



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

**XAIANY ANDRADE DE SOUSA**

**PRECARIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DA SAÚDE PÚBLICA: IMPACTOS NOS  
DIREITOS DA POPULAÇÃO DO ESTADO DA PARAÍBA**

**SOUSA – PB  
2024**

**XAIANY ANDRADE DE SOUSA**

**PRECARIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DA SAÚDE PÚBLICA: IMPACTOS NOS DIREITOS DA POPULAÇÃO DO ESTADO DA PARAÍBA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Serviço Social da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) – Campus Sousa (CCJS), como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

**Orientador (a):** Prof<sup>ª</sup>. Dra. Helmara Giccelli Formiga Wanderley Junqueira

**SOUSA – PB  
2024**

FICHA CATALOGRÁFICA

S725p

Sousa, Xaiany Andrade de.

Precarização dos Serviços da Saúde Pública: impactos nos direitos da população do estado da Paraíba / Xaiany Andrade de Sousa - Sousa, 2024.

90 fls.

Monografia (Bacharelado em Serviço Social) – Centro de Ciências Jurídicas e Sociais, Universidade Federal de Campina Grande, 2024.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Helmara Giccelli Formiga W. Junqueira

1. Saúde pública. 2. Impactos da precarização. 3. Política de saúde pública. 4. Realidade social. 5. População paraibana. I. Título.

Biblioteca CCJS - UFCG

CDU 36:614 (043.1)

Elaborada por MARLY FELIX DA SILVA – Bibliotecária-Documentalista CRB 15/855.

**XAIANY ANDRADE DE SOUSA**

**PRECARIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DA SAÚDE PÚBLICA: IMPACTOS NOS DIREITOS DA POPULAÇÃO DO ESTADO DA PARAÍBA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Serviço Social da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) – Campus Sousa (CCJS), como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

**Orientador (a):** Prof<sup>ª</sup>. Dra. Helmara Giccelli Formiga Wanderley Junqueira

Aprovado em: 9 de maio de 2024

**BANCA EXAMINADORA**

Documento assinado digitalmente  
 HELMARA GICCELLI FORMIGA WANDERLEY JUN  
Data: 25/05/2024 10:40:23-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Helmara Giccelli Formiga Wanderley Junqueira (Orientadora)  
Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

Documento assinado digitalmente  
 NILMA ANGELICA DOS SANTOS  
Data: 25/05/2024 17:13:29-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Prof<sup>ª</sup>. Ma. Nilma Angélica dos Santos (Examinadora Interna)  
Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

Documento assinado digitalmente  
 MARIA DA CONCEICAO SILVA FELIX  
Data: 27/05/2024 12:58:04-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Maria da Conceição Silva Félix (Examinadora Externa)  
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

*Dedico este trabalho aos meus pais, meus maiores incentivadores, minha inspiração diária, e por estarem sempre comigo. Como sempre diz meu pai: "difícil não foi terminar, difícil foi começar". Obrigada meu pai, por não me deixar desistir.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, por me permitir viver este momento, pois sem ele não teria sido possível chegar até aqui. Por vezes pensei em desistir, mas foi ele que me sustentou e não me deixou fraquejar nos momentos em que achei que não iria conseguir. Agradeço a ele por ter estado ao meu lado o tempo todo, ouvindo minhas orações e atendendo aos pedidos do meu coração, pois a caminhada não foi fácil, só ele sabe o quanto foi dificultoso chegar até aqui. Muitos obstáculos se puseram frente a está conquista, mas, com a sua presença, luz, condução e fortaleza consegui seguir em frente, enxugando as lágrimas, vencendo os medos e inseguranças, na certeza de que ele estava preparando o caminho.

Agradeço a minha família, minha razão de existir e de nunca desistir; ao meu pai Francimar e a minha mãe Edineide, a minha imensa gratidão, pois sem vocês nada disso faria sentido. Obrigada por serem esses pais maravilhosos, por acreditarem em mim e por viver comigo cada momento deste processo, enxugando minhas lágrimas nos momentos de choro, me amparando e acalmando nos momentos de desespero, sobretudo, persistindo comigo em meio às dificuldades; acompanhando-me em cada passo, não só do curso, mas em cada passo que eu dou na caminhada da vida; permitindo e dando todo o suporte para a realização desse sonho. Agradeço a minha irmã Tamirys, por não ser somente minha irmã, mas minha amiga/confidente/parceira, por sempre estar ao meu lado, vivendo cada momento, sejam eles felizes ou tristes e, por muitas vezes ter me ajudado a conduzir está jornada acadêmica.

Também agradeço a todos os meus familiares, avós, avô e tios (que hoje já não estão mais presentes em vida, mas sempre estarão presentes em meu coração), ao meu avô, meus tios e tias, meus padrinhos, meus primos/as e ao meu afilhado; em especial, a minha tia Maria e ao meu tio Edivan, por todo o apoio e por se fazerem tão presentes na minha vida e na da minha família, a presença de vocês foi fundamental neste processo, agradeço, de todo o meu coração.

Agradeço à Clarissa, minha amiga/irmã/parceira que a UFCG me presenteou, obrigada por tudo e tanto, pelo apoio, compreensão, companheirismo e, acima de tudo, pela sua amizade. Obrigada por cada momento vivido dentro e fora da Universidade, por sempre estar comigo nos trabalhos, nas apresentações, nos momentos de desabafo e por toda palavra de apoio e otimismo; você ganhou um

espaço reservado em meu coração e já sinto saudades de estar com você. Expresso também a minha gratidão ao meu amigo Talisson, à Graça e Aparecida pelas conversas, sejam elas sobre a vida ou sobre os conteúdos acadêmicos, e pelo companheirismo durante toda essa jornada acadêmica; às meninas que dividiram comigo as experiências no campo de estágio, tornando todos os momentos mais leves; e a todos os meus colegas de curso, foi muito gratificante dividir essa trajetória com todos vocês.

À minha orientadora/professora Helmara Giccelli, meus agradecimentos especiais, sem você esse trabalho não seria possível, obrigada por acreditar em mim e por cada orientação feita no decorrer do desenvolvimento e escrita deste trabalho, seus ensinamentos, sua dedicação, compreensão e incentivo foram primordiais na construção do mesmo. És uma mulher e uma profissional admirável.

Agradeço também a todos os meus professores/as, Conceição, Luan e demais, que já não mais integram a docência do CCJS, mas que em sua passagem pela Universidade agregaram conhecimentos e vivências que levarei para a minha vida pessoal e profissional. Aos/às professores/as Reginaldo, Franciele, Juliana, Angélica, Clariça e aos demais que compõem o corpo docente do curso de Serviço Social, meus agradecimentos, vocês foram e são fundamentais nesta jornada acadêmica; obrigada pelos ensinamentos e experiências compartilhadas que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional, vocês são fonte de inspiração, tenho enorme admiração por todos vocês.

Por fim, expresso minha imensa gratidão a todos e todas que direta ou indiretamente contribuíram na conclusão deste trabalho e deste curso. Obrigada por fazerem parte da minha vida e por estarem comigo ao longo dessa caminhada, vocês fizeram parte da realização de um sonho.

## RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo refletir sobre a precarização das ações e serviços da saúde pública no Estado da Paraíba, bem como, discutir os dilemas que estão presentes na política de saúde pública no Brasil. Ademais, esse estudo, simultaneamente, propõe-se identificar os fatores que colaboram para a precarização da política de saúde e os impactos refletidos na realidade social dos cidadãos paraibanos. Para tanto, a fim de responder aos objetivos deste estudo foi realizado uma pesquisa bibliográfica com a utilização da abordagem metodológica de tipo qualitativa, cujos fundamentos teóricos se deram a partir do levantamento de referenciais produzidos na área do Serviço Social e áreas afins, de base política e social, pautando-se no materialismo histórico-dialético de Karl Marx e na pesquisa descritiva, visando descrever o objeto estudado e os fatores que o integram. Assim, com o desenvolvimento deste trabalho, identificam-se os desafios presentes na saúde pública, os quais precisam ser enfrentados, não somente no Estado da Paraíba, mas em todo o Brasil, com intuito de promover avanços e meios que possam favorecer e integrar a rede de saúde, ampliando os seus serviços e contribuindo na amenização das desigualdades e da inacessibilidade à saúde pública dos brasileiros, de maneira especial, os paraibanos. O estudo deixa em relevo a necessidade de investimentos materiais e humanos no âmbito da saúde, a partir de práticas que visem aperfeiçoar, e reconhecer o trabalho dos profissionais da área, incluído os/as Assistentes Sociais.

**Palavras-chave:** Acessibilidade; População; Precarização; Saúde Pública; Serviço Social.

## ABSTRACT

The present work aims to reflect on the precariousness of public health actions and services in the State of Paraíba, as well as to discuss the dilemmas that are present in public health policy in Brazil. Furthermore, this study simultaneously aims to identify the factors that contribute to the precariousness of health policy and the impacts reflected in the social reality of the citizens of Paraíba. To this end, in order to respond to the objectives of this study, a bibliographical research was carried out using a qualitative methodological approach, whose theoretical foundations were based on the survey of references produced in the area of Social Service and related areas, with a political base and social, based on Karl Marx's historical-dialectical materialism and descriptive research, aiming to describe the object studied and the factors that make it up. Thus, with the development of this work, the challenges present in public health are identified, which need to be faced, not only in the State of Paraíba, but throughout Brazil, with the aim of promoting advances and means that can favor and integrate health care health network, expanding its services and contributing to alleviating inequalities and inaccessibility to public health for Brazilians, especially those from Paraíba. The study highlights the need for material and human investments in the field of health, based on practices that aim to improve and recognize the work of professionals in the area, including Social Workers.

**Keywords:** Accessibility; Population; Precariousness; Public health; Social service.

## LISTA DE SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

CAPs – Caixas de Aposentadoria e Pensões

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CF – Constituição Federal

CGU – Controladoria Geral da União

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CISPLGBT – Comissão Intersetorial de Saúde da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública

IAPs – Institutos de Aposentadoria e Pensões

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

INPS – Instituto Nacional da Previdência Social

LOS – Lei Orgânica de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

PNH – Política Nacional de Humanização

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>1. SAÚDE E SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO.....</b>	<b>15</b>
1.1 Histórico da Saúde e suas primeiras práticas.....	16
1.2 A Saúde no Brasil no contexto do século XIX.....	18
1.2.1 Movimento Operário e a questão da Saúde no início do século XX.....	24
1.3 A Política de Saúde Pública no Brasil.....	30
1.3.1 Sistema Único de Saúde (SUS): implantação e desafios.....	41
<b>2. A SAÚDE PÚBLICA NO ESTADO DA PARAÍBA E OS IMPACTOS DA PRECARIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO COTIDIANO DA POPULAÇÃO.....</b>	<b>47</b>
2.1 Desafios na distribuição dos serviços de Saúde Pública no Brasil.....	47
2.2 Os reflexos dos serviços de Saúde Pública na qualidade de vida da população paraibana.....	52
<b>3. SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE PÚBLICA: DESAFIOS NO COTIDIANO DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL.....</b>	<b>60</b>
3.1 O Serviço Social no âmbito da Saúde.....	61
3.2 A atuação dos/as Assistentes Sociais na Saúde.....	69
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>82</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>85</b>

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho, intitulado “Precarização dos Serviços da Saúde Pública: impactos nos direitos da população do Estado da Paraíba” têm por finalidade discutir os impasses presentes na política de saúde pública, os quais implicam direta ou indiretamente na promoção e na acessibilidade dos serviços de saúde à população. Haja vista que, a precarização da saúde pública colabora para inviabilização e inacessibilidade dos serviços ofertados pelo sistema, bem como, para a qualidade de vida dos cidadãos. Dessa forma, faz-se relevante compreender e especificar as condições pelas quais a problemática da saúde se relaciona a outros aspectos da vida em sociedade; sendo, portanto, necessário conhecer a conjuntura histórica em que a saúde pública se constituiu no Brasil, bem como, o que impulsionou sua instituição e organização nessa sociedade, a fim de compreender os fatores que colaboram para as fragilidades que atravessam os serviços ofertados nesse setor.

A escolha e o interesse por este tema surgiu a partir da reflexão dos aspectos da realidade e da dinâmica do contexto social, bem como, a aproximação com os estudos de autores/as que tratam da temática. Também as experiências adquiridas nas relações sociais e no campo de estágio, realizado no Centro Especializado em Reabilitação (CER IV), suscitando a curiosidade e o interesse em buscar conhecer e aprofundar os aspectos que integram a realidade da população do Estado da Paraíba (situado na Região Nordeste do Brasil), no que se refere às práticas de saúde e os desafios presentes neste setor. Assim sendo, diante dos problemas enfrentados pela sociedade contemporânea, os quais afetam grande parte dos sujeitos, estão os desafios postos frente ao direito à saúde que, por sua vez, é um direito fundamental do ser humano e, infelizmente, ainda são recorrentes as violações e problemas vinculados ao acesso e à qualidade dos serviços em saúde.

Diante disso, a pesquisa tem por objetivo identificar os serviços e as demandas, algumas das fragilidades da rede de saúde pública do Estado da Paraíba, bem como, o trabalho ofertado e os recursos reservados a política pública em questão, compreendendo de que maneira a precarização da política de saúde impacta na acessibilidade dos serviços e na vida dos cidadãos paraibanos, denotando a possibilidade de mediação do/a Assistente Social nesse espaço. Assim, propõe-se descrever a rede de atendimento e os serviços de saúde da Paraíba, analisar os impactos da não acessibilidade dos serviços de saúde na realidade

cotidiana da população, e compreender os limites e desafios de assistentes sociais frente à política de saúde pública e ao trabalho profissional na área.

A construção deste estudo, a fim de responder aos objetivos aqui apresentados, embasa-se na pesquisa descritiva, pois visa descrever e compreender detalhadamente o objeto estudado e a vinculação com os componentes que o integram. Em relação ao procedimento, se fundamenta em pesquisa bibliográfica e documental, cujos fundamentos teóricos se deram a partir da revisão literária, com análise de livros, artigos científicos, dissertações, entre outros, de base política e social, na área do Serviço Social e áreas afins, bem como estudos sobre a temática da saúde, tendo como referência os/as autores/as: Inês Bravo (2001; 2013), Ana Elizabete Mota (2009), Maurílio Matos (2020; 2021), Juliana Souza Bravo de Menezes (2021), Madel Terezinha Luz (1982), Marco Zanchi e Paulo Zugno (2010), Vera Nogueira e Regina Miotto (2009), Roberto Machado *et al.* (1978), Gisele Sanglard *et al.* (2015), Sandra Caponi (2000), Moacyr Scliar, entre outros, que discutem e produzem escritos sobre os dilemas em torno das práticas e políticas públicas de saúde.

O estudo de tais obras instigou e propiciou um aprofundamento teórico acerca da esfera da saúde, que embora tenha tido avanços no âmbito público ainda é um setor que sofre um processo constante de precarização na promoção e na efetivação das políticas públicas. Também o sucateamento de recursos destinados à área e a conjuntura precária em torno da promoção e efetivação dos serviços da rede, é um tema que necessita ser estudado constantemente, como também deve ser objeto de análise e de questionamento, no que se refere à manutenção, promoção e destinação de recursos para esse serviço essencial à vida da população.

Quanto à abordagem metodológica, a mesma está pautada no método de abordagem qualitativo, pois objetiva-se apresentar as demandas da rede de saúde pública, isto é, o acesso aos serviços, o funcionamento e os recursos disponibilizados, à vista de compreender os limites e as fragilidades do sistema. Como também, faz-se uso do método materialista histórico-dialético, com o objetivo de analisar a conjuntura social e, ainda, descrever os fatores e desafios frente ao contexto de precarização dos serviços da saúde pública.

Considerando o âmbito social, vê-se a relevância desse trabalho, pois tem se tornado recorrente as situações de violação dos direitos do cidadão, entre eles o

direito à saúde, bem como, tem sido recorrente casos onde os brasileiros, paraibanos ou não, não conseguem ter acesso a um atendimento digno, sendo impactados pelas dificuldades presentes nos espaços hospitalares, como por exemplo, a falta de investimento em recursos para aquisição de melhores equipamentos médicos e hospitalares, materiais de higiene, entre outros produtos que têm o potencial de fornecer melhorias no trabalho do profissional e na assistência aos pacientes no ambiente.

Logo, este trabalho se estrutura em três capítulos, que se propõem a responder as questões desta pesquisa. No primeiro capítulo, é feito um resgate histórico sobre a saúde, bem como, acerca da saúde pública no Brasil, trazendo através da revisão da literatura já produzida, uma breve contextualização da saúde pública, destacando como se sucederam as primeiras práticas de saúde no mundo, a inserção e o desenvolvimento da saúde no Brasil. Nesse capítulo também são ressaltadas as modificações no cenário econômico, político e social e, as particularidades que suscitaram em avanços e retrocessos para os diversos setores de serviços, inclusive, para a Saúde, impulsionando o advento da Política de Saúde no país e, anos mais tarde, possibilitando a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

No segundo capítulo, apresentam-se os aspectos que integram a rede de saúde pública no Estado da Paraíba, discutindo a respeito dos impactos da precarização do sistema público de saúde e os reflexos nas ações e serviços de saúde destinados a população paraibana, assim como, os desafios enfrentados pela população, o que impacta em seu bem-estar.

O terceiro capítulo trata da inserção do Serviço Social no âmbito da saúde, abordando os desafios postos a atuação profissional dos assistentes sociais nesse campo de saber-poder.

Sendo assim, entende-se que esse estudo vem promover um maior aprofundamento sobre as questões de saúde, permitindo conhecer a situação da rede de saúde do Estado brasileiro, bem como, as dificuldades enfrentadas pela população, em relação à problemática. Acreditamos que o trabalho tenha o potencial de promover melhorias para a saúde pública, possibilitando reflexões acerca das possibilidades de investimentos materiais e humanos para essa área, inclusive, a intervenção de profissionais ativos, como os/as assistentes sociais a fim de instigar mudanças positivas.

## 1. SAÚDE E SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO

É notório que a precarização da política de saúde impacta na acessibilidade dos serviços e na vida dos indivíduos em sociedade, para tanto, vê-se a relevância em compreender e especificar as formas pelas quais essa problemática se atrela ao convívio social; assim, busca-se identificar os meios viáveis para integrar e tornar mais acessível o direito à saúde, de modo condizente com as necessidades e recursos de cada cidadão, e em conformidade com os recursos destinados à política pública.

Para tanto, antes de abordar um pouco da história da saúde, principalmente do Brasil, bem como, dos aspectos que permeiam o processo de desenvolvimento, efetivação e promoção da saúde que serão expostos neste primeiro capítulo, faz-se necessário denotar a definição de saúde que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doenças ou enfermidade” (OMS, 1946).

De conformidade com a Constituição Federal do Brasil, em seu artigo 196,

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

Sendo, portanto, um direito de todo e qualquer cidadão, não devendo ser desconsiderada nem classificada quanto ao tamanho da necessidade de quem busca os serviços de saúde; logo, um serviço público firmado com o propósito de tornar-se universal e acessível a todos os brasileiros. Para tanto:

Um dos princípios da luta pelo direito universal à saúde é a compreensão de que saúde é democracia. A democracia é inerente à construção da saúde como direito não como mercadoria. Saúde e democracia se combinam no princípio da universalidade de acesso, definindo um regime distributivo e solidário para a atenção a toda população, sem nenhuma forma de discriminação. Objetivo este que é alcançado mediante a prestação de serviços pelo estado. Outra dimensão da democracia na saúde é a participação da comunidade, conforme inscrita na Constituição e legislação federal (Conferência Livre, Democrática e Popular de Saúde 2022, p. 5).

Desse modo, vê-se que o conceito de saúde corresponde não apenas ao estado físico e mental em que o ser humano se encontra, ela também engloba um conjunto de fatores que implicam diretamente no acesso e na efetivação do direito

básico à saúde que, infelizmente, no contexto atual ainda é desproporcional as condições de vida dos sujeitos e sucateada em relação aos recursos destinados a manutenção e distribuição da mesma. Tendo em vista que, a realidade segue um processo dinâmico e de profunda transformação, e, a saúde pública, portanto, mais do que nunca carece de uma prática que seja construída e moldada conforme as necessidades dos sujeitos que dela necessitam, atendendo as suas singularidades.

### **1.1 Histórico da Saúde e suas primeiras práticas**

As práticas de saúde acompanham o desenvolvimento do homem desde os primórdios da humanidade até os dias atuais, como também esteve inserida em vários momentos que conduziram a civilização em seu processo de desenvolvimento, acompanhada de suas particularidades sociais, culturais, políticas e econômicas. Nos primórdios da humanidade e até, aproximadamente, os anos 3.500 a.C., as medidas de cuidados com a saúde adotadas pelo ser humano estavam mais ligadas ao campo sagrado, isto é, com práticas e crenças associadas à ação divina, do que, necessariamente, a conservação da saúde (Scliar, 2007).

Esse período foi sucedido pelo período das práticas de saúde mágico-sacerdotais que, por sua vez, eram a relação do místico com as práticas religiosas e de saúde primitivas; tais atividades eram desenvolvidas por sacerdotes em templos que, além de seu papel cerimonial, também abrigavam escolas para ensino da cura. Nesse período, as concepções das doenças e do funcionamento do corpo eram variadas; por este fato, esse período marcou o empirismo e o começo da evolução do conhecimento em saúde (Alves, *et al.*, 2020, p. 5).

Na Pré-História, por exemplo, os cuidados com a saúde eram vistos como algo divino pelas comunidades primitivas, assim como as doenças que acometia aqueles povos e que não podiam ser justificadas por eventualidades do dia a dia, pois as práticas da saúde estavam constantemente embasadas no que seria uma benção e/ou castigo divino. Tal concepção foi se alternando conforme o processo de evolução e transformação do ser humano (Scliar, 2007).

A doença era sinal de desobediência ao mandamento divino. A enfermidade proclamava o pecado, quase sempre em forma visível, como no caso da lepra Trata-se de doença contagiosa, que sugere, portanto, contato entre corpos humanos, contato que pode ter evidentes conotações pecaminosas (Scliar, 2007, p. 30).

As práticas de saúde e as doenças eram vistas e tratadas sobre diferentes perspectivas e atos, conforme os costumes, crenças e ideologias de povo. Nas religiões Judaicas e nos povos do Oriente Médio eram realizados rituais de adoração e crucificação de animais como uma forma simbólica de prevenir ou combater as doenças que acometiam ou que porventura viesse a atingir as comunidades. Em outras culturas, a doença era tratada como algo proveniente de maus espíritos e, ficava sob a responsabilidade dos feiticeiros realizarem a expulsão dos possíveis espíritos causadores de tal problema, através da realização de rituais (Scliar, 2007).

Na Grécia Antiga, eram realizadas as práticas de culto aos deuses, onde os mesmos eram vistos como entidades superiores afeiçoadas às práticas de saúde, eram enaltecidas as ações higiênicas e a concepção de que tudo teria uma forma de cura. Os gregos não se limitavam apenas aos rituais, eles também utilizavam plantas e procedimentos naturais para a obtenção da cura que eles acreditavam ser possível (Scliar, 2007).

Nos períodos seguintes, a começar pelo início da Era Cristã, as práticas de saúde passam a ganhar intensidade e autonomia, o desenvolvimento da ciência, contribuiu para o avanço das medidas de cuidado e prevenção da saúde, haja vista que, a análise dos eventos cotidianos passou a ganhar ênfase. Vários países europeus passaram a integrar as ações médicas e as suas medidas, conforme as demandas da população e os recursos destinados (Alves, *et al.*, 2020).

Na Idade Média europeia, a influência da religião cristã manteve a concepção da doença como resultado do pecado e a cura como questão de fé; o cuidado de doentes estava, em boa parte, entregue a ordens religiosas, que administravam inclusive o hospital, instituição que o cristianismo desenvolveu muito, não como um lugar de cura, mas de abrigo e de conforto para os doentes (Scliar, 2007, p. 33).

Pouco a pouco, foram implementados hospitais e casas destinadas ao auxílio médico e o cuidado com a saúde, no entanto, essas repartições ofertavam um serviço muito restrito e com o emprego da seletividade, apenas os chefes de Governo, nobres e seus familiares, militares, e pessoas da “alta sociedade” e que tivessem certo renome e influência sob o Estado tinham o acesso a esses serviços. Tal contexto se estendeu, ao longo dos anos em muitas localidades e, contemporaneamente, ainda é notável aspectos desta conjuntura nos serviços de saúde (Bravo, 2013).

Dito isto, no que se refere ao Brasil, a assistência aos doentes por muito tempo esteve associada às ações e práticas religiosas, os primeiros hospitais brasileiros, foram obras das Santas Casas de Misericórdia (as quais eram integradas não apenas por religiosos, mas por membros do corpo social, quase sempre detentores de bens e que se dispunham a praticar ações sociais), com a finalidade de ser um meio que pudesse minimizar os sofrimentos da sociedade, reduzir a pobreza e a mendicância no meio social. Esses hospitais de cunho caritativo eram dirigidos por instituições religiosas, que pregoavam os costumes e ensinamentos cristãos e prestavam assistência e cuidados aos doentes (Sanglard *et al.*, 2015).

Conforme foi evidenciado anteriormente, as Santas Casas de Misericórdia foram às primeiras instituições hospitalares do Brasil, as mesmas surgiram ainda no período colonial, pregoando suas práticas ainda sob os preceitos da primeira Santa Casa de Misericórdia, emergida em Lisboa, no ano de 1498. A princípio, as Misericórdias objetivavam amparar os necessitados, provendo condições de sobrevivência aos mesmos, como alimentação, cuidados aos doentes, auxílio, amparo, instruíam os que eram deixados ao abandono, entre outras ações (Sanglard *et al.*, 2015).

Ainda que as ações de compaixão não se resumissem aos serviços prestados pelas Santas Casas, elas foram responsáveis por sistematizar consideravelmente as tentativas de alívio a certos estados de carência (presos, justicados, órfãos, enjeitados, viúvas, entre outros). As Misericórdias eram instituições leigas, feitas para leigos e que, juntamente com as câmaras, formaram o esteio no qual se apoiaram as ações de auxílio institucional oferecida aos pobres ordinários (Sanglard *et al.*, 2015, p. 25).

## **1.2 A Saúde no Brasil no contexto do século XIX**

Ao longo do século XIX, no Brasil, as práticas de saúde não estavam apenas associadas aos preceitos da medicina para tratarem, bem como atestarem a cura de doenças e demais problemas relacionados à saúde da sociedade, pregoava-se também as práticas do “Curandeirismo”, um tipo de conhecimento e “técnica” adotada pelos povos indígenas, pelos negros e pelos portugueses que estavam no país, durante o período da colonização, para estabelecerem a cura de doenças

através de práticas baseadas em crenças, costumes, ritos e aspectos culturais de cada povo (Puttini, 2011).

Ao contrário da medicina, uma arte ainda nova em relação aos outros procedimentos curativos da época, o curandeirismo estava disseminando entre a população brasileira desde o período colonial, cria de influências culturais múltiplas, as quais mantiveram um contínuo processo de adaptação e reformulação. Seus agentes foram compostos pela mesma diversidade que marcava a origem de seus saberes (Wilker, 2000, p. 191).

Por sua vez, a consolidação dos direitos à saúde, no país foi atravessada por vários percalços, sendo, portanto, extremamente relevante enfatizar os principais feitos e circunstâncias sociais e políticas que corroboraram para o cenário atual no campo dessa política pública.

É evidente que, a precarização do Sistema de Saúde do Brasil reflete na sociedade um cenário preocupante, onde são expostos fatores que impactam diretamente na promoção e na execução das ações desenvolvidas pelas políticas públicas de saúde no país. No entanto, esta conjuntura não é recente, nos séculos anteriores, o âmbito da Saúde enfrentou muitos percalços, e, apesar de ser um direito de todo e qualquer ser humano, o benefício da assistência à mesma não era disponibilizado a todos os homens e mulheres que viviam no Brasil, sendo, desse modo ofertado àqueles que possuíam recursos para arcar com as despesas que eram provenientes da assistência médica particular, e os pobres eram assistidos pelas Misericórdias, onde havia; quando não havia uma Misericórdia no local, o cuidado era realizado, por curandeiros, benzedores, etc.

Segundo Madel Luz (1982), o século XIX teve grande relevância para a conjuntura histórica do processo de formação da sociedade brasileira, não apenas pelas modificações que ocorreram, mas, principalmente, na distribuição dos meios de produção e reprodução e nas relações de trabalho<sup>1</sup>, alterando as relações estabelecidas em decorrências das forças produtivas e dos modos de apropriação dos meios de produção da organização do setor econômico e social, pertencente à colônia que perdurou até início do século XIX. Neste período, o Brasil ainda era um sistema colonial, marcado “por um escravismo que sustentava, através da produção de gêneros alimentícios e de matérias-primas, e da extração de riquezas minerais, a

---

<sup>1</sup> MARX, Karl. **O Capital: crítica da economia política**. Livro I: O processo de produção do capital. São Paulo: Boitempo, 2013.

região dominante metropolitana, que a explora em função de suas necessidades de mercado externo” (Luz, 1982, p. 31).

Com a transição do poder político do Estado brasileiro, ou seja, quando o Brasil se despreendeu de Portugal, com o marco proclamado em 1822, isto é, a “Independência do Brasil”, passou a ser exigido um novo modelo de administração do país. Para tanto, ainda ficou vigente muitos traços da forma de organização que era usada no período de Colônia, e, por sua vez, o que era “novo” era proveniente de referências portuguesas, como por exemplo, a instauração de instituições, cujas mesmas migrariam para serem ajustadas a conjuntura da sociedade brasileira, e nesta inserção incluiu-se a questão da saúde. Ademais, as demandas da saúde era uma grande problemática no período colonial e, intensificando-se nos períodos subsequentes, haja vista que as ações em saúde eram mínimas, ofertadas em pontos específicos e bastante precárias.

Se por volta do século XVIII, período em que o Brasil ainda era pertencente à Colônia de Portugal, as práticas de saúde já eram questões nacionais, a partir do século XIX, o problema se intensifica, em vista do cenário de endemias e epidemias que se alastravam pelo país, com elevados casos de varíola e febre amarela. Tal situação se estendeu por todo o Nordeste brasileiro, a exemplo destacamos o Estado da Paraíba, a qual Silvera Araújo (2016) evidencia:

No século XIX, os paraibanos conviviam constantemente com surtos epidêmicos, tais como: varíola, febre amarela, outros tipos de febres, cóleras, etc. No entanto, muitos desses surtos foram considerados benignos ou endêmicos devido à conjugação de alguns fatores, dentre os quais: salubridade do clima, ocorrência restrita a certas localidades e a determinadas estações do ano e a baixa mortalidade. Todavia, ocorreram grandes epidemias que foram consideradas potencialmente malignas por ocasionar diversos desequilíbrios sociais, econômicos, morais e psicológicos. As epidemias de caráter maligno, nefasto, perigoso eram assim classificadas por estarem estreitamente relacionadas à grande quantidade de óbitos que viessem a provocar e à sua abrangência, assim observamos com relação à epidemia de Cólera-Morbo que atingiu a Paraíba (Araújo, 2016, p. 36).

Ademais, as condições de saúde dos sujeitos, principalmente do proletariado, ou melhor, da mão de obra escrava era trágica, as poucas ações e serviços de saúde pública que existiam não eram disponibilizadas em todos os lugares, se concentrando nas grandes cidades, como por exemplo, no Rio de Janeiro, com práticas tradicionais, sem nenhum teor científico e, quase sempre de caráter

religioso, marcadas pelo uso de ervas e benzeções (cristãs, afros e/ou indígenas). Também havia a assistência aos doentes pobres por meio das Misericórdias, financiadas pela caridade dos mais afortunados ou subvencionadas pelo Estado.

Para tanto, o século XIX denota o início de uma sucessão de transformações político-econômica no Brasil que respaldam sobre a esfera da medicina, instituindo duas de suas particularidades: “a penetração da medicina na sociedade, que incorpora o meio urbano como alvo da reflexão e da prática médica, e a situação da medicina como apoio científico indispensável ao exercício de poder do Estado” (Machado *et al.*, 1978, p. 155).

A transferência da corte portuguesa para o Brasil, em 1808, desencadeia transformações que serão importantes para a relação entre Estado, sociedade e medicina. O poder central, ao instalar-se, atribui a si próprio determinadas funções: garantir o enriquecimento, a defesa e a saúde do “povo” da nova terra. Funções que estão articuladas a mudanças que atingem tanto a presença do Brasil no mundo quanto sua realidade interna (Machado *et al.*, 1978, p. 159).

Por sua vez, a medicina oficial foi introduzida no Brasil em meio a esse cenário de mudanças, sendo refletidas nesse campo de saber significativas transformações, que ampliaram as demarcações da atividade médica e assiduidade desses profissionais na sociedade. Assim têm-se o início da “Provedoria de Saúde e do ensino cirúrgico no Brasil” (Machado *et al.*, 1978, p. 162). A “Provedoria de Saúde” se refere a uma tática particular da governança vigente na época referente à sociedade. Já a composição do “ensino cirúrgico” tinha como pretensão reconstituir a saúde da população (Machado *et al.*, 1978).

Segundo Machado *et al.* (1978), até meados do século XIX, não havia formação acadêmica específica para que os sujeitos pudessem atuar e exercer o ofício médico, os poucos médicos que atuavam no Brasil eram provenientes de formação estrangeira e, por sua vez, atuavam profissionalmente conforme as exigências e demandas do poder público, estando sujeitos as suas determinações, estando inaptos a sugerir ações. Dessa forma, se propagavam a presença de pessoas que executavam a prática da saúde sem nenhuma formação acadêmica.

Dessa forma, gradativamente foi sendo apregoado o ensino médico no Brasil que, por sua vez, aperfeiçoava a prática da medicina, com a expansão do “ensino cirúrgico”. Assim a medicina passou a ser reconhecida e ampliada no país, com a

criação das escolas médicas, as quais tiveram início no Estado da Bahia, em 1808. Conforme destaca Machado *et al.* (1978, p. 172-173):

Em 1808, na Bahia, é criada uma Escola de Cirurgia [...]. Nesta Escola, que deveria funcionar no Hospital Militar, constam como matérias a cirurgia, a anatomia, a arte obstétrica, constituindo um curso de quatro anos. [...] Em 1809, Rio: D. João cria uma cadeira de medicina clínica teórica ser ministrada no Hospital Militar e da Marinha. [...] Constam do plano desta: princípios elementares da matéria médica e farmacêutica, polícia médica, higiene geral e particular, terapêutica. [...] 1810, Rio: uma ordem régia estabelece que três estudantes da Escola de Cirurgia do Rio sejam escolhidos para estudar em Edimburgo a fim de ficarem a par dos conhecimentos europeus e poderes posteriormente ensinar e dirigir as Escolas de Cirurgia do Brasil. [...] Em 1813, no Rio, em 1815, na Bahia, é criado o Curso de Cirurgia [...].

De acordo com Machado *et al.* (1978), até que fosse fundadas as Faculdades de Medicina no país, houve a propagação de vários projetos de lei que objetivam finalidades para a melhoria e ampliação do ensino e do curso de medicina, a começar pela concessão de diplomas aos estudantes de medicina após a finalização dos cursos. Ademais, foram-se também instituídos cursos que passaram a estabelecer o grau de doutor em medicina, bem como foram sendo substituídas as então, “Escolas Médicos-Cirúrgica” pelas “Escolas de Medicina”. Assim, a medicina passou a exercer maior autonomia na formação de profissionais que atuariam como médicos, vindo, portanto, a serem instituídas as Faculdades de Medicina, no ano de 1832, a começar pela Bahia e Rio de Janeiro.

Por volta dos anos 1850, o sistema capitalista começava a instaurar seu modelo de produção no país; o ritmo e a organização como se dava a introdução das instituições e organizações simbolizou um desenvolvimento que, embora estivesse originando-se foi, sem dúvida, o ponto de início para o aflorar de um novo ciclo na sociedade, ou seja, uma nova sociedade, agora capitalizada.

[...] A incorporação das primeiras companhias e sociedades com seu ritmo acelerado assinalava o início de um processo de capitalização que, ainda acanhado, representou ponto de partida para uma fase inteiramente nova. Ele serviu de motor para a expansão das forças produtivas do país, cujo desenvolvimento adquiriu um ritmo apreciável. Houve grandes empreendimentos com estradas de ferro e empresas de navegação a vapor. Foram instaladas, no período, as primeiras manufaturas de certo vulto e o comércio se expandiu. Foi na agricultura, entretanto, que se observou o crescimento da produção brasileira. A lavoura do café contava com uma base financeira e de crédito, bem como um aparelhamento comercial suficiente (Prado Júnior, 1976 *apud* Bravo, 2013, p. 112).

Movimento serviu de impulsor para a ampliação das “forças produtivas”, que trouxe consigo o progresso para a produção, para a agricultura, bem como para o sistema de transporte, com a ampliação das ferrovias e dos transportes movidos a vapor o que, por sua vez, impulsionou o comércio e seus serviços. Com isso, foi-se aumentando a procura e a necessidade de se ter um percentual maior de mão de obra para suprir as demandas do setor comercial, nesse sentido, visando aumentar a produção, observa-se a entrada em massa de imigração, que no século XX constituiu o operariado brasileiro. Assim sendo, “a questão da saúde aparece, nesse quadro, como fundamental, em face da situação de dependência da economia e da sociedade brasileira frente ao mercado externo” (Luz, 1982, p. 32).

As demandas da assistência à saúde no país, durante este período, bem como no século seguinte (Séc. XX) eram muito atreladas às ações desenvolvidas pelas Misericórdias, estando minimamente acessíveis. As referidas instituições recebiam doações, heranças deixadas por famílias, etc., por sua vez, disponibilizava apenas uma parte dessas arrecadações para o atendimento aos enfermos.

Haja vista que, no século XIX até meados do século XX, não havia saúde pública no Brasil, a saúde era precária para todos, independentemente das condições financeiras que os homens e mulheres que habitavam o território brasileiro possuíam. A diferença estava na forma como o serviço era proporcionado, os pobres recebiam ajuda nos hospitais da Igreja, pois eram os únicos meios de oferta dos serviços que existiam naquele contexto; por sua vez, os ricos recebiam atendimento em suas casas, pois possuíam condições financeiras para isso, podendo arcar com os custos provenientes do atendimento médico, numa época em que os únicos hospitais que existiam era destinados aos pobres e desvalidos.

Como ressalta Bravo (2013, p. 111):

A assistência médica era pautada nas formas de filantropia ou na prática liberal. A metrópole fomentou a criação das Santas Casas de Misericórdia, através de acordos, para atendimento da população pobre. Tais casas de misericórdias eram de caráter religioso, sem finalidade lucrativa.

Assim, os sujeitos que não detinham de recursos financeiros para arcar com as despesas provenientes da saúde ficavam à mercê das ações filantrópicas.

Segundo Chaves (2015), a filantropia corresponde a uma prática contínua, simbólica e representativa associada à benevolência que, por sua vez, desenvolvia

ações e práticas assistencialistas ao enfrentamento da pobreza social. No Brasil, as ações de filantropia, bem como da “assistência social” estavam relacionadas às práticas caritativas, quase sempre ligadas às ações desempenhadas pelas entidades religiosas e, por muito tempo esteve ligada a concepção de caridade. Visto que,

[...] imanentes ou transcendentais, laicas ou confessionais, ações isoladas ou coletivas, a caridade e a filantropia, nos limites deste trabalho, não são entendidas de forma antagônica, visto que se encontram ambas indissociáveis à questão da pobreza, do socorro aos pobres e, posteriormente, do controle social sobre eles (Sanglard, 2005, p. 31 *apud* Chaves, 2015, p. 95).

Ademais, as modificações ocorridas na sociedade durante este período passam a refletir sobre as práticas da caridade, as quais sofreram algumas mudanças ao longo do tempo. Uma vez que, vão emergindo novos contornos de como proceder e “tratar” as diversas expressões da pobreza na sociedade, dando espaço, portanto, a filantropia, sob uma forma um pouco distinta da qual foi exposta em suas primeiras ações, não se limitando apenas ao tratamento da pobreza e de outras mazelas que afligiam a esfera social (Sanglard, *et al.*, 2015).

A filantropia, ou a benemerência, assim entendida, sofre forte influência do conturbado século XIX na Europa, com o advento do movimento operário e suas reivindicações, das ideias socialistas, entre outros fatores. Suas ações traduzem as necessidades daquele momento: construção e/ou manutenção de escolas, inclusive a instrução técnica; previdência, incluindo a questão da saúde (acidentes, doença) e de pecúlio (velhice e viuvez) (Sanglard, *et al.*, 2015, p. 14).

### **1.2.1 Movimento operário e a questão da Saúde no início do século XX**

A composição da classe trabalhadora brasileira sucedeu ao avanço da industrialização que se ampliou devido à organização econômica agroexportadora, a qual foi impactada pela crise do sistema capitalista nos últimos anos do século XIX. Tal conjuntura se deu devido ao fato do Brasil está sujeito ao domínio do mercado europeu, sujeição está que se exprimiu, nos diversos aspectos e momentos da construção social e histórica do país (Luz, 1982, 53).

Segundo Bravo (2013), na passagem do século XIX para o século XX, começou a emergir vários movimentos organizados pela classe trabalhadora a fim de reivindicar melhorias nas condições de trabalho e de vida, bem como nos

serviços destinados aos mesmos, o que, por sua vez, eram escassos e calamitosos, em decorrência da exploração a qual eram sujeitos.

As condições de vida da classe operária na sociedade produtora, que estava começando a expandir seus setores industriais eram precárias, em razão do modelo de produção que era posto aos trabalhadores e a forma como eles eram alienados. Os trabalhadores desempenhavam suas atividades em ambientes nocivos, com uma alta carga horária de serviço e com salários baixíssimos, que, por sua vez, não davam para cobrir os gastos com as necessidades básicas de sobrevivência, ou seja, com a alimentação, o que acabava ocasionando fome e desnutrição na população (Luz, 1982).

Além do mais, os trabalhadores estavam expostos a constantes perigos no ambiente de trabalho, podendo a qualquer momento sofrer algum tipo de acidente de trabalho devido ao manuseio das máquinas sem nenhum treinamento adequado e nem o uso de materiais de proteção. Muitos operários desenvolviam inúmeros problemas de saúde devido às condições de trabalho nocivas, como por exemplo, a contaminação por estarem expostos a produtos químicos com elementos tóxicos; doenças que afetam a estrutura muscular do corpo, haja vista que, como a produção ocorria em grande proporção, cada operário passou a executar apenas uma tarefa repetitivamente; como também problemas relacionados à mente, em decorrência da pressão no trabalho, do esforço físico extremo, etc. (Pinto, 2007).

Em razão da poluição das cidades, uma consequência da queima de carvão que era necessária para o funcionamento das máquinas, foi aumentando o quadro de doença, assim como os acidentes de trabalho e, quando aconteciam acidentes, os trabalhadores não recebiam nenhum tipo de auxílio, muitos chegavam a perde membros do corpo por conta desses episódios trágicos, pois não era oferecido nenhum tipo de segurança no espaço de trabalho para os trabalhadores. Os empregadores (donos das grandes fábricas) não estavam preocupados com as condições em que o trabalhador se encontrava nem o que ele necessitava para desempenhar suas funções, o que eles realmente queriam saber era apenas da mão de obra dos indivíduos e do que eles poderiam produzir para o mercado (Marx; Engels, 2005).

Dessa forma, sem nenhum sistema, ou melhor, nenhuma política pública que pudesse promover melhores condições de trabalho e, que também estivesse centralizada na prevenção dessa classe social, os trabalhadores se encontravam

sem nenhum tipo de amparo médico, o que acarretava inúmeros problemas na vida desses sujeitos, pois o que poderia ser evitado e prevenido com medidas sanitárias, acabava se disseminando com mais proporção na sociedade, como é o caso das doenças que estavam em alta na época (Bravo, 2013).

A classe operária não usufruía o direito de acesso aos cuidados básicos com a saúde, vacinação, orientação e prevenção de doenças; não tinham o direito a seguro saúde, licenças médicas e nem outro benefício social que pudesse ampará-los caso não pudessem exercer sua atividade laboral. Ou seja, o trabalhador se submetia ao trabalho mesmo estando doente, o que acabava intensificando seu problema de saúde deixando-o mais debilitado e até mesmo provocando sua morte. Para tanto, vê-se que as condições de vida eram complexas, as pessoas não tinham muitas possibilidades, elas se submetiam aquelas situações difíceis por não terem outra forma de conseguir o sustento da família; mesmo ganhando muito pouco e sem ter seus direitos garantidos, elas continuavam desempenhando suas funções, pois a situação era ainda mais complicada para quem não tinha um emprego (Bravo, 2013).

Posto isto, é nítido que a classe operária era bastante afetada com toda essa conjuntura social vivenciada no século XIX e XX e, necessitava de uma ação imediata por parte do Estado, no que diz respeito à execução dos serviços de saúde. Haja vista que, com a ausência das ações de promoção da saúde, havia muitos surtos de doenças o que lesionava a mão de obra dos trabalhadores, afetando também a dinâmica da produção, assim impactando a economia, tudo o que o sistema capitalista não desejava.

Ao mesmo tempo em que crescia a repressão às manifestações operárias, a classe se via limitada em sua luta pelas condições conjunturais, caracterizadas pelo aumento do custo de vida, pelas más condições de trabalho, pela crise do desemprego, fazendo com que as lutas se processassem e se viabilizassem pelos interesses mais imediatos e permanentes do operariado (Luz, 1982, p. 57).

Assim, em meio a esse desamparo e ausência de políticas públicas de saúde, os trabalhadores viam-se no papel de reivindicar por seus direitos que estavam sendo negados, emergindo, portanto, vários movimentos organizados por diversos grupos compostos pelo operariado, bem como pela sociedade civil.

Essas reivindicações por parte do movimento operário se concentravam, em sua grande maioria nos centros urbanos, onde os aspectos econômicos, estruturais, bem como os setores de serviços estavam em expansão. De acordo com Bravo (2013, p. 115), o movimento da classe trabalhadora, no perpassar dos anos de 1850 a 1920 tiveram ação de três correntes de pensamento, o “trabalhismo”, o “socialismo reformista” e o “anarquismo”.

O trabalhismo predominou na última década do século XIX e teve como característica a conquista de alguns direitos operários. O socialismo reformista surgiu no último quarto do século, mas teve pequena penetração nos meios populares, girando em torno de questões intelectuais nos círculos socialistas e suas publicações. O anarquismo consolidou-se no nosso movimento operário em 1906, a partir do 1º Congresso Operário Brasileiro, que assinalou o anarcossindicalismo como linha ideológica predominante no movimento dos trabalhadores (Bravo, 2013, p. 115).

Por sua vez, a saúde passou a ser uma das várias demandas reivindicadas pela mobilização da classe trabalhadora, fundamentada pelas correntes mencionadas anteriormente. As mesmas possuíam diferentes interesses em relação à contestação das questões de saúde e, objetivavam despertar no Estado o papel de intervenção e desenvolvimento de estratégias que pudessem amenizar e promover melhores condições de trabalho e sobrevivência da classe social, principalmente na saúde, um dos problemas que afligiam a população e afetavam a sociedade como um todo (Bravo, 2013).

Haja vista que, o aumento constante das doenças, não só acometiam a vida dos sujeitos, mas, também ocasionava grandes impactos econômicos para o país, considerando que, os setores industriais perdiam um número significativo de sua mão de obra. Tendo em vista que, não existiam políticas públicas de saúde, apenas eram feitas ações que reduzissem as doenças que impactavam na mão de obra da produção e, conseqüentemente, no comércio e na economia não só do Brasil, mas também de outros países. Sem contar nas greves que faziam parte das estratégias de reivindicação por parte do movimento operário, o que impactava diretamente o setor industrial e o mercado (Bravo, 2013).

Os trabalhadores, cada vez mais, insatisfeitos com as condições que estavam sendo postas diante do cenário social da época, acabaram intensificando o movimento de luta em prol de suas reivindicações sociais, trabalhistas e pela saúde pública, o que passou a ser difícil para o Estado conter, visto que estes segmentos

da população estavam “enraivecidos” e descontentes com o que estavam vivendo e com a forma como o Estado estava lidando com o problema, ou seja, sem nenhuma intervenção sobre os problemas que se espalhavam e lesionava a sociedade (Bravo, 2013).

Segundo Bravo (2013, p. 116), “no final do século XIX e início do século XX, ocorreram na saúde à importação e desenvolvimento de novas técnicas de combate às doenças [...]”. O Estado passou a assumir e promover algumas medidas de saúde, com programas de saúde, assistência médica, campanhas contra as doenças que assolavam a população, vacinação, ações que promovem a detecção e prevenção de doenças que podem ser transmitidas, entre outras. No entanto, de acordo com Bravo (2013), essas ações de promoção da saúde pública se resumiram a medidas de controle momentâneo para as adversidades que afligiam a sociedade, e que poderiam impactar o processo de produção no país, bem como solução para o cenário desastroso de doenças que amedrontavam a população e ocasionavam tensões no cenário político.

Conforme destaca Bravo (2013), a década de 1920 foi vista e marcada pelas fortes indagações feitas pela camada social brasileira, visto que “estavam em crise o padrão agroexportador, a política das oligarquias e o Estado que as expressava” (Bravo, 2013, p. 121). Neste momento, o Estado foi forçado a desfazer os ideais da corrente liberal, tendo em vista que o “movimento operário” contestava a falta de intervenção por parte do Estado.

O movimento grevista dos trabalhadores teve um certo declínio no período de 1909 a 1912, devido à repressão policial e à deportação em massa de estrangeiros, ocorrida em 1907, além do desemprego urbano que se instalou em 1908. Entretanto, em 1917 há um afluxo do movimento operário, ocorrendo diversas greves e o surgimento das Ligas Operárias em São Paulo, em decorrência da insatisfação popular face ao agravamento das condições de vida. As ligas eram organizadas por bairro e contavam com a participação de grande parte da população. Os princípios das ligas eram os ideais dos trabalhadores anarquistas e apresentam as mesmas reivindicações que eram bandeiras de luta do movimento operário brasileiro (Bravo, 2013, p. 119).

Ademais, de acordo com Bravo (2013), o PCB (Partido Comunista do Brasil), criado em 1922, que inicialmente agia na “ilegalidade” e, no ano de 1927, volta à ativa de forma legalizada, com projetos reivindicatórios e movimentos de luta, bem como meios de propagação de notícias, deteve forte importância sobre os trabalhadores e o movimento operário, tendo significativa repercussão e

disseminação. Por sua vez, o “partido apelava para a formação de um bloco operário, em que as diferentes organizações tivessem uma plataforma unitária para que o proletariado pudesse disputar eleições como força independente” (Bravo, 2013, p. 120).

Começava-se a intensificar o processo de desenvolvimento do setor industrial e o processo de dispersão do espaço urbano, levando novas perspectivas e movimentos de luta e organizações sociais que geraram anseios a conjuntura política da época, mais precisamente nas décadas de 1920 e 1930 (Luz, 1982). A partir desse momento, a “questão social”<sup>2</sup> passa a ser vista de um modo diferente por parte dos representantes do Governo, pois até então era tratada como “caso de polícia”, expressão que exprimia as ações adotadas pelos policiais para conter os movimentos de luta, principalmente da classe trabalhadora, que repercutiam na sociedade (Bravo, 2013, p. 121).

A “questão social”, considerada como “caso de polícia” e tratada no interior dos aparelhos repressivos do Estado, ganha nova dimensão e passa a receber um cuidado diverso. Os governantes e as elites percebem que a mera repressão se torna insuficiente para enfrentar os problemas colocados pelas classes trabalhadoras. Tornava-se necessário responder às demandas “aceitáveis” da movimentação operária, as que não ameaçassem à dominação da oligarquia. Há nesta posição uma divergência com a burguesia industrial nascente, que questionava a intervenção estatal (Bravo, 2013, p. 121).

Para tanto, com a classe trabalhadora ganhando visibilidade (resultado do seu processo de luta e reivindicação por melhores condições e promoção de trabalho e de vida), as questões que permeiam a saúde pública surgem como expressões da “questão social”, visto que os problemas de saúde, ou seja, as doenças que afligiam a população trabalhadora impactavam o “produto final” adquirido na execução do trabalho. Assim, entende-se que as ações e serviços ofertados à saúde da classe trabalhadora, em consequência do processo industrial nos países desenvolvidos social e economicamente, foram reconhecidos pelo Estado, associado ao surgimento da “medicina social” em alguns países do continente europeu. De tal modo, o avanço e a obtenção de alguns direitos sociais e políticos pela população,

---

<sup>2</sup> “A *questão social* não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e repressão” (Iamamoto; Carvalho, 2008, p. 77).

principalmente pelo proletariado foram mediados pelo poder do Estado, na sua função de controle das relações sociais e das normas que determinam o convívio em sociedade. Enfim, fica perceptível a relevância da organização e do movimento da classe trabalhadora frente à intervenção do Estado nos serviços de saúde, em função das demandas e anseios de ambos (Bravo, 2001, p. 2).

### **1.3 A Política de Saúde Pública no Brasil**

Com as questões da classe trabalhadora ganhando destaque, a saúde pública começa a adquirir relevância por parte do Estado. Foram definidas regras para controle e fiscalização das atividades e da atuação profissional, bem como a execução de campanhas. Por volta dos anos 1850, foram criados grupos de higiene pública, incumbidos da manutenção da limpeza e da higiene que integrava as instituições e estabelecimentos comerciais de verificação das condições de saúde (Bravo, 2013, p. 113-114).

Na metade inicial do século XIX, começaram a aparecer as primeiras associações mutuárias, que tinham como objetivos ações assistenciais: serviços médico-farmacêuticos, auxílio em caso de enfermidade, invalidez, velhice e funerais. Essas formas de defesa traduziram um primeiro movimento popular de solidariedade efetiva. Anos depois, algumas destas instituições começaram a ultrapassar seu simples papel assistencial, ao reivindicar melhores condições de vida e trabalho para seus associados (Bravo, 2013, p. 114).

No Brasil, na segunda metade do século XIX, estava se sucedendo várias mudanças em seu cenário político e econômico, estava começando a ser introduzido na sociedade o sistema capitalista, um modelo econômico que visava os meios de produção objetivando a obtenção de lucros. A inserção dos primeiros estabelecimentos capitalizados, com uma nova organização nas formas de produção e reprodução na sociedade, impulsionou as forças produtivas do país, as quais deram um salto significativo em seu desenvolvimento. O mercado se ampliou, novos projetos e companhias ganharam vasto espaço na sociedade e, a produção agrícola também obteve importante avanço, principalmente a produção cafeeira, umas das principais economias da época (Bravo, 2013).

Outro ponto a ser destacado, está relacionado à forte imigração no Brasil, por volta da década de 1850, como já foi mencionado anteriormente, a qual exerceu

forte influência sobre a composição da classe operária no país. Tal imigração foi impulsionada no percurso de 1890 a 1900, em virtude do forte desenvolvimento que estava ocorrendo na produção, principalmente na agrícola, impulsionando a população, sobretudo, de outros países a migrarem para este espaço em decorrência do crescimento econômico que estava em alta e, que, por sua vez, resultava em melhores condições de vida (Bravo, 2013).

Segundo Bravo (2013), o contexto de capitalização da economia, gerou intensas modificações na organização da sociedade e na esfera da saúde pública, visto que, a mesma acabou trazendo consigo sérios problemas para a população, uma vez que, durante este período um imenso contingente populacional estava se transferindo dos pequenos espaços, principalmente do meio rural e, se dirigindo para as grandes cidades, intensificando ainda mais o processo de urbanização em ascensão nesta época. O que, por sua vez, acabou gerando sérios problemas sociais, sobretudo, a saúde; visto que, essa intensa imigração acabou gerando um “amontoado” de pessoas nos centros urbanos, passando a ocupar e residir em espaços precários, com péssima infraestrutura e sem condições higiênicas o que, colaborou para as condições de insalubridade e proliferação de doenças, gerando um quadro endêmico e epidêmico.

Com isso, as medidas de saneamento e urbanização começaram a ganhar espaço, associadas às ações de saúde, inclusive as que buscavam eliminar as doenças endêmicas e epidêmicas, como a varíola, a febre amarela, entre outras. Várias medidas sanitaristas foram adotadas para combater tais doenças, como por exemplo, a realização de medidas de desinfecção de ruas, espaços comerciais, casas; impedimento da circulação de pessoas e o funcionamento de muitos edifícios; execução de reformas como uma exigência de limpeza, entre outras, as quais eram quase sempre acompanhadas por uma conduta policialesca. Ademais, foi introduzido como uma medida sanitária, a implantação de campanhas de vacinação obrigatória, a qual gerou uma imensa revolta na população, desencadeando a denominada “Revolta da Vacina”, ocorrida em 1904 (Oliveira, 2012).

Destarte, na década de 1910, o grupo de profissionais do Instituto Oswaldo Cruz realiza expedições pelo interior do território brasileiro, cujo intuito dos médicos sanitaristas era executar ações, bem como, campanhas de saúde, as quais pretendiam contribuir na redução e extinção das doenças que afligiam a população.

Tais incursões também objetivavam realizar o acompanhamento e fiscalização das construções que estavam em andamento neste período, bem como as condições sanitárias dos portos do Brasil. Conhecendo, portanto, as condições de vida e de saúde da população. Em 1916, as campanhas de saneamento se concentraram nas áreas rurais, onde são realizadas as ações de higienização, principalmente nas regiões pequenas e situadas em espaços “isolados” do país (D’Avila, 2019).

Ademais, conforme destaca Hochman (1998), na década de 1920, a situação da saúde era calamitosa, ganhava espaço o discurso proferido pelos médicos higienistas, os quais afirmavam que “o Brasil era um imenso hospital”. Assim têm-se, durante o governo do paraibano Epiácio Pessoa, a criação do “Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP)”, a qual direcionou os serviços e ações de saneamento rural para as áreas mais marginalizadas do Brasil, Norte e Nordeste, com o estabelecimento da “Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural”. Nesse contexto também estava em vigência o “Programa Eugênico”, o qual pretendia estabelecer um “tipo ideal” para a população brasileira. Como destaca Souza (2022, p. 97), “a eugenia foi apropriada por médicos, intelectuais e autoridades políticas como ferramenta que permitia reformar a sociedade e regenerar a “raça nacional””. O movimento eugênico, no Brasil levou o governo a aprimorar as ações de puericultura e cuidados, bem como medidas nutricionais direcionadas as crianças, para assim obterem o aperfeiçoamento do biótipo do povo brasileiro.

Por conseguinte, conforme ressalta Bravo (2013, p. 122), “a saúde pública cresce com a “questão social”, adquirindo novo relevo no discurso do poder. Há tentativas de extensão dos seus serviços por todo o país”. Assim, a saúde surge como uma questão que necessitava de medidas que pudessem torná-la efetiva e ampla, dessa forma, o Estado desenvolveu meios de acesso à saúde e ampliação dos serviços, bem como veio propiciar o avanço econômico e político do país. Tais estratégias contribuíram de certa forma, para o desenvolvimento da população, principalmente para a classe trabalhadora, a menos favorecida.

Em meio a esse contexto tem-se a afluência das reivindicações dos trabalhadores, com execução de greves e o advento das “Ligas Operárias”, as mesmas ocorriam em virtude do descontentamento ocasionado pelas péssimas condições de vida que lhes eram impostas. O movimento reivindicava por salários melhores, regulamentos e condições favoráveis de trabalho, tal movimento sugere a

constituição de uma lei que beneficia a classe trabalhadora, porém, neste momento a luta dos operários não foi reconhecida (Bravo, 2013).

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, 2013, p. 122).

As questões de higiene e saúde da classe trabalhadora foram postas em assunto, o que levou a aplicação de estratégias, sendo, portanto, criado as “Caixas de Aposentadoria e Pensões” (CAPs), através da “Lei Elói Chaves”, que já vinha sendo dialogada entre os movimentos da classe trabalhadora, e que, por sua vez, é firmada no ano de 1923, a qual representou o início do modelo de Previdência Social no Brasil. As Caixas de Aposentadorias e Pensões eram subsidiadas pelo poder nacional, pelas instituições e pelos funcionários contratados. Tais CAPs eram sistematizadas pelos estabelecimentos, tendo em vista que, somente as instituições de grande porte tinham possibilidade de financiá-las, mantendo seus benefícios. O presidente do Estado brasileiro era quem designava o dirigente para as CAPs, já a gestão administrativa era feita igualmente, por empregadores e empregados.

As Caixas de Aposentadoria e Pensões não era um benefício público e sim um seguro dos trabalhadores da esfera privada; os serviços disponibilizados pelas CAPs eram distribuídos conforme as contribuições feitas, as quais incluíam: “assistência médico-curativa e fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral” (Bravo, 2013, p. 122). Inicialmente foram beneficiados os ferroviários, ainda no ano de 1923, após constante luta; em seguida foram os marítimos e estivadores, no ano de 1926 e, somente depois da década de 1930 os demais segmentos. Tal conquista foi proveniente de muita luta reivindicativa e de muitas greves realizadas pelos ferroviários, os quais protestavam como já foi mencionado anteriormente, pelo reajuste de seus salários; por auxílios médicos; direito a férias e aposentadoria, algo que não lhes era garantido, para que fosse possível conseguir certa “estabilidade” nos seus momentos de velhice, entre outros (Luz, 1982).

As CAPs apresentavam certas fragilidades, pois abrangia um número reduzido de sujeitos, os quais eram beneficiados sob a realização de contribuição. Por sua vez, essa condição implicava na oferta e na qualidade dos benefícios que eram ofertados, visto que, com um número reduzido de colaboradores, as CAPs,

portanto, não obtinham os recursos necessários para manterem seus serviços. Dessa forma, com a presença dessas limitações na promoção das ações e benefícios destinados a população, acabava deixando excluída grande parte da classe trabalhadora, tendo os mesmos que buscarem outras formas de serviços. Conforme aponta Luz (1982):

Tem-se observado, de maneira muito geral, que as CAPs traziam alguns limites: em primeiro lugar foram criadas “de cima para abaixo” e, no caso dos ferroviários, foram os proprietários que apresentaram a Chaves tal iniciativa de projeto, impedindo, portanto, uma real organização da categoria, impondo assim este modelo previdenciário. Em segundo lugar, os trabalhadores traziam uma experiência de organização e manutenção de Caixas, Associações, Grêmios, que desenvolveram em suas lutas, que não foi respeitada. Em terceiro, estas CAPs não favoreciam as categorias como um todo, mas apenas segmentos específicos, pois, se observarmos seu funcionamento, veremos que para cada empresa corresponderia uma CAP, dificultando assim sua consolidação. Por exemplo, era difícil para estas CAPs manterem em cada empresa um serviço médico próprio (Luz, 1982, p. 63).

O contexto social da década de 1930, com suas particularidades, no tocante ao cenário econômico e político, proporcionou a viabilização e promoção das políticas sociais que viessem atender as demandas da sociedade, ou seja, as “questões sociais”. As várias questões de caráter social, principalmente as do âmbito da saúde, que, na década anterior já vinham sendo exposta no cenário social, demandavam por uma atenção maior, bem como uma intervenção profunda por parte do poder do Estado. Ademais, a interferência estatal, através das políticas públicas e sociais era também uma forma estratégica do Estado para “conter” o descontentamento da classe trabalhadora que gerava revolta e movimento de luta.

A Política de Saúde no Brasil, nos anos 30 foi sinalizada pela criação de serviços de saúde e práticas médicas, tais como: os serviços de combate às endemias, epidemias e demais doenças, como também os serviços de saneamento básico e as campanhas de vacinação (como medidas de prevenção para as doenças que assolavam a população) e serviços de higiene.

As principais alternativas adotadas para a saúde pública, no período de 1930 a 1940, foram [...]: Ênfase nas campanhas sanitárias; Coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde; Interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão-de-obra para as cidades; Criação de serviços de combate às endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela, 1937; Serviço de Malária do Nordeste, 1939; Serviço de Malária da Baixada

Fluminense, 1940, financiados, os dois primeiros, pela Fundação Rockefeller – de origem norte-americana); Reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos e saúde pública (Braga e Paula, 1986, p. 53-55 *apud* Bravo, 2001, p. 4).

Tais estratégias foram extremamente relevantes para a ampliação dos serviços, bem como para aprimorar as condições e promoção de saúde da população, contendo as doenças que estavam em alta na época, possibilitando práticas educacionais de saúde, como medidas de proteção, prevenção e informações sobre as doenças e como combatê-las e erradicá-las.

Segundo Zanchi e Zugno (2010), a Política Nacional de Saúde objetivava combater e prevenir doenças, ampliar as campanhas de vacinação (com foco no controle das endemias e epidemias que aterrorizavam a população brasileira), expandir e aprimorar a higiene e as condições de saneamento básico, elaborar e pôr em prática projetos de educação em saúde, com medidas educativas que promovem conhecimento para a população acerca das políticas públicas e sociais, bem como as ações de cuidado e prevenção em saúde. A mesma possibilitou a ampliação dos atendimentos médicos hospitalares, dos “postos de saúde”, que ofertavam serviços, tais como, exames e acompanhamento pré-natal, orientações sobre as medidas de prevenção e atenção à saúde, como também ações de detecção e prevenção de enfermidades.

Para tanto, com o intuito de assegurar a permanência e execução da mão de obra no processo de produção foram estabelecidas novas medidas que abrangesse uma maior quantidade de trabalhadores e que proporcionasse maiores benefícios. Sendo, portanto, convertidas as CAPs (Caixas de Aposentadorias e Pensões) em IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões), no ano de 1933 que, segundo Luz (1984, p. 159) eram os “benefícios que compreendiam uma área previdenciária e uma de Assistência Médica [...] estendidos a outras categorias profissionais com a criação de novos IAPs”.

Os IAPs tiveram uma estrutura e funcionamento diferente das CAPs, apresentando as seguintes características [...]: os fundos passaram a organizar-se por “categoria profissional” e não por empresas, de modo que os trabalhadores das pequenas empresas, que antes eram excluídos dos benefícios, passaram a auferi-los; os Institutos foram constituídos como autarquias, com maior controle do Estado [...]; os benefícios dentro da mesma categoria foram igualados em todo o território nacional, obedecendo-se às diferenças salariais; sindicato e sistema previdenciário passaram a vincular-se, o que propiciou o surgimento de “clientelismo” no

controle e manipulação de verbas e empregos, sustentando as estruturas populistas. [...] nos Institutos, os sindicatos passaram a designar a representação no Conselho; a gestão nas Caixas era “tripartite” e nos Institutos era-o apenas formalmente, pois o “Presidente” do Instituto era escolhido pelo Presidente da República e os representantes de empregados e empregadores faziam parte do Conselho Administrativo [...]; as contribuições do Estado para o financiamento dos Institutos tornaram-se apenas formais, pois a Previdência deveria ser autofinanciável com o aumento das contribuições dos empregados e empregadores (Braga. In: Braga e Paula, 1986; Oliveira e Fleury, 1986 *apud* Bravo, 2013, p. 134).

Durante o período da Segunda Guerra Mundial tem-se a instituição do SESP (Serviço Especial de Saúde Pública), com medidas significativas, como por exemplo, projetos de vacinação, procedimentos que promovam melhoria das doenças, bem como redução das mesmas. Mais tarde, tem-se a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), no ano de 1966, que, por sua vez, corresponde a uma integralização da Previdência Social, garantindo benefícios aos trabalhadores e contribuintes (Zanchi; Zugno, 2010).

Contudo, como é evidenciado por Bravo (2001, p. 5):

A situação da Saúde da população, no período de 1945 a 1964 (com algumas variações identificadas principalmente nos anos de 50, 56 e 63, em que os gastos com saúde pública foram mais favoráveis, havendo melhoria das condições sanitárias), não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral.

Ainda de acordo com esse autor (Bravo, 2013, p. 145), a Política Nacional de Saúde, que vinha se engendrando desde a década de 1930, foi então estabelecida durante o período de 1945 a 1950, objetivando a ampliação do sistema de distribuição de serviços da saúde pública, a oferta de serviços médicos gratuitos e demais benefícios relativos à saúde, em todo o Estado brasileiro. Mais adiante, foi instituído o Ministério da Saúde, no ano de 1953, que estava incumbido da tarefa da educação em saúde e da expansão dos serviços de combate e prevenção de doenças. Ainda durante os anos 50, mais precisamente em 1956, foi estabelecido o Departamento Nacional de Endemias, concentrando as medidas de enfrentamento das doenças endêmicas<sup>3</sup>, como por exemplo, a malária, febre amarela, esquistossomose, entre outras que assolavam o Brasil.

---

<sup>3</sup> O termo “doenças endêmicas” corresponde a uma ou mais doenças que afligem determinado espaço territorial. Segundo Silva (2003, p. 1), “essas doenças foram e são, a malária, a febre amarela, a esquistossomose, as leishmanioses, as filaríases, a peste, a doença de Chagas, além do

No contexto de Ditadura Militar, as ações e serviços da Política de Saúde foram “ocultadas” por um longo período, a saúde padecia em face do sistema político que se instaurava no país, com intensa precarização na estrutura dos serviços ofertados, bem como, a escassez de recursos e financiamento para as políticas públicas. O setor da saúde se fragmentava entre a saúde pública e a medicina previdenciária, visto que, a mesma não era tida como uma “prioridade” para o Estado, os serviços de saúde, assim como os outros serviços pertencentes aos diversos setores do Estado brasileiro foram alterados, tornando-se “mercadorias” do poder estatal.

Conforme aponta Zanchi e Zugno (2010, p. 96), “os serviços médicos eram terceirizados, desenvolveu-se o caráter de lucratividade gerando a capitalização da medicina, beneficiando o empresário de saúde”. Dessa forma, foi estabelecido um padrão de serviços e assistência à saúde que priorizava o setor privado. Ademais, as questões sociais eram reprimidas pelo poder do Estado, havia a efervescência do modelo curativista, de uma prática médica individualizada, pautada no assistencialismo e na especialização. Outrossim, foi em meio ao contexto de ditadura que ocorreu a ampliação das indústrias farmacêuticas, visto que elas seriam fonte de lucro para o Estado.

Outro ponto a ser destacado, corresponde à modificação do “objeto” da medicina, que passa da doença para a saúde, isto é, o foco não se limita apenas a tratar as doenças que afligem a população, passa-se a tratar os aspectos que colaboram para o “estar doente”. O “médico político”, como era chamado o profissional da medicina nessa conjuntura, passa a empenhar-se em conter os problemas sociais que possam causar, seja direta ou indiretamente algum dano à saúde da população, prejudicando sua qualidade de vida. A ação médica passa a interferir em todos os espaços, controlando e limitando a conduta da sociedade; caso a sociedade apresentasse problemas sejam eles relacionados à distribuição e organização inadequada ou até mesmo ao desempenho das atividades de forma ineficaz e, por sua vez, causasse danos à saúde, era, portanto, necessário que

---

tracoma, da boubá, do bócio endêmico e de algumas helmintíases intestinais, principalmente a ancilostomíase”.

SILVA, Luiz Jacintho da. O Controle das Endemias no Brasil e sua História. **Ciência e Cultura**. Vol. 55 nº. 1. São Paulo: Jan./Mar., 2003. Disponível em: <[http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0009-67252003000100026](http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252003000100026)>. Acesso em: 30 de abr. de 2024.

houvesse a intervenção da medicina, a qual atuava sobre os elementos que colaboram para tal condição (Machado *et al.*, 1978).

Dessa forma, ganha espaço o que se denomina de “medicalização da sociedade”,

[...] processo que na atualidade cada vez mais se intensifica – é o reconhecimento de que a partir do século XIX a medicina em tudo intervém e começa a não mais ter fronteiras; é a compreensão de que o perigo urbano não pode ser destruído unicamente pela promulgação de leis ou por uma ação lacunar, fragmentária, de repressão aos abusos, mas exige a criação de uma nova tecnologia de poder capaz de controlar os indivíduos e as populações tornando-os produtivos ao mesmo tempo em que inofensivos; é a descoberta de que, com o objetivo de realizar uma sociedade sadia, a medicina social esteve, desde a sua constituição, ligada ao projeto de transformação do desviante – sejam quais forem as especificidades que ele apresente – em um ser normalizado; é a certeza de que a medicina não pode desempenhar esta função política sem instituir a figura normalizada do médico, através sobretudo da criação de faculdades, e produzir a personagem desviante do charlatão para a qual exigirá a repressão do Estado (Machado *et al.*, 1978, p. 156).

Ademais, como ressalta Bravo (2001, p. 6-7):

A medicalização da vida social foi imposta, tanto na Saúde Pública quanto na Previdência Social. [...] A saúde pública teve no período um declínio e a medicina previdenciária cresceu, principalmente após a reestruturação do setor, em 1966.

Assim sendo, a medicalização social corresponde ao processo que passou a transformar as questões de caráter social, bem como, as questões particulares do cotidiano dos indivíduos em demandas médicas, ou seja, em fatores que poderiam ser resolvidos através de mediações de cunho médico. Ademais, a mesma também pode ser entendida como uma estratégia de controle da sociedade, em que ações e condutas tidas como “inapropriados” e “inconstantes” eram vistas como questões de doença, que necessitavam de interferência e tratamento médico. Assim, foi retirado toda a atenção e compromisso no financiamento das ações, programas e medidas sociais, sendo, portanto, concentrado a atenção no cuidado com as doenças.

Na década de 1980, a Política de Saúde foi marcada por incessantes debates, os quais eram favoráveis à organização e ao avanço na instituição do Projeto de Reforma Sanitária, cujo foco era garantir que o poder central do Estado trabalhe em favor da esfera social, dirigindo-se na perspectiva de que o Estado aja em função do predomínio da democracia e da promoção e garantia de direitos,

incumbido da efetivação das políticas públicas e sociais, inclusive o âmbito da saúde (Bravo, 2001).

Como princípios deste projeto ressaltam-se: democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, melhoria da qualidade dos serviços com adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações e a participação popular através de mecanismos como os conselhos e conferências de saúde Sua premissa básica consiste na Saúde como direito de todos e dever do Estado. Esse projeto tem sido questionado a partir dos anos 1990, constituindo-se, na atualidade, numa perspectiva contra-hegemônica (Bravo, 2013, p. 177).

Tal período se configurava como um momento, o qual o Estado enfrentava o esgotamento das estruturas e do modelo de saúde, que vinha sendo apregoado, com predominância das características privatistas, como também limitado acesso aos serviços de saúde o que ocasiona descontentamento na população brasileira. O que, por sua vez, foi crucial para a demarcação de novas ações e medidas para a Política de Saúde no Brasil. O Projeto de Reforma Sanitária ganhou ênfase em razão da mobilização e união da sociedade, que se organizaram enquanto movimento para reivindicar melhores condições de vida, promoção e universalização da saúde, bem como pelos profissionais da área que ansiavam por modificações profundas e imediatas no planejamento e nas normas do sistema de saúde, um sistema amplo, fortalecido e igualitário, firmado através dos preceitos contidos no Sistema Único de Saúde (SUS).

Para tanto, em meio a este cenário o qual objetivava a elaboração de novas propostas e um novo modelo de organização e promoção dos serviços de saúde, foram organizados vários momentos de discussão e estabelecimento de estratégias e metas para o melhoramento das condições da saúde pública no Brasil, isto é, diversos encontros e conferências para debater novas medidas e projetos para a política pública de saúde. Dessa forma, a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi um acontecimento significativo para este momento, como também para a política de saúde, realizada no ano de 1986, a mesma foi extremamente necessária e representou um dos maiores encontros de discussão sobre a situação da Saúde e a reformulação e construção de novas propostas para o setor.

A VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986 constituiu-se no marco histórico que apontou a emergência de uma verdadeira saúde coletiva, definindo-se como referência para a elaboração dos projetos constituintes em saúde. Ampliou o conceito de saúde rejeitando as visões biologistas,

idealistas e utilitaristas com diretrizes voltadas à sociedade e estabelecendo que a saúde resulta da inserção do indivíduo e de seu grupo social na mesma sociedade (Zanchi; Zugno, 2010, p. 100).

Conforme destaca Bravo (2001), no ano seguinte, mais precisamente em 1987, foi instituído o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em seguida, em 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 1988, foi legitimado a Constituição Federal que, introduziu inúmeras concepções e diretrizes, advindas das organizações já preexistentes, porém, reestruturados na nova política de saúde, reafirmando a necessidade da instauração dos preceitos da Reforma Sanitária. A Constituição Federal de 88 estabelece a saúde como resultado da oferta das políticas públicas e sociais, como um direito de todo os cidadãos e um compromisso do Estado, bem como um componente da Seguridade Social, dos quais os feitos são oriundos do SUS, estabelecidos conforme suas diretrizes (Zanchi; Zugno, 2010).

Como foi observado antes, a Constituição de 1988, considera a saúde como um direito de todos os brasileiros, devendo ser assegurado pelo Estado (Brasil, 1988). Além do mais, a Constituição de 88 também dispõe da Seguridade Social brasileira que abrange um grupo de elementos incorporados e ações sociais interventivas do Estado e da esfera social, designadas para garantir os direitos relacionados à Assistência Social, à Previdência Social e à Saúde, conforme é previsto na Constituição. É um sistema que dispõe da organização das políticas sociais, onde o objetivo primordial é a disponibilização e asseguramento de direitos e serviços, como por exemplo, de segurança e assistência para todos, com o intuito de promover uma melhor qualidade de vida e ações igualitárias à população. Visto que, a garantia desses serviços foram frutos da reivindicação da população, principalmente da classe trabalhadora que, por sua vez, lutavam por melhores condições de vida, proteção e garantia de direitos.

No entanto, na década de 1990, no Brasil, têm-se a implantação do Ajuste Neoliberal que abrangia um conjunto de medidas restritivas de transformação na sociedade e, possuía o intuito de reduzir o Estado, retirar direitos, etc.; o que, por sua vez, refletiu drasticamente na política de saúde. O mesmo possui características de ajustamento baseadas na privatização do setor público, no ajuste fiscal, no corte de direitos e políticas sociais e na mercantilização dos direitos sociais (Mota, 2009).

A afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação (Bravo, 2001, p. 14).

A proposta de Política de Saúde construída na década de 1980 tem sido desconstruída. A Saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. A refilantropização é uma de suas manifestações com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir os custos (Bravo, 2001, p. 14).

De acordo com Mota (2009), em face dessa conjuntura a Seguridade Social se modificou, pois a acessibilidade e fornecimento de direitos a população passaram a serem cada vez menores e, com a acentuação das instituições privadas, a Saúde passou a ser defasada. Ademais, com a intervenção mínima do Estado, o país se pôs em um cenário conturbado, sendo ainda mais desafiador para a população vivenciar essa experiência, implicando inúmeras consequências para a composição e estruturação das camadas sociais, inclusive para o setor Saúde.

### ***1.3.1 Sistema Único de Saúde (SUS): implantação e desafios***

Ao passo em que foi promulgada a Constituição Federal de 1988, surge o Sistema Único de Saúde (SUS), simbolizando uma grande conquista da reivindicação e dos movimentos de luta por parte da população e de organizações sindicais, como também na promoção e viabilização dos serviços e direitos da Saúde, no que se refere à consolidação dos direitos sociais. A Carta Constitucional sugeriu uma nova organização para a esfera da saúde, tornando o direito a mesma algo universal, com acesso integral e igualitário. Visto que, a Saúde Pública brasileira é administrada e custeada pelo Estado, gerida por princípios organizativos.

Para tanto, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído de fato, conforme regulamento, em 1990, com a legitimação da Lei Orgânica de Saúde (LOS), nº 8.080, de 19 de setembro do respectivo ano. A mesma tem como intuito garantir o direito à saúde como um dever do Estado, assegurada através da efetivação de políticas públicas e sociais que direcionem para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a ordem e a execução dos serviços. Além do mais, esta lei dispõe das condições objetivas e atributivas para efetivação do SUS, bem como dos princípios e diretrizes que regem a organização do Sistema Único de

Saúde (SUS), tais princípios são: universalidade, equidade e integralidade (Brasil, 1990).

Conforme destaca o Ministério da Saúde (1990), o Sistema Único de Saúde (SUS) é considerado um dos mais vastos e integrados sistemas de saúde pública do mundo, contendo desde os mais simples serviços de saúde aos mais complexos, promovendo o acesso gratuito, universal e completo a todos os cidadãos do Brasil. Ele é universalizado, podendo toda a população acessar os serviços de saúde disponibilizados em todo o território nacional, desde os estágios iniciais do desenvolvimento do ser humano, como também por todos os demais estágios de vida; promovendo uma maior qualidade de vida e bem-estar, impulsionando os serviços de prevenção e recuperação da saúde.

A descentralização político-administrativa do Sistema Único de Saúde, com predominância na municipalização de serviços ações; a direção única em cada esfera de governo; o acesso universal e igualitário; a participação da comunidade; a gratuidade do atendimento e o controle social são as vigas-mestras do SUS (Zanchi; Zugno, 2010, p. 103).

De acordo com o Ministério da Saúde (1990), o princípio da universalidade é a garantia de acesso e promoção dos serviços de saúde a todos os cidadãos, independente de suas particularidades, sendo papel do Estado garantir esse direito. Dessa forma, os cidadãos podem acessar todos os serviços de saúde pública disponibilizados no país, até mesmo os disponibilizados em redes de saúde privada, desde que seja um órgão financiado pelo SUS, isto é, que receba recursos provenientes do SUS, para que sejam disponibilizados à população, serviços especializados que não estejam disponíveis em algumas instituições públicas, devido aos recursos disponibilizados.

Já o princípio da equidade tem por intuito promover ações e serviços, desde o mais simples até o mais complexo, conforme as necessidades dos sujeitos que necessitam e procuram, independe de suas especificidades pessoais, sociais e econômicas, não dispondo de preferências nem negação quanto à oferta dos serviços. Tal princípio busca reduzir as desigualdades sociais (Ministério da Saúde, 1990).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (1990), o princípio da integralidade reconhece no cuidado à saúde, as necessidades dos indivíduos, de modo integral, respondendo a todas elas. Assim, torna-se significativo a

incorporação de serviços abrangendo a promoção, manutenção e prevenção da saúde, assim como, a vinculação das políticas de saúde com outras políticas públicas e sociais.

Com relação aos princípios organizativos do SUS, os mesmos possuem o intuito de determinar a organização das ações e serviços dispostos no sistema de saúde, os mesmos são: descentralização, hierarquização, regionalização e participação social.

O princípio da descentralização corresponde à redistribuição das ações e deveres em relação à saúde entre os setores de comando do governo, sendo atribuídas responsabilidades a cada instância do Governo. Dessa forma, os serviços de saúde poderão ser ofertados e assegurados com maior eficácia à população, tendo, portanto, mais efetivação no controle dos serviços. Isto é, o poder dos municípios precisa estar firme e dispor de autonomia para gerir essas ações e implementar os serviços de saúde destinados a população. No que se refere à hierarquização entende-se que as ações e serviços de saúde devem ser estruturados e ofertados conforme o modo de organização “em níveis crescentes de complexidade”, ou seja, do menor para o maior. Esse princípio dispõe dos serviços e de assistência à saúde, bem como o acesso aos mesmos, conforme a complexidade da necessidade da população (Brasil, 1990).

Por sua vez, o princípio da regionalização corresponde ao processo de vinculação entre as ações e serviços, bem como as políticas públicas de saúde implementadas pelos dirigentes da organização municipal e estadual. Já a participação social, diz respeito à participação da população de forma organizada e efetivada no desenvolvimento e elaboração em todos os segmentos do sistema de saúde (Brasil, 1990).

Ademais, para dispor de um serviço de saúde igualitário e universal, o Sistema Único de Saúde (SUS) se estrutura conforme a disposição dos três níveis de governo: o âmbito municipal, estadual e federal. Cada um deles possui deveres e obrigações próprias na promoção e efetivação das ações e serviços oriundos da política pública de saúde, para uma melhor organização, efetivação e disposição dos serviços ofertados a população brasileira.

Competência do município – O município é o gestor fundamental do SUS, é o principal planejador e executor das ações e dos serviços de atenção básica à saúde da população. Cabe ao município programar, executar e

avaliar as ações de promoção, proteção e recuperação de saúde da comunidade [...]. Competência do estado (unidade da Federação) – Executor de ações e serviços de nível terciário e quaternário, executando, também, ações complementares e suplementares àquelas desenvolvidas pelos municípios. [...] O Estado deve corrigir distorções, mediar questões de âmbito regional e induzir os municípios à organização de serviços de saúde e desenvolvimento das ações. Competência da União – Principal ator na normatização, regulamentação e no controle do SUS e no financiamento da assistência médica à população (Zanchi; Zugno, 2010, p. 115-116).

Outrossim, o SUS conta com a participação de entidades gerenciadoras do sistema, fazendo parte dessa organização: o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), o Conselho de Saúde (Nacional, Estadual e Municipal), Secretaria Estadual de Saúde (SES), a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), entre outros organismos governamentais (Brasil, 1990).

Além do mais, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, determina as condições e os princípios para a participação da comunidade no gerenciamento do SUS, bem como para o repasse de recursos financeiros entre as organizações governamentais no âmbito da saúde e demais deliberações. Também dispõe do controle social, princípio primordial no desenvolvimento dos serviços do SUS, propiciando e fortalecendo a participação dos cidadãos na organização, no gerenciamento e verificação das ações promovidas, possibilitando a prática democrática no Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, a sociedade passa a exercer seu “controle” sobre o sistema (Brasil, 1990).

O SUS é composto por uma rede de serviços e ações de saúde pública regionalizada, a qual age nas três instâncias de poder do Governo, ou seja, federal, estadual e municipal. O mesmo corresponde a uma rede de funcionamento ampla, que deve englobar ações que promovem educação, proteção e manutenção da saúde, como também serviços de cuidado e atenção à saúde. A manutenção, proteção e recuperação da saúde incluem inúmeros serviços ofertados a população como um todo, que vão desde os mais simples até os mais complexos. Tais serviços abrangem: vigilância sanitária e epidemiológica; saneamento e higiene ambiental; tratamento de água, esgoto; higiene de vida diária e alimentar; ações e programas de saúde preventiva; campanhas de vacinação; procedimentos curativos, cirúrgicos e terapêuticos; garantia de acesso a medicamentos, entre outros (Zanchi; Zugno, 2010, p. 110-113).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema “hierarquizado” e gerenciado de forma “descentralizada”, atuando com ações e serviços de promoção a saúde que vão desde a “Atenção Primária” e “Atenção Básica à Saúde”, com os Postos de Saúde que, por sua vez, ofertam os serviços “básicos” (que não apresentam um alto risco à saúde), até os serviços que necessitam de uma maior atenção, isto é, que carecem de medidas de tratamento mais profundas, com a implantação de hospitais de grande porte e com tratamentos e cuidados especializados. Para tanto, é um sistema que precisa de constante elaboração e monitoramento das ações e medidas, para assegurar a continuidade da promoção dos serviços. Dessa forma, precisa estar em articulação contínua com os governos federais, estaduais e municipais, haja vista que, o financiamento do SUS ocorre por parte dessas entidades governamentais, os quais garantem os recursos para a execução dos serviços.

Assim, vê-se a importância do Sistema Único de Saúde (SUS) para a população e o quanto ele faz diferença na vida dos brasileiros, visto que, a garantia do acesso universal e de um serviço amplo e eficaz pode contribuir não só para a manutenção e restauração da saúde, como também para a estruturação das relações em sociedade. No entanto, a saúde, que conforme a Constituição Federal de 1988 integra o “tripé da Seguridade Social” em conjunto com a “Previdência” e a “Assistência Social”, vem, ao longo do tempo enfrentando inúmeros desafios, como por exemplo, o sucateamento dos recursos destinados à manutenção dos serviços ofertados pelo sistema, tornando-os frágeis e dificultando o acesso ao mesmo.

O sistema de saúde pública brasileiro apresenta inúmeras fragilidades, as quais implicam no seu funcionamento e na promoção e viabilidade dos seus serviços. De acordo com o CONASS (2006), o SUS é conduzido, como já foi evidenciado anteriormente, por princípios fundamentais e, entre eles está à universalização, no entanto, não tem sido conduzido nem proporcionado uma saúde universal, como é estabelecida na Constituição de 1988. Essa condição expõe o impasse presente na problemática entre a “universalização” e a “segmentação”.

O dilema entre universalização e segmentação não existe somente no sistema de saúde brasileiro. Ao contrário, constitui uma questão central nas reformas sanitárias contemporâneas, em que se colocam dois caminhos principais para os sistemas de saúde, a universalização ou a segmentação. Essas alternativas de conformação dos sistemas de saúde, na prática social, são definidas a partir dos valores vigentes nas sociedades, dos

posicionamentos político-ideológicos dos atores sociais frente à organização dos serviços de saúde e do papel do Estado na Saúde (CONASS, 2006, p. 48).

Ainda em conformidade com o CONASS (2006), outro desafio que se configura para o SUS é com relação ao financiamento do mesmo, o qual deve ser visto por inúmeros aspectos. O que se põe em maior evidência é aquele em relação à escassez de meios “financeiros” para estruturar e manter os serviços de saúde pública universalizados. Em meio a essa condição tem-se o “subfinanciamento”, o qual se configura como um dos principais problemas enfrentados pelo SUS, implicando diretamente na condição financeira do setor, uma vez que, são reduzidos os recursos destinados ao sistema, gerando toda uma problemática nos serviços ofertados pelo mesmo. Têm-se, portanto, ineficiência nos serviços e ações de saúde, inacessibilidade dos mesmos, redução da promoção e da viabilização da saúde, entre outros.

Outros desafios se põem frente à funcionalidade do sistema, como o problema no padrão de organização do SUS, o qual é estruturado e institucionalizado pela “trina”, isto é, governo federal, estadual e municipal, pois em meio aos avanços conquistados sob o diálogo e participação dessas três governanças, há alguns percalços, como por exemplo, a competitividade e a singularidade gerada entre esses poderes, o que implica na tomada de decisões, no direcionamento das ações e nos investimentos para o setor. Além de outros problemas presentes no sistema, os quais se estendem desde a efetivação e participação dos cidadãos nas tomadas de decisões, a questão do gerenciamento do trabalho no sistema público, etc. (CONASS, 2006).

Para tanto, conforme evidencia Nogueira e Mito (2009), o SUS vivencia um cenário de intensas limitações para dispor e garantir os princípios que lhes foi fundamentado, conforme a Constituição Federal de 1988. Enfrentando “barreiras” na promoção e manutenção dos seus serviços, condicionando particularidades que são contrárias aos seus preceitos, visto que, não apenas o Sistema Único de Saúde (SUS), mas também a Política de Saúde Pública perpassam por vários percalços na consolidação dos seus direitos.

Haja vista que, recentemente vivenciamos uma crise sanitária com a pandemia da Covid-19, atingindo todo o mundo e, por sua vez, vimos o quanto o SUS foi importante e necessário durante esses tempos de crise, ofertando um amplo

serviço, com um sistema de saúde pública integral, universal e igualitária. Contribuindo, portanto, com respostas ao Coronavírus, atuando na cobertura de leitos hospitalares, na organização dos serviços e nas orientações de profissionais da área para atuarem ativamente nas ações e serviços de combate a pandemia, bem como no aperfeiçoamento da vigilância sanitária e no controle do vírus; colaborando diretamente na luta e na redução do número de mortes em decorrência da transmissão da Covid-19 (CONASS, 2020).

Dessa forma, faz-se necessário que haja melhorias nas condições de trabalho dos profissionais atuantes no sistema de saúde, bem como no gerenciamento e controle do mesmo, dando prioridade à aplicação de recursos para assim manter e promover um serviço de saúde de qualidade, acessível e igualitário.

## **2. A SAÚDE PÚBLICA NO ESTADO DA PARAÍBA E OS IMPACTOS DA PRECARIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO COTIDIANO DA POPULAÇÃO**

Neste segundo capítulo, inicialmente, serão abordadas, a partir da revisão sistemática de leitura, breves reflexões sobre a configuração da saúde pública no Estado da Paraíba, frente ao cenário de precarização das ações e serviços de saúde no Brasil. Dado que, as diferentes conjunturas, ao longo dos anos, têm sido postas como fatores condicionantes para tal problemática, a citar a recente crise sanitária vivenciada em todo o mundo, com a disseminação desenfreada do “Coronavírus”, desencadeando um quadro de pandemia, intensificando ainda mais os problemas na rede de saúde, e impactando em todos os âmbitos da esfera social, principalmente no âmbito da saúde, onde foram vivenciados momentos de incertezas, ausências e inacessibilidade aos serviços. Sendo, portanto, significativo aprofundar e ampliar os estudos sobre a temática que envolve os desafios que persistem na Saúde, principalmente, nestes últimos dez anos.

### **2.1 Desafios na distribuição dos serviços de Saúde Pública no Brasil**

A Saúde Pública se configura como mecanismo de promoção, proteção e prevenção da saúde, com práticas e meios viáveis de garantir o acesso e a qualidade da saúde à população, estendendo seus anos de vida, bem como protegendo os mesmos. Para tanto, enquadrado em um contexto histórico de

mudanças que repercutem no cenário político, econômico, social, cultural, etc., não só no Brasil, mas pelo mundo, busca sustentar e distribuir os recursos fundamentais para a oferta e a qualidade dos serviços de saúde a todos que demandam por tais serviços. No entanto, tem sido cada vez mais recorrente, a escassez desses recursos, implicando diretamente na organização e na promoção dos serviços de saúde pública nas diversas unidades de atendimento distribuídas pelo país, gerando vários desafios no âmbito dessa política pública, implicando diretamente na vida da população.

As instituições de saúde, instâncias primordiais do sistema integrante da Saúde, detém um complexo funcionamento em virtude dos meios utilizados para a gestão e financiamento (que envolve os recursos financeiros, materiais, meios tecnológicos, competências e habilidades humanas, etc.) para promoção de suas finalidades, isto é, as ações e serviços de saúde; elas trabalham em conjunto com os demais níveis do sistema de saúde, a fim de promover uma melhor distribuição dos serviços. Uma vez que, a saúde pública se configura como um dos direitos primordiais do ser humano, decorrente do arranjo de inúmeros aspectos econômicos, culturais, políticos e sociais (Fonseca; Ferreira, 2009 *apud* Santos Neto, 2018). Posto isto, vê-se que a promoção e a qualidade da saúde necessitam ser uma inquietação contínua por parte das governanças dos países.

Embora o SUS tenha sido instituído como um mecanismo de manutenção da vida e do bem-estar da população, com ações e serviços integralizados e com acesso universal, por sua vez, ainda persiste muitos desafios na sua organização e manutenção. Mesmo diante dos avanços conquistados, ao longo dos anos, com o SUS e com os benefícios por ele promovidos como, por exemplo, a extensa ampliação de seus serviços, como também do acesso à saúde no país, ainda persistem muitos dilemas e insatisfação por parte da população, no que se referem à condição pelas quais os serviços de saúde são disponibilizados. Dessa forma:

É necessário superar a dicotomia entre subfinanciamento do sistema e suas “falhas” de gestão. Sem abordar um conjunto suficiente de problemas, detalhar melhor os cenários e as possibilidades concretas (e planos viáveis) para aperfeiçoá-lo, dificilmente se conseguirá verdadeiro progresso (Mendes; Bittar, 2014, p. 35).

Contudo, apesar do sistema de saúde brasileiro, ser algo almejado por muitos países, o mesmo não alcança efetivamente seus princípios, conforme rege seu

regulamento, ou seja, não oferece o acesso universal e igualitário a toda à população, como realmente deveria ser promovido. Ademais, mesmo o sistema público atuando “efetivamente”, com êxito em uma grande parte das suas ações e serviços fornecidos (abrangendo uma grande parcela da população assistidas pelos seus serviços), ainda assim apresenta “falhas” no seu funcionamento, implicando na qualidade e na promoção das práticas de saúde pública, gerando sérios problemas à população, problemas esses que vão desde a falta de acesso aos serviços, até complicações da condição física por falta de atendimentos adequados.

Como denota Santos Neto (2018, p. 19), “globalmente, em poucos momentos na história da humanidade, foram impostos desafios tão complexos como os que o mundo enfrenta no século XXI”; está sendo, cada vez mais recorrentes, desafios no que se refere à propagação de doenças infecciosas, virais e transmissíveis, como a dengue e a gripe (influenza) que tem assolado fortemente o Brasil nos últimos meses do ano de 2023 aos primeiros meses do ano de 2024; problemas ambientais; aumento dos casos de doenças de alta complexidade, como é o caso dos diversos cânceres; sem contar na crise pandêmica da Covid-19 que atingiu drasticamente não só o Brasil, mas todo o mundo.

É relevante ressaltar brevemente que o cenário pandêmico vivenciado globalmente, intensificou ainda mais o desfalque na rede de saúde. No Brasil, “com sua histórica desigualdade social e com anos de destruição do SUS [...]” (Matos, 2020, p. 2), o primeiro caso de Covid-19 foi notificado em fevereiro de 2020 e, em pouquíssimo tempo o vírus se espalhou, atingindo por contágio milhares de pessoas. O país entrou em “lockdown” e as consequências decorrentes da pandemia começaram a repercutir em todos os âmbitos da esfera social, principalmente no âmbito da saúde, onde foram vivenciados momentos de incertezas, ausências e inacessibilidade (Brasil, 2020).

Conforme destaca Matos (2020), em meio a este cenário de pandemia governava o Brasil o então presidente da República Jair Messias Bolsonaro, o qual não se posicionou diante da crise sanitária com a atenção que a situação exigia, menosprezando a gravidade da doença e a disseminação do vírus, o tratando como uma “simples gripezinha”, se colocando contrário ao isolamento social e as medidas de prevenção ao vírus. Ademais, o gestor brasileiro exercia uma postura “contrária” àquela desempenhada por muitos governantes de outras nações do mundo para o tratamento e controle do vírus. Tal conduta detinha um discurso que exprimia a

concepção “de que a economia não pode parar”, com falas que exprimiam a aversão, a repulsa à diversidade do país e a misoginia, defendendo a liberação do armamento da sociedade para conter e enfrentar todas as questões e anseios presentes na sociedade, evidenciando ainda mais seu governo, extremamente autoritário.

Outrossim, diante desses problemas acerca do descaso com a saúde pública, a precarização e a inacessibilidade dos serviços enfrentados pela sociedade contemporânea que, por sua vez, foram intensificados nos últimos anos, as autoras Bravo e Menezes (2021) destacam:

A pandemia do novo Coronavírus reforçou a necessidade e a importância de fortalecer o Sistema Único de Saúde em todas as suas áreas: de vigilância em saúde, de cuidado em todos os níveis, promoção, prevenção e pesquisa. Um SUS público, com acesso universal, 100% estatal, de qualidade, com financiamento efetivo, de forma a produzir as melhores respostas possíveis no enfrentamento da atual crise sanitária (Bravo; Menezes, 2021, p. 149).

Em meio a esse contexto, se faz relevante enfatizar a importância dos/as assistentes sociais nessa conjuntura, atuando nesses espaços como um agente primordial na luta contra os dilemas ocasionados pela Covid-19, mediando e intervindo nas demandas recorrentes na saúde pública.

Assistentes sociais, por terem informações privilegiadas sobre as lacunas do SUS via amplo conhecimento sobre as condições de vida e de trabalho da população usuária, podem, como parte constitutiva do seu fazer profissional, apresentar proposições para o aprimoramento do serviço de saúde, ainda que não seja de sua responsabilidade a execução de determinadas atividades [...] (Matos, 2021, p. 134).

A saúde pública brasileira conta com um sistema dividido em três níveis de atenção à saúde, que estando organizados em rede permitem a distribuição e promoção dos serviços, bem como, a elaboração de estratégias para o atendimento especializado ao sujeito conforme o grau de complexidade do problema de saúde apresentado. Esses níveis contribuem na promoção, na viabilização dos serviços e na reestruturação da saúde, sendo eles: Atenção Primária, Atenção Secundária e Atenção Terciária (Brasil, 2022).

Segundo o Ministério da Saúde (2024), Atenção Primária à Saúde (APS) se configura como o primeiro nível de atenção em saúde, corresponde a um grupo de práticas e medidas de saúde, atuando na esfera individual e coletiva; englobando as

ações e serviços de promoção, proteção e prevenção à saúde, através da identificação do problema, dos meios para tratar os agravos à saúde, da recuperação da saúde física e mental, entre outros, com o intuito de estabelecer uma promoção por inteiro dos serviços. A APS é o ponto inicial, isto é, o primeiro ponto de acesso que os usuários buscam para o usufruto e a assistência aos serviços do SUS e os demais segmentos da rede de saúde; seus serviços buscam ser o mais acessível possível à população, distribuído em unidades espalhadas por muitos lugares do país.

A Atenção Secundária e Terciária são dois componentes correspondentes da Atenção Especializada, envolvendo os serviços que demandam atendimento qualificado, indo desde os de média complexidade até os mais graves que exigem um serviço altamente especializado, com amplitude de recursos e equipamentos tecnológicos. A Atenção Secundária está inserida nos atendimentos ambulatoriais especializados, a mesma funciona como um apoio à Atenção Primária. Já a Atenção Terciária abrange os serviços e atendimentos promovidos pelas grandes instituições de saúde, isto é, os hospitais de grande porte que ofertam ações e realizam procedimentos de alta complexidade, os quais necessitam de maiores recursos financeiros e equipamentos de alta tecnologia (Brasil, 2022).

Os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevaiente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (Mendes, 2010, p. 2302).

De acordo com esses aspectos, torna-se, cada vez mais evidente que a sociedade vem enfrentando inúmeros desafios em seus diversos âmbitos, incluindo os espaços públicos. E, conseqüentemente, a população tem padecido mais com tal situação, principalmente nos setores de saúde, onde passa a lidar com o mau funcionamento da rede, a inacessibilidade dos serviços, tendendo a encarar e ser intimidados nos espaços públicos, bem como, a sofrer com a ineficiência no atendimento e a desqualificação dos profissionais para atuarem e atenderem a

população nos espaços públicos (Lucena, 2022)<sup>4</sup>. Por vezes, essa desqualificação dos profissionais acaba sendo um reflexo da precária condição e da falta de ampliação e distribuição dos recursos na área da saúde, de tal modo, sem um direcionamento preciso, essas adversidades, como também outros problemas que assolam o cenário público, ficam mais difíceis de serem resolvidos.

Ao referirmos ao setor saúde, particularmente no Estado da Paraíba, observamos o grau de magnitude e seriedade no desmonte dos serviços e das unidades de saúde pública que cresce a cada dia no território, impactando a condição e a manutenção da vida da população. Esses problemas persistem e denigrem as condições de saúde, desde as pequenas unidades de atendimento até os hospitais de grande porte, considerados de referência no Estado, como veremos a seguir.

## **2.2 Os reflexos dos serviços de Saúde Pública na qualidade de vida da população paraibana**

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>5</sup>, a Paraíba é um estado situado na região Nordeste do Brasil, cuja capital é João Pessoa; a mesma possui uma área territorial de, aproximadamente, 56.467,242 km<sup>2</sup> e uma população de cerca de 3.974.687 habitantes, com 223 municípios, fazendo limite com os estados do Rio Grande do Norte, Pernambuco, Ceará e com o Oceano Atlântico. O mesmo dispõe de um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de, aproximadamente, 0,698 (2021) e uma área urbanizada de 680,32 km<sup>2</sup> (2019). Atualmente é chefiado por João Azevêdo, o qual disputou novamente as eleições de 2022, sendo reeleito a governador do Estado da Paraíba (IBGE, 2022).

A organização da saúde, no Estado da Paraíba conta com a Fundação Paraibana de Gestão em Saúde (PB Saúde), implantada pelo Governo do Estado da Paraíba. A mesma corresponde a uma rede pública destinada a sociedade, “dotada de personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos [...] sujeita ao regime próprio das entidades privadas sem fins lucrativos quanto aos direitos e obrigações

---

<sup>4</sup> Disponível em: <<https://meuartigo.brasilecola.uol.com.br/saude/a-saude-na-paraiba.htm>>. Acesso em: 11 de abr. de 2024.

<sup>5</sup> Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/panorama>>. Acesso em: 15 de abr. de 2024.

[...], regida pela Lei Complementar nº 157, de 17 de fevereiro de 2020<sup>6</sup>, do Estado da Paraíba” (Paraíba, 2020).

Estabelecida nos regulamentos do Decreto Estadual nº 40.096, de 28 de fevereiro de 2020<sup>7</sup>, a PB Saúde, objetiva assegurar a manutenção e o aperfeiçoamento das ações e serviços de saúde, atuando juntamente com a Secretaria de Estado da Saúde (SES), integrando os serviços de saúde do SUS no Estado. Tal modelo busca tornar mais eficaz o gerenciamento das ações, recursos, materiais, técnicas e serviços das unidades de saúde distribuídas pelo território paraibano, almejando, portanto, promover padrões de gestão mais eficientes, a fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida à população (Paraíba, 2020).

Ademais, a Paraíba dispõe de Macrorregiões (Macrorregião I – João Pessoa; Macrorregião II – Campina Grande; Macrorregião III – Sertão/Alto Sertão (Patos/Sousa)), distribuídas em Gerências Regionais de Saúde, as quais se subdividem em: 1ª Gerência Regional de Saúde – Sede em João Pessoa; 2ª Gerência Regional de Saúde – Sede em Guarabira; 3ª Gerência Regional de Saúde – Sede em Campina Grande; 4ª Gerência Regional de Saúde – Sede em Cuité; 5ª Gerência Regional de Saúde – Sede em Monteiro; 6ª Gerência Regional de Saúde – Sede em Patos; 7ª Gerência Regional de Saúde – Sede em Itaporanga; 8ª Gerência Regional de Saúde – Sede em Catolé do Rocha; 9ª Gerência Regional de Saúde – Sede em Cajazeiras; 10ª Gerência Regional de Saúde – Sede em Sousa; 11ª Gerência Regional de Saúde – Sede em Princesa Isabel; 12ª Gerência Regional de Saúde – Sede em Itabaiana; 13ª Gerência Regional de Saúde – Sede em Pombal; 14ª Gerência Regional de Saúde – Sede em Mamanguape (Paraíba, 2024).

Como também possui unidades de atendimento à saúde, sejam eles de caráter filantrópico ou público, tidos como espaços de referência pelo Estado, entre eles estão: Maternidade Frei Damião – Unidade II; Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira; Complexo de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga; Complexo Pediátrico Arlinda Marques; Hospital Napoleão Laureano; Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena; Hospital de Urgência e Emergência Dom Luiz Gonzaga Fernandes; Hospital de Clínicas de Campina Grande; Maternidade Dr. Peregrino Filho; Hospital Infantil Noaldo Leite; Hospital Regional de Patos Deputado

---

<sup>6</sup> Disponível em: <<https://auniao.pb.gov.br/servicos/arquivo-digital/doi/janeiro/fevereiro/diario-oficial-18-02-2020.pdf>>. Acesso em: 15 de abr. de 2024.

<sup>7</sup> Disponível em: <<https://auniao.pb.gov.br/servicos/arquivo-digital/doi/janeiro/fevereiro/diario-oficial-29-02-2020.pdf>>. Acesso em: 15 de abr. de 2024.

Janduhy Carneiro; Hospital Distrital de Belém Luiz Alexandrino da Silva; Hospital Regional Dr. Américo Maia de Vasconcelos; Hospital Regional de Cajazeiras Deputado José de Sousa Maciel; Hospital Regional Deputado Manoel Gonçalves de Abrantes; Hospital Senador Rui Carneiro; Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires; entre outros (Paraíba, 2024).

Entretanto, mesmo com uma rede de saúde organizada e com unidades de saúde amplas e de renome no Estado, ainda assim, persistem muitos desafios na distribuição e promoção da saúde aos que demandam pela mesma. A saúde pública tem sido posta como um dos grandes problemas, não somente para o cenário paraibano, mas também para o Brasil, são muitas as adversidades que cercam essa conjuntura como redução das ações e serviços de saúde, a falta de acesso à saúde, a redução de profissionais qualificados, bem como das condições para suprir as necessidades e manter o trabalho desses profissionais, etc., as quais precisam ser trabalhadas e resolvidas o quanto antes, a começar pela efetivação e implantação das políticas públicas e sociais, para que assim, seja possível “reverter” essa problemática, vindo a beneficiar aqueles que necessitam e almejam por um serviço de saúde acessível e digno.

É notório que, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), foi um grande marco para a saúde pública brasileira, pois o mesmo possibilitou e vem possibilitando o acesso aos serviços de saúde, bem como outros direitos essenciais para a proteção, a manutenção e a qualidade de vida dos cidadãos, com acesso universal e igualitário a todos que buscam os seus serviços. No entanto, como dito anteriormente, sabemos que o sistema não opera como realmente deveria ser ou como é pretendido nos seus princípios organizativos. Dessa forma, para que seja estabelecida uma saúde de “qualidade” a todos os cidadãos brasileiros, a gestão de saúde do país necessita passar por muitas mudanças, a fim de sanar muitos problemas que envolvem e cercam esse problema social.

Segundo o site Ordem Democrática<sup>8</sup> (2021), a ausência de profissionais da medicina para atuarem nas cidades menores em comparação aos grandes centros urbanos que, por sua vez, concentram um número significativo de médicos; a falta de investimentos e manutenção da infraestrutura das unidades de saúde do setor

---

<sup>8</sup> Disponível em: <<https://ordemdemocratica.com.br/a-falta-de-estrutura-do-servico-de-saude-no-brasil-e-a-carencia-de-politicas-publicas-adequadas/>>. Acesso em: 16 de abr. de 2024.

público; os impasses na acessibilidade dos serviços e no atendimento oferecido pelo SUS são somente alguns, dos muitos desafios que afetam a população que necessita dos serviços da saúde pública todos os dias.

Outro problema que se concentra neste cenário, é com relação ao apoio e a manutenção de postos de saúde distribuídos pela Paraíba, bem como pelo Brasil todo, onde seu funcionamento reflete sob a população, como também sobre a configuração do sistema de saúde no Estado brasileiro, visto que, o bom funcionamento e distribuição dos serviços nessas unidades, contribuem, significativamente para solução de muitas demandas/dilemas de saúde da população, especialmente nos casos que não exigem um atendimento “tão especializado”, evitando assim que a população recorresse aos grandes centros hospitalares, contribuindo para a redução de muitas filas de espera para o atendimento médico público, bem como, para a diminuição da superlotação nos hospitais.

Outrossim, mesmo com vários postos de saúde, clínicas, hospitais situados na Paraíba, a população ainda enfrenta problemas na saúde, como por exemplo, a escassez de profissionais da medicina, contratados para atuarem nos diversos espaços da saúde pública, a ausência de leitos nas unidades hospitalares, como já ocorreu e ainda ocorre em hospitais de referência no Estado, conforme os dados do site do Jornal da Paraíba, onde é destacado a falta de leitos, principalmente os leitos da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em hospitais do Estado. O que, por sua vez, acaba gerando um grande impasse na vida dos paraibanos, deixando-os aflitos e ansiosos com a possibilidade de realizar uma transferência para outro hospital situado em outro Estado, tende em vista que, muitos não detêm de condições financeiras para suprir com os gastos provenientes da situação, mesmo que seja ofertado tratamento no serviço público em outro Estado<sup>9</sup>.

Ademais, tem se tornado cada vez mais recorrentes situações de violação dos direitos do cidadão, entre eles o direito à saúde, bem como, tem sido frequente casos onde a população não consegue ter acesso a um atendimento digno, sendo impactada pelas dificuldades presentes nos espaços hospitalares, como por exemplo, a falta de investimento em recursos para aquisição de melhores

---

<sup>9</sup> Disponível em: <<https://portalcorreio.com.br/mpf-e-mppb-constatam-falta-de-insumos-estruturas-precarias-e-insuficiencia-de-leitos-em-hospitais-de-joao-pessoa-e-campina-grande/>>. Acesso em: 15 de abr. de 2024.

equipamentos médicos e hospitalares, materiais de higiene, entre outros produtos que, por sua vez, fornecem melhorias no trabalho do profissional e na assistência aos pacientes no ambiente. Tal realidade compromete o cotidiano da população, a qual, segundo dados do G1 Paraíba (2023)<sup>10</sup>, está em evidência o quanto a população sofre com as consequências das obras interrompidas, sendo elas de hospitais, postos de saúde, etc., que não chegam a avançar significativamente, conforme os recursos destinados para as mesmas, comprometendo os serviços prestados a população paraibana e, conseqüentemente, os recursos cedidos para o financiamento de tais obras, implicando também na distribuição dos recursos ofertados aos demais setores do Estado.

Segundo o site do Ministério da Saúde, o setor da saúde pública na Paraíba tem conquistado significativos feitos nos últimos anos, como por exemplo, a implantação do “Programa Coração Paraibano”, inaugurado em março de 2023, o qual visa oferecer um tratamento precoce e de qualidade as vítimas de infartos e de outros problemas cardiovasculares, bem como, tem trabalhado na redução das filas de espera por cirurgias de vários tipos no SUS, efetivado por meio do “Programa Nacional de Redução das Filas”. Contudo, inúmeros problemas ainda persistem e afetam a saúde pública no Estado da Paraíba e, mesmo diante dos feitos conquistados na área, não podemos deixar de elucidar que o Estado ainda enfrenta muitos desafios na promoção e execução dos serviços e ações de saúde, impactando drasticamente a vida da população, visto que muitos também apresentam vulnerabilidades socioeconômicas o que acaba acentuando ainda mais o problema, pois, a grande maioria depende, exclusivamente, dos serviços de saúde pública, ficando a mercê do sistema.

A Paraíba, como já foi observada, apresenta sérios problemas na promoção da saúde à população, como a superlotação de hospitais públicos, ineficiência dos centros ou postos de saúde, ausência de profissionais da área da saúde (médicos, enfermeiros, entre outros), insuficiência ou inadequação da infraestrutura nos espaços de atendimento à saúde, condições inadequadas de trabalho, o que implica diretamente na maneira como é realizado o atendimento na rede, desestabilizando,

---

<sup>10</sup> Disponível em: <<https://g1.globo.com/pb/paraiba/noticia/2023/10/19/obras-inacabadas-hospital-inaugurado-incompleto-e-postos-de-saude-abandonados-deixam-moradores-indignados.ghtml>>. Acesso em: 15 de mai. de 2024.

bem como fragilizando os serviços da rede de saúde, gerando um cenário de caos para a população.

Por sua vez, esse desmonte acaba gerando desafios constantes no funcionamento dos serviços, principalmente, nos grandes hospitais do Estado, que ofertam atendimento especializado para toda a população do Estado, como também para os moradores dos Estados vizinhos, como é o caso do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, situado em João Pessoa (capital do Estado) e o Hospital de Urgência e Emergência Dom Luiz Gonzaga Fernandes, localizado na cidade de Campina Grande, os quais prestam serviços a todos os municípios do Estado, além de alguns municípios de Estados vizinhos, sendo referência no atendimento de urgências e emergências clínicas, cirúrgicas e ortopédicas e, que vem padecendo com a precarização dos serviços e do trabalho, prejudicando todo o amparo à saúde da população, visto que os atendimentos passam por restrições, gerando conturbação a todos os usuários da rede, que passam a ocupar espaço nas longas filas de espera por atendimento na rede pública<sup>11</sup>.

Ademais, as dificuldades se tornam mais intensas nos municípios menores, cuja população e o território são reduzidos. Assim, os serviços disponibilizados nas unidades de saúde presentes nesses locais não conseguem suprir toda a demanda da população, dessa forma, muitos precisam se deslocar para outras cidades, muitas vezes distantes das de sua origem, para conseguirem um atendimento especializado, uma vez que, na sua região não é disponibilizado e/ou quando é fornecido acaba quase sempre sendo na rede privada de saúde, ficando inacessível para muitos cidadãos. Uma vez que, a falta de investimentos e melhorias nas condições de trabalho dos profissionais acaba contribuindo para o afastamento e o interesse dos profissionais em atuarem nessas regiões, principalmente em cidades pequenas, regiões afastadas dos centros urbanos e/ou zonas rurais.

Outro dilema que se impõe em meio a essas circunstâncias, está relacionado ao financeiro desses sujeitos, ou seja, a maioria desses sujeitos não dispõe de recursos financeiros suficientes para arcar com todas as despesas desse deslocamento, dificultando ainda mais o processo. Inclusive, muitas das vezes não têm onde se instalarem, dependendo de “Casas de Apoio”, as quais são, em sua

---

<sup>11</sup> NEGREIROS, Rejane; TEIXEIRA, Juliana. Desafios na Saúde Pública de João Pessoa e do país. **Política por Elas**. Disponível em: <<https://m.politicaporelas.tv.br/2023/08/10/desafios-na-saude-publica-de-joao-pessoa-e-do-pais/>>. Acesso em: 18 de abr. de 2024.

grande maioria, de organizações sem fins lucrativos ou são mantidas pelos municípios. Tal situação acaba impactando a vida desses sujeitos em todos os sentidos, pois já se configura como um dilema para os mesmos ter que se deslocar para fora de sua região em busca de atendimento e, tendo que enfrentar esse descaso com a saúde pública piora, ainda mais a condição em que o mesmo se encontra, tendo em vista sua fragilização física, emocional e social.

Além do mais, de acordo com a notícia divulgada pelo portal de notícias G1 Paraíba<sup>12</sup> (2024), no início deste ano de 2024, devido à ausência de profissionais qualificados e problemas na estrutura do espaço, acabou sendo interdito eticamente pelo Conselho Regional de Medicina da Paraíba o setor obstétrico do Hospital Materno Infantil João Marsicano, localizado em Bayeux (João Pessoa), deixando a população sem o atendimento especializado do setor, gerando aflição aos que precisaram e procuraram o serviço na unidade.

Outro problema que tem repercutido na Paraíba, foi o de um possível “esquema fura-fila” apresentado no Hospital Napoleão Laureano (Unidade de referência no tratamento do câncer no Estado da Paraíba, o qual se segmenta em ações e serviços de saúde pública e privada, porém a grande maioria dos atendimentos acontece por meio do SUS), problema apresentado no relatório da Controladoria Geral da União (CGU), divulgado pelo G1 Paraíba, onde foi identificada uma “negociata” nas filas de espera para o tratamento oncológico, em que várias pessoas tiveram seus tratamentos iniciados de forma irregular, ou seja, não passaram por um encaminhamento direto da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, os quais pagaram ao hospital para que os mesmos pudessem iniciar o tratamento de imediato, sem a necessidade de esperar na fila, ocupando a vaga de muitas pessoas que estavam ali há vários dias na espera pelo serviço, para dar início ao tratamento, causando um impacto para os mesmos (G1 Paraíba, 2024).

O hospital, em sua defesa, alegou que a situação não gerou “nenhum prejuízo a outros pacientes”, mas como bem sabemos a espera por atendimento nas longas filas é algo muito desgastante para o paciente e para aqueles que o acompanham e, em casos de pacientes oncológicos esse desgaste é intensificado, cada vez mais. Tal situação evidencia o desprovimento e a negação da garantia do acesso ao

---

<sup>12</sup> Disponível em: <<https://g1.globo.com/pb/paraiba/noticia/2024/02/05/cgu-aponta-esquema-de-fura-fila-e-outras-irregularidades-no-hospital-napoleao-laureano-em-joao-pessoa.ghtml>>. Acesso em: 16 de abr. de 2024.

atendimento de saúde igualitário e gratuito como é disposto nos princípios do SUS, visto que se tratava de pacientes do sistema, ocasionando, portanto, toda uma situação de “diferenças” de acesso aos serviços de saúde promovidos pela Instituição. Vindo também à tona, as “politicagens” que se fazem presentes em meio a essas circunstâncias, que colaboram na concessão do serviço mediante a obtenção de “voto” (G1 Paraíba, 2024).

Segundo o Jornal da Paraíba<sup>13</sup> (2024), outro problema que foi repercutido, refere-se à demora na realização do tratamento e no fornecimento do medicamento, em virtude da falta dos fármacos no espaço institucional. O que, por sua vez, prejudica diretamente a vida do paciente que necessita do tratamento para manter uma “possível” qualidade de vida ou até mesmo para manter-se vivo, pois muitos necessitam urgentemente da administração dos medicamentos quimioterápicos ou de outros tipos. Enfim, a falta desses medicamentos atrasa, cada vez mais, o atendimento e o andamento dos serviços, prejudicando não só o paciente que já está inserido no processo de tratamento, mas também os que ainda aguardam na fila de espera, visto que a demora no início do tratamento de diversos tipos de câncer retarda ainda mais as chances de cura.

Como podemos ver, são muitos os problemas que cercam a realidade da saúde pública na Paraíba, os quais precisam ser revistos e tratados com um direcionamento compatível com as condições políticas, econômicas e sociais da população, principalmente com medidas e ações de melhoria e ampliação da saúde pública nos municípios de pequeno porte, situados no interior do Estado.

Haja vista que, as pequenas cidades, em sua grande maioria, não possuem serviços de saúde que possam abranger um maior número de demandas da saúde, bem como, especificidades das mesmas, por não disporem de recursos suficientes para a manutenção de espaços de atendimento amplos, com um maior número de profissionais especializados, em diversas áreas de atuação profissional, principalmente, no tocante às específicas da área médica, para assim promover um serviço de saúde eficaz à população, facilitando o acesso aos mesmos. Ademais, muitos municípios não dispõem sequer de Unidades Básicas de Saúde (UBS) que estejam dentro da sua extensão territorial.

---

<sup>13</sup> Disponível em: <<https://jornaldaparaiba.com.br/politica/conversa-politica/cgu-irregularidades-napoleao-laureano-joao-pessoa/>>. Acesso em: 16 de abr. de 2024.

Dessa forma, vê-se que a ausência de organização e distribuição efetiva e proporcional dos serviços de saúde, em conformidade com as necessidades de cada espaço tem sido uma problemática vivenciada no Estado, porém, não somente na Paraíba, mas em todo o Brasil. Conforme é destacado no site Ordem Democrática<sup>14</sup> (2021), a precarização da saúde pública tem impactado a funcionalidade de hospitais e demais unidades específicas de saúde, refletindo drasticamente na manutenção dos serviços e ações do setor saúde, tendo em vista que a ampliação e contratação de profissionais especializados têm sido cada vez menos efetivadas, refletindo no atendimento à população, que passa a dispor de um serviço superficial, desumano e inacessível em muitas instituições de saúde. Ademais, a falta de políticas públicas e sociais propícias e bem distribuídas, que considerem a saúde como primeiro plano, correspondendo às demandas de toda a população, tem sido um dos responsáveis pela intensificação desta problemática.

Destarte, a precarização do sistema de saúde põe em risco a vida do cidadão, tirando sua qualidade de vida, pois estrutura inadequada, limitação ou escassez total de leitos em hospitais, maternidades, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e postos de saúde; ausência de equipamentos médicos, de higiene, laboratoriais, bem como carência de medicamentos necessários e superlotação das unidades tem sido um percalço na disponibilização de um serviço de saúde de qualidade e que possa ser acessível a muitos cidadãos, com atendimentos e tratamentos eficazes, como é proposto nos princípios do sistema de saúde pública e como realmente deveriam ser e funcionar. E aí reside à importância do serviço de assistência social na rede de saúde, o que será tratado a seguir.

### **3. SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE PÚBLICA: DESAFIOS NO COTIDIANO DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL**

Nesse capítulo, serão enfatizadas circunstâncias sociais e históricas, pelas quais o Serviço Social emergiu no Brasil, bem como o modo como a profissão se consolidou no cenário brasileiro, embasado no contexto histórico a datar da década de 1930, como também os aspectos e mudanças sucedidas ao longo deste período, com o intuito de compreender como se sucede o exercício profissional do/a

---

<sup>14</sup> Disponível em: <<https://ordemdemocratica.com.br/a-falta-de-estrutura-do-servico-de-saude-no-brasil-e-a-carencia-de-politicas-publicas-adequadas/>>. Acesso em: 16 de abr. de 2024.

assistente social inserido na conjuntura social, política e econômica pela qual a política de saúde pública se configura no Brasil.

Tecendo, portanto, reflexões acerca da inserção do Serviço Social no âmbito da saúde, assim como os desafios que se fazem presentes no cotidiano da atuação profissional dos/as assistentes sociais neste espaço. Visto que, são muitas as problemáticas que afetam e impedem a execução plena da Política Nacional de Saúde, sendo, de suma importância à participação e a prática profissional do/a assistente social frente a essas questões, uma vez que, o mesmo intervém na realidade social; mediando e intervindo nas diversas demandas recorrentes nesta esfera pública.

### **3.1 O Serviço Social no âmbito da Saúde**

Antes de adentrar, nos aspectos que deram ênfase as práticas do Serviço Social na Saúde, se faz relevante destacar que, o exercício profissional em Serviço Social emergiu no Brasil, por volta da década de 1930 (século XX); período em que estava em vigor o processo de industrialização e urbanização no país. O que impulsionou a economia no território nacional e, conseqüentemente, ocasionou vários problemas sociais.

Assim, diante desse contexto, surge o Serviço Social como um meio de possível resposta as conseqüências das questões provindas dessa nova fase que acompanha esse modelo econômico de produção, na medida em que as práticas utilizadas pelos percursos das atividades de caráter assistencialista (onde se tinha como base a ajuda e a bondade, num sentido de “boa vontade” e “ajuda ao próximo”), já se encontravam escassos para o manejo das adversidades do meio social. Haja vista que, o advento do Serviço Social esteve fortemente associado às atividades de caráter caritativo, que, em sua grande maioria são provindas das ações e costumes das associações religiosas, isto é, da Igreja; as quais deram origem aos primeiros espaços de construção e ensinamentos profissionais para o exercício da profissão (Pinheiro, 2015, p. 2).

De acordo com Pinheiro (2015), a prática profissional do assistente social na esfera da Saúde se desencadeou no começo do século XX, em hospitais situados nos Estados Unidos, com o mesmo aspecto “caritativo” que esteve associado ao surgimento do Serviço Social, pois a atuação dos profissionais tinha o intuito de

“ajudar” os demais profissionais em suas tarefas desempenhadas nos espaços de caráter institucional, bem como encorajar os pacientes.

Para tanto, assim como se sucedeu com muitas atuações profissionais no âmbito da saúde, o Serviço Social nesta área também se desenvolveu graças ao surgimento e a expansão dos elementos estruturantes do capitalismo, o qual se detinha na organização e no aperfeiçoamento do espaço e das atividades desenvolvidas em diferentes setores, inclusive no setor da saúde, impactando positiva ou negativamente a esfera econômica, social e política do contexto. “Assim, o reconhecimento do Serviço Social como profissão da área da saúde vem-se construindo através da inserção nas políticas e programas de saúde desde o seu surgimento” (Sarreta, 2008, p. 42-43).

Ademais, como destaca Costa (2000, p. 3):

Na base dessa questão, está implicada a desconsideração de que a atividade do profissional do Assistente Social, como tantas outras profissões, está submetida a um conjunto de determinações sociais inerentes ao trabalho na sociedade capitalista, quais sejam: o trabalho assalariado, o controle da força de trabalho e a subordinação do conteúdo do trabalho aos objetivos e necessidades das entidades empregadoras. [...] Neste caso, em função da sua inserção no processo de trabalho desenvolvido pelo conjunto dos trabalhadores da área da saúde.

Dessa forma, o exercício profissional do Assistente Social se encontra, em sua grande maioria, sujeito aos interesses do capitalismo, sendo, portanto, determinado conforme as relações estabelecidas no trabalho, o que implica diretamente na atuação desses profissionais, os quais se encontram limitados e sujeitos a desempenharem funções que não lhes competem enquanto área de formação e atuação profissional. Além do mais:

Esta forma de organização individual e coletiva do Serviço Social na saúde e a postura dos profissionais de se colocarem passivos, dependentes, submissos e subalternos ao movimento das unidades de saúde - às rotinas institucionais, às solicitações das direções de unidade, dos demais profissionais e dos serviços de saúde, aceitando ainda, como únicas, as demandas explícitas dos usuários - resultam numa recepção passiva das demandas explícitas dirigidas ao Serviço Social, o que determina a qualidade, quantidade, caráter, tipo e direção do trabalho realizado pelos assistentes sociais (Vasconcelos, 2009, p. 5).

No que se refere ao Serviço Social, conforme destaca Bravo e Matos (2004), a profissão emergiu no Brasil no contexto dos anos 1930 a 1945, com influência das

perspectivas europeias. A atuação profissional nesta época estava associada ao viés assistencialista, através do “Serviço Social de Caso”, onde o profissional procurava “tratar” e “cuidar” dos indivíduos, assim, podendo intervir na construção da personalidade dos sujeitos, isto é, os “clientes” (termo usado na época para se referir aos usuários dos serviços). Visto que, tinha-se a concepção de que os empecilhos enfrentados pelos indivíduos (“clientes”) eram oriundos de sua conduta perante a sociedade e, para que tal situação fosse “resolvida”, era necessário que os mesmos mudassem seus comportamentos.

Nesse contexto, a profissão passou por intensas modificações na sua composição e consolidação profissional, direcionadas por perspectivas cruciais, tais como: a Modernização Conservadora, a Reatualização do Conservadorismo e Intenção de Ruptura, que direcionaram o exercício profissional do Serviço Social (Netto, 2005).

Assim, cada vez mais a profissão se desprendia das perspectivas religiosas e se atrelava a novas concepções e direcionamentos para conduzir as intervenções frente às novas demandas que emergiam para a profissão. Passando, então a adotar uma análise e uma intervenção norteada e fundamentada num sentido crítico, sendo, portanto, inserido os ideais marxistas como modelo de pensamento para direcionar as ações dos assistentes sociais. Diante disso, vê-se que os profissionais de Serviço Social atuam conforme o movimento e o ritmo, assim como, as condições históricas e sociais modificam no cenário social e influem sob a profissão.

Note-se que nos serviços de saúde, a inserção dos assistentes sociais no conjunto dos processos de trabalho destinados a produzir serviços para a população é mediatizada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil (Costa, 2000, p. 7).

Contudo, inicialmente o campo da saúde não abrangeu grande quantidade de profissionais aptos a atuarem na área do Serviço Social, apesar da Saúde, neste período, ter sido um dos setores que concentrava uma grande demanda por esses profissionais para agirem frente às questões recorrentes no cenário brasileiro. Vindo também a surgir neste mesmo momento, Escolas específicas para o Serviço Social, as quais foram instigadas por está área, como também pelas demais motivações, as quais tinham o intuito de atender às suas necessidades.

Para tanto, como já mencionado, de início a profissão possuía um viés pautado na filantropia, na prática curativa, na caridade, etc., ademais, o desenvolvimento do Serviço Social, como também sua formação enquanto profissão esteve associada à propagação das disciplinas referentes à saúde, desde o princípio de sua instituição. Uma vez que:

É no bojo do processo histórico-econômico e político que marcou a conjuntura brasileira dos anos 1930 que ocorre a implantação do Serviço Social no Brasil. Neste momento a “questão social” assume nova qualificação, necessitando ser enfrentada politicamente pelo Estado, pela Igreja e por diversas frações da classe dominante (Bravo, 2013, p. 152).

Por sua vez, a extensão das práticas do Serviço Social, no Brasil, se deu a datar do ano de 1945, associada às imposições e a necessidade de acentuação do sistema capitalista no país, como também modificações que se sucederam no cenário internacional, em decorrência do cessamento da Segunda Guerra Mundial. Neste período, a atuação do Serviço Social na área da saúde também tomou proporção, tornando-se uma área de predominância de profissionais qualificados. No entanto, a perspectiva norte-americana, ao longo dos anos acabou se firmando, ultrapassando o modelo europeu, com modificações na grade de formação da profissão de Serviço Social, bem como nas instituições que ofertam os serviços da mesma (Bravo; Matos, 2004).

A princípio, as atividades desenvolvidas pelos assistentes sociais no setor da Saúde estiveram associadas às medidas de prevenção de enfermidades e agravos a saúde, como doenças contagiosas e que foram transmitidas ao longo dos anos, cuja ação recebia o nome de “Serviço Social Médico”. Em suma, os assistentes sociais durante o desenvolvimento das “Campanhas Sanitárias”, também executavam ações de orientação à população, alertando os mesmos sobre os cuidados com a saúde, divulgando informações a respeito das medidas de higiene, prevenção e promoção da saúde (Bravo, 2013).

Um dos fatores que impulsionou a intensificação da atuação dos assistentes sociais no setor foi às determinações e aspectos condicionantes que se associaram ao conceito de saúde, o qual foi formulado no ano de 1948, que passou a definir a saúde a preceitos e condições que vão além das enfermidades físicas, englobando, portanto, fatores sociais, econômicos, ambientais, etc., que em seu conjunto impacta na condição de saúde dos indivíduos, seja positiva ou negativamente (Bravo; Matos,

2004). Pois, ao se pensar em saúde, também se faz necessário direcionar a atenção para os aspectos que compõem a conjuntura social da população.

Contudo, os profissionais de Serviço Social, inicialmente atuaram por intermédio de atividades instrutivas com interferências regulamentadoras nos hábitos diários dos indivíduos, no que diz respeito às práticas de higiene e bem-estar, isto é, saúde de modo geral, exercendo ofício nos principais serviços determinados conforme os regulamentos da política de saúde daquele contexto dos anos 1940.

Conforme destaca Bravo e Matos (2004), os assistentes sociais iniciaram sua prática profissional na área da saúde com a prestação de serviços em ambulatórios e hospitais. Segundo Bravo (2013, p. 157), “os assistentes sociais atuaram nas sequelas das situações de saúde das classes trabalhadoras com a visão de mundo produzidas por frações da classe dominante, visando à reprodução das relações sociais”. Todavia, após 1945, emergiu o carecimento de expandir o Serviço Social, em virtude da intensificação do modelo econômico que visava à posse dos bens e o lucro, ou seja, o capitalismo que se expandia no Brasil, bem como as modificações que repercutiram no cenário global após o fim do período de guerra que acometia o mundo. Com isso, houve uma ampliação considerável da procura de assistentes sociais para atuarem neste âmbito.

O Serviço Social no setor da saúde recebeu intervenção da modernização que se deu no espaço das políticas sociais, consolidando sua atuação no campo da saúde, sobretudo, na “assistência médica previdenciária”, uma das áreas de maior empregabilidade para os assistentes sociais. Com relação às tensões políticas no cenário brasileiro, o Serviço Social na esfera da saúde se manteve inalterável mesmo diante das alterações ocorridas, como por exemplo, o sistema organizador da categoria, o surgimento de novos direcionamentos para a profissão, do aperfeiçoamento teórico por parte dos educadores (professores), etc. (Bravo; Matos, 2004, p. 6).

O âmbito da saúde obteve grande ênfase na promoção e execução dos direitos sociais a partir da proclamação da Constituição Federal de 1988, e a posterior instituição do SUS (Sistema Único de Saúde), estabelecido no ano de 1990, por meio da Lei Orgânica de Saúde (LOS), tornando-se um dos componentes da Seguridade Social brasileira, bem como, um dos marcos propostos pelo Projeto de Reforma Sanitária, o que impulsionou a expansão do trabalho dos assistentes

sociais. Gradativamente, os profissionais de Serviço Social são requisitados a se engajarem e atuarem frente à execução das políticas públicas, atuando na promoção e na divulgação das ações que visam à efetivação dos direitos à população.

Além do mais, de acordo com Paixão e Correia (2018), através de regulamento, os profissionais de Serviço Social são introduzidos no setor saúde, por meio da Resolução nº 287/1998, apresentada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). Entretanto, os desenvolvimentos obtidos pelo Serviço Social, relativos à atuação profissional na esfera da saúde, por sua vez, não são considerados suficientes, visto que a profissão iniciou os anos de 1990 trazendo consigo uma principiante mudança das práticas e estratégias de trabalho operadas nas instituições, encontrando-se em desarticulação com outros segmentos.

Os avanços apontados são considerados insuficientes pois, o serviço social na área da saúde chega à década de 1990 ainda com uma incipiente alteração da prática institucional; continua enquanto categoria desarticulado do movimento da reforma sanitária e com isso, sem nenhuma explícita e organizada ocupação na máquina do estado pelos setores progressistas da profissão (como estava sendo o encaminhamento da reforma sanitária); e insuficiente produção sobre “as demandas postas à prática em saúde” (Bravo, 1996, *apud* Bravo; Matos, 2004, p. 9).

Contudo, vê-se que muitos dos desafios que eram presentes nas décadas anteriores, permanecem no contexto atual. Bravo e Matos (2004) evidenciam que, no ano de 2002, ocorreu a eleição de Luís Inácio Lula da Silva, para presidente do Brasil, a qual foi tida como uma resposta por parte da população frente às ações e providências que vinham sendo estabelecidas anteriormente. Tal governo tinha em seu programa a saúde como um direito primordial, com o comprometimento em manter o acesso aos serviços de saúde universal, igualitário e integral, visando, portanto, o anseio pela consolidação do SUS sob as diretrizes e princípios constitucionais. No entanto, tiveram alguns desafios em meio a esta ação, como por exemplo, a integração dos elementos propostos, principalmente, pelo Projeto de Reforma Sanitária, a consolidações de novas ações e meios que integram e promovam a saúde, entre outros.

Ademais, como é apontado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) em seu texto intitulado “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde” (CFESS, 2010, p. 21):

No novo século, com a eleição de Luís Inácio Lula da Silva, em 2002, havia a expectativa de construção de um Brasil novo, com redução das desigualdades sociais por meio de uma política econômica com redistribuição de renda e geração de empregos. Esperava-se que as políticas sociais adquirissem caráter universalista. Na saúde, a pretensão era de retorno do Projeto da Reforma Sanitária. Entretanto, essa expectativa não se concretizou e a política de saúde continuou prioritariamente focalizada e sem financiamento efetivo.

Em conformidade com Bravo e Matos (2004), as medidas e estratégias que objetivavam aspectos amplos para a economia, isto é, para o crescimento econômico, que se faziam presentes no governo anterior se mantiveram também no governo do petista; a construção e efetivação das políticas públicas e sociais permaneceram fracionadas e sujeitas à esfera econômica. Denotando, portanto, a presença dos dois projetos presentes na esfera da saúde e que estavam em debate nos anos 90, ou seja, o projeto de Reforma Sanitária e o projeto privatista, em que o governo exerce uma “dualidade”, uma vez que, de um lado nutre o projeto de Reforma Sanitária e, de outro, sustenta o enfoque no desmonte e na desaceleração da ampliação e investimento de recursos financeiros para a política.

O projeto privatista vem requisitando ao assistente social, entre outras demandas, a seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular (CFESS, 2010, p. 26).

Conforme destaca Bravo e Matos (2004), o exercício profissional do Assistente Social no âmbito da saúde pública necessita deter como princípio básico e fundamental, a busca inovadora e contínua pela integração de fundamentos, saberes, experiências e novas práticas para a profissão, vinculados aos preceitos do Projeto de Reforma Sanitária e do Projeto Ético-Político do Serviço Social. Assim, conforme a orientação em torno dos dois projetos será, portanto, evidenciado e refletido sobre a atuação profissional dos/as Assistentes Sociais e, se de fato, os mesmos estão correspondendo qualificadamente e eticamente às demandas impostas pelos usuários.

Dessa forma, entende-se que concerne ao Serviço Social, em uma atividade indispensavelmente vinculada a outros setores que são a favor da ampliação e aperfeiçoamento do SUS (Sistema Único de Saúde), elaborar medidas que promovam o fortalecimento e a criação de novas práticas nos serviços de saúde que assegure o direito à saúde, considerando que o exercício profissional do Assistente Social na esfera da saúde esteja em constante articulação com o Projeto Ético-Político, deve também está vinculado ao da Reforma Sanitária.

Visto que, são muitas as problemáticas que cercam a execução plena da política pública de saúde, como por exemplo, a inacessibilidade aos serviços de saúde, os desafios na elaboração de ações e serviços integralizados, limites na promoção de meios de oportunidades igualitárias de acesso, ausência de recursos para o investimento e ampliação dos serviços para sua melhor eficácia e promoção, entre outros mais.

[...] ao analisar criticamente o enfrentamento das desigualdades sociais e o direcionamento das políticas públicas para a construção da saúde como direito, o assistente social pode contribuir efetivamente na criação e implementação de políticas e programas que apresentem mecanismos, procedimentos e ações para o acesso à saúde e às instituições, e assim, aos bens e serviços produzidos pela sociedade (Sarreta, 2008, p. 42).

Posto isso, o profissional de Serviço Social na política pública de saúde passa a desempenhar a capacidade de interferir, intervindo em situações, e exprimir seu posicionamento acerca das questões relacionadas ao âmbito cultural, econômico e social, que de alguma forma possam afetar a efetividade dos meios de garantir, promover e assegurar a saúde. Dessa forma, a atuação dos/as assistentes sociais na esfera da saúde está sendo, gradativamente mais necessária para a continuidade e efetivação dos serviços promovidos pela Saúde (Pinheiro, 2015).

De acordo com o CFESS (2010), a Seguridade Social simboliza um grande desenvolvimento da Constituição Federal de 1988, no que diz respeito à efetivação e promoção de direitos, como a garantia desses direitos a população que se encontra em alguma situação de vulnerabilidade, seja ela social ou econômica, como também outras necessidades. A Saúde, uma das composições do tripé da Seguridade Social foi contemplada com importantes avanços provindos da Constituição Federal. Assim:

Ao compreender o SUS como uma estratégia, o Projeto de Reforma Sanitária tem como base o Estado democrático de direito, responsável

pelas políticas sociais e, conseqüentemente, pela saúde. Destacam-se como fundamentos dessa proposta a democratização do acesso; a universalização das ações; a melhoria da qualidade dos serviços, com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações; a democratização das informações e transparência no uso de recursos e ações do governo; a descentralização com controle social democrático; a interdisciplinaridade nas ações (CFESS, 2010, p. 18-19).

Em meio ao contexto histórico e social da década de 1990, estava em ascensão o processo de contrarreforma do Estado, característica assoladora do Neoliberalismo que entrou em vigência no Brasil durante esse período, o qual foi sem dúvida um ultraje aos direitos sociais no Estado brasileiro, principalmente para a Política de Saúde com os seus desdobramentos e a diminuição (ou até mesmo corte) dos recursos destinados à saúde, bem como, a lógica da privatização do SUS (Sistema Único de Saúde).

### **3.2 A atuação dos/as Assistentes Sociais na Saúde**

A nova composição da Política de Saúde tem impactado o exercício profissional dos assistentes sociais em diferentes aspectos, como nas formas do exercício profissional, na construção e formação profissional, nas intervenções, na expansão do serviço, etc. Diante disso, vê-se a acentuação do trabalho precário onde os profissionais tendem a enfrentar desafios em todos os parâmetros de sua atuação profissional (CFESS, 2010).

Nessa conjuntura, as entidades do Serviço Social têm por desafio articular com os demais profissionais de saúde e movimentos sociais em defesa do projeto de Reforma Sanitária, construído a partir de meados dos anos de 1970. Tem-se por pressuposto que transformações estruturais nas políticas sociais, e na saúde em particular, só serão efetivadas por meio de um amplo movimento de massas que questione a cultura política da crise gestada pelo grande capital e que lute pela ampliação da democracia nas esferas da economia, da política e da cultura (CFESS, 2010, p. 23).

Ademais, a introdução dos profissionais de Serviço Social na esfera da saúde é conduzida pela identificação social da própria profissão e por um grupo de imposições que se modificam constantemente, apoiadas nas circunstâncias do contexto geral da sociedade perante a qual a política pública de saúde se ampliou no país (Costa, 2000 *apud* CFESS, 2010, p. 42).

De acordo com CFESS (2010), a sistematização das atividades atributivas e as competências dos assistentes sociais, as quais estejam relacionadas ao âmbito da saúde ou a outras áreas de atuação, são direcionadas pela execução dos direitos e deveres do/a Assistente Social, dispostos nos art. 2º e 3º do Código de Ética Profissional de 1993, como também na legislação que dispõe do regulamento da profissão, isto é, a Lei de Regulamentação da Profissão (Lei nº 8.662/1993), dispondo sobre as condições e normas que necessitam serem vistas, consideradas e desempenhadas pelos profissionais, como também pelas unidades de serviço.

Posto isto, a conduta do profissional de Serviço Social posta no seu exercício profissional, nas variadas políticas públicas e sociais, dispostas na conjuntura social, precisam se desprender dos aspectos e ações associadas às perspectivas “tradicionais, funcionalistas e pragmáticas” (CFESS, 2010, p. 34), que substanciam as ações, condutas e direcionamentos com viés conservador, as quais dão procedências as circunstâncias sociais e demandas da sociedade, como sendo adversidades de caráter pessoal e que, por sua vez, carecem de serem “resolvidas” de modo particular. Visto que, a atuação do assistente social não deve se limitar apenas a “situação problema” em questão, deve-se atender a todos as particularidades pelas quais decorre tal problema, para assim traçar a melhor maneira de intervir na realidade social.

As atividades privativas dos profissionais de Serviço Social, bem como as funções e habilidades desempenhadas em proveito das instituições, são reguladas pela Lei de Regulamentação da Profissão de Serviço Social (Lei nº 8.662), que exigem dos assistentes sociais algumas habilidades e capacidades que são primordiais para a apreensão das diversas conjunturas sociais e históricas as quais os/as assistentes sociais sinalizam sua intervenção, nos diversos segmentos cotidianos de sua atuação profissional.

Denotando, portanto,

a apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais; análise do movimento histórico da sociedade brasileira [...]; compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio-histórico [...]; identificação das demandas presentes na sociedade [...] (ABEPSS, 1996).

Assim sendo, essas condições possibilitam aos assistentes sociais direcionar um “olhar”, isto é, um estudo crítico acerca das condições expostas no cenário

social, assim, a partir de então, traçar a forma pela qual se conduzirá o seu exercício profissional, como também determinar suas “competências” e “atribuições” particulares, imprescindível para seguir enfrentando e intervindo nas questões que se apresentam na esfera social cotidianamente.

Diante disso, para dar seguimento as suas atividades, bem como, contribuir na identificação e compreensão das condições que cercam a realidade social, os/as assistentes sociais necessitam estarem atentos aos regulamentos que são norteados pelas dimensões “teórico-metodológica”, “ético-política” e “técnico-operativa”, como também pelas orientações contidas no Projeto Ético-Político da Profissão, para assim, delimitarem suas práticas nos espaços de atuação sócio-ocupacionais, a saber: o âmbito da saúde, temática central desse trabalho (CFESS, 2010).

Assim sendo, conforme é constituído no art. 4º da Lei de Regulamentação da Profissão (Lei nº 8.662/93), são competências dos/das Assistentes Sociais:

I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares; II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil; III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; IV - (Vetado); V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos; VI - planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais; VII - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais; VIII - prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo; IX - prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade; X - planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social; XI - realizar estudos sócio econômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades (CFESS, 2012, p. 44-45).

Logo, são atribuições privativas dos/das Assistentes Sociais, dispostos no art. 5º da Lei nº 8.662/93:

I - coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social; II - planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social; III - assessoria e consultoria e órgãos da Administração Pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria

de Serviço Social; IV - realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social; V - assumir, no magistério de Serviço Social tanto a nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular; VI - treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social; VII - dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação; VIII - dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social; IX - elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos ou outras formas de seleção para Assistentes Sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social; X - coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social; XI - fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regionais; XII - dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas; XIII - ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional (CFESS, 2012, p. 46-47).

Também é importante destacar que o Código de Ética de 1993, dispõe de fundamentos primordiais que conduzem a atuação profissional dos/das Assistentes Sociais em todos os espaços sócio-ocupacionais.

Como destaca o CFESS (2010), a definição de saúde estabelecida na Constituição Federal de 1988, bem como na Lei nº 8.080/1990 evidencia as inúmeras expressões da “questão social”, ao expor a saúde como um direito fundamental de todos, o qual é uma responsabilidade/obrigação do Estado assegurá-la, através da efetivação e promoção de ações, isto é a execução de políticas públicas e sociais que reduzam danos à vida, de modo geral, como também o direito de total acesso aos serviços de saúde, com ações igualitárias na efetivação, promoção, defesa e recuperação, como também os demais direitos fundamentais e condicionantes da saúde, tais como, o direito à alimentação, educação, moradia, saneamento básico, etc.

Essas expressões da questão social devem ser compreendidas, segundo Yamamoto (1982), como o conjunto das desigualdades da sociedade capitalista, que se expressam por meio das determinações econômicas, políticas e culturais que impactam as classes sociais. Ao defender essa concepção de saúde, o movimento de Reforma Sanitária salientou a importância da determinação social sustentada nas categorias de trabalho e reprodução social da vida. Nessa concepção, é fundamental o contexto e as condições sociais que impactam o processo saúde-doença. Aliás, é também por isso que a saúde do trabalhador vem se apresentando como uma importante área de atuação do assistente social nas últimas décadas (CFESS, 2010, p. 39-40).

Os/as assistentes sociais participam diretamente no enfrentamento dos inúmeros problemas e condições sociais, históricas e culturais que afligem a

sociedade, intervindo e buscando identificar as circunstâncias pelas quais decorrem os processos sociais e históricos que resultam nas diversas “expressões da questão social”. Dessa forma, estes profissionais exercem uma função (atribuições e competências) importantíssima no interior dos espaços de saúde, intervindo através da realização do atendimento e da orientação aos indivíduos que se encontram ou apresentam condições de vulnerabilidade, acolhendo e direcionando os usuários da unidade e seus familiares e/ou acompanhantes, a fim de recebê-los, orientá-los e realizar os devidos encaminhamentos, de acordo com a/as demanda/as apresentadas pelos mesmos. Posto isto, “os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional” (CFESS, 2010, p. 41).

No “atendimento direto aos usuários” os profissionais de Serviço Social dispõem de apoio social, ações de orientação e educação, bem como, assistência e atendimento às questões que vão desde as situações mais simples até as mais complexas, com o objetivo de auxiliar os usuários e fornecer suporte e instrução para que os mesmos possam suprir suas demandas, vencendo e ultrapassando seus desafios, resultando em melhores condições de vida e acesso aos serviços. Promovendo, portanto uma melhor qualidade de vida à população, como também melhoria nos serviços, considerando as particularidades e exigências e condições específicas de cada usuário. No atendimento direto prevalecem “as ações socioassistenciais, as ações de articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas” (CFESS, 2010, p. 42).

Nessas “ações socioassistenciais”, os/as assistentes sociais disponibilizam apoio prático e emocional, orientação acerca dos serviços e recursos, bem como, identificam os meios e ações viáveis, disponibilizadas aos usuários, intervindo, defendendo e mobilizando na luta pela garantia dos direitos da população. Além disso, o assistente social também atua viabilizando o acesso aos serviços e promovendo um melhor entendimento a respeito das condições de vida desses sujeitos que se encontram em vulnerabilidade e as circunstâncias e fatores condicionantes que implicam nas condições de vida e em sua manutenção (CFESS, 2010).

Uma vez que, conforme destaca o CFESS (2010), são geradas novas controvérsias com o processo de contrarreforma na Política de Saúde, que procuram

não tornar viáveis os recursos promovidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), ocasionando, portanto, inúmeras problemáticas na promoção e viabilização da saúde, como por exemplo, inacessibilidade aos serviços de saúde pública, modelo de organização bastante burocrático, como também, ausência de acolhimento e acompanhamento dos sujeitos que necessitam e buscam o serviço, precarização dos recursos disponíveis e nos meios de trabalho ofertado.

O que, por sua vez, acaba sendo também um resultado das condições mínimas em que o profissional se encontra em seu espaço de atuação, com desvalorização dos seus serviços, remuneração baixíssima, aumento das atividades do setor, bem como a alteração das mesmas em decorrência da quantidade reduzida de profissional da área, o que ocasiona uma sobrecarga de trabalho gigantesca.

Essas questões vão aparecer no cotidiano dos serviços por meio das seguintes demandas explícitas: • solução quanto ao atendimento (facilitar marcação de consultas e exames, solicitação de internação, alta e transferência); • reclamação com relação a qualidade do atendimento e/ou ao não atendimento (relações com a equipe, falta de medicamentos e exames diagnósticos, ausência de referência e contrarreferência institucional, baixa cobertura das ações preventivas, entre outros); • não entendimento do tratamento indicado e falta de condições para realizar o tratamento, devido ao preço do medicamento prescrito, do transporte urbano necessário para o acesso à unidade de saúde, ou horário de tratamento incompatível com o horário de trabalho dos usuários; • desigualdade na distribuição e cobertura dos serviços de saúde, nos municípios e entre os municípios, obrigando a população a ter de fazer grandes deslocamentos para tentar acesso aos serviços; • agravamento das situações de morbidade e mortalidade por doenças passíveis de prevenção (CFESS, 2010, p. 42-43).

Ademais, as atividades desempenhadas pelos profissionais de Serviço Social têm que ultrapassar as questões burocráticas e, que necessitam serem tratadas com urgência, assim como possuir um posicionamento claro que direcione medidas de socialização, educação, entre outras, através da análise do contexto social e histórico expostos aos usuários, bem como engajar a realização de movimentos que lutem pela proteção e garantia dos direitos, sejam eles relacionados ao âmbito da saúde, como também para os demais segmentos sociais.

Não somente os/as assistentes sociais, como também outros profissionais de diferentes áreas de trabalho, necessitam estar atentos/as às suas “atribuições” e “competências” com relação a sua atuação profissional, determinando as atividades e meios a serem adotados, a começar com as necessidades trazidas pelos usuários,

como também os elementos e da disponibilização dos demais profissionais da equipe para a construção de práticas coletivas. Assim, as demandas que forem chegando ao setor, devem ser dirigidas para as repartições e/ou profissionais habilitados para atuarem frente à demanda apresentada, dessa forma, não desviando o “foco” dos profissionais, nem lhes impondo funções que não lhes são pertinentes.

Pois, ao estar inserido no trabalho coletivo no âmbito da saúde, o assistente social, possui perspectivas específicas de ver e analisar as condições de saúde dos indivíduos (usuários), bem como, a melhor forma de conduzir as ações, distinguindo-se das atribuições dos demais profissionais da equipe (CFESS, 2010). Visto que, “são as diferenças de especializações que permitem atribuir unidade à equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças” (Iamamoto, 2002, p. 41 *apud* CFESS, 2010, p. 46).

Por sua vez, vem sendo bastante recorrente situações onde os contratantes legais das instituições, bem como, a equipe profissional diante das circunstâncias que são colocadas sobre o ambiente de trabalho, acabam por determinar e exigir dos/das assistentes sociais, que os mesmos executem inúmeras funções que não estão dentro das atribuições que lhes competem enquanto área de formação profissional, o que, infelizmente, contribui diretamente para a desvalorização e reconhecimento do trabalho do/da assistente social, visto que, tais limitações existentes afetam a autonomia relativa do/a assistente social.

Conforme é destacado pelo CFESS (2010), torna-se bastante comum os profissionais do Serviço Social que atuam no setor da saúde, encontrarem dificuldades no reconhecimento por parte dos demais profissionais que compõem a equipe de trabalho, no que diz respeito, ao que são e o que não são atribuições e competências do/da assistente social, nos espaços de saúde. Dessa forma, o exercício profissional do assistente social em face das demandas que chegam neste espaço é o de exprimir uma ação que possa direcionar, explicar e analisar em conjunto com os demais profissionais da equipe, as necessidades que são trazidas pelos usuários; ficando explícitos os procedimentos que cada profissional deve desempenhar, conforme sua formação profissional.

Pois, como já foi mencionado anteriormente, é recorrente que no âmbito da saúde muitos profissionais do Serviço Social acabem realizando incumbências que não lhes são atribuídos enquanto assistentes sociais, haja vista que, os mesmos

devem estabelecer uma “ligação” entre os usuários e os demais profissionais da equipe, a fim de um melhor diálogo, como também uma forma mais direta para lidar com a demanda.

Além do mais, os profissionais de Serviço Social inseridos no setor de saúde não podem ficar estagnados diante dos empecilhos que se impõe nos dias atuais, no que diz respeito a enfrentar a luta e defesa dos direitos, das políticas públicas e sociais, sendo, portanto, importante realizar um trabalho coletivo em parceria com outros profissionais, seja no cotidiano profissional ou na vinculação com outros elementos.

Por outro lado, em conformidade com o CFESS (2010), no setor saúde é primordial levar em consideração, os aspectos da multiplicidade que se apresentam ao cotidiano das relações sociais, como forma de intervenção precisa para o suporte às singularidades dos indivíduos. Tais particularidades, em sua multiplicidade de aspectos, exprimem “diferenças”, no que diz respeito às relações de gênero, a etnia e a raça, identidade de gênero, entre outras, que, por sua vez, expõem as particularidades, a forma de estabelecer a singularidade em sua relação dinâmica e contrária a sociabilidade.

Assim, a diversidade humana não é garantida nessa sociabilidade. Prevalece um conjunto de violações de direitos, sobressaindo à reprodução de inúmeras formas de opressão que afetam a vida cotidiana. Essas formas de opressão são resultantes da negação da diversidade humana e se materializam em ações de violência, sobretudo, contra as mulheres, jovens, crianças/adolescentes e pessoas com orientação sexual LGBT (lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros) (CFESS, 2010, p. 49).

Diante disso, vem à tona a negação vivenciada na realidade cotidiana das instituições, como também nos demais espaços de convivência desse grupo. Essas situações de coibição, preconceito, discriminação e intolerância acabam impactando a vida e a saúde desses sujeitos, principalmente para os que sofrem estigmas em relação à orientação sexual, pois a repercussão e a disseminação dessas atitudes nos espaços públicos institucionais acabam distanciando os usuários dos serviços, resultando inúmeras consequências na vida desses indivíduos e na sua saúde, afetando a qualidade de vida e o bem-estar dos mesmos.

Sendo assim, diante desse contexto, “o Conselho Nacional de Saúde (CNS) criou a Comissão Intersetorial de Saúde da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis (CISPLGBT)” (CFESS, 2010, p. 50). Tal comissão foi

estabelecida pela Resolução CNS nº 410, do ano de 2009, a qual também leva em consideração a condição de assegurar a equidade (um dos princípios fundamentais do SUS), estabelecendo medidas, ações e serviços, contribuindo, portanto, na garantia do direito à saúde dos mesmos.

Outro problema que se apresenta constantemente à equipe profissional que atua no âmbito da saúde é relativo à violência contra as pessoas, independente de sua idade, gênero, orientação sexual, etnia, raça, etc. Nesses casos, a equipe profissional responsável pelo espaço articula-se e age junto a fim de resolver à problemática e direcionar as medidas necessárias para o caso, conforme o nível e a condição apresentada pelo sujeito. Dessa forma, cabe aos/as assistentes sociais realizar uma ação, ou melhor, um “atendimento socioeducativo” com os usuários (no caso as vítimas de violência), bem como com seus acompanhantes e familiares, com intuito de transmitir informações, assim como orientar a respeito dos recursos e direitos disponíveis aos mesmos, apresentando de forma clara e menos burocrática as medidas e encaminhamentos a serem seguidos para amenizar e/ou resolver o caso.

Outrossim, segundo o CFESS (2010), a “humanização” é um outro tema que emergiu com grande destaque no final da década de 1990 e começo dos anos 2000, sendo estabelecido conforme a lei, fundamentado a partir da 11ª Conferência Nacional de Saúde, executada em Brasília, no ano de 2000. Assim, no ano de 2001, foi instituído pelo Ministério da Saúde o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), com o intuito de viabilizar e proporcionar um apoio/atendimento humanizado na esfera da saúde. Nos anos seguintes, na vigência do governo Lula, tal programa se converteu em Política Nacional de Humanização (PNH), abrangendo outros espaços específicos de ação, considerando também a “gestão” e a “atenção”.

Nesse processo os assistentes sociais historicamente identificados como um dos profissionais de saúde que mais se dedica às questões relativas à humanização do atendimento, passa a ser inicialmente convocado a propor estratégias e articular iniciativas para desencadear atividades voltadas para trabalho interdisciplinar de humanização, bem como integrar os grupos de humanização dos hospitais. Mais recentemente denominados “comitês de humanização” estimulando a sua formação em todas as secretarias de saúde e unidades de saúde (Costa, 2000, p. 28-29).

Posto isto, os profissionais do Serviço Social juntamente com os demais profissionais da área da saúde, são convocados para atuarem na garantia e na promoção desta política. Sendo, portanto, primordial ter compreensão dos inúmeros aspectos das práticas de humanização, visto que tais práticas envolvem características abrangentes que caminham desde o processo de tornar operacional um dado “processo político de saúde”, movendo-se para assegurar direitos; o apoio, a criação e desenvolvimento de ações e medidas que beneficiam a população; a releitura das ações adota pelas práticas do auxílio especializado e pelas estratégias do planejamento e administração.

Dessa forma, conforme é elucidado pelo CFESS (2010, p. 52):

O assistente social precisa debater o significado da humanização com a equipe a fim de evitar compreensões distorcidas que levem a uma percepção romântica e/ou residual da atuação, focalizando as ações somente na escuta e redução de tensão. A concepção de humanização, na perspectiva ampliada, permite aos profissionais analisarem os determinantes sociais do processo saúde-doença, as condições de trabalho e os modelos assistencial e de gestão. Nessa direção, cabe aos profissionais desencadear um processo de discussão, com a participação dos usuários, para a revisão do projeto da unidade de saúde, das rotinas dos serviços e ruptura com o modelo centrado na doença.

Assim, o problema presente na política de humanização é a elaboração de uma nova conduta de apoio, organizada na centralização dos indivíduos e na articulação conjunta do Sistema Único de Saúde (SUS). De tal modo, para que tal projeto se fortaleça se faz necessário que os profissionais/funcionários encontrem-se instigados, com um espaço de trabalho que ofereça condições apropriadas e um pagamento salarial justo, correspondendo às práticas exercidas no trabalho profissional. Contudo, a proteção dessa idealização de humanização está fundamentada no Projeto Ético-Político do Serviço Social, necessitando de um comprometimento e uma inquietação, no que diz respeito ao exercício profissional.

Com esse propósito, o/a assistente social necessita estar envolvido na construção das normas e procedimentos auxiliares a serem seguidos, bem como, práticas habituais da ocupação profissional, aplicando recursos na instrução de conhecimentos e competências duradouras às equipes profissionais, a fim de direcionar a refletir e reconsiderar o padrão de atenção à saúde e, conjeturar, frequentemente sobre os desafios que se impõe “no processo coletivo de trabalho em saúde” (CFESS, 2010, p. 52). Ademais, a presença dos usuários neste

procedimento é de extrema relevância. A Política Nacional de Humanização (PNH) está ligada aos princípios fundamentais da política de saúde e a defesa dos fundamentos do Sistema Único de Saúde, possuindo referência no Projeto de Reforma Sanitária.

Por conseguinte, as ações socioeducativas realizadas pelos/as assistentes sociais na saúde correspondem às informações transmitidas, bem como, as instruções e as ações direcionadas aos usuários (seja de forma individual ou em grupo), como também para os membros da família e/ou acompanhantes dos mesmos situados no setor. Assim, tal atuação profissional do/a assistente social também recebe o nome de “educação em saúde”; sua perspectiva envolve diversos pontos, sendo eles:

[...] informação e debate sobre rotinas e funcionamento das unidades [...]; análise dos determinantes sociais das situações apresentadas pelos usuários; democratização dos estudos realizados pela equipe [...]; análise da política de saúde e dos mecanismos de participação popular (CFESS, 2010, p. 55).

Tais ações intencionam o envolvimento dos usuários na compreensão crítica da sua condição inserida na realidade social, para assim elaborar meios estratégicos de ação coletiva. Além disso, considera-se por intuito a “consciência sanitária”, uma definição de suma importância para a Reforma Sanitária. Nesse sentido, os/as assistentes sociais necessitam fazer o uso da “prática reflexiva”, permitindo que os usuários obtenham uma compreensão, bem como uma observação direta das circunstâncias vivenciadas na realidade cotidiana através de uma análise crítica por parte do próprio profissional, permitindo que o usuário tenha uma compreensão, dentro de suas limitações, sobre a realidade do contexto social exposto, podendo contribuir nas mudanças e no desenvolvimento dos sujeitos, contribuindo na superação dos empecilhos e na melhoria das condições de saúde desses sujeitos (Vasconcelos, 1993 *apud* CFESS, 2010).

Dessa forma, segundo o CFESS (2010), no que se relaciona a “mobilização, participação e controle social”, os/as assistentes sociais atuam no envolvimento e na contribuição das camadas sociais, instruindo-os a se organizarem e participarem de forma ativa e dinâmica nas escolhas decisórias a respeito da política, bem como, lutarem e exigirem a garantia e promoção de seus direitos. Assim, tem-se um

espaço criado com o intuito de proporcionar um contato e um diálogo entre a população (usuários) e as instituições, o qual recebe o nome de “ouvidoria”.

A ouvidoria no SUS é um canal de articulação entre o cidadão e a gestão pública de saúde, que tem por objetivo melhorar a qualidade dos serviços prestados. Entre suas atribuições estão: receber as solicitações, reclamações, denúncias, elogios e sugestões encaminhadas pelos cidadãos e levá-las ao conhecimento dos órgãos competentes. Algumas reflexões devem ser levantadas sobre esse canal de comunicação direto entre o usuário e a instituição. As críticas e sugestões são apresentadas individualmente, sem levar em consideração que as dificuldades e impasses vividos pelos usuários são coletivos, resultante da não efetivação do SUS e, portanto, exige respostas coletivas (CFESS, 2010, p. 57).

Ao tomar parte no processo da “ouvidoria”, os/as assistentes sociais fixam as demandas adquiridas nos atendimentos em relatórios elaborados, para assim compartilhar com os demais profissionais da instituição, as demandas que foram requisitadas a fim de verificá-las e determinarem as devidas providências.

No que concerne, a “investigação, planejamento e gestão”, os profissionais de Serviço Social atuam colaborando na construção e execução de ações, propostas e projetos que visam à viabilização de políticas públicas e sociais, bem como projetos direcionados a população menos favorecida social e economicamente. Sendo assim, a atuação dos/as assistentes sociais neste espaço tem importância significativa, pois contribui na organização das ações e meios a serem destinados à promoção de serviços para a população, sendo, portanto, disponibilizados de forma ampla, direcionados aos usuários que mais necessitam.

Por sua vez, na “assessoria, qualificação e formação profissional”, os/as assistentes sociais contribuem no aperfeiçoamento do exercício profissional, contribuindo na ampliação das ações e práticas exercidas nas áreas de trabalho e direcionadas aos usuários. Também contribuem no aprimoramento dos profissionais, no que se refere a sua atuação, isto é, cada vez mais comprometidos com os princípios que norteiam o exercício profissional, bem como aos princípios éticos que direcionam e refletem sob as práticas profissionais exercidas.

Diante disso, em concordância com o CFESS (2010, p. 65),

[...] é importante ressaltar [...] os quatro eixos de atuação profissional [...]: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional envolvem um conjunto de ações a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais, ressaltando a capacidade propositiva dos profissionais,

com ênfase na investigação da realidade, nas ações socioeducativas, nas demandas reais e potenciais, na participação social, na ampliação da atuação profissional, mediando a ação direta com os usuários com as atividades de planejamento, gestão, mobilização e participação social, bem como com as ações voltadas para a assessoria, formação e educação permanente.

Posto isto, os profissionais de Serviço Social, nos diferentes espaços de atuação profissional e na realização de suas várias ações, sendo elas diretamente ligadas à profissão ou não de exclusividade da mesma, necessitam ter como inquietação as várias questões que são impostas pelas relações na sociedade capitalista e pelas perspectivas advindas das mudanças surgidas no cenário contemporâneo, no que diz respeito ao estudo das diversas “expressões da questão social” apresentadas no dia a dia do exercício profissional (CFESS, 2010).

Ademais, o conjunto das expressões e fenômenos da realidade apropria-se constantemente de novos aspectos, resultantes dos fatores sociais e históricos que, por sua vez, atribuem novas dimensões, acentuando suas questões. As transformações drásticas ocorridas ao longo dos anos vêm sendo refletidas sobre o âmbito econômico, político e as relações sociais. E, por sua vez, não só esses segmentos sofrem modificações, mas também o Serviço Social.

Logo, o profissional de Serviço Social mesmo possuindo um posicionamento crítico e comprometido com o Projeto Ético-Político, direcionado a sociedade, necessita estar em constante reflexão, bem como direcionar um “novo olhar” para as circunstâncias que permeiam a nossa realidade. Assim, buscando aperfeiçoar sua prática profissional, ampliando os “horizontes” de sua atuação, rompendo com as concepções e subjeções que se “prendem” a prática profissional na área da saúde pública que, por sua vez, ainda assim se sistematiza em demandas “curativistas” pautadas apenas no atendimento médico guiado no controle de problemas de saúde, dissociadas de outros fatores que podem estar ligados ao problema/doença em questão, bem como na reprodução de ações sujeitas ao sistema das instituições.

Do mesmo modo, como uma forma que o assistente social tem de “quebrar” com a ação profissional habitual/corriqueira, que não externa um posicionamento crítico em face de um trabalho extremamente burocratizado. Desse modo, procuram-se por meio da análise dos aspectos da atual conjuntura, as quais são postas constantemente aos indivíduos, nos diversos âmbitos da sociedade, os avanços para a profissão, conforme os aspectos e demandas presentes no cotidiano e nas

relações dos usuários, bem como, os parâmetros e fundamentos dispostos no regulamento da profissão.

Por isso mesmo, a luta pela superação do modelo médico hegemônico é condição essencial para a reconstrução dos processos de trabalho em saúde na perspectiva da defesa da vida, em meio aos quais também se incluem os assistentes sociais (Costa, 2000, p. 49).

Além do mais, em conformidade com Costa (2000, p. 38-39):

Não há dúvidas quanto à relevância e importância do trabalho realizado pelo assistente social para a consolidação do SUS, e que para realizar um atendimento, por mais simples que possa parecer a atividade e os meios utilizados, o assistente social necessita conhecer não apenas o funcionamento da instituição e/ou a unidade em que trabalha, mas a lógica de funcionamento do sistema de saúde (rede), a dinâmica e a capacidade de atendimento de outras instituições públicas e privadas que envolvam e/ou se apresentem como um meio de viabilizar o atendimento das necessidades da população e que extrapolam a capacidade de atendimento exclusivo das instituições de saúde.

Posto isto, vê-se que os/as assistentes sociais estão introduzidos nos espaços de trabalho da saúde como um “executor”, planejador, gestor e avaliador das relações e das ações estabelecidas entre a instituição, a equipe profissional, os usuários, bem como, em relação os níveis e ações integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente trabalho objetivou pôr em evidência a precarização do Sistema de Saúde Pública no Brasil, o qual reflete no corpo social um quadro preocupante, onde são expostos fatores que impactam diretamente na promoção e na execução das ações desenvolvidas pelas políticas públicas de saúde, nos espaços institucionais de saúde no país. Para tanto, como foi exposto ao logo deste trabalho, tal conjuntura não é recente. No século XX<sup>15</sup>, Saúde, bem como, Saúde Pública, desde o início de sua consolidação no país, já perpassava por percalços, e, apesar de ser um direito de todo e qualquer ser humano, o benefício e a assistência à mesma não era disponibilizado a todos os sujeitos, o que, contemporaneamente, tem persistido na esfera social.

---

<sup>15</sup> A saúde pública só surge no Brasil no século XX, antes disso não existia, nem aqui, nem em nenhuma outra parte do mundo.

Ao analisar e apresentar os marcos e perspectivas que estabeleceram a Saúde, bem como a saúde pública no Brasil, com destaque na Política Nacional de Saúde foi possível identificar a crise e os desafios que se perpetuaram nas diversas fases de sua consolidação, como também os aspectos que, de certo modo, são fatores condicionantes para o desmonte da saúde pública vivenciado pelo Estado da Paraíba, assim como pelo Brasil, no seu contexto contemporâneo.

Sendo necessário também reportar-se ao surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema de saúde pública que visa à prevenção, promoção e proteção, como também a garantia e o acesso universal, integral e de qualidade a todos os cidadãos, mas que ao longo dos anos vem padecendo, diante do sucateamento e da má distribuição dos recursos para o seu financiamento, acarretando desafios na promoção e efetivação das ações e do direito à saúde. Evidenciando, dia após dia, o quanto ainda está “faltando” para que a população usufrua de serviços de saúde mais acessíveis, de qualidade e com recursos favoráveis ao trabalho dos profissionais da área, como também para o atendimento ao público. Portanto, anseia-se identificar os serviços e as demandas que chegam à rede de saúde do município, bem como o trabalho ofertado e os recursos reservados a política pública em questão.

Inclusive, não só é necessário pensar em uma forma de “tentar resolver” os impasses presentes na saúde pública, seja com a ampliação das unidades de saúde (desde as que abrangem os atendimentos “simples” até as que disponibilizam atendimentos de alta complexidade), com o investimento na infraestrutura ou promoção de recursos para manutenção dos serviços e as condições de trabalho. Claro que isso é importante e extremamente necessário, sendo um dever dos governantes executarem tais ações, mas também devem ser levados em consideração outros fatores que impedem que a população acesse o referido serviço que deve englobar desde aspectos econômicos, sociais, emocionais, políticos, culturais e pessoais, pois não só basta disponibilizar um serviço de saúde de qualidade e para todos; também se faz necessário dispor de estrutura, equipamentos e pessoal capacitado, para garantir o usufruto a todos os cidadãos, uma vez que é a própria população que sustenta o sistema, através dos impostos cobrados nos diversos produtos de consumo e que são depositados diariamente nas contas do Governo.

Logo, são muitos os desafios presentes na saúde pública, que precisam ser analisados, trabalhados e combatidos na Paraíba e em todo o Brasil, sendo, portanto, extremamente necessário que haja uma melhor organização e distribuição dos investimentos no setor saúde, para que assim seja possível obter avanços e aperfeiçoamento na estrutura das unidades de saúde, bem como a valorização do trabalho dos profissionais e a ampliação dos serviços e do atendimento prestado a todos os cidadãos, reduzindo as desigualdades, os anseios e a inacessibilidade nos serviços da saúde pública. Claro que não é um problema de simples solução, visto que depende de muitos outros fatores e segmentos que implicam direta ou indiretamente nesta condição, mas é algo que merece ser investigado e revisto, a começar pelo próprio conhecimento da realidade da população.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Aline Silveira *et al.* **A história do cuidado desde suas origens até os tempos de pandemia.** *Acta Biomedica Brasiliensia* (2020) 11: 5-8.

ANTUNES, Ricardo (org.). **A Dialética do Trabalho: Escritos de Marx e Engels.** 1ª edição. São Paulo: Expressão Popular, 2004.

ARAÚJO, Silvera Vieira de. **Entre o poder e a ciência: história das instituições de saúde e de higiene da Paraíba na Primeira República (1889-1930).** Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de Pós-Graduação em História, Recife, 2016.

A SAÚDE NA PARAÍBA. **Brasil Escola** – Meu Artigo. Disponível em: <<https://meuartigo.brasilecola.uol.com.br/saude/a-saude-na-paraiba.htm>>. Acesso em: 11 de abr. de 2024.

BRASIL. **Código de Ética do/a Assistente Social. Lei nº 8.662/1993 de Regulamentação da Profissão.** 10ª ed. rev. e atual. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **O SUS foi importante para pandemia e terá papel fundamental no período pós Covid, avaliam especialistas durante debate organizado pelo Conass.** Disponível em: <<https://www.conass.org.br/o-sus-foi-importante-para-pandemia-e-tera-papel-fundamental-no-periodo-pos-covid-avaliam-especialistas-durante-debate-organizado-pelo-conass/>>. Acesso em: 15 de mai. de 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **SUS: avanços e desafios.** 1ª edição. Brasília: CONASS, 2006.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Presidência da República, 2016. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 16 de mar. de 2024.

BRASIL. Governo da Paraíba. **INSTITUCIONAL – PB Saúde.** Disponível em: <<https://pbsaude.pb.gov.br/institucional>>. Acesso em: 15 de abr. de 2024.

BRASIL. Governo da Paraíba. Decreto Estadual nº 40.096, de 28 de fevereiro de 2020. **Diário Oficial do Estado da Paraíba,** 2020. Disponível em: <<https://auniao.pb.gov.br/servicos/arquivo-digital/doi/janeiro/fevereiro/diario-oficial-29-02-2020.pdf>>. Acesso em: 15 de abr. de 2024.

BRASIL. Governo da Paraíba. Lei Complementar nº 157, de 17 de fevereiro de 2020. **Diário Oficial do Estado da Paraíba,** 2020. Disponível em: <<https://auniao.pb.gov.br/servicos/arquivo-digital/doi/janeiro/fevereiro/diario-oficial-18-02-2020.pdf>>. Acesso em: 15 de abr. de 2024.

BRASIL. Governo da Paraíba. **Mapa – Governo da Paraíba**. Disponível em: <<https://paraiba.pb.gov.br/diretas/ode/regioes-1>>. Acesso em: 15 de abr. de 2024.

BRASIL. Governo da Paraíba. **Unidades Hospitalares – Governo da Paraíba**. Disponível em: <<https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/institucional/unidades-hospitalares>>. Acesso em: 15 de abr. de 2024.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo brasileiro de 2022**. Paraíba: IBGE, 2022. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/panorama>>. Acesso em: 15 de abr. de 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/8080.htm)>. Acesso em: 16 de mar. de 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/8142.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/8142.htm)>. Acesso em: 16 de mar. de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo**. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo>>. Acesso em: 11 de abr. de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é Atenção Primária?** Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/o-que-e-atencao-primaria/o-que-e-atencao-primaria/#>>. Acesso em: 11 de abr. de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que significa ter Saúde?** Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-me-exercitar/noticias/2021/o-que-significa-ter-saude>>. Acesso em: 15 de fev. de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>>. Acesso em: 16 de mar. de 2024.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. In: Capacitação para Conselheiros de Saúde – textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001. p. 1-24.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. 1ª edição. 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. In **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo, 2004.

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. Saúde na Atual Conjuntura, a Pandemia do Coronavírus e as Lutas da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. In: **Revista Humanidades e Inovação**. V. 8, nº. 35, 2021.

CAPONI, Sandra. **Da Compaixão à Solidariedade: uma genealogia da assistência médica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

CERQUEIRA, Laerte; NUNES, Angélica. CGU suspeita de “esquema fura-fila” em atendimentos do Hospital Napoleão Laureano; direção nega. **Jornal da Paraíba**. Disponível em: <<https://jornaldaparaiba.com.br/politica/conversa-politica/cgu-irregularidades-napoleao-laureano-joao-pessoa/>>. Acesso em: 16 de abr. de 2024.

CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais, nº 2. Brasília: CFESS, 2010.

CHAVES, Cleide de Lima. **Crescêncio Antunes da Silveira: um médico filantropo baiano**. In: SANGLARD, Gisele *et al.* **Filantropos da Nação: sociedade, saúde e assistência no Brasil e em Portugal**. Rio de Janeiro: FGV, 2015.

**CONFERÊNCIA LIVRE, DEMOCRÁTICA E POPULAR DE SAÚDE 2022**. Em Defesa da Vida, da Democracia e do SUS. 2022.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, nº 62, 2000.

D'AVILA, Cristiane. **As expedições do Instituto Oswaldo Cruz entre 1911 e 1913**. 2019. Disponível em: <<https://brasilianafotografica.bn.gov.br/?p=13880>>. Acesso em: 22 de abr. de 2024.

GUIMARÃES, Reginaldo (Org.). **Saúde e Medicina no Brasil: contribuição para um debate**. 5ª edição. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984. Biblioteca de Saúde e Sociedade: Vol. nº. 3.

HOCHMAN, Gilberto. **Logo ali, no final da avenida: Os sertões redefinidos pelo movimento sanitário da Primeira República**. História, Ciências, Saúde — Manguinhos, vol. V (suplemento), p. 217-235, Julho 1998. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/hxCNT4Yj7C3mBxskDfZc3LK/?lang=pt>>. Acesso em: 22 de abr. de 2024.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 19ª ed. São Paulo: Cortez; [Lima, Peru]: CELATS, 2006.

LUZ, Madel Terezinha. **Medicina e Ordem Política Brasileira: políticas e instituições de saúde (1850-1930)**. 1ª edição. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982. Biblioteca de Saúde e Sociedade: Vol. nº. 9.

MACHADO, Roberto *et al.* **Danação da Norma: Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições GRAAL, 1978.

MARX, Karl. **O Capital: crítica da economia política**. Livro I: O processo de produção do capital. São Paulo: Boitempo, 2013.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **Manifesto Comunista**. 1ª edição: março de 1998. 4ª reimpressão, São Paulo: Boitempo Editorial, 2005.

MATOS, Maurílio Castro de. **A pandemia do coronavírus (COVID-19) e o trabalho de assistentes sociais na saúde**. 2020.

MATOS, Maurílio Castro de. (Des)informação nos serviços de saúde em tempos de pandemia da Covid-19: uma questão ética e uma requisição enviesada ao trabalho de assistentes sociais. In: **Revista Em Pauta**, Rio de Janeiro – 2º Semestre de 2021 - n. 48, v. 19, p. 124-138.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5):2297-2305, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/VRzN6vF5MRYdKGMBYgksFwc/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 10 de abr. de 2024.

MENDES, José Dínio Vaz; BITTAR, Olímpio J. Nogueira V. Perspectivas e desafios da gestão pública no SUS. In: **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 16, n. 1, p. 35-39, 2014.

MOTA, Ana Elizabete. Seguridade Social Brasileira: desenvolvimento histórico e tendências recentes. In: **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2009.

MOTA, Ana Elizabete *et al.* **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4ª edição. São Paulo: Cortez; Brasília: DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

NEGREIROS, Rejane; TEIXEIRA, Juliana. Desafios na Saúde Pública de João Pessoa e do país. **Política por Elas**. Disponível em: <<https://m.politicaporelas.tv.br/2023/08/10/desafios-na-saude-publica-de-joao-pessoa-e-do-pais/>>. Acesso em: 18 de abr. de 2024.

NETO, Mamede Moura dos Santos. **Qualidade no Sistema Público de Saúde: avaliação do cenário paraibano**. Dissertação (Mestrado em Gestão Pública e Cooperação Internacional) - Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública e Cooperação Internacional da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB, 2018.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. 8ª ed. São Paulo: Cortez, 2005.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tamaso. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. In: **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2009.

OLIVEIRA, André Luiz de. **História da saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS**. Encontros Teológicos nº 61. Ano 27 / número 1 / 2012, p. 31-42.

ORDEM DEMOCRÁTICA. **A falta de estrutura do serviço de saúde no Brasil e a carência de políticas públicas adequadas**. Disponível em: <<https://ordemdemocratica.com.br/a-falta-de-estrutura-do-servico-de-saude-no-brasil-e-a-carencia-de-politicas-publicas-adequadas/>>. Acesso em: 16 de abr. de 2024.

PAIXÃO, Cristiane de Melo; CORREIA, Gêyza Cristina Silva. **A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL EM ÂMBITO HOSPITALAR**: uma abordagem a partir do Hospital e Maternidade Municipal de São José de Ribamar (MA). **INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR FRANCISCANO – IESF**, 2018.

PARAÍBA. CGU aponta esquema de 'fura-fila' e outras irregularidades no Hospital Napoleão Laureano, em João Pessoa. **G1 Paraíba**. Disponível em: <<https://g1.globo.com/pb/paraiba/noticia/2024/02/05/cgu-aponta-esquema-de-fura-fila-e-outras-irregularidades-no-hospital-napoleao-laureano-em-joao-pessoa.ghtml>>. Acesso em: 16 de abr. de 2024.

PARAÍBA. Obras Inacabadas: hospital inaugurado incompleto e postos de saúde abandonados deixam moradores indignados. **G1 Paraíba**. Disponível em: <<https://g1.globo.com/pb/paraiba/noticia/2023/10/19/obras-inacabadas-hospital-inaugurado-incompleto-e-postos-de-saude-abandonados-deixam-moradores-indignados.ghtml>>. Acesso em: 15 de mai. de 2024.

PINHEIRO, Ellana Barros. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: aspectos da intervenção profissional. In: **VII Jornada Internacional de Políticas Públicas**. São Luís (MA, Brasil), 25 a 28 de agosto de 2015. p. 1-10.

PINTO, Geraldo Augusto. **A Organização do Trabalho no Século XX: Taylorismo, Fordismo e Toyotismo**. 1ª ed. São Paulo: Expressão Popular, 2007.

PUTTINI, Rodolfo Franco. **Curandeirismo, Curandeirices, Práticas e Saberes Terapêuticos: reflexões sobre o poder médico no Brasil**. Revista de Direito Sanitário, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 32-49, Nov. 2010/Fev. 2011.

RABELLO, Lucíola Santos. A saúde pública e o campo da promoção da saúde. In: **Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, pp. 65-105. ISBN: 978-85-7541-352-4. Available from SciELO Books. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/z7jxb/pdf/rabello-9788575413524-05.pdf>>. Acesso em: 15 de fev. de 2024.

SANGLARD, Gisele *et al.* **Filantropos da Nação: sociedade, saúde e assistência no Brasil e em Portugal**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2015.

SARRETA, Fernanda Oliveira. O trabalho do Assistente Social na saúde. **CIÊNCIA ET PRÁXIS**, v. 1, n. 2, (2008). p. 39-46.

SCLIAR, Moacyr. **História do Conceito de Saúde**. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17 (1): 29-41, 2007.

SILVA, Luiz Jacintho da. O Controle das Endemias no Brasil e sua História. **Ciência e Cultura**. Vol. 55 nº. 1. São Paulo: Jan./Mar., 2003. Disponível em: <[http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0009-67252003000100026](http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252003000100026)>. Acesso em: 30 de abr. de 2024.

SOUZA, Vanderlei Sebastião de. **Eugenia, racismo científico e antirracismo no Brasil: debates sobre ciência, raça e imigração no movimento eugênico brasileiro (1920-1930)**. *Revista Brasileira de História*, vol. 42, nº 89. p. 93-115. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbh/a/TLsppHZdSyVtfKjZbRx9qXK/#>>. Acesso em: 23 de abr. de 2024.

VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. In: **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 2009.

WILKER, Nikelen A. **Curandeirismo: Um Outro Olhar sobre as Práticas de Cura no Brasil do Século XIX**. *VIDYA*, v. 19, nº 34, 2000. Disponível em: <<https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/VIDYA/article/view/523/513>>. Acesso em: 21 de abr. de 2024.

ZANCHI, Marco Túlio. **Sociologia da Saúde** / ZANCHI, Marco Túlio; ZUGNO, Paulo Luiz. 2ª ed. rev., e ampl. Caxias do Sul, RS: Educus, 2010.