopia ou realidade?**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à coordenação de Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharela em Serviço Social, sob a orientação do Prof. Dr. Reginaldo Pereira França Júnior.

Aprovada em: 27/11/2020

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Reginaldo Pereira França Júnior (UFCG)
ORIENTADOR



Prof.ª. Me. Cibelly Michalane Oliveira dos Santos Costa
EXAMINADORA



Prof.ª Me. Juliana e Silva de Oliveira
EXAMINADORA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, pois sem ele não teria forças para seguir nessa longa jornada, e aos meus pais Edileuza Pires de Almeida e Manoel da Silva Cavalcante pelo amor incondicional e todo o apoio, os quais não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa da minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus primeiramente, pela força e coragem que me deste para conseguir concluir meu trabalho com êxito, pela sua proteção diária, pela fé e coragem, para que eu pudesse conquistar mais essa vitória.

A todos de minha família pelo apoio e incentivo e em especial aos meus pais Edileuza Pires de Almeida e Manoel da Silva Cavalcante que não mediram esforços em meio a tantas dificuldades, para realizar este sonho, almejado tanto por mim como pelos mesmos. Deram-me apoio nas minhas decisões, sempre me ajudaram a enfrentar as batalhas diárias de todos esses anos. Ficaram muitas noites até altas horas da madrugada esperando que eu terminasse atividades acadêmicas, acordando de madrugada para me levarem até o ponto do ônibus e indo me buscar também, levando sol e chuva. Aos primos/as e tios/as que sempre iam me buscar nos eventos da faculdade.

A minha prima Maria José e a Michelly Gomes que sempre contribuíram com as impressões das apostilas e materiais acadêmicos. As minhas colegas de trabalho Jaiane e Janaína que seguraram “as pontas” nos momentos que precisei para estudar, bem como a chefinha Roseane Trigueiro. As meninas Adriana Mendes, Gerlane Rodrigues, Larissa Fernandes, Camila Monteiro, Camila Pires, Ana, e aos colegas Carlos Henrique, Claudemir e Jorge, estes com quem convivo todas as manhãs, obrigado pelas risadas e ensinamentos.

Aos amigos de longa data Larissa Rodrigues e Renato Abrantes, mesmo distantes, pelo sentimento recíproco, pelas demonstrações de afeto nas mensagens e orações. À Renato Abrantes que sempre me incentivou a nunca desistir, foi através dele, do interesse em me ver crescer, que ingressei na faculdade.

Aos amigos (as) que a UFCG me presenteou, Estefane Alexandre, Kaliane Queiroga, Michelle Silva, Virgínia Onias, Jane Mariz, Vanuza Araújo, Ana Rita, Gabriela Rolim, Camila Taíse, Emily Santos, Mateus, que durante esse período me deram o imenso prazer de desfrutar da amizade de cada um, pelos momentos de carinho, alegrias e pela compreensão nos momentos difíceis e, sobretudo pela amizade apoio e confiança.

A professora Cibelly Michalane que foi a minha primeira orientadora, mais devido alguns fatos não pode continuar com as orientações. Obrigada pela

confiança depositada em mim, que com seus ensinamentos me fez acreditar na possibilidade de vencer os meus medos, de seguir sempre em busca dos meus sonhos. Pelo apoio, desde que me viste pela primeira vez, pelo carinho e afeto insubstituível, e por ser a pessoa a qual tento me espelhar, na futura profissional que almejo ser. Que com sua gentileza, atenção, conselhos e sabedoria, me faz admirá-la a cada dia mais.

Ao meu orientador Reginaldo França, o qual contribuiu de forma muito significativa com seus ensinamentos, e conhecimentos acadêmicos, agradeço pelo aprendizado, paciência, dedicação, pela sua excelente orientação, tornando possível a concretização da minha formação acadêmica, por mais que eu agradeça, os meus agradecimentos nunca serão suficientes para demonstrar a grandeza do que recebi de você.

A todos os professores com os quais tive o imenso prazer de construir conhecimentos, e de certa forma, me auxiliaram na construção e no desenvolvimento de novos pensamentos durante o curso. Peço a Deus que os recompense à altura.

E também as professoras Juliane e Silva, Cibelly Michalane por aceitarem participar da banca examinadora deste trabalho.

Aos Assistentes entrevistados/as, que aceitaram participar da pesquisa, dando uma contribuição relevante para a construção deste trabalho.

Enfim, a todos aqueles que contribuíram de forma direta ou indiretamente, para a construção e realização deste trabalho, e conseqüentemente do meu sucesso.

RESUMO

O presente trabalho monográfico intitulado a efetivação dos Parâmetros de Atuação dos/as Assistentes Sociais na Saúde: utopia ou realidade? Enfatiza a questão da efetivação dos referidos Parâmetros na Política de Saúde no que concerne a Unidade de Pronto Atendimento Dr. Mauro Abrantes – UPA, na particularidade do município de Sousa no sertão paraibano. Buscou identificar se há a execução deste, a partir da compreensão dos/as profissionais desta unidade. Para tanto, abrange alguns objetivos específicos com a finalidade de compreender as especificidades que particularizam o trabalho dos/as Assistentes Sociais na UPA, quais são: desvelar as principais demandas apresentadas aos/as Assistentes Sociais no cotidiano de trabalho na UPA; entender qual a dimensão política que perpassa a intervenção dos/as profissionais de Serviço Social na UPA; identificar como os/as Assistentes Sociais compreendem e medeiam as demandas que lhes são apresentadas pelos/as usuários/s atendidos/as na instituição. A metodologia se pautou na pesquisa de cunho essencialmente qualitativo e a coleta de dados efetuou-se por meio da aplicação de um questionário eletrônico online. No referencial teórico utilizamos autores como: Bravo (2009), Teixeira (2011), Matos (2013), Brasil (2012) dentre outros. Os sujeitos participantes da pesquisa corresponderam a quatro profissionais que atuam na instituição mencionada. Com os resultados dessa pesquisa ficou notório que há inúmeras barreiras que dificultam a efetivação dos Parâmetros por parte dos/as profissionais de Serviço Social que trabalham na referida unidade de atendimento.

Palavra-chaves: Política Pública. Saúde. Serviço Social. Parâmetros de Atuação dos/as Assistentes Sociais na Saúde. UPA.

ABSTRACT

The present monographic work entitled the effectuation of the Parameters of Performance of Social Workers in Health: utopia or reality? Emphasizes the question of the effectiveness of the referred Parameters in the Health Policy with regard to the Emergency Care Units Dr. Mauro Abrantes – UPA in the particularity of the municipality of Sousa in the Paraíba hinterland. The aim was to identify if there is the execution of this, from the understanding of the professionals of this unit. For this purpose, it covers some specific objectives in order to understand the specificities that particularize the work of Social Workers at UPA, which are: revealed the main demands presented to Social Workers in the daily work of the UPA; understand the political dimension that permeates the intervention of Social Work professionals in the UPA; to identify how Social Workers understand and mediate the demands presented to them by the users served at the institution. The methodology was based on research of an essentially qualitative nature and data collection was carried out through the application of an online electronic questionnaire. In the theoretical framework we used authors such as: Bravo (2009), Teixeira (2011), Matos (2013), Brazil (2012) among others. The subjects involved in the research corresponded to four professionals who work at the mentioned institution. With the results of this research, it became clear that there are numerous barriers complicate the implementation of the Parameters by the Social Service professionals who work in the referred service unit.

Keywords: Public Policy. Health. Social Work. Parameters of Performance of Social Workers in Health. UPA.

LISTA DE SIGLAS

AI-5 – Ato Institucional Número Cinco

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CF – Constituição Federal

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social CNS – Conselho Nacional de Saúde

IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

LOS – Lei Orgânica da Saúde

PNH – Política Nacional de Saúde

SBPS – Sistema Brasileiro de Proteção Social

SUS – Sistema Único de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

PEPSS – Projeto Ético Político do Serviço Social

SBPS – Sistema Brasileiro de Proteção Social

UBSF – Unidades Básicas de Saúde da Família

PNU – Política Nacional de Urgência

RUE – Rede de Urgência e Emergência

HRS – Hospital Regional de Sousa

PNH – Política Nacional de Humanização

MEC – Ministério da Educação e Cultura

OUV-DF – Sistema de Ouvidoria do Distrito Federal

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Conferências Nacionais de Saúde até a construção do SUS – temas

Quadro 02: Conferências Nacionais de Saúde após a Nova República

Quadro 03: Conferência Nacional de Saúde após a Nova República

Quadro 04: Conferência nacional de saúde após a nova República – tema

Quadro 05: Conferência Nacional de Saúde após a Nova República

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 AS POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL: algumas reflexões	15
1.1 Reflexões sobre o conceito de Política Pública	15
1.2 Estado, sociedade e políticas sociais no cenário mundial	18
1.3 Políticas Sociais sob o Contexto das relações sociais capitalistas	26
2 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE	30
2.1 O Sistema Único de Saúde (SUS) como Política de Acesso Universal	30
2.2. Experiência na Unidade de Pronto Atendimento – UPA – Mauro Abrantes Sobrinho (Dr. Marizinho)	41
2.3. O Exercício profissional do/da Assistente Social na política de Saúde Pública .	43
2.4. Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Saúde: desafios cotidianos e a interlocução entre competências e atribuições profissionais.....	48
3 ANÁLISE DA PESQUISA	54
3.1 Procedimentos metodológicos.....	54
3.2 Analisando os dados da pesquisa	55
CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
APÊNDICES	

INTRODUÇÃO

O presente trabalho intitulado “A Efetivação dos Parâmetros de Atuação dos/as Assistentes Sociais na Saúde: utopia ou realidade? Diz respeito a uma pesquisa que buscou analisar se a efetivação dos/as Assistentes Sociais que atuam na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), localizada na cidade de Sousa – PB, é subsidiada pelos pressupostos dos Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Saúde.

A inserção dos/as Assistentes Sociais na política da saúde tem um papel fundamental na viabilização de direitos sociais, que se dá através da compreensão acerca dos determinantes sociais, culturais e econômicos que afeta no processo saúde-doença, e são os mesmos que buscam estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões a partir do seu compromisso com o Projeto Ético-Político do Serviço Social.

O interesse em pesquisar tal temática surgiu inicialmente através da experiência que o estágio supervisionado na Unidade de Pronto Atendimento – UPA da cidade de Sousa/PB nos proporcionou. O estágio nos possibilitou a oportunidade de observar como se efetiva a intervenção profissional dos/as Assistentes Sociais na particularidade da UPA – Sousa, levando em consideração as condições mínimas de trabalho desses/as profissionais.

Nessa perspectiva, destacamos que é a partir dos avanços da política neoliberal que traz para a realidade brasileira os ataques constantes a política de saúde. Dessa forma, identifica-se o sucateamento e a precarização das políticas públicas, rebatendo diretamente nas práticas desses/as profissionais, que trabalham de forma precarizada, e isso causa a inquietação em saber como se efetiva essa prática diante do desmonte que se vivencia hoje na saúde pública brasileira.

Dessa forma, consideramos relevante produzir um material no qual os/as profissionais de Serviço Social bem como os/as discentes, possam ter conhecimento da realidade vivenciada nos espaços sócios-ocupacionais, com ênfase na UPA – Sousa/PB, e como isso repercute na operacionalização do exercício profissional cotidiano.

O/a profissional precisa desenvolver um olhar crítico para desvendar os fundamentos conservadores enraizados e disseminados pela ideologia burguesa também presentes na instituição. Essa percepção é o que vai possibilitar uma maior efetivação ao seu exercício profissional, sem julgamentos críticos e policiamento

aos/as usuários/as, mas também sem o caráter messiânico, pois a procura às políticas é bem maior que a oferta, impossibilitando o acesso a todos/as, mas com isso não se pode ter o caráter fatalista diante as dificuldades postas. É necessária a articulação dos/as Assistentes Sociais com os sujeitos envolvidos e comprometidos com o PEPSS na busca de garantia e ampliação de direitos.

Dessa forma, o Serviço Social como uma profissão historicamente construída precisa desenvolver um trabalho pautado nos pressupostos críticos que a norteiam de modo a possibilita-la a compreensão da realidade a qual está inserida e assim assegurar o seu compromisso com a classe trabalhadora.

Para responder a essas inquietações, a metodologia utilizada foi a pesquisa qualitativa, tendo como objetivo identificar com a coleta de dados se as ações desenvolvidas pelos Assistentes Sociais na UPA – Sousa, são em consonância com os referidos Parâmetros.

A presente pesquisa foi realizada com quatros Assistentes Sociais que atuam na mencionada instituição. Ressalta-se que a priori tínhamos a intenção de trabalhar a totalidade dos/as profissionais do Serviço Social que atuam na UPA, mas não foi possível, pois um/a informou que não tinha a disponibilidade de responder ao questionário.

A coleta de dados ocorreu por meio da aplicação de questionários eletrônicos online as/aos Assistentes Sociais entrevistados, os mesmos responderam sozinhos, ou seja, sem a presença da entrevistadora, o que de certa forma facilitou para esses profissionais, no sentido de sentirem-se livres para responder. O questionário foi composto por quatro (4) etapas, tais elas: Perfil dos sujeitos da pesquisa; Dados referentes a formação profissional; Dados referentes a atuação profissional; Dados referentes a Política de Saúde no cenário contemporâneo. Tragos no apêndice I.

No intuito de esclarecermos o assunto proposto, o presente trabalho esta composto por uma introdução, um capítulo teórico intitulado “As Políticas Sociais no Brasil: algumas reflexões” o qual aborda a historicidade acerca do conceito da Política Pública trazendo em destaque alguns filósofos que são indispensáveis para a discursão. Como também, a emersão da era comercial até chegar no período do sistema Capitalista, e os variados modelos de Estados até o atual, isso com a finalidade de demonstrar que as políticas sociais emergiram no seio da sociedade capitalista. E por conseguinte, trouxemos a historicidade da consolidação do Capitalismo Monopolista.

Um segundo capítulo, denominado “Serviço Social e Saúde”, abordamos a

historicidade da Política de Saúde no Brasil desde de sua gênese até os dias atuais, com os avanços e retrocessos até a sua consolidação como Política de Saúde Pública e Universal. Ainda neste item, trouxemos reflexões acerca da Unidade de Pronto Atendimento – UPA, localizada no sertão paraibano.

Discutimos também os desafios enfrentados pelo Serviço Social para se consolidar enquanto profissão reconhecidamente inserida na divisão sócio técnica do trabalho. Além dos argumentos sobre os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde abordamos os procedimentos metodológicos utilizados para a realização deste trabalho.

Por conseguinte, no terceiro capítulo estão as análises desse estudo, trazendo as contribuições dos/as Assistentes Sociais pesquisados os quais são essenciais para a compreensão da temática.

Apresentamos os procedimentos metodológicos utilizados neste trabalho, a análise da pesquisa onde apontamos os dados coletados na pesquisa e as considerações finais, diante das discursões ora abordadas durante todo o trabalho, como as referências utilizadas para fundamentação deste e os apêndices.

1 AS POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL: algumas reflexões

1.1 Reflexões sobre o conceito de Política Pública

Antes de qualquer análise, se faz necessário mencionarmos alguns marcos históricos para a discursão da teoria política, tais eles, Karl Mark, Émile Durkheim, Marx Weber e Rousseau. Que trazem, concepções teóricas da política social partindo de uma perspectiva teórico-metodológica que tem como base as concepções políticas, sociais e culturais, as quais são divididas em dois campos de entendimento, pela análise da realidade e pelos dados técnicos. Para tanto, é essencial retratarmos as perspectivas do funcionalismo, idealismo e marxismo. Partindo do exposto iremos trazer contribuições de autores supracitados.

O sociólogo Émile Durkheim expõe em sua obra *As Regras do método sociológico*, que a explicação da vida social se dá através da análise dos fenômenos naturais da sociedade, tendo como sustentação seu método de estudo que se fundamenta nas tradições do empirismo e do positivismo. Para o autor acima mencionado, as transformações sociais na sociedade prosseguem a ordem natural, desconsiderando os determinantes sociais posto pelo modo de produção capitalista, e desse modo induz a consciência das pessoas a seu favor alienando-as, e dificultando o verdadeiro significado político, econômico e social.

Para que haja a expressão desses fatos sociais é necessário dissociá-los dos sentimentos cedendo lugar a razão, ao entendimento das coisas, não só observando-os, mas, analisando-os. As autoras afirmam que:

[...] para Durkheim, é na natureza da própria sociedade que se deve buscar a explicação da vida social, partindo do suposto de que nesta o todo não é igual à soma das partes, mas constitui um sistema com características próprias, cujo movimento ultrapassa os estados de consciência dos indivíduos, e se explica em função das condições do “corpo social” no seu conjunto. [...]. A origem de um fato social deve ser buscada no meio social interno, visto aqui como um organismo social, composto por coisas e pessoas, sendo estas últimas o fator ativo. Cabe ao pesquisador descobrir as propriedades desse meio social fundamental para o entendimento da evolução coletiva e que alteram o curso dos fenômenos sociais (BEHRING; BOSCHETTI, 2009, p.29).

As transformações capitalistas são responsáveis por gerar conflitos entre as classes antagônicas dando origem a “Questão Social”¹ e suas múltiplas expressões,

¹ “A Questão Social é apreendida como um conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho

ocasionando as novas práticas da política social. Tais desigualdades para Durkheim são vistas como naturais e imutáveis, sendo um método essencialmente conservador, onde não pode ser modificado conforme a nossa vontade.

Assim, a perspectiva funcionalista visava conhecer a estrutura do problema para que a ordem fosse estabelecida na sociedade, haja vista que, para Durkheim os conflitos eram geradores do desequilíbrio na comunidade estando relacionados ao termo “anomia”², sendo estes resultantes da ausência de normas que ofereçam objetivos claros aos indivíduos. Nesse sentido, as práticas dos indivíduos que não estivessem em consonância com a ordem eram consideradas uma ameaça à ordem estabelecida, e se constituiria um risco ao desenvolvimento da sociedade.

Ao contrário dessa perspectiva idealista, Kant enfatizava o papel do indivíduo como determinante na sociedade, isto é, não é mais o objeto que se sobrepõe aos sujeitos como afirma Durkheim, e sim a realidade da sua forma de pensar e interpretar a comunidade determina a existência. Logo, assim como discussão funcionalista as condições e determinantes sociais são desprezados, e enfatizado as manifestações expressas na realidade do cotidiano, reforçando as aproximações com a ciências da natureza, sem realizar as mediações necessárias. Os filósofos Kant e Hegel contribuem com a discussão trazendo elementos distintos.

Segundo Kant, que buscava desvelar os limites formais do conhecimento, a razão é intelecção, entendimento. Para ele, é possível conhecer a realidade nas suas manifestações e expressões – o que dá pernas às reflexões funcionalistas e as aproximações com a ciência da natureza anteriormente tratadas –, mas a essência última do ser é incognoscível. [...] Por sua vez, Hegel mantém um diálogo crítico com Kant, afirmando que a leitura kantiana teria sentido caso a razão fosse apenas entendimento. Para Hegel, o entendimento é positivo: parte da existência factual do ser e fixa suas determinações. Já a razão é negativa: ela dissolve as determinações fixadas pelo entendimento no movimento do ser, que aparece como um processo, de forma que o ser é permeável pela razão, diferente do que pensava Kant (BEHRING; BOSCHETTI, 2009, p.32).

Weber (2002), colabora com a metodologia do tipo ideal que tinha como finalidade trazer respostas explicativas para os fatos que desviavam das regras. Sua perspectiva metodológica influenciou a política social dando ênfase aos padrões de

torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade” (IAMAMOTO, 1998, p.27).

2 A anomia é uma situação social produzida pelo enfraquecimento dos vínculos sociais e pela perda da capacidade da sociedade regular o comportamento dos indivíduos, gerando, por exemplo, fenômenos sociais como o suicídio. Trata-se de uma ausência de um “corpo de normas sociais” capaz de regular o convívio social marcado pela solidariedade Durkheim (2012, p.56).

proteção social, reflexões sobre assuntos políticos e econômicos. Dessa forma, o idealismo preserva a existência da subjetividade como uma só razão e a realidade se remete ao conhecimento por meio das ideias.

Se contrapondo as perspectivas teóricas anteriores, no século XX emerge o marxismo. Tal corrente de pensamento buscou compreender e desmistificar as peculiaridades do modo de produção capitalista e, a partir daí, construir estratégias para a contestação da ordem imposta por tal modo de produção.

A teoria social de Marx vem apresentar a verdadeira face do modo de produção capitalista na sociedade burguesa, desvelando o processo de produção e reprodução do capitalismo e as relações de desigualdades sociais no contexto da história das lutas de classes, tornando a sociedade a par das mazelas provocadas pelo capitalismo, o qual causa o processo de agudizamento da questão social.

Diante do contexto de intensas desigualdades provocadas e intensificadas de forma agravante pelo modo de produção ora discutido, o Estado tenta minimizar as desproporções oriundas desse sistema por meio da criação de políticas sociais de caráter público. Nesse sentido, indubitavelmente, as políticas sociais são frutos das contradições do capitalismo.

O Estado como mediador das classes antagônicas utiliza as políticas sociais para garantir a hegemonia na sociedade na perspectiva de diminuir os custos da mão de obra dos/as trabalhadores/as e aumentar a produtividade da burguesia, elevando o consumo da população. Mas, as políticas sociais não se restringem a essas funções, vão além, impõem limites ao capital e trazem ganhos para a classe trabalhadora.

Partindo dessa compreensão de análise social, política e econômica, a qual se materializa o método crítico-dialético de Marx, através das mediações entre sujeito e objeto, é possível que o indivíduo se aproprie das características do objeto, isto é, que o sujeito possa absorver as determinações objetivas dos processos sociais.

Na investigação marxista procura-se chegar sempre ao fenômeno não deixando que se enganem pelos aspectos superficiais. É nesse caminho que temos a análise das políticas sociais as quais, devem ser compreendidas como expressão das contradições da realidade, que impõem ao/a pesquisador/a absorver a definição da situação/problema e seus respectivos elementos.

A política social se insere na totalidade das dimensões econômicas, políticas, culturais e históricas, que conforme ressalta Behring e Boschetti (2009, p.43):

[...]. Do ponto de vista histórico, é preciso relacionar o surgimento da política social às expressões da questão social que possuem papel determinante em sua origem (e que, dialeticamente, também sofrem efeitos da política social). Do ponto de vista econômico, faz-se necessário estabelecer relações da política social com as questões estruturais da economia e seus efeitos para as condições de produção e reprodução da vida da classe trabalhadora. Dito de outra forma, relaciona as políticas sociais às determinações econômicas que, em cada momento histórico, atribuem um caráter específico ou uma dada configuração ao capitalismo e às políticas sociais, assumindo, assim, um caráter histórico-estrutural. Do ponto de vista político, preocupa-se em reconhecer e identificar as posições tomadas pelas forças políticas em confronto, desde o papel do Estado até a atuação de grupos que constituem as classes sociais e cuja ação é determinada pelos interesses da classe em que se situam.

A implementação dessas políticas associa-se a relação entre o capital e a classe trabalhadora, as taxas de lucros e a extração da mais-valia. Sua gênese parte do capitalismo como uma estratégia para o aumento da acumulação de riquezas, logo após, o Estado passa a regulamentar e implementar, ou não, tais políticas, há as reivindicações das lutas das classes sociais na garantia de direitos e forças políticas são organizadas na sociedade civil, interferindo na constituição dessas políticas.

São através desses elementos que podemos compreender o significado das políticas sociais, bem como compreender que o estado de bem-estar social na Europa com as políticas keynesianas de pleno emprego pós Segunda Guerra Mundial concretiza a expansão das políticas públicas. Todas as análises da sociedade capitalista avaliadas nesse período por Marx estão acontecendo na atualidade, onde as relações sociais se tornam mercantilizadas, a mais-valia se realiza mais brutalmente, e a mercadoria passa a ser reificada. A alternativa para tanto, seria uma organização política da classe trabalhadora a qual vem perdendo as forças diante das ofensivas decorrentes dos ataques da política neoliberal.

Para aprofundar essa discussão, no item posterior discutiremos sobre sociedade, Estado e políticas sociais, procurando discorrer sobre a relação intrínseca entre ambos e, ao mesmo tempo, sem desconsiderar as discrepâncias no tocante a garantia dos direitos da classe trabalhadora.

1.2 Estado, sociedade e políticas sociais no cenário mundial

Em meados do século XVIII a colonização na América Latina se expandiu devido há vários fatores, e alguns deles/as foram as atividades mineradoras, o excedente agrícola, o engenho, as propriedades com gados e a exploração dos/as

indígenas, onde esses/as trabalhavam no arado, semeavam e colhiam plantações, como também carregavam mercadorias.

Os donos das fazendas que tinham esses/as escravos/as como propriedade também os/as vendiam em forma de mercadoria para quem deles/as se interessassem, pois eram bastante produtivos/as, contribuindo significativamente para o aumento das riquezas dos seus senhores.

A sociedade colonial espanhola e portuguesa, no século XVIII, topou com desmedida desigualdade e, portanto, muito distante de qualquer tendência homogeneizadora. Fez-se uma sociedade composta dos de cima e dos de baixo, dos senhores e dos escravos, dos livres e dos não-livres, dos brancos e dos não-brancos, dos obrigados a pagar impostos e dos insetos de impostos (VIEIRA, 2007, p. 65-66).

Nesse sentido, os que detinham o poder, se muniam com instrumentos de punição e torturas para com seus/as escravos/as, os/as quais eram expostos/as a maus tratos com certa frequência. Isso se dava com o objetivo de torná-los/as obedientes em meio às atrocidades e más condições de vida que se encontravam.

Os/as escravos/as conseguiram obter sua liberdade por meio de manifestações e revoltas, onde passaram a reivindicar por melhores condições de vida. No Brasil foi aprovada a lei Eusébio de Queiróz³ que acabou com a comercialização de negros/as. A partir da escassez desses/as trabalhadores/as (escravos/as) é que emergem os/as trabalhadores/as assalariados/as.

Esse contexto histórico propiciou a emergência da era comercial, marcada pelo início das trocas e vendas de mercadorias e de produtores independentes que alguns anos depois, implicou no surgimento da manufatura⁴. As mercadorias artesanais passam a ser industrializadas, sendo necessário um número maior de trabalhadores/as os/as quais fossem qualificados/as e aptos/as, para trabalharem com a crescente produção dessas mercadorias, ocasionadas pela ampliação do mercado e o desenvolvimento industrial.

Assim, as transformações sucedidas no decorrer dos séculos XVIII e XIX, em níveis tanto econômicos quanto políticos, ocasionaram modificações no modo de produção capitalista. Este que é desenvolvido através das forças produtivas a qual

3 Esta Lei é fruto de uma alteração feita na legislação escravista brasileira a qual desautorizou o tráfico negro no Brasil.

4 A manufatura tem como técnica de produção a artesanal a qual é exercida por um número maior de trabalhadores/as.

engloba os meios de trabalhos, os objetos de trabalho assim como, a força de trabalho.

No período de desenvolvimento crescente das forças produtivas aconteceram algumas contradições com as relações de produções, o qual favoreceu a instauração do modo de produção capitalista. Dessa forma, as forças produtivas favoreceram o aceleramento do capitalismo industrial, momento este que emergiu o Estado capitalista.

No século XVII surgiram os primeiros modelos de Estados, o Republicano Democrático e o Liberal, na Europa Ocidental, que implicou nas organizações das instituições políticas destas sociedades. Os estudiosos Maquiavel, Hobbes, Locke, Montesquieu e Rousseau, retratam a formação do Estado de acordo com as épocas em que viveram. Eram atrelados a esses Estados o dogmatismo da Igreja e a prepotência dos reis.

Ressalta-se que,

[...] Cinco grandes Estados dominavam o mapa político: ao sul, o reino de Nápoles, nas mãos dos Aragão; no centro, os Estados papais controlados pela Igreja e a república de Florença, presidida pelos Médicis; ao norte, o ducado de Milão e a república de Veneza. Nos últimos anos do século, entretanto, a desordem e a instabilidade eram incontroláveis. As dissensões internas e entre regiões somaram-se as invasões das poderosas nações vizinhas, França e Espanha. Assim, os Médicis são expulsos de Florença; acirram-se as discórdias entre Milão e Nápoles; os domínios da Igreja passam a ser governados por Alexandre VI, um papa espanhol da família Borgia, guiado por ambições sem limites; o rei Carlos VIII, da França, invade a península e consegue dominá-la de Norte a Sul (WEFFORT, 2011, p.14).

Maquiavel, através de suas análises, nos mostra o Estado em sua forma real, sem idealizações de perfeições, enfatizando sua estabilidade. Ele denota o conflito existente entre as classes antagônicas, dos/as que querem dominar e dos/as que não querem ser dominados/as. Para o mesmo, o Estado deveria ser governado por indivíduos que almejassem impedir a barbárie e que punisse quem “merecesse”. Hobbes sendo um contratualista, assegurava que a origem do Estado se deu devido a um contrato social, e os indivíduos que firmam esse pacto repassam todo o poder para uma pessoa a qual vai representar todo o Estado, o qual forçava o respeito dos homens.

Montesquieu se preocupava com a estabilidade dos governos, assim, procurava compreender os conflitos existentes, como também as ações que garantiam a estabilidade governamental. O mesmo foi responsável por estabelecer

leis as quais fizeram com que a política se inserisse no campo teórico, além de demonstrar o significado dos poderes executivo, legislativo e judiciário.

Já o filósofo John Locke sendo liberalista retratava que o Estado poderia ser eliminado caso o mesmo interferisse na propriedade privada do indivíduo. Nesse contexto inicia-se o liberalismo que presume na defesa da democracia capitalista.

Rousseau retratou o pacto social e a emersão da propriedade privada, onde para o mesmo, os indivíduos se aprisionam às leis, tornando-se alienados a estas. Assim, os direitos naturais e o contrato social passavam a caracterizar esse Estado, que teve como modificação a mudança do Estado Absoluto para o Estado Liberal, como também nos códigos de regras determinados pelo Estado.

Se faz fundamental ressaltar que o Estado de direito baseou-se na liberdade individual e política, as quais eram administradas pela burguesia. Assim, esses direitos passam a ser apresentados como status de cidadania, que conforme Marshall:

O elemento civil é composto dos direitos necessários a liberdade individual – liberdade de ir e vir, liberdade de imprensa, pensamento e fé, o direito a propriedade e de concluir contratos válidos e o direito a justiça [...]. [...] as instituições mais intimamente associadas com os direitos civis são os tribunais de justiça. Por elemento político se deve entender o direito de participar no exercício do poder político, como um membro de um organismo investido da autoridade política ou como um eleitor dos membros de tal organismo. As instituições correspondentes são o parlamento e conselhos do Governo local. O elemento social se refere a tudo o que vai desde o direito a um mínimo de bem-estar econômico e segurança ao direito de participar, por completo, na herança social e levar a vida de um ser civilizado de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade. As instituições mais intimamente ligadas com ele são o sistema educacional e os serviços sociais (MARSHALL, s.d., p. 63-64).

Este fundamento apresentado pelo autor, nos trouxe como contribuição a clareza da historicidade da cidadania. Apesar de não ter sido retratado da mesma forma em todos os países, inclusive no Brasil, tornou-se importante para o desenvolvimento político-social dos países ocidentais.

Nesse decurso progressivo ocorreu a ampliação da cidadania e o início do Estado capitalista, no século XVIII. Conforme Marx e Engels (2002) esse período foi caracterizado pelo aparecimento do comércio de dinheiro, dos bancos, das dívidas do Estado, enfim, do sistema financeiro em geral.

O comércio foi o pontapé inicial para as evoluções no âmbito do sistema capitalista. Com o aparecimento das mercadorias para satisfação das necessidades sociais dos/as indivíduos, as mesmas passaram a adquirir valores, tais como: valor de

uso e valor de troca. Por meio de um desses valores, mais precisamente o de troca, é que aparece o dinheiro, que se trata de um meio de pagamento utilizado na compra de mercadorias, da força de trabalho dentre outros.

A partir disso, vamos ingressar no processo de lucros, onde a burguesia passa a explorar cada vez mais a força de trabalho humana, pagando abaixo do seu valor, lucrando com o trabalho excedente, como também, com o capital fictício, com os juros e com o sistema de créditos, que nos dá a capacidade de expansão para outros modos de produção. Assim, segundo Marx (1859), o capital não é nada sem o trabalho assalariado, sem o valor, sem o dinheiro, sem os preços, etc.

A economia política emerge partindo dessa realidade, de todas condições desenvolvidas por uma sociedade capitalista, tendo como foco principal entender as relações de produção, distribuição e circulação de bens materiais.

Nesse sentido, o Estado passa a interceder sob as novas relações sociais, oriundas da propriedade como domínio do trabalho (burguesia/proletariado), nas grandes indústrias. Além dessas classes sociais, surge outra, a classe dos pobres, que se trata dos indivíduos que não conseguiam se inserir no mercado de trabalho.

A partir das desigualdades postas por essas classes sociais é necessário que se intervenha sobre as mesmas, cabendo ao Estado, por meio da proteção social, manter o equilíbrio destas, com vistas a assegurar a coesão social.

Essa nova configuração estatal será identificada com uma maior especificidade na emergência do Estado de bem-estar Social (Welfare State), na Europa. Este, sendo instaurado nas sociedades onde não permeavam o liberalismo, pois nos países liberais ainda não era possível transformar as forças do mercado capitalista.

A expressão, Estado de bem-estar social, é farsante visto que, em sua essência, o capitalismo preza a manutenção das classes, ou seja, a disparidade entre pobres e ricos. Netto (1992) corrobora com tal afirmação ao reiterar que a questão social no Estado de bem-estar social é de certa maneira internalizada de modo que o conflito entre o capital/trabalho permanece sem mudanças significativas. A assistência era unicamente voltada para aqueles/as trabalhadores/as que permaneciam ativos/as, trazendo a eles/as a proteção social de caráter contributivista.

Entre outros países, o Brasil foi um dos que não teve como organização o Estado de bem-estar social, o que houve nas terras brasileiras foi a efetivação do Estado de mal-estar social. A constituição da política social foi tardia, devido as situações históricas do país.

[...] somente para exemplificar: no caso brasileiro, é apenas em 1988 que se instituem as *bases formais e legais* do que poderia ser um Estado de bem-estar (MOTA, 1995 - grifos da autora). Contudo, as condições sob as quais se deu a integração do país à ordem econômica mundial resultaram, nos anos iniciais da década de 90, na subordinação aos imperativos do pensamento e da prática neoliberais, marcados pela retração das políticas públicas de proteção social, donde a existência de profunda regressão no exercício dos direitos e da universalização da seguridade social brasileira (Werneck Viana, 1988; Mota, 2006) e a designação feita por Francisco de Oliveira, do nosso *Estado de mal-estar social* (MOTA, 2010, p.28).

As primeiras iniciativas de políticas sociais se deram no período de desenvolvimento do Estado e da luta da classe dos/as proletariados/as pela garantia de direitos que ocorreu na era do capitalismo, precisamente no século XIX, após a Segunda Guerra Mundial, conforme apontam as autoras abaixo:

Não se pode indicar com precisão um período específico de surgimento das primeiras iniciativas reconhecíveis de políticas sociais, pois, como processo social, elas se gestaram na confluência dos movimentos de ascensão do capitalismo com a Revolução Industrial, das lutas de classe e do desenvolvimento da intervenção estatal. Sua origem é comumente relacionada aos movimentos de massa social-democratas e ao estabelecimento dos Estados-nação da Europa Ocidental do final do século XIX (Pierson, 1991), mas sua generalização situa-se na passagem do capitalismo concorrencial para o monopolista, em especial para a sua fase tardia, após a Segunda Guerra Mundial (pós-1945) (BEHRING; BOSCHETTI, 2009, p.47).

Isso posto, mostra que foi no seio da sociedade capitalista que surgiram as políticas sociais, resultante das conquistas obtidas pelas lutas de classes e procedente das revoluções industriais. Essas políticas passam a fazer parte das atividades governamentais, sendo compreendidas como estratégia de mediação do Estado nas relações antagônicas oriundas do modo de produção capitalista, procurando assegurar os interesses deste. Desse modo, as políticas sociais têm como pilares os movimentos populares do século XIX, voltadas aos conflitos surgidos entre capital e trabalho, no desenvolvimento das primeiras revoluções industriais.

Diante disso, os anos de 1930 ficaram marcados na história da sociedade brasileira, fase em que Getúlio Vargas governou o país. Esse período foi peculiarizado pelas modificações nos âmbitos econômicos e sociais além da expansão das políticas públicas. Até aquele momento, o país tinha como orientação política o coronelismo, sem a existência de qualquer modelo sanitário, aspecto o qual provocava consequências preocupantes para a saúde coletiva (FERNANDES, 2007).

A finalidade do referido governo foi implementar a industrialização do país, beneficiando as indústrias nacionais. A classe trabalhadora sendo parte constitutiva do capital pela forma de proletariado passa a lutar por direitos sociais, na busca por melhores condições de trabalho e assistência médica.

Com o intuito de atender as reivindicações postas pela classe trabalhadora Getúlio criou leis que vinham apresentar alguns direitos para essa classe. Já na área da saúde, deu-se início aos debates sobre as questões de higiene e saúde do/a trabalhador/a. Houve a substituição das Caixas de Aposentadorias (CAPs) e Pensões pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que asseguravam as aposentadorias, pensões e assistência médica. Essas formas de seguro eram designadas para grupos de trabalhadores/as urbanos/as, que segundo Teixeira (1995, p.38):

Nesta etapa, os trabalhadores urbanos vão ter a suas demandas incorporadas através dos mecanismos de Seguridade Social, que será um dos principais componentes da engenharia política de cooptação dos trabalhadores e de legitimação dos governos populistas. A estrutura da Seguridade Social, por sua vez, reificaria a exclusão dos trabalhadores rurais e autônomos, além da diferenciação no interior da classe trabalhadora urbana, através de um sistema diferenciado de contribuições e benefícios, resultante do poder de barganha de cada fração.

O último mandato de Getúlio foi marcado por um período ditatorial que implicou na falta de democracia e aplicação de um regime populista, impondo ao país uma nova Constituição.

Nesse período, a política social passa a ser caracterizada como um sistema de exclusão para a maioria dos/as usuários/as, pois só eram beneficiados/as pela política de saúde, aqueles/as trabalhadores/as que estivessem inseridos/as no mercado de trabalho formal, haja vista a imposição de contribuição para o fornecimento/atendimento dos serviços de saúde.

Todo o período que foi governado por Vargas implicou em avanços na economia através da modernização industrial, além de apresentar propostas inovadoras para a classe trabalhadora, consolidando alguns direitos, a exemplo de férias remuneradas, 13º salário, descanso semanal, dentre outros. Porém, é interessante notar que todas essas conquistas se deram por meio das reivindicações da classe trabalhadora que fez pressão junto ao Estado e ao patronato.

O período de 1964 a 1980 determinou a vigência da Ditadura Civil Militar, sendo uma fase marcada por retrocessos nos direitos constitucionais, políticos e civis.

A Ditadura tinha como intuito atingir plena aceitação na sua forma de organização social como também validar suas medidas na construção da democracia.

Por meio de suas estruturas econômica, política, administrativa e social, o Estado começa a promover a todos/as cidadãos/ãs o mínimo de bem-estar social com o intuito de amenizar as inquietações da classe trabalhadora como também aumentar o capital.

Com o término da Ditadura Civil Militar, no ano de 1980 o Brasil vivencia o processo de restauração da democracia e do estado de direito, trazendo uma nova configuração do âmbito do Estado e da sociedade civil. A partir disso, os movimentos sociais retornam a agir. Todavia, foi um período de crises e instabilidade estrutural. Nesse contexto, a sociedade civil se revigora, buscando institucionalizar novas políticas sociais.

Nos anos de 1980, o processo de redemocratização, marcado pela revitalização da sociedade civil e constituição de novos atores, recoloca a demanda por uma nova institucionalidade das políticas sociais, que se traduz na consagração dos princípios da descentralização e do controle social. Tais proposições indicam alternativas progressistas para necessária reforma do Estado e para a superação das tradicionais modalidades de relação Estado/Sociedade (BRAVO, 2001a, p.98).

A redemocratização do país e o desenvolvimento das políticas sociais só foram possíveis após um longo processo de Reforma Sanitária, a qual também trouxe outras garantias para a população a partir da extinção do Ato Constitucional Número Cinco (AI-5) que foi um dos decretos lançados pela Ditadura Civil Militar. Uma das conquistas que a sociedade teve foi a saúde como direito universal estabelecido na Constituição Federal de 1988 (CF/88), estando contemplado dos artigos 196 ao 200 da referida Carta Magna.

A CF/88, aprovada em 05 de outubro, foi um marco na história da redemocratização do Brasil, pois buscou reconstruir o Estado Democrático de Direito. Para tal finalidade, contou com a cooperação da sociedade brasileira. Nessa Constituição, é definida a responsabilidade do Estado, a qual é dispor os serviços sociais básicos, a educação de qualidade, a saúde e previdência social, de modo universal para todos/as, tendo como pilares básicos centrais a universalidade, equidade e integralidade.

Portanto, a política de saúde, assim como todas as outras políticas sociais de caráter público na sociedade brasileira, representam o esforço coletivo dos movimentos sociais organizados, a partir de um intenso processo de amplas lutas.

Os setores políticos que permanecem presentes na sociedade são os sindicatos, os conselhos e as associações. A constituição de novos espaços de participação levaria benefícios para toda a população no geral, os quais poderiam trazer mudanças significativas nessas políticas que favorecessem a população.

Destarte, as políticas sociais como aponta o Sistema Brasileiro de Proteção Social (SBPS), surgem e se desenvolvem em diferentes estruturas, para atender demandas variadas apresentadas pela classe trabalhadora, a exemplo de: Benefício de Prestação Continuada (BPC) – destinado às pessoas com deficiências e idosos/as que não podem garantir a sua sobrevivência; o Bolsa Família; auxílio doença, dentre outros.

A característica principal dessas políticas sociais é a transversalidade que tem como propósito melhorar as condições de vida dos indivíduos. No entanto, temos convicção de que não corresponde na integralidade às necessidades apresentadas pela população usuária, sem contar que não atinge a totalidade daqueles que dela necessitam em razão do Estado mínimo para o social e máximo para o capital, o qual provoca uma sociedade cada vez mais injusta e desigual, conforme passaremos a discutir no próximo tópico.

1.3 Políticas Sociais sob o Contexto das relações sociais capitalistas

Para darmos seguimento as reflexões postas nos itens precedentes, é essencial entendermos a historicidade da consolidação do capitalismo monopolista, que no seu desenvolvimento acarretou transformações na sociedade como: as contradições entre as classes antagônicas, e de modo consequente, o agudizamento da “questão social”, a qual passa a ser velada pelo Estado através de intervenções via políticas sociais.

O capitalismo para se consolidar como tal passou por diversas transformações as quais modificaram o ordenamento e a dinâmica econômica da sociedade. Período este que conforme Netto, o capitalismo passa para o estado monopólico, o qual “recoloca em patamar mais alto, o sistema totalizante de contradições que confere à ordem burguesa os seus traços basilares de exploração, alienação e transitoriedade

histórica” (NETTO, 2006, p.19). Momento este em que se tornou mais dificultoso o intermédio que garante a sua dinâmica.

Esse novo modelo, tinha como finalidade manter o controle dos mercados expandindo com isso os lucros do capital através da superexploração da força de trabalho por meio da extração da mais valia, além, obviamente da precarização das condições e relações de trabalho. Somado a isso se evidencia o desenvolvimento tecnológico o qual impulsiona o desemprego, gerando ainda mais desvalorização da classe trabalhadora.

Todas as alterações gerenciais e tecnológicas ocasionaram em diversos processos de trabalho, que propiciaram uma vida social distinta da qual se tinha antes. Assim, a particularidade do capitalismo monopolista dirige-se a alterar as atividades humanas em mercadorias, para engrandecer o capital.

Não podemos deixar de expor o quanto as guerras favoreceram para a história da economia. As duas guerras mundiais vieram influenciar no aumento da absorção do excedente, que com o crescimento dos monopólios aumentou-se também a criação desses, pois ambas tendiam a gerar o excedente e não dominá-lo.

É nesse contexto que a figura do Estado se destaca no capitalismo monopolista vindo administrar os interesses do capital, o que não parece ser um fenômeno novo. Netto; Braz (2007, p. 203) em corroborar afirmando que o capitalismo monopolista “requer um Estado diverso daquele que correspondeu ao capitalismo concorrencial: a natureza da ordem monopólica exige um Estado que [...] vá além da garantia das condições externas da produção e da acumulação capitalistas – exige um *Estado interventor*, que garanta as suas condições gerais”. O mesmo passa a garantir os superlucros do monopólio.

A preservação da força de trabalho a que é comprometida pela exploração, passa a ser objeto de mediação estatal, sendo uma resposta positiva para a classe trabalhadora, a qual passou por intensos períodos de lutas e resistências para conseguirem ter direitos assegurados. As expressões da “questão social” são amenizadas por meio das políticas sociais, que são desenvolvidas de forma fragmentada. Tais políticas proporcionarão condições convenientes para assegurar o desenvolvimento do monopólio, na perspectiva de perpetuar a ordem vigente (NETTO, 1996).

Cabe salientar que é através das políticas públicas que se desenvolve a ideia de cidadania e expande as ações que antes eram destinadas para a pobreza, passando a ser direitos de todos/as. É imprescindível destacarmos nesse contexto o

ciclo econômico capitalista, de retrocessos e expansões, que são determinantes para o enfraquecimento da “questão social”, como para a retomada do crescimento econômico.

As crises existentes no modo de produção capitalista se configuram como instrumentos que o restaura e dão continuidade. Mészáros (2011) reconhece que a crise estrutural é definida de maneira diversa das crises cíclicas, apesar que esta não se elimina da existência de sucessivas crises cíclicas.

O modo de produção tem como base de sustentação as crises que para Mészáros determina as limitações do capital. A mesma é identificada como universal, por englobar todos os setores de produção, em todos os países capitalistas, com uma escala de tempo ampla e duradoura, como também desdobramento vagarosos. Não se sabe ao certo, o tempo preciso das crises, mas, sabemos que se dão logo após antecédidos momentos de bem-estar social.

Na contemporaneidade, o desemprego a cada dia vem aumentando em escala global, atingindo todos/as os trabalhadores/as nos diferentes patamares, isto acontece como forma de estratégia do capital para explorar cada vez mais o proletariado através de variadas formas que mascaram esta exploração, gerando e ampliando a subserviência e crescimento exponencial do desemprego (ANTUNES, 2010).

Esse fator vem aumentar com a crise estrutural do capital, o qual implica na expansão de problemas econômicos e sociais, tais como, a precarização da força de trabalho, pobreza, exploração do trabalho, a flexibilização, a redução do trabalho vivo pelo morto, há ainda os processos de subproletarização do trabalho, que se expressam em condições de trabalho, insalubres, perigosas, precárias, de vínculos informais, terceirizados, temporários, também a incorporação do trabalho feminino, explorado e desigual que complexifica as relações de trabalho.

Devido a tais fatores é que vem aumentado em grande escala o exército industrial⁵ de reservas, o qual vem favorecer a competitividade entre os/as trabalhadores/as, a multifuncionalidade profissional, polivalência e a liofilização do capital. Esse processo também trouxe consequências como a própria subjetividade da classe trabalhadora, o estranhamento, o fetiche e a alienação.

5 Refere-se à força de trabalho que excede as necessidades de produção, provocado pelo desemprego estrutural.

Em suma, as “reformas estruturais” feitas pelo Estado e o Capital caracterizam-se como contrarreformas, as quais ocasionam retrocessos nos direitos sociais, tendo como finalidade de manter o controle fiscal do Estado e diminuir os gastos estatais destinados às políticas públicas.

A partir do exposto, é perceptível que tais políticas passam a ter uma dupla finalidade, consistindo em trazer melhorias para uma parte da classe trabalhadora e contraditoriamente, em escala bem maior, para o modo de produção capitalista.

Assim sendo, concluímos com a compreensão que as políticas sociais têm como único objetivo favorecer o capital, mesmo trazendo melhorias para a classe trabalhadora, pois esta nunca deixou de ser explorada além não ter os seus direitos e demandas atendidos na integralidade. Contudo, a partir das mesmas o Estado se fortalece perante a sociedade, ao mesmo tempo em que auxilia a reprodução do capital, e de certa também forma minimiza as pressões sociais.

2 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE

2.1 O Sistema Único de Saúde (SUS) como Política de Acesso Universal

Para iniciarmos esta discussão é essencial debatermos sobre a história da Política de Saúde no Brasil, precisamente a partir do fim do século XVIII ao início do século XIX, momento em que o país começou a caminhar rumo ao modelo de política de saúde pública. Sua trajetória histórica até se chegar ao Sistema Único de Saúde (SUS) foi árdua, passando por intensos momentos de mudanças como os períodos de curandeirismo, benzedeiros/as, da assistência médica filantrópica, posteriormente a contributivista, seguido a década de 1980 com a Reforma Sanitária que culminou na idealização e construção do SUS, trazendo assim, grandes conquistas para a sociedade brasileira.

A questão sanitária inicialmente não era muito conhecida pela população, em vez das pessoas que se encontravam doentes procurarem os médicos elas optavam pelos/as curandeiros/as⁶ os quais recomendavam a utilização de ervas medicinais para o combate das enfermidades.

Além da dificuldade de se encontrar médicos, também existia a questão do valor que era cobrado pelos mesmos, que segundo Bertolli (2006, p.06) “[...] os médicos europeus eram “raros e caros”. Esses eram os agentes responsáveis pela assistência à saúde daquele período”.

Com a finalidade de diminuir as endemias que eram recorrentes naquele período, como a febre amarela, varíola, malária e demais doenças provocadas pela falta de saneamento básico, foi necessário estruturar o saneamento básico, dando início a organização sanitária, tendo como objetivo a higienização da população, como também os ambientes em que os/as trabalhadores/as conviviam, reduzindo assim as enfermidades e os possíveis absenteísmos. Tornou-se obrigatória a hospitalização compulsória dos indivíduos.

No Brasil, passou-se a se pensar na formação de uma política de saúde pública, a qual emergiu devido a percepção de que as doenças iriam diminuir a capacidade de trabalho da classe trabalhadora, com isto, a burguesia não teria os lucros almejados. Tendo como base essa situação, passaram-se a criar estratégias com a finalidade de reduzir os adoecimentos, distintas das precedentes que visavam

6 Terminologia atribuída a indivíduos que fazem medicamentos à base de plantas e cascas para variados tipos de doenças.

apenas as epidemias. Nessa nova composição, a saúde estende-se a todas as esferas do âmbito da sociedade (BERTOLLI FILHO, 2016).

Essa passa a ser a nova concepção de saúde, a qual vai além da ausência de doenças, como o bem-estar físico, mental e social. Este eleva-se ao conceito que se tinha sobre a saúde. Assim, a saúde pública passa a ser marcada por sucessivas reorganizações e transformações tais elas:

[...] No século XVIII a assistência médica era pautada na filantropia e na prática neoliberal. No século XIX, em decorrência das transformações econômicas e políticas, algumas iniciativas surgiram no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas. Nos últimos anos do século, a questão saúde já aparece como reivindicação do movimento operário, no início do século XX, surge algumas iniciativas de organização do setor, que serão aprofundadas a partir de 30 (BRAVO, 2000, p.89).

Conforme assevera Bravo (2001), em meados do século XX, no Brasil, a saúde passa a ser entendida como “questão social”, por causa do surgimento do trabalho assalariado. Ainda neste período foram elaboradas a Reforma Carlos Chagas⁷ que tinha o intuito de estender o atendimento à saúde pública e as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs)⁸, conhecidas também como Lei Elói Chaves, a que é beneficiada pela previdência social destinada aos/as empregados/as que contribuía com o sistema previdenciário, e passa a garantir assistência médica e aposentadorias aos/as trabalhadores/as, divididos por categorias trabalhistas e não mais por empresa.

Dessa maneira, só tinham acesso a saúde as pessoas que estivessem inseridas no mercado de trabalho formal, pelo mero objetivo da acumulação financeira, os indivíduos que não eram trabalhadores formais, procuravam outras alternativas.

Em meados do século XX, mais precisamente no período da Revolução em 1930, vivenciamos o processo de industrialização, urbanização e mobilizações por

7 A reforma Carlos Chagas, de 1923, tenta ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central, constituindo uma das estratégias da União de ampliação do poder nacional no interior da crise política em curso, sinalizada pelos tenentes, a partir de 1922 (BRAVO, 2006, p.03).

8 As CAPs eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Elas eram organizadas por empresas, de modo que só os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las. O presidente das mesmas era nomeado pelo presidente da República e os patrões e empregados participavam paritariamente da administração. Os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral (BRAVO, 2006, p. 03).

parte da classe trabalhadora que resultou na reorganização dos deveres e atribuições do Estado, como na formação de aparelhos que abrangessem as pessoas que não tinham como contribuir por meio do trabalho, emergindo assim as políticas sociais, as quais eram direcionadas para a saúde, higiene e habitação. Visto que, a partir dessas transformações e a expansão do proletariado, desenvolveram-se condições de vida precárias para a classe trabalhadora no geral, bem como para as pessoas que não se encontravam inseridos/as no mercado de trabalho formal, circunstâncias essas que repercutiam fortemente nas condições de habitação, higiene e principalmente na saúde da população, provocando uma série de adoecimentos.

A conjuntura de 30, com suas características econômicas e políticas, possibilitou o surgimento de políticas sociais nacionais que respondessem às questões sociais de forma orgânica e sistemática. As questões sociais em geral e as de saúde em particular, já colocadas na década de 20, precisavam ser enfrentadas de forma mais sofisticada. Necessitavam transformar-se em questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem, de algum modo, os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica da acumulação (BRAVO, 2006, p.03).

A saúde passa a ser subdividida em dois níveis de funcionamento, tais eles, medicina previdenciária e saúde pública. A saúde pública sobrelevou a medicina previdenciária, a qual tinha como intuito controlar as epidemias, gerando assim condições sanitárias para as populações.

Após as CAPS, surgiram os IAPS (Institutos de Aposentadorias e Pensões) englobando uma maior parte de trabalhadores/as. Ainda nessa década houve a especificação do que vinha ser previdência social e assistência social, a qual não se tinha compreensão até esse momento.

O Brasil, na década de 1930, vivenciou o processo de revolução com a chegada de Getúlio Vargas no governo. A conjuntura da sociedade brasileira passa a ser diferente da que se tinha antes, o Estado começa a intervir de forma mais burocratizada na regulamentação sobre os indivíduos, fortalecendo assim, a manutenção e benefícios para a burguesia, isto diante dos interesses sociais.

Conforme Silva (2005), esse período intensificou os problemas sociais ocasionando o declínio da saúde pública e a expansão da medicina previdenciária logo após a unificação dos IAPs em uma só entidade, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

O INPS mantinha os serviços públicos e custeava serviços particulares com o intuito de manter conexão do Estado com o capitalismo internacional. Todavia, esse

órgão foi se alterando e ficando mais complexo, gerando sua própria organização administrativa, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (CATUNDA, 2008).

O INAMPS emergiu por meio de estímulo por parte do Estado, tendo como objetivo melhorar o enfrentamento da “questão social”, porém, o INAMPS, assim como as CAPS e IAPS também tinha caráter contributivista, ou seja, só era ofertado aos/as trabalhadores/as inseridos/as no mercado de trabalho formal.

Diante disso, as décadas de 1970 e 1980 resultaram em um período de crise no âmbito da saúde, devido a saúde ter caráter mercantil, portanto, excludente. De acordo com Catunda (2008, p.18) “as ações de saúde pública como vacinação, campanhas, saneamento e controle de endemias eram ditas de forma universais, já a assistência era apenas para trabalhadores/as que possuíam carteira assinada”, causando assim, a eliminação de uma parcela da população.

Somados aos descontentamentos referentes a ausência do Estado no tocante a proteção a saúde pública, a sociedade civil se organizou para reivindicar por políticas públicas de caráter universal e integral, dando gênese e notoriedade ao movimento de Reforma Sanitária brasileiro. Também fizeram parte das discussões os partidos políticos que frisaram os movimentos sociais e o CEBES que enfatizou a democracia.

Isso posto, o Movimento de Reforma Sanitária direcionou algumas perspectivas, como a reconstituição da concepção de saúde, sua universalização e a reforma de seu sistema como um direito social e dever do Estado com novos mecanismos de gestão, tanto para o governo como para o Estado, rompendo com o modelo anterior de saúde pública seletiva, a qual era unicamente ofertada para aqueles/as que estivessem no mercado formal de trabalho, conforme já foi enfatizado neste trabalho.

Assim, o Movimento de Reforma Sanitária⁹ o qual emergiu nesse cenário de lutas, tinha como finalidade a democracia. Neste, era previsto inovações acerca da saúde pública, ultrapassando a perspectiva de que a saúde era exclusivamente

9 A Reforma Sanitária pode ser conceituada como um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob regulação do Estado, que objetiva a eficiência, eficácia e equidade e que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de um outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema (MENDES, 1994, p. 42).

ausência de doença, passando a mesma, a partir de então, a abranger os fatores econômicos, sociais e culturais, ampliando a concepção de saúde.

Partindo dessa concepção, a saúde prossegue com a dimensão política, contando com a participação da população no geral onde, foram discutidas as propostas de:

[...] a universalização do acesso a saúde; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (BRAVO, 2001, p.96).

O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) emergiu como ampliador das reivindicações posta pela classe trabalhadora, que se tratava de uma saúde de direito de todos/as e responsabilização do Estado, da recomposição do Sistema Único de Saúde, a universalização do acesso aos direitos, a descentralização e a participação da população nas Conferências de Saúde. Tais mobilizações auxiliaram diversas instituições em suas pesquisas na área da saúde, culminando no amparo a diversos movimentos de lutas existentes naquele contexto, tendo como um grande marco a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde no ano de 1986.

Nos anos de 1990 a 2000 vivenciamos um momento de modificações na economia, nos planos nacionais e internacionais em decorrência da deletéria política neoliberal, a qual prega a vigência do Estado neoliberal que tem como premissa básica a contenção dos gastos voltados para o social e as regalias máximas para o capital, ou seja, nesse contexto, a sociedade vivenciou uma ruptura como o que foi conquistado e construído ao longo dos anos de 1980, implicando no enfraquecimento dos direitos sociais duramente adquiridos a partir de amplos processos de lutas da sociedade civil organizada.

Nesse contexto, em nome da suposta crise do estado brasileiro, afirmava-se a necessidade da realização de uma reforma no estado ou, como sabiamente afirma Behring em seus escritos, uma contrarreforma do estado, onde a saúde pública brasileira, bem como as demais políticas públicas, passa a ser desconstruída, precarizada, haja vista, que sua iniciativa universalista é efetuada no contexto de desmonte estatal, o qual é reforçado na atualidade, assim sendo, o projeto de reforma sanitária e o privatista permanecem em disputa, até os dias atuais (Bravo, 2006).

Através dessa onda neoliberal, o Estado reduz o seu papel de garantir direitos sociais dando espaço para a esfera privada e a sociedade civil assumir suas responsabilidades. Assim, compreende-se que a “ausência” do Estado na garantia de direitos possibilitou a refilantropização da “questão social” gerando o sucateamento dos serviços públicos de um modo geral, prejudicando a população usuária das políticas sociais. Montaño (2002, p. 04), vem corroborar afirmando que:

Precária intervenção estatal, de re-filantropização da “questão social”, acompanhada de uma re-mercantilização desta, desenvolvida pela empresa privada, consolidam se três modalidades de serviços de qualidades diferentes – o privado/mercantil, de boa qualidade; o estatal/ “gratuito”, precário e o filantrópico/voluntário, geralmente também de qualidade duvidosa – para duas categorias de cidadãos: os “integrados”/consumidores e os “excluídos”/assistidos.

Nesse sentido, a dubiedade existente no perfil dessas duas categorias de cidadãos denota claramente, diante do prisma da sociedade capitalista, que aqueles/as que podem, ou seja, que detêm uma melhor condição financeira, vão utilizar serviços privados, primando uma melhor assistência e qualidade, e aqueles/as que não têm as mesmas condições, têm que se contentar com as políticas públicas parcas e medíocres.

Contudo, não devemos desconsiderar que para haver a consolidação da política de saúde brasileira, as Conferências tiveram extrema relevância, pois propiciaram discussões coletivas envolvendo órgãos federais, municipais e estaduais, tendo como propósito a organização de ações que beneficiassem a população como um todo. Tais Conferências, emergiram em nível nacional a partir dos anos de 1940.

Aconteceram diversas Conferências no âmbito da saúde, onde até o momento presente contamos com dezesseis, cada qual com seu tema específico. As sete primeiras aconteceram anterior a reorganização do sistema de saúde, vejamos:

Quadro 01: Conferências Nacionais de Saúde até a construção do SUS – temas

Conferência	Ano	Temas
1ª	1941	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organização sanitária estadual e municipal. 2. Ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose. 3. Determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento. 4. Plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência.
2ª	1950	Legislação referente à higiene e segurança do trabalho.
3ª	1963	<ol style="list-style-type: none"> 1. Situação sanitária da população brasileira. 2. Distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal. 3. Municipalização dos serviços de saúde. 4. Fixação de um plano nacional de saúde.
4ª	1967	Recursos humanos para as atividades de saúde.
5ª	1975	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementação do Sistema Nacional de Saúde. 2. Programa de Saúde Materno-Infantil. 3. Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. 4. Programa de Controle das Grandes Endemias. 5. Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais.
6ª	1977	<ol style="list-style-type: none"> 1. Situação atual do controle das grandes endemias. 2. Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo nacional em matéria de saúde. 3. Interiorização dos serviços de saúde. 4. Política Nacional de Saúde.
7ª	1980	Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos.

FONTE: Relatórios da 1ª a 7ª Conferência (BRASIL, 2009, p.16).

Com a consolidação do processo de discussão sobre a reorganização da política de saúde, a qual resultou na criação do SUS, foram realizadas outras conferências até mesmo após a criação do sistema mencionado, debatendo diferentes temáticas como veremos no quadro a seguir:

Quadro 02: Conferências Nacionais de Saúde após a Nova República

Conferência	Ano	Temas
8ª	1986	<ol style="list-style-type: none"> 1) Saúde como direito. 2) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde. 3) Financiamento do setor.
9ª	1992	<p>Tema central: Municipalização é o caminho. Temas específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Sociedade, governo e saúde. 2) Implantações do SUS. <ol style="list-style-type: none"> 1) Controle social. 2) Outras deliberações e recomendações.
10ª	1996	<ol style="list-style-type: none"> 1) Saúde, cidadania e políticas públicas. 2) Gestão e organização dos serviços de saúde 3) Controle social na saúde. 4) Financiamento da saúde. 5) Recursos humanos para a saúde. 6) Atenção integral à saúde.
11ª	2000	<p>Tema central: Efetivando o SUS – Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Controle social. 2) Financiamento da atenção à saúde no Brasil. 3) Modelo assistencial e de gestão para garantir acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social. 4) Recursos humanos. 5) Políticas de Informação, Educação e Comunicação (IEC) no SUS.
12ª	2003	<p>Tema central: Saúde direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos. Eixos temáticos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Direito à saúde. 2) A Seguridade Social e a saúde. 3) A intersectorialidade das ações de saúde. 4) As três esferas de governo e a construção do SUS. 5) A organização da atenção à saúde. 6) Controle social e gestão participativa. 7) O trabalho na saúde. 8) Ciência e tecnologia e a saúde. 9) O financiamento da saúde. 10) Comunicação e informação em saúde.
13ª	2007	<p>Tema central: Saúde e qualidade de vida, políticas de estado e desenvolvimento Eixos temáticos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Desafios para a efetivação do direito humano à saúde no Século XXI: Estado, sociedade e padrões de desenvolvimento. 2) Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na Seguridade Social e o pacto pela saúde. 3) A participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde.

FONTE: Relatórios da 8ª a 13ª conferência (BRASIL, 2009, p. 22).

Quadro 03: Conferência Nacional de Saúde após a Nova república

Conferência	Ano	Temas
14 ^a	2011	Tema central: Todos usam o SUS: SUS na seguridade social – Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro. Eixo temático: 1) Acesso e Acolhimento com Qualidade: um desafio para o SUS.

FONTE: Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/14cns/materia_040311.html>. Acesso em: 25 de Jun.de 2020.

Quadro 04: conferência nacional de saúde após a nova república – tema

15 ^a	2015	Tema central: Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro. Eixos temáticos: 1) Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade. 2) Participação e Controle Social. 3) Valorização do Trabalho e da Educação em Saúde. 4) Financiamento do SUS e Relação Público-Privado. 5) Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde. 6) Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS. 7) Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS.
-----------------	------	--

FONTE: Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_15cns/docs/05mai15_Documento_Orientador_15CNS.pdf>. Acesso em: 25 de Jun.de 2020.

Quadro 05: Conferência Nacional de Saúde após a Nova República

Conferência	Ano	Tema
16 ^a	2019	Tema central: Democracia e Saúde. Eixos temáticos: 1) Saúde como direito 2) Consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). 3) Financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

FONTE: Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/16cns/apresentacao.html>>. Acesso em: 25 de Jun.de 2020.

Em meio a todas essas Conferências destacamos a 8^a Conferência Nacional de Saúde, conforme brevemente mencionado em parágrafos anteriores, cuja qual marcou os novos rumos da saúde pública, na luta pelo SUS, igualitário e com controle popular, representando um movimento de resistência como também de organização

da sociedade civil. Foi na referida conferência que o conceito de saúde teve ampliação (BRAVO, 2009).

Os artigos 196 ao 200 da Constituição Federal de 1988, vem contemplar a finalidade desta conferência a qual foi proporcionar a saúde como um direito de cidadania, tangendo ao Estado a responsabilização em assegurá-la a todos/as. A CF/88 aprovou diversas medidas em relação a saúde, Teixeira (1989, p.50 e 51) vem citar algumas delas:

O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano; As ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; Constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade; A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para a subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais e proibição da comercialização de sangue e dos seus derivados.

Como nos mostra a Constituição de 1988, o SUS é sustentado pelas Leis Orgânicas da Saúde – LOS – composta pelas Leis de n. 8080/90 de 19 de setembro de 1990, e a Lei de n. 8142 de 28 de dezembro de 1990, que normatizam todo o funcionamento e participação social, tornando-se um novo modelo de atendimento à saúde. Este proporciona um acesso igualitário a todos/as na proteção, reabilitação e promoção, garantindo a universalidade, integralidade e equidade¹⁰.

Diante do exposto, compreendemos que houveram grandes avanços no âmbito da saúde, apesar da mesma sofrer intensos problemas, que acabam causando insatisfação por parte dos/as profissionais, trabalhadores/as e a população de um modo geral.

Filas vergonhosas para a assistência médica desde a madrugada ou o dia anterior; descortesia nos guichês dos hospitais e unidades de saúde; desatenção de seguranças, recepcionistas, auxiliares e profissionais de

10 Os princípios centrais do Sistema Único de Saúde são a universalidade (direito de todos/as), a equidade (tratar no mesmo nível de igualdade todos/as. Dentro desse princípio há distinguida diferença nos tipos de doenças, seja urbana ou rural, então não se pode tratar igual as especificidades da zona rural com a urbana, assim na medida em que esse princípio ele é para tratar com igualdade a todos/as ele tem que tratar cada comunidade de acordo com as suas especificidades) e a integralidade (deve ter em todos os seus níveis de saúde seja de básico, médio e alta complexidade, cada um desses níveis vão ampliando suas coberturas).

saúde diante de pessoas fragilizadas; corredores superlotados de macas nos serviços de pronto-socorro; disputa por fichas para exames; longas esperas em bancos desconfortáveis; via crucis (grifo do autor) do paciente em ter diferentes unidades de saúde, médicos e especialistas, [...] (PAIM 2009, p. 89).

Diante desse cenário de precarização do direito à saúde, aqueles/as que detêm melhores condições financeiras recorrem aos serviços privados, sem contar que a saúde, diante desse quadro de fragilização intencional da assistência à saúde pública, se torna um grande nicho de mercado, dado ao fato de se ter uma grande demanda e, ao mesmo tempo, uma inerte atenção ao atendimento das reais necessidades da população, daí se identifica o crescimento dos planos privados de saúde e de clínicas populares, quando na verdade deveríamos ter uma efetiva assistência à saúde de caráter universal, igualitário e integral conforme preconiza a CF/88.

O que se identifica, portanto, “[...] é a dinâmica de privatização invadindo o terreno da própria política social” (MAZZETO, 2015, p.13), e o pior de tudo é o indivíduo passar a necessitar da assistência privada quando muitas vezes sequer tem algo para se alimentar. Obviamente que se temos um sistema de saúde de caráter universal, o mesmo deveria assegurar toda assistência necessária, mas não é isso que se constata na vida cotidiana ao se evidenciar as longas filas de espera nas Unidades básicas de Saúde da Família (UBSFs) e nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAS), sem considerar os longos tempos de espera para a realização de exames e consultas para profissionais especializados em outras áreas da medicina. Para além disso, ainda há as filas intermináveis para a realização de cirurgias eletivas que se configuram como um outro martírio na peregrinação daqueles/as que necessitam do SUS.

Salientamos que o fato de discutirmos aqui sobre a intensa precarização da política de saúde brasileira não significa que o SUS não representou e não representa uma grande conquista para a sociedade e que não tem realizado grandes feitos, não significa isso, pois:

Em seus 30 anos de existência, o SUS conquistou uma série de avanços para a saúde do nosso povo. Reconhecido internacionalmente, o Programa Nacional de Imunização (PNI), responsável por 98% do mercado de vacinas do país, é um dos destaques. O Brasil garante à população acesso gratuito a todas as vacinas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Também é no SUS que ocorre o maior sistema público de transplantes de órgãos do mundo. Em 2016, mais de 90% dos transplantes realizados no Brasil foram financiados pelo SUS. Os pacientes possuem assistência integral

e gratuita, incluindo exames preparatórios, cirurgia, acompanhamento e medicamentos pós-transplante. Entre 2010 e 2016, houve aumento de 19% no número geral de transplantes, com destaque para quatro órgãos, além do coração: rim (aumento de 18%, passando de 4.660 para 5.492 transplantes); fígado (aumento de 34%, passando de 1.404 para 1.880); medula óssea (crescimento de 39%, saltando de 1.695 para 2.362); e pulmão (crescimento de 53%, passando de 60 para 92) (MOTA, 2018, 01).

Diante do exposto, realmente é perceptível o nível de importância que o SUS tem para a população, mas não podemos deixar de pontuar que mesmo diante de todos os avanços trazidos a partir da emergência deste sistema, o SUS real ainda demonstra um grande distanciamento do SUS constitucional e tal distância tem se acentuado de forma cada vez mais evidente na conjuntura contemporânea diante da onda de intensos e constantes desmontes provocados pelo atual gestor brasileiro, Jair Messias Bolsonaro.

Na perspectiva de darmos continuidade as discussões sobre a materialização do SUS, de forma específica na média complexidade da atenção à saúde, discutiremos no item a seguir sobre as UPAS, enfatizando a UPA Dr. Marizinho Abrantes, a qual se configurou como o lócus de nossa pesquisa.

2.2. Experiência na Unidade de Pronto Atendimento – UPA – Mauro Abrantes Sobrinho (Dr. Marizinho)

As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) surgiram através das necessidades de articulação entre os setores de atenção básica, média e alta complexidade onde, essa falta de articulação fazia com que houvesse a superlotação das emergências hospitalares e prontos-socorros. Por esta situação emergiram as UPAs que tem como objetivo concentrar os atendimentos de Saúde de complexidade intermediária estabelecendo uma rede organizada em conjunto com a atenção hospitalar e a atenção básica, como estratégia para diminuir o fluxo de tais setores.

Foi mediante a Portaria nº 1.602/2011, que se estabeleceram as diretrizes para a implementação das Unidades de Pronto-Atendimento, e do conjunto de serviços de urgências 24 horas da Rede de Atenção às Urgências. Essa portaria foi revogada, e passou a ser substituída pela portaria nº 2.648/ 2011, a qual veio redefinir as diretrizes para implantação do referido serviço de saúde.

Deve ressaltar que as Unidades de Pronto-Atendimento, são constituídas como estratégia da Política Nacional de Urgência (PNU). Essa política foi criada no ano 2003, a partir das insatisfações no atendimento as emergências hospitalares, a

mesma rompeu com a concepção, de pensar a urgência apenas mediante critérios clínicos, e propôs um conceito ampliado de urgência incorporando a concepção proveniente do/a usuário/a. A PNU substituiu o termo emergência, para o termo de urgência em níveis crescentes de gravidades, qualificando-os da seguinte forma: não urgente, pouco urgente, urgente, muito urgente e emergência.

No trabalho desenvolvido pela Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) concentrada no município de Sousa-PB, o serviço foi implantado pelo Ministério da Saúde em parceria com a gestão municipal para fortalecer as Redes de Atenção a Urgência e Emergência. Seguindo as diretrizes do SUS, na promoção de condições adequadas para o funcionamento das unidades, qualidade no atendimento e ampliação do acesso aos direitos.

A Unidade Pronto Atendimento surge como estratégia da Política Nacional de Atenção às Urgências, com o objetivo de organizar os serviços hospitalares e minimizar os problemas existentes devido à superlotação nas emergências dos hospitais do município. Apresentam-se como serviço de média complexidade se articulando com as Unidades Básicas de Saúde e as redes de atendimento hospitalar de alta complexidade. As Redes de Urgência e Emergência (RUE) articulam e integram todos os serviços da saúde de maneira a garantir um atendimento humanizado, de forma ágil e qualificada para os/as usuários/as da política de saúde.

Dentro desse conjunto de serviços está inserida a Unidade de Pronto Atendimento que conforme a portaria nº- 1.601, de 7 de julho de 2011, que estabelece diretrizes para a implantação da UPA 24 horas.

A Unidade de Pronto Atendimento Mauro Abrantes Sobrinho “Dr. Marizinho Abrantes”, situa-se na avenida Nelson Meira, 518-582, bairro da Estação na cidade Sousa-PB, oferece a população de Sousa atendimento médico de Urgência e Emergência articulada com o Hospital Regional de Sousa, unidades básicas de saúde/saúde da família, SAMU 192, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde.

Conta com um espaço amplo e arejado onde tem à disposição da população uma sala de espera e acolhimento, uma sala de triagem, dois consultórios médicos, duas clínicas para aplicação de medicação classificada por risco emergencial sendo a área verde o local onde os/as usuários/as tomam medicações e logo está liberado; na área amarela os/as usuários/as requerem uma atenção maior em termos de cuidados; a área vermelha é o setor de urgência, onde os/as usuários/as após terem seu quadro de saúde estabilizado, são regulados/as e transferidos/as para o HRS.

A unidade conta ainda com atendimento odontológico e um vasto quadro de profissionais enfermeiros/as, dentistas, farmacêuticos/as, Assistentes Sociais e médicos/as que trabalham sob regime de plantão. Conta com uma ambulância para a realização de transferências, o que nem sempre é suficiente, pois há dias em que o fluxo da demanda é mais intenso, necessitando de mais um veículo com essa finalidade.

De um modo geral a rotina de atendimento é tranquila, mas é perceptível a necessidade de um maior investimento nas relações humanas concernentes ao atendimento dispensado aos/as usuários/as por parte de alguns profissionais, pois nem sempre os/as mesmos/as são tratados/as de acordo com a Carta dos Direitos dos usuários¹¹ à saúde e a Política Nacional de Humanização¹², tornando a situação de saúde ainda mais frágil.

Nesse sentido, evidenciamos que as relações humanas estão tão coisificadas a ponto de ocorrer uma premente naturalização do sofrimento do outro, desconsiderando-se muitas vezes que este é um sujeito de direitos, e que todas as mediações necessárias devem ser realizadas, independentemente do motivo que tenha levado aquele/a usuário/a à ir até a instituição. Daí a relevância do papel e olhar investigativo dos/as Assistentes Sociais para identificar os aspectos omissos ou obscuros nas diversas realidades apresentadas pelos/as usuários/as que recorrem a UPA. Sobre esse assunto discutiremos no item posterior.

2.3. O Exercício profissional do/da Assistente Social na política de Saúde Pública

Neste item iremos abordar as dificuldades que o Serviço Social enfrentou para se consolidar enquanto profissão reconhecidamente inserida na divisão sócio técnica do trabalho. Sua institucionalização deu-se através de contradições existentes nos

11 A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em sua 198ª Reunião Ordinária, realizada no dia 17 de junho de 2009. [...] O documento, que tem como base seis princípios básicos de cidadania, caracteriza-se como uma importante ferramenta para que o cidadão conheça seus direitos e deveres no momento de procurar atendimento de saúde, tanto público como privado (BRASIL, 2011, p.03)

12 A Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada em 2003 para efetivar os princípios do SUS qualificando os/as profissionais de saúde pública no Brasil incentivando a comunicação entre os/as usuários/as, gestores/as e trabalhadores/as, para um atendimento mais humanizado que viabilize os direitos dos/as usuários/as na perspectiva da saúde (BRASIL, 2013).

processos políticos, econômicos e sociais, em suma, relacionado as intervenções do Estado na regulamentação social.

O Serviço Social se insere no contexto de luta por garantias de direitos, também acompanha e sofre as consequências do processo de contrarreforma do Estado, porém na sua gênese esta profissão,

[...] como um dos mecanismos institucionais mobilizados pelos representantes do capital para atuar na reprodução da totalidade do processo social, no sentido de contribuir para encobrir, atenuar ou controlar os efeitos das contradições criadas e reforçar os mecanismos de dominação. Surgiu vinculada a entidades religiosa e filantrópica, que criaram as primeiras instâncias de preparação de profissionais, as Escolas, e à ampliação do aparelhamento institucional de execução de serviços sociais (BRAVO, 2013, p.45).

Nesse sentido, é através dos conflitos, das desigualdades entre as classes antagônicas que os/as assistentes sociais vão se inserir no mercado de trabalho, inclusive na área de saúde. Todavia, é interessante notar que antes dessa inserção acontecer, os/as referidos/as profissionais atuavam sem nenhum viés teórico, apenas baseados/as em referenciais cristãos da igreja católica, a exemplo de encíclicas papais.

Apenas após o Processo de Renovação do Serviço Social que ocorreu enquanto fruto do Movimento de Reconceituação latino americano. Tal processo se deu em três momentos distintos, quais sejam: 1) Perspectiva Modernizadora (década de 1960); 2) Retorno ao Conservadorismo (década de 1970); 3) Intenção de Ruptura (década de 1980). Cada um desses momentos foi ancorado por perspectivas teóricas distintas, funcionalismo¹³, fenomenologia¹⁴ e marxismo¹⁵. Todas essas matrizes foram

13 Funcionalismo é uma teoria adaptada para diferentes campos de conhecimento, como a filosofia, a psicologia e a antropologia. Seu principal objetivo é explicar a sociedade, as ações coletivas e individuais, a partir de causalidades, ou seja, de funções. Desta forma a sociedade, ou o que se observa a partir desta teoria, é compreendida como um organismo, composto por órgãos relacionados e com funções específicas (Disponível em: <<https://www.infoescola.com/sociologia/funcionalismo/>. Acesso em: 19 de Jun.2020.

14 A fenomenologia trata-se da “ciência que estuda as classificações e descrições dos fenômenos, esta teve como principal autor Husserl (1859-1938), exercendo grande influência na filosofia contemporânea, esta ciência se ocupa em estudar os fenômenos. É uma corrente de pensamento que não se interessa em colocar a historicidade dos fenômenos, considerada por muitos como a-histórica. A fenomenologia, não introduz transformações a realidade, mantendo-se sempre no conservadorismo, estuda a realidade, somente com o objetivo de descrevê-la ou apresentá-la tal como é, sem mudanças. Não aborda os conflitos de classes e muito menos as mudanças estruturais e conjunturais (TONET, 1984).

15 “O marxismo pode ser entendido como um conjunto de ideias desenvolvidas a partir das obras de Karl Marx e Friedrich Engels que causaram grande impacto no mundo todo. Como corrente teórica, o marxismo oferece um método específico para a análise social de alguns aspectos da sociedade moderna, especialmente aqueles ligados aos conflitos de classe e a organização produtiva. O marxismo é uma teoria sobre a evolução da sociedade que

utilizadas com o intuito de tentar assegurar uma fundamentação teórica para o Serviço Social de modo que fosse possível assegurar respaldo para a intervenção profissional.

Contudo, dentre as matrizes teóricas mencionadas, a que realmente encontrou uma ressonância maior na profissão, foi a marxista, pelo fato desta realmente propor um questionamento da sociedade por entender que esta, em todas as suas esferas, é delineada pelo modo de produção capitalista, o qual gera a divisão e desigualdade de classes, provocando o agudizamento da questão social. Isso posto, devemos ressaltar que:

Os (as) assistentes sociais trabalham com as mais diversas expressões da questão social, esclarecendo à população seus direitos sociais e os meios de ter acesso aos mesmos. O significado desse trabalho muda radicalmente ao voltar-se aos direitos e deveres referentes às operações de compra e venda. Se os direitos sociais são frutos de lutas sociais, e de negociações com o bloco do poder para o seu reconhecimento legal, a compra e venda de serviços no atendimento a necessidades sociais de educação, saúde, renda, habitação, assistência social, entre outras pertencem a outro domínio – o do mercado –, mediação necessária à realização do valor e, eventualmente, da mais valia decorrentes da industrialização dos serviços (IAMAMOTO, 2009, p.31).

O/a Assistente Social sendo um/a trabalhador/a assalariado/a, vende sua força de trabalho em troca do salário. Sua jornada de trabalho é de no máximo 40 horas semanais, havendo o trabalho precarizado, controlado, perigoso, muitas vezes com vínculos fragilizados, e por ser uma profissão agregada mais pela mulher há incorporação do trabalho feminino explorado.

Em seu exercício profissional, os/as Assistentes Sociais tem como objetivo responder aos interesses antagônicos, na defesa dos direitos sociais e na construção de uma sociedade justa e igualitária, apresentada no Projeto Ético Político do Serviço Social – PEPSS, que é composto pela tríade: Código de Ética do Serviço Social – 1993, Lei de Regulamentação da Profissão – 8.662/93, e pelas Diretrizes Curriculares da formação em Serviço Social – 1996, aprovadas no ano 2000 pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC). Tal projeto, vem esclarecer as atividades profissionais dos/as Assistentes Sociais assim como, os valores que legitimam sua função social e

pretende explicar cientificamente o capitalismo. Além disso, também se apresenta como uma corrente política voltada para a transformação radical da ordem socioeconômica. O termo “marxismo” só passou a ser utilizado anos após a morte de Marx e agrega pensamentos distintos e, às vezes, até discordantes” (Disponível em:< <https://www.infoescola.com/sociologia/marxismo/> >).

seus objetivos, conhecimentos, saberes interventivos e normas para o comportamento dos mesmos.

Conforme Matos (2013, p. 60), ressalta-se que:

[...] independentemente do tipo de unidade de saúde em que trabalham, seja um centro de saúde ou um hospital de alta complexidade, os assistentes sociais no fundo estabelecem a mesma rotina: contato com o usuário para levantamento das necessidades após o atendimento médico, para providenciar encaminhamentos e orientações necessárias à implementação da consulta.

Além de tais intervenções, também chegam até o/a Assistente Social, usuários/as apresentando demandas sociais, como: vítimas de violência doméstica, sexual, doença mental e dependentes químicos. Nesses casos, o/a Assistente Social entra em contato com o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Além de necessariamente compor a força de trabalho nos serviços de saúde, podemos também atentar para o fato de que apesar de os serviços de saúde ainda estarem estruturados para atenderem a doença, a realidade tem apontado a influência de outros componentes na concepção de saúde. As condições de vida da população usuária – como, por exemplo, a pauperização, a velhice e ausência de vínculos familiares – tem sido “problemas” para os serviços de saúde. Neles, a “resposta” a esses “problemas” tem sido encarada como responsabilidade exclusiva do Serviço Social (MATOS, 2013, p.65).

Para os/as Assistentes Sociais executarem ações tanto na área da saúde como em qualquer outra área, é necessário que estes/as profissionais tenham conhecimento de quais são suas atribuições e competências.

As atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social, sejam aquelas realizadas na saúde ou em outro espaço sócio-ocupacional, são orientadas e norteadas por direito e deveres constantes no Código de Ética e na Lei de Regulamentação da Profissão, que devem ser observados e respeitados, tanto pelos profissionais quanto pelas instituições empregadoras (CFESS, 2010, p.33).

Os/as Assistentes Sociais também sofrem com a dificuldade de exercer seu papel no campo de atuação. Segundo o Código de ética profissional é dever do Serviço Social:

a-Contribuir para a viabilização da participação efetiva da população usuária nas decisões institucionais; b- Garantia plena informação e discussão sobre as possibilidades e consequências das situações apresentadas, respeitando

democraticamente as decisões dos/as usuários/as, mesmo que sejam contrários aos valores e às crenças individuais dos/as profissionais, resguardados os princípios deste Código; c- Democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos/as usuários/as; d- Devolver as informações colhidas nos estudos e pesquisas aos/às usuários/as, no sentido de que estes possam usá-los para o fortalecimento dos seus interesses; e- Informar à população usuária sobre a utilização de materiais de registro audiovisual e pesquisas a elas referentes e a forma de sistematização dos dados obtidos; f- Fornecer à população usuária, quando solicitado, informações concernentes ao trabalho desenvolvido pelo Serviço Social e as suas conclusões, resguardado o sigilo profissional; g- Contribuir para a criação de mecanismos que venham desburocratizar a relação com os/as usuários/as, no sentido de agilizar e melhorar os serviços prestados; h- Esclarecer aos/às usuários/as, ao iniciar o trabalho, sobre os objetivos e a amplitude de sua atuação profissional (BRASIL, 2012, p. 29-30).

Na Saúde pública o Serviço Social, assim como nas demais áreas e espaços sócio ocupacionais realiza a análise da realidade do dia a dia dos/as usuários/as, com a finalidade de constatar o que acaba interferindo em sua saúde.

Além de necessariamente compor a força de trabalho nos serviços de saúde, podemos também atentar para o fato de que, apesar de os serviços de saúde ainda estarem estruturados para atenderem a doença, a realidade tem apontado a influência de outros componentes na concepção de saúde. As condições de vida da população usuária – como, por exemplo, a pauperização, a velhice e ausência de vínculos familiares – têm sido “problemas” para os serviços de saúde. Neles, a “resposta” a esses “problemas” tem sido encarada como responsabilidade exclusiva do Serviço Social (MATOS, 2013, p.65).

Para a obtenção de dada análise é necessário que o profissional utilize instrumentais, como é o caso por exemplo da linguagem e a escuta qualificada, que são ferramentas essenciais para desvelar a situação que o/a usuário/a se encontra e a partir daí realizar os encaminhamentos e mediações necessárias.

É importante entender que a principal atividade do/a Assistente Social no âmbito da saúde consiste em viabilizar o acesso dos/as usuários/as aos serviços de saúde ofertados em dadas instituições, como também prestar informações.

Assim, as demandas apresentadas nos espaços sócio ocupacionais onde atuam esses/as profissionais trazem explicitamente uma série de problemas que precisam do/a Assistente Social um posicionamento crítico versado no Projeto Ético-Político, o qual tem a direção sócio política de comprometimento com a classe trabalhadora, a partir do desenvolvimento de intervenções que atendam a população marginalizada e que sofre as consequências da exploração e redução cada vez mais intensa dos direitos, considerando os sujeitos na sua totalidade.

Todavia, é interessante enfatizar que como o Serviço Social atua na realidade que é dinâmica e mutável, ou seja, nas refrações da questão social que cotidianamente pode vir a sofrer intensas alterações em decorrência das transformações societárias, devido a isso não há um padrão e/ou manual para a intervenção dos/as assistentes sociais nas diversas instituições em que atuam. Em face a isso, muito/as profissionais realizam atribuições que nem sempre são de sua competência. Na perspectiva de combater e minimizar as dificuldades apresentadas e encontradas por alguns/as profissionais no exercício de suas atividades no âmbito da efetivação da política de saúde brasileira, o CFESS criou os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde no ano de 2010.

2.4. Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Saúde: desafios cotidianos e a interlocução entre competências e atribuições profissionais

Os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde vêm trazer algumas indicações que são de suma importância para o exercício dos/as Assistentes Sociais nas demandas que lhes são postas na área da saúde. Tal documento “[...] tem como finalidade referenciar a intervenção dos profissionais de Serviço Social na área da saúde” (CFESS, 2010, p. 11).

Este documento também vem retratar os desafios postos à profissão e a Reforma Sanitária, os embates teóricos, os caminhos que vêm sendo traçados pelos/as Assistentes Sociais na área da saúde, como também sugere eixos para o desenvolvimento do exercício profissional.

É apresentado ainda as atribuições e competências do/a profissional com o intuito de permitir ao/a Assistente Social realizar uma análise crítica da realidade, utilizando como base o PEPSS. Bem como, o informe das principais ações desenvolvidas pelos/as profissionais que atuam na saúde, sendo distribuídos em quatro eixos, são eles: O atendimento direto aos/as usuários/as; a mobilização, participação e controle social; a investigação, planejamento e gestão; e a assessoria, qualificação e formação profissional. Para Krüger (2016):

Trabalhar a partir desses quatro eixos pressupõe retomar os fundamentos do SUS em sua perspectiva de projeto nacional para saúde de radicalidade democrática; considerar a articulação com os gestores, Conselhos de Políticas Públicas, com assistentes sociais de outras instituições, com outros profissionais e movimentos sociais; não responder de forma psicologizante, clínica e voluntarista; e potencializar as possibilidades de trabalho coletivo,

com grupos e interdisciplinar (KRUGER, 2016, p. 02).

Os referidos Parâmetros norteiam-se no pressuposto de que o campo de atuação dos/as Assistentes Sociais está permeado por contradições impostas pelo modo de produção capitalista, relações de contradição, exploração, onde as classes subalternas são estigmatizadas.

Nessa perspectiva, os quatro eixos mencionados no início deste item consistem em explicar as principais ações desenvolvidas pelos/as profissionais que atuam no âmbito da saúde, ações essas que estão interligadas e são complementares.

Segundo os Parâmetros para a Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde (2010), o atendimento direto aos usuários que ocorre nos espaços que ofertam serviços de saúde, devem ocorrer com qualidade, priorizando sempre o acesso igualitário e universal dos/as usuários/as a esses âmbitos, bem como, um atendimento organizado, humanizado e sem discriminações. Os atendimentos devem ser sempre interligados com as ações socioassistenciais, interdisciplinares e socioeducativos.

A finalidade das ações socioassistenciais é proporcionar aos usuários a garantia de seus direitos assim, cabe aos Assistentes Sociais executarem essas ações com o intuito da viabilização desses direitos, como:

- democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária;
- construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários, bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde;
- enfatizar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes por meio das abordagens individual e/ou grupal;
- emitir manifestação técnica em matéria de serviço social, em pareceres individuais ou conjuntos, observando o disposto na Resolução CFESS nº 557/2009 (CFESS, 2010, p. 44 - 45).

Para que os Assistentes Sociais possam executar essas ações é necessário que haja clareza e compreensão de qual são os seus deveres e atribuições por parte da equipe a qual está inserido, visto que, cada profissional tem competências distintas. Dentro dessa lógica, evidencia-se um aspecto que é fortemente no âmbito de trabalho, que é a incipiência de conhecimento dos/as profissionais que compõem a rede de saúde pública brasileira sobre as atribuições dos profissionais de Serviço Social.

É essencial a compreensão de qual é o trabalho executado pelos/as Assistentes Sociais e mais, que cada profissional execute as habilidades que são de sua competência, não isoladamente mais em conjunto com a equipe, fazendo com que esse trabalho seja de qualidade e o mais importante, humanizado. Nesse caso, cabe aos Assistentes Sociais repassar a equipe qual a importância de realizar um atendimento humanizado no ambiente de trabalho, para tanto, contamos com a Política Nacional de Humanização (PNH)¹⁶.

Para a realização das ações socioeducativas os/as Assistentes Sociais precisam de ter conhecimento da realidade vivenciada pelo/a usuário/a, cabendo ao mesmo utilizar alguns de seus instrumentos de trabalho, como a investigação e a reflexão crítica, para que estes/as consigam repassar aos usuários sua realidade, e que estes compreendam e participem da transformação dessa realidade.

No desenvolvimento dessas ações os profissionais de Serviço Social fornecem informações acerca dos direitos da população usuária; realizam debates sobre campanhas preventivas; elaboram conteúdos socioeducativos; incentivam a população a participar de atividades que abordam temas importantes, entre muitas outras atividades.

Como forma de contribuir com essas ações, o segundo eixo intitulado mobilização, participação e controle social vem demonstrar um leque de atividades para serem desenvolvidas, com o intuito de organizar a população usuária enquanto sujeitos políticos à participação democrática.

Os instrumentos mais utilizados como forma de articulação entre os entes, órgãos e a população em geral são os conselhos, fóruns e as ouvidorias, tais, possibilitam discursões sobre a política de saúde bem como as estratégias para a viabilização dos direitos sociais.

Este último, pode ser atribuído a uma atividade a ser executada pelos profissionais de Serviço Social, tendo em conta que os Assistentes Sociais têm, uma visão e/ou entendimento crítico para desvelar a realidade social que se encontram os/as usuários/as, assim como as manifestações apresentadas pelos mesmos, pelo modo de denúncias, reclamações, elogios, solicitações e sugestões.

Essas manifestações podem ser registradas presencialmente, pelos Eventos públicos – Ouvidoria Itinerante –, ou pelos meios tecnológicos, tais como, ligações

16 A Política Nacional de Humanização (PNH), foi criada em 2003 para efetivar os princípios do SUS qualificando os/as profissionais de saúde pública no Brasil, incentivando essa troca entre os usuários/as, gestores/as e trabalhadores/as.

telefônicas no disque 162 e pela web/smartphone OUV-DF. Da mesma forma, os atendimentos podem ser realizados por canais específicos como é o caso do atendimento pela internet¹⁷.

Vale ressaltar que, independentemente de qual seja a forma de atendimento aos usuários, é imprescindível que haja um atendimento humanizado.

Os valores são a essência do atendimento humanizado. As Ouvidorias do SIGO-DF devem se preocupar com as interações interpessoais entre servidores e cidadãos. É importante que haja uma relação colaborativa entre as partes envolvidas no processo de atendimento ao cidadão. (OLIVEIRA, 2017).

São requisitados aos Assistentes Sociais desvelar a realidade social vivenciada pela classe usuária, e quais são suas reais necessidades, para isso, os mesmos elaboram estudos, projetos e programas, com o intuito de investigar dada realidade e posteriormente realizar um direcionamento na perspectiva da viabilização de direitos, além de proporcionar melhorias nos atendimentos e serviços ofertados no âmbito da saúde pública. Posto isso, é suma importância a inserção dos profissionais de Serviço Social na investigação, planejamento e gestão, retratados no terceiro eixo. Os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde demonstram as ações que são executadas pelos Assistentes Sociais, tais algumas delas:

- elaborar planos e projetos de ação profissional para o Serviço Social com a participação dos assistentes sociais da equipe;
- contribuir na elaboração do planejamento estratégico das instituições de saúde, procurando garantir a participação dos usuários e demais trabalhadores da saúde inclusive no que se refere à deliberação das políticas;
- participar nas Comissões e Comitês temáticos existentes nas instituições, a saber: ética, saúde do trabalhador, mortalidade materno-infantil, DST/AIDS, humanização, violência contra a mulher, criança e adolescente, idoso, entre outras, respeitando as diretrizes do projeto profissional do Serviço Social;
- realizar estudos e investigações com relação aos determinantes sociais da saúde; (CFESS, 2010, p.62).

17 Lançado em setembro de 2016, é uma interface amigável onde o cidadão deve realizar o cadastro uma única vez para criar sua conta pessoal. A partir de então, pode registrar quantas manifestações de ouvidoria tiver interesse. O link para o sistema informatizado Ouv-DF também deve estar disponível no site de cada órgão/entidade do Governo do Distrito Federal, bem como informações relevantes sobre o serviço de ouvidoria, que são: • A Ouvidoria do (nome do órgão/entidade) • Perfil do ouvidor • Tipos de manifestação • Canais de atendimento • Requisitos e documentos • Passo a passo • Perguntas frequentes • Normas e regulamentações • Relatório de ouvidoria • Serviço de Informações ao Cidadão - SIC • Conheça os demais Serviços (versão digital da Carta de Serviços). O acesso é realizado pelo Portal das Ouvidorias do Governo do Distrito Federal - www.ouvidoria.df.gov.br e o registro é realizado por meio do link do sistema informatizado de ouvidoria Ouv-DF: www.ouv.df.gov.br (OLIVEIRA, 2017).

Para a realização das ações apresentadas neste tópico, faz necessário que os profissionais estejam aptos para tanto. O quarto eixo nos dá suporte para entendermos a importância da qualificação, formação profissional e assessoria.

A qualificação profissional para o Serviço Social como para as demais profissões no campo da saúde pública, se dão por meio de um conjunto de atividades desenvolvidas no período do estudo acadêmico e posterior a ele, os quais englobam os conhecimentos teóricos e práticos, todavia embora sejam distintos, ambos se complementam, concebendo que os/as profissionais realizem um atendimento de qualidade.

O estágio curricular e a residência multiprofissional e/ou uniprofissional são fundamentais para o aprimoramento profissional, pois é a partir dos conhecimentos adquiridos na rotina destes que vamos compreendendo as demandas que chegam até os Assistentes Sociais, como agir perante a elas, quais as atividades que são postas ao mesmo no ambiente de trabalho e sucessivamente.

É na observação da rotina profissional que distinguimos o que queremos ou não ser/fazer enquanto profissionais. Tendo em vista que, em alguns casos nos deparamos com profissionais que realizam atividades e agem de uma forma que não nos convém enquanto Assistentes Sociais, os quais devem seguir os princípios do Projeto Ético-Político do Serviço Social (PEPSS). São através das falhas de uns e pelo profissionalismo de outros que construímos o nosso perfil profissional.

À vista disso, se faz essencial que todos/as profissionais tenham qualificação em sua formação profissional, para que possam executar um trabalho tanto individual como interdisciplinar que preconize os princípios que norteiam as ações de saúde, tais eles, universalidade, integralidade e participação social. Além do mais, muitas das ações só podem ser realizadas por profissionais que tenham formação específicas, como é o caso da assessoria¹⁸.

Por conseguinte, evidencia-se que os quatros eixos mencionados ao longo deste tópico sublinham as atividades realizadas pelos profissionais de Serviço Social, evidenciando sua capacidade profissional, com ênfase na sua formação intelectual, cultural e crítica, dando-lhe suporte para desvelar as demandas que lhe são postas, os novos desafios que são tragos pelas conjunturas, a executar as ações socioeducativa, participação social, as ações voltadas para a assessoria entre outras,

18 A assessoria pode ser prestada ao profissional, à gestão para formulação de políticas sociais e aos movimentos sociais. A assessoria pode ser uma atribuição privativa do assistente social ou uma competência do profissional. Como atribuição privativa, o assistente social desenvolve assessoria na matéria "Serviço Social", e só pode ser prestada por um profissional graduado na área (CEFES, 2010, p.64).

ressaltando que, todas direcionadas pelos fundamentos teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos, já citados outrora.

3 ANÁLISE DA PESQUISA

3.1 Procedimentos metodológicos

Segundo Goldenberg (2002, p.14) “o que determina como trabalhar é o problema que se quer trabalhar: só se escolhe o caminho quando se sabe aonde se quer chegar”. Desta forma, ao realizar uma pesquisa o/a pesquisador/a deve em primeiro lugar definir os procedimentos metodológicos que deverão ser utilizados.

A realização da pesquisa para a materialização deste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) partiu de um viés de caráter essencialmente qualitativo. Para Minayo (2001, p.14):

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que correspondem a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis.

Nessa linha, corroboramos com Minayo (2010, p. 22-23) quando diz que a pesquisa qualitativa “responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado”.

A coleta de dados da pesquisa deu-se através de um roteiro de entrevista online o qual foi enviado via internet aos/as participantes da pesquisa, os/as quais responderam sem a presença da pesquisadora.

A análise e sistematização dos dados se processou à luz da técnica da análise de conteúdo, onde através da plataforma formulário Google, buscamos apreender o máximo de significados e fatos diversificados às peculiaridades apresentadas pelos sujeitos da pesquisa.

O local da pesquisa foi a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), situada na Avenida Nelson Meira 518-582 – Estação, Sousa - PB, CEP: 58803-420. Sendo determinado através das experiências vivenciadas neste local, pela vivencia proporcionada pelos estágios supervisionados I e II, onde foram realizados estudos para a aproximação da problemática. Devido à pandemia provocada pelo covid-19¹⁹, não foi possível realizar a pesquisa diretamente neste local.

19 A COVID-19 é uma doença causada pelo coronavírus, denominado SARS-COV-2, que representa um aspecto clínico variando de infecções assintomáticas a quadros graves. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a maioria (cerca de 80%) dos pacientes com COVID-19 podem ser assintomáticos ou oligossintomáticos (poucos sintomas), e aproximadamente 20% dos casos

Os sujeitos da pesquisa foram os/as Assistentes Sociais que atuam no referido serviço de saúde. A unidade conta atualmente com cinco (05) Assistentes Sociais ao todo, participaram da pesquisa (04) profissionais, estes responderam um formulário online contendo a pesquisa.

O trabalho seguiu os critérios éticos respeitando e assegurando os direitos do participante, para tanto, foi indispensável os princípios do código de ética do Serviço Social que vem retratar valores tais como a liberdade.

A liberdade, valor ético central, as demandas políticas a ela inerentes – autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais; a defesa intransigente dos direitos humanos e a recusa do arbítrio e do autoritarismo; a defesa e aprofundamento da democracia; o posicionamento em favor da equidade e da justiça social (CFESS, 2011, p. 23).

Destarte, a pesquisa em tela também se respaldou na Resolução nº 510 de 2016 a qual dispõe dos procedimentos éticos das pesquisas realizadas com seres humanos.

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução (CONSELHO DE SAÚDE, RESOLUÇÃO Nº 510, 2016).

Em relação aos benefícios desta pesquisa, espera-se contribuir com o conhecimento acerca do problema a ser estudado, permitindo que os/as profissionais de Serviço Social bem como os/as discentes, possam ter conhecimento da realidade vivenciada nos espaços sócios-ocupacionais, com ênfase na Unidade de Pronto Atendimento Dr. Marizinho Abrantes – UPA, e como isso repercute na operacionalização do exercício profissional cotidiano.

3.2 Analisando os dados da pesquisa

Neste tópico estão condensados todos os dados obtidos na pesquisa realizada na Unidade de Pronto Atendimento – UPA, localizada na cidade de Sousa - PB. A da

detectados requer atendimento hospitalar por representarem dificuldade respiratória, dos quais aproximadamente 5% podem necessitar de suporte ventilatório (Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca>).

coleta de dados foi empreendida a quatro (04) Assistentes Sociais que trabalham na referida unidade, no período de 03 meses, entre julho a setembro do ano de 2020.

O perfil dos/as sujeitos representa a faixa etária entre 25 a 50 anos, sendo 75% destes do gênero feminino e 25% masculino. Sobre a formação profissional destes 25% se formaram no ano de 2012; em 2013, 50%; e em 2014, 25%. Todos/as já realizaram pós graduação, alguns em Gestão e Avaliação de Políticas Públicas, outros em Educação em Direitos Humanos. Estes atuam como Assistentes Sociais há 06, 05 e 03 anos, mais na referida Unidade trabalham entre 01 ano de 7 meses há 03 anos, com a carga horaria de 20 a 30 horas semanais.

Para iniciarmos o debate é imprescindível tomar conhecimento das opiniões dos/as profissionais em serviço social atuante na UPA de Sousa-PB, visto que é a partir da atuação e percepção crítica dos mesmos que será possível analisar a efetivação dos parâmetros de atuação dos/as assistentes sociais na saúde.

Dessa forma, observar o posicionamento dos profissionais no que tange a defesa intransigente do Sistema único de Saúde, compromisso com os princípios éticos da profissão e viabilização dos direitos dos/as usuários/as do serviço, é necessário para que se possa compreender como se dá a efetivação dos parâmetros, se eles estão em um campo real, ou se dá de forma utópica.

Sendo assim, partindo da entrevista semiestruturada realizada a esses assistentes sociais, se pode analisar as concepções dos mesmos. Visando identificar a efetivação dos parâmetros de atuação dos profissionais na unidade, conceituamos os principais eixos de análises produzidos durante a entrevista mediante uma perspectiva marxista, como: respostas de cunho conformista com atual realidade da saúde pública brasileira, assim como, contradição nas falas dos profissionais.

O discurso conformista apareceu algumas vezes durante a entrevista, em uma das perguntas houve o questionamento sobre a percepção destes acerca da Política de Saúde no cenário contemporâneo, e a afirmação de José²⁰ foi a seguinte:

Temos que agradecer pelo que já temos [...].

Ou ainda conforme Marcos:

O sistema pouco integrado dificulta a formação de estratégias [...].

20 Os nomes verdadeiros dos/as profissionais foram substituídos por fictícios a fim de garantir o caráter íntegro da pesquisa e resguardar a identidade dos/as mesmos/as.

É importante mencionar estas falas, visto que o Serviço Social é uma profissão pautada em um projeto humanitário que busca viabilizar os direitos da classe trabalhadora, colocando-se contra o desmonte da política pública de saúde, bem como das demais políticas.

Pensar em realizar uma ação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde consiste em: estar articulado e sincronizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS [...] (CFESS, 2010, p.30).

Foi notável durante a pesquisa que este aspecto da busca pela defesa dos direitos dos/as usuários/as está depauperado, talvez pelas próprias condições de trabalho, ou pelo conformismo, pois a realidade é compreendida pelos/as profissionais, mas em contrapartida não se tem uma mobilização que vise mudanças nesse cenário de enfraquecimento da política de saúde brasileira.

Sendo um posicionamento bastante reforçado na fala abaixo, pois quando questionado sobre a concepção que o mesmo possuía sobre os parâmetros de atuação dos/as assistentes sociais na saúde, Marcos respondeu:

Os parâmetros de qualquer profissão devem ser constantemente alterados devido às maleabilidades da sociedade moderna.

O comentário acima deixa evidente o posicionamento do profissional de aceitar a realidade posta e de querer adequar a atuação dos assistentes sociais na atual conjuntura, ao invés de reafirmar o posicionamento da profissão com a luta da classe trabalhadora, já que questionados sobre as maiores demandas da equipe, as repostas de todos os/as participantes da pesquisa foram as seguintes:

Pessoas desacompanhadas, negligenciadas! (José).

Questão social de modo geral e grande público com altíssima taxa de vulnerabilidade social (Carlos).

Trabalho com família, questões sociais, intermediações em transferências, documentação, orientação individual e coletiva (Paulo).

As demandas relacionadas aos pacientes da terceira idade (Marcos).

Mediante as respostas dos profissionais, é possível compreender que a Política de Saúde por mais que ela seja essencial para a garantia dos direitos dos usuários, em

vista do contexto neoliberal se encontra precarizada, não atendendo as demandas da população que é tão carente de atenção à saúde. As políticas públicas do Estado se tornam insuficientes para as demandas que essa população apresenta.

Nesse momento é importante enfatizar também as contradições de fala, pois ao mesmo questionamento – referente aos parâmetros - obtemos respostas diferentes, como Carlos:

Acho muito importante e necessário, uma vez que, mesmo tendo a Lei de Regulamentação da Profissão que determina nossas atribuições e competências, se faz indispensável que haja determinações do papel do assistente social de forma específica na política de saúde, sobretudo, porque ainda se tem em alguns lugares o entendimento que assistente social 'faz tudo'.

Dessa forma é possível compreender que a luta para efetivação dos parâmetros na realidade da Unidade de Pronto Atendimento – Dr. Mauro Abrantes Sobrinho da cidade de Sousa – PB, ainda tem muito o que avançar, pelas divergências de opiniões entre os próprios profissionais, mas sobretudo com a luta de classe, com o compromisso ético – político que o serviço social reafirma constantemente no fazer profissional e no cotidiano interventivo, visto que profissionais também foram questionados pelas maiores dificuldades enfrentadas pelo Serviço Social no cotidiano da sua intervenção. e Paulo respondeu:

A falta de conhecimento e de trato das famílias normalmente prejudica a forma de trabalho (Paulo).

[...] Quanto a população, pela falta de entendimento da especificidade do serviço em ser tipificado como urgência e emergência (Marcos).

Mediante as falas, nota-se que os profissionais estão culpabilizando os/as usuários/as, pois os mesmos são vistos como as maiores dificuldades para desenvolver o seu trabalho. Diante de tantos ataques à política de saúde brasileira que direta ou indiretamente atingiu e atinge os espaços ocupacionais do serviço social, o corte de verbas, a atual pandemia, a desarticulação do sistema, e várias outras problemáticas que atacam o SUS constantemente, mesmo assim, o problema maior é o/a usuário/a desinformado que vai buscar pelo seu direito à saúde na unidade.

Conforme analisa Raichelis (s.d., p.08):

As consequências dessa forma de condução das políticas públicas para o

trabalho social são profundas, pois a terceirização desconfigura o significado e a amplitude do trabalho técnico realizado pelos assistentes sociais e demais trabalhadores, desloca as relações entre a população, suas formas de representação e a gestão governamental, pela intermediação de empresa e organizações contratadas; além disso, as ações desenvolvidas passam a ser subordinadas a prazos contratuais e aos recursos financeiros destinados para esse fim, implicando descontinuidades, rompimento de vínculos com usuários, descrédito da população para com as ações públicas.

Sendo assim, a efetivação mais uma vez encontra obstáculos, pois de acordo com os Parâmetros, duas das principais ações a serem desenvolvidas são:

Democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e/ ou encaminhamentos quantos aos direitos sociais da população usuária. [...] facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social por meio de criação de mecanismo e rotinas de ação. [...] (CFESS, 2010, p. 45).

Por fim, é inegável que a efetivação dos Parâmetros de atuação do Serviço Social na realidade da UPA de Sousa – PB encontra enormes obstáculos, assim como a própria política de saúde pública está longe de ser a ideal, pois como diz Bravo (2001, p.20) “o SUS real está muito longe do SUS constitucional”, embora a efetivação pareça está muito longe, não significa dizer que necessariamente ela seja apenas uma utopia.

Se desvencilhar das garras de uma sociedade para além do capital parece também uma utopia, mas como assistentes sociais e em consonância com o código de ética, projeto ético político, lei de regulamentação da profissão e diretrizes profissionais tem – se uma luta constante por um projeto vinculado a luta pela construção de uma nova ordem societária. Essa mesma luta pode se expressar também no cotidiano da UPA de Sousa, se adequando é claro aquela realidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao buscar identificar se os/as Assistentes Sociais no decorrer do seu exercício profissional trabalham de acordo com os pressupostos teórico-metodológicos, ético-políticos, técnico-operativos e respaldados nos Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Saúde, foi um processo de descobrimento, pois a realidade vivenciada no cotidiano profissional destes, sejam suas ações de trabalho como também as situações vivenciadas, muitas vezes são extremamente desafiadoras e desestimulantes se torna totalmente diferente do que aprendemos no ambiente acadêmico.

Com isso, como mostrou-se a partir dos dados produzidos com a pesquisa de campo na UPA de Sousa – PB em que foi perceptível analisar a presença de contradições entre as falas muitas vezes descontentadas dos profissionais na instituição. Trazendo consigo noções de conformismo mediante a realidade imposta além de atribuir aos/as usuários/as a culpa do sucateamento do atendimento.

Uma questão notória na pesquisa é a luta para efetivação dos parâmetros, mesmo reconhecendo vários condicionantes que impedem que esta aconteça na UPA – Sousa como a fragilização das políticas sociais que de maneira geral foram afetadas pelo neoliberalismo.

É interessante notar que em alguns posicionamentos dos/as sujeitos da pesquisa, notou-se contradições entre o caráter ético-político do Serviço Social para posturas mais rígidas que acompanham os interesses da direção e gestão superiores.

Vale ressaltar ainda que a realização da pesquisa se deu em meio às dificuldades da pandemia pelo novo coronavírus, as quais dizem respeito até a omissão de um Assistente Social para responder as perguntas sugeridas, pois como sabemos, devido a situação mundial em que o país vivencia atualmente não foi possível realizá-la presencialmente, o que dificultou na investigação bem como no questionamento das respostas. Estas que por sinal foram bem diretas impossibilitando termos informações mais detalhadas para apresentarmos neste trabalho.

Com isso foi possível concluir que a efetivação dos Parâmetros na instituição pesquisada ainda necessita avançar bastante, mas como já mencionado anteriormente esses fatores não impendem a efetivação do mesmo, pois tendo em vista o caráter transformador da profissão, os parâmetros podem sim se efetivar

integralmente, desde que haja uma postura crítica e comprometida com a classe trabalhadora, com a união dos/as usuários/as e equipe multidisciplinar.

Em face ao exposto e considerando a proeminência do assunto tratado neste TCC, esperamos que as discussões aqui enfatizadas possam contribuir para estimular os debates sobre a efetivação os Parâmetros para a atuação dos/as Assistentes Sociais na Saúde, seja entre os/as Assistentes Sociais bem como os/as discentes, de forma geral, tornem-se aptos e capacitados para trabalharem de acordo com o referido documento, buscando sempre estratégias de intervenção capazes de mediar às demandas apresentadas pela população usuária da saúde pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAUJO, Marcele Juliane Frossard. **Funcionalismo**. Disponível em: <<https://www.infoescola.com/sociologia/funcionalismo/>>. Acesso em: 20 de Jul. de 2020.

ARON, Raymond. **As etapas do pensamento Sociológico**. Tradução: Sérgio Bath. 6ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Política Social: fundamentos e história** / Elaine Rossetti Behring, Ivanete Boschetti. – 6.ed. – São Paulo: Cortez, 2009.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil**. In: História da saúde pública no Brasil. 2006.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. História da Saúde Pública no Brasil. Coleção História em Movimento. 4.ed. Editora Ática, 2006.

BETONI, Camila. **Marxismo**. Disponível em: <<https://www.infoescola.com/sociologia/funcionalismo/>>. Acesso em: 20 de Jul. de 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009. (CONASS Documenta; 18).

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização**. 1º edição. Brasília/DF. Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde** / Ministério da Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **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].

BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. Tradução: Nathanael C. Caixeiro. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.

BRAVO, Maria Inês de Souza [et al.] (organizadoras). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2001a.

BRAVO, Maria Inês Sousa. **As políticas brasileiras de Seguridade Social – Saúde**. In CFESS/CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social. Brasília: UNB-CEAD/, 2000.

BRAVO, Maria Inês Sousa. A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de e ARAÚJO, Patrícia Simone Xavier de (orgs.). **Capacitação para Conselheiros de Saúde – textos de apoio**. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete et al, (Orgs). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez; OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

_____, Maria Inês de Souza et al. **Política de Saúde no Brasil. Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional**, v. 3, p. 1-24, 2006. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_de_Saude_no_Brasil_Ines_Bravo.pdf>. Acesso em: 13 de Jun. de 2020).

BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e serviço social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos** / Maria Inês de Souza Bravo. – 1. ed. – São Paulo: Cortez, 2013.

BRAVO. Maria Inês Souza. MATOS. Maurílio Castro de. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate**. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-3.pdf>. Acesso em: 17 de Nov. de 2020.

CATUNDA, Roberta Arrais de Souza. **O significado do acompanhante para pacientes internos e profissionais de saúde: construindo o atendimento humanizado**. Monografia (graduação em serviço social) Universidade Estadual do Ceará, Centro de Estudos Sociais Aplicados. Fortaleza/CE, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na política de saúde**. Brasília (DF), 2010. (Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais).

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf> >. Acesso em: 20 de Jun.2020.

CFESS. **Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão**. 9ª. ed. rev. e atual. Brasília, 2011.

CFESS.. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, 2010.

CFESS. Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. **9ª. ed. rev. e atual. Brasília, 2011.**

DURKHEIM, Émile. **a divisão do trabalho social**. Trad. Eduardo Brandão. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2012.

Documento Orientador de apoio aos debates da 15ª Conferência Nacional de Saúde. Disponível em:
<http://conselho.saude.gov.br/web_15cns/docs/05mai15_Documento_Orientador_15CNS.pdf> Acesso em: 17 de Nov. de 2020.

FALEIROS, Vicente de Paula. **O que é política social**. São Paulo: Brasiliense, 2004 (Coleção primeiros passos).

FERNANDES, Suzana Cesar Gouveia. **Saúde no Governo Vargas (1930-1945) – Dualidade institucional de um bem público**. Rio de Janeiro, Editorial Fiocruz, 2007. Resenha do livro. Cadernos de História da Ciência – Instituto Butantan – vol. III. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.butantan.gov.br/arquivos/24/PDF/v3n1a10.pdf>>. Acesso em: 05 de Fev. de 2020.

FONSECA, C. M. O. **Saúde no Governo Vargas (1930-1945): Dualidade Institucional de Um Bem Público**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

Fundação de Economia e Estatística A política social brasileira 1930-64: a evolução institucional no Brasil e no Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1983. 331p.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar**. Rio de Janeiro: Record, 2002.

HÖFLING, E.M. Estado e políticas (públicas) sociais. Campinas: Cadernos Cedes, ano XXI, n. 55, nov. 2001.

IAMAMOTO, Marilda. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo, Cortez, 1998.

IAMAMOTO, Marilda. **Espaços sócio-ocupacionais do assistente social**. In: CFESS/ABEPSS (Orgs.). Direitos sociais e competências profissionais, Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Avanços e desafios da transversalidade nas políticas públicas federais voltadas para a minoria. In: _____ **Brasil em Desenvolvimento: Estado, planejamento e políticas públicas**, vol 3. P.779-795. Brasília: IPEA, 2009. Disponível em:
<http://www.ipea.gov.br/portal/imagens/stories/Livro_BrasilDesenvEN_vol03.pdf>. Acesso em: 05 de Fev. de 2020.

JUNIOR, Reginaldo Pereira França. **A "ODISSÉIA DO SER SOCIAL: O mundo do trabalho nas produções científicas no Serviço Social brasileiro orientador**, Ricardo Lara, 2018, 357 p.

KONDER, Mariana Teixeira; O'DWYER, Gisele. **As unidades de pronto-atendimento na política nacional de atenção às urgências**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 25, p. 525-545, 2015.

KRÜGER, Tânia Regina. **Serviço Social e SUS: Conjuntura Regressiva e Exercício Profissional**. Boletim Eletrônico, Florianópolis: Conselho Regional de Serviço Social Região 12ª – Santa Catarina, n. 44, out. 2016.

LIMA, Naiara Gaspar de Holanda. COSTA, Hudson Andrey Corera da Costa. **Serviço Social e a Teor Serviço Social e a Teoria da Complexidade: uma relação possível?** 4º Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais. 80 anos de Serviço Social: Tendências de Desafios. Disponível em: <<https://www.infoescola.com/sociologia/funcionalismo/>>. Acesso em: 20 de Jul. de 2020.

MACIEL, Sergiane Maia. **Reforma (Contrarreforma) do Estado: reflexos na política de saúde**. VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas. 2017. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo1/reformacontrarreformadoestadoreflexosnapoliticadesaude.pdf>>. Acesso em: 10 de Nov. de 2019.

MAINGÓN, Thais. **Las políticas sociales: discusión teórica, conceptual y metodológica**, Caracas, Venezuela: Cuadernos Del Cendes Nº 19, enero/abril 1992.

MARSHALL, T. H. **Cidadania e classe social**. In: MARSHALL, T. H. Cidadania, classe social e status. Rio de Janeiro: Zahar, s.d. p. 57- 114.

MARSHALL, T.H. **Cidadania, Classe Social e Status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1963.

MARX, K.; ENGELS, F. **A Ideologia Alemã: Teses sobre Feuerbach**. 9ª. ed. Tradução: Sílvio Donizete Chagas. São Paulo: Centauro, 2002.

MARX, K. O capital: crítica da economia política: Livro II: o processo de circulação do capital. São Paulo: Boitempo, 2014.

MARX, Karl. **Uma Contribuição para a Crítica da Economia Política**. 1859. Disponível em: <http://www.histedbr.fe.unicamp.br/acer_fontes/acer_marx/tme_15.pdf>. Acesso em: 04 de Fev. de 2020.

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

MAZETTO, Flávio Eduardo. **Estado, Políticas Públicas e Neoliberalismo: um Estudo Teórico sobre as Parcerias-Público-Privadas**. Caderno de Estudos Interdisciplinares – Edição Especial Gestão Pública e Sociedade (2015) 01-21. Disponível em: <<https://publicacoes.unifal-mg.edu.br/revistas/index.php/cei/article/view/406>>. Acesso em: 13 de Jun. de 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça (org.). As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: A conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: **Distrito Sanitário: O processo social de mudanças nas práticas sanitárias do**

Sistema Único de Saúde. 2º ed. São Paulo / Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 1994.

MÉSZÁROS, István. **Para além do capital**. São Paulo: Boitempo, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

Ministério da Saúde. **CORONAVÍRUS (COVID-19)**. Disponível em: <<https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca>>. Acesso em: 17 de Nov. de 2020.

MOTA, Joanne. **Em 30 anos, SUS transformou a história da saúde no Brasil**. 2018. Disponível em: <<https://vermelho.org.br/2018/02/01/em-30-anos-sus-transformou-a-historia-da-saude-no-brasil/>>. Acesso em: 19 de Jun. de 2020.

MOTA, Ana Elizabete (org.). **O Mito da assistência social: ensaios sobre Estado, política e sociedade**. 4ªed. São Paulo: Cortez, 2010.

MONTAÑO, C. E. **O projeto neoliberal de resposta à 'questão social' e a funcionalidade do 'terceiro Setor'**. □□ *vista Lutas Sociais*, NEILS/PUC-SP, São Paulo: Ed. Pulsar, n. 8, p. 53-64, 1. sem. 2002.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e serviço social**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia política: uma introdução crítica**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

NETTO, José Paulo, 1947 – **Capitalismo monopolista e serviço social** / José Paulo Netto – 2. ed. – São Paulo: Cortez, 1996.

NUNES DE OLIVEIRA, Saionara et al. **Unidade de pronto atendimento–UPA 24h: percepção da enfermagem**. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 24, n. 1, 2015.

OLIVEIRA, José dos Reis. ZILLER, Henrique Moraes. **Manual de Atendimento de Ouvidoria**. Controladoria Geral do Distrito Federal – CGDF.

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

WEFFORT, Francisco C. (org). **Os clássicos da política**. Conteúdo: v.1. Maquiavel, Hobbes, Locke, Montesquieu, Rousseau, "O Federalista". 14.ed. - São Paulo: Ática, 2011.

Ouvidoria Geral do Distrito Federal-OGDF. Anexo do Palácio do Buriti, 12º andar, Sala 1.201. Brasília/DF. Disponível em: < <http://www.ouvidoria.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Manual-de-Atendimento-de-Ouvidoria.pdf>>. Acessado em 15/09/2020.

PEREIRA, Potyara Amazoneida P. **Utopias desenvolvimentistas e política social no Brasil**. *Serviço social & sociedade*, n. 112, p. 729-753, 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282012000400007&script=sci_arttext>. Acesso em: 08 de Fev. de 2020.

Quintaneiro, Tania. **Um toque de clássicos: Marx, Durkheim e Weber** / Tania Quintaneiro, Maria Ligia de Oliveira Barbosa, Márcia Gardênia de Oliveira. – 2 ed. rev. amp. – Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002. 159 p. – (Aprender).

RAICHELIS, Raquel. **O trabalho do assistente social na esfera estatal**. SERVIÇO SOCIAL: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Disponível em: <https://www.unifesp.br/campus/san7/images/servico-social/Texto_Raquel_Raichelis.pdf>. Acesso em: 18 de Nov. de 2020.

Rezende, Maria José de. **A ditadura militar no Brasil: repressão e pretensão de legitimidade: 1964-1984**. Londrina: Eduel, 2013.

SANTOS, R.S. et al. **Compreendendo a natureza das políticas do Estado Capitalista**. Rio de Janeiro: Revista de Administração Pública, v. 41, n. 5, p. 819- 34, set./out. 2007.

SANTOS, Nelson Rodrigues. **Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos**. In: Revista Ciência & Saúde Coletiva. Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a02.pdf>>. Acesso em: 10 de Nov. de 2019.

SILVA, P.M.C. **Educação Permanente como estratégia para humanização na saúde de Guará/SP**. 2005, 133 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Faculdade de História, Direito, Serviço Social e Relações Internacionais, Universidade Estadual Paulista, Franca, 2005.

TEIXEIRA, Fleury Sônia. **Reflexões Teóricas sobre democracia e reforma Sanitária**. In: Reforma Sanitária em Busca de uma Teoria. (org.). São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VIEIRA, E. **As políticas sociais e os direitos sociais no Brasil: avanços e retrocessos**. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, ano 18, n. 53, p. 67-79, mar/1997.

Vieira, Evaldo. **Os direitos e a política Social**. 2.ed. – São Paulo: Cortez, 2007.

14° Conferência Nacional de Saúde. **Carta da 14° Conferência Nacional de Saúde à Sociedade Brasileira**. Brasília, DF. 30 de novembro a 04 de dezembro de 2011. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/14cns/materia_040311.html>. Acesso em: 25 de Jun. de 2020.

15° Conferência Nacional de Saúde. **Documento Orientador de apoio aos debates da 15° Conferência Nacional de Saúde**. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/web_15cns/docs/05mai15_Documento_Orientador_15_CNS.pdf>. Acessado em: 25 de Jun. de 2020.

16° Conferência Nacional de Saúde. **Democracia e Saúde**. Brasília, DF. 4 a 7 de agosto de 2019. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/16cns/apresentacao.html>>. Acesso em: 25 de Jun.de 2020.

APÊNDICE A



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

ROTEIRO DE PESQUISA

A pesquisa sobre a efetivação dos Parâmetros de Atuação dos/as Assistentes Sociais na área da Saúde no município de Sousa (PB) tem por objetivo possibilitar uma melhor apreensão da realidade do/a Assistente Social em seu cotidiano profissional, frente as demandas institucionais.

PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA

1. Identidade de gênero:

() Feminino () Masculino () Outros

2. Faixa etária:

- () Entre 25 e 30 anos
- () Entre 31 e 35 anos
- () Entre 36 e 40 anos
- () Entre 41 e 50 anos
- () Entre 51 e 60 anos
- () Acima de 61 anos

3. Estado Civil

- () Solteiro/a
- () Casado/a
- () Separado/a
- () Viúvo/a
- () Outros

4. Tem filhos/as?

() Sim. Quantos/as? _____

() Não

DADOS REFERENTES À FORMAÇÃO PROFISSIONAL

1. Ano de conclusão do curso de Serviço Social? _____

2. Instituição e Estado em que concluiu o Curso de Serviço Social?

3. Já realizou alguma pós graduação?

() Sim. Em quê? _____

() Não

4. Tem alguma outra formação além do Serviço Social?

() Sim. Em quê? _____

() Não

DADOS REFERENTES A ATUAÇÃO PROFISSIONAL

1. Há quanto tempo atua como Assistente Social? _____

2. Há quanto tempo trabalha na UPA? _____

3. Qual a sua carga horária de trabalho na UPA? _____

4. Trabalha em alguma outra instituição?

() Sim. Qual? _____

() Não

DADOS REFERENTES À POLÍTICA DE SAÚDE NO CENÁRIO CONTEMPORÂNEO

1. Quais as suas percepções sobre a Política de Saúde no cenário contemporâneo?

2. As configurações dessa Política têm ocasionado impactos na efetivação dos serviços operacionalizados pela UPA?

- () Não
() Sim. De que forma?

3. Você considera que a operacionalização da Política de Saúde vigente tem afetado no exercício profissional dos/as Assistentes Sociais da UPA?

- () Não
() Sim. De que forma?

4. Qual a sua concepção sobre os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde?

5. Você considera que é possível operacionalizar os referidos Parâmetros na atuação profissional cotidiana?

- () Sim
() Não
() Em partes

5.1. Justifique a resposta acima

6. Quais são as maiores demandas apresentadas ao Serviço Social na UPA?

7. Se possível, aponte as maiores dificuldades enfrentadas pelo Serviço Social no cotidiano da sua intervenção profissional.



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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, portador do RG _____, CPF _____, fui informada/o que a pesquisa **A EFETIVAÇÃO DOS PARÂMETROS DE ATUAÇÃO DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE: utopia ou realidade? no município de Sousa(PB)**, é desenvolvida a partir dos pressupostos do Projeto Ético-Político do Serviço Social, a ser realizada sob responsabilidade da pesquisadora: **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, e com orientação do Professor: **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**.

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.

Sousa, ____ de _____ de 2020.