

UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO

Curso de Serviço Social

Rayanne Negreti de Oliveira

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: UM ESTUDO DA ATUAÇÃO DO
ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE**

São Paulo

2015

Rayanne Negreti de Oliveira

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: UM ESTUDO DA ATUAÇÃO DO
ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade de Santo Amaro – UNISA, como requisito parcial para obtenção do título Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof^a. Dra. Sônia Maria de Almeida Figueira.

São Paulo

2015

RESUMO

A monografia resgatou a história da política de saúde no Brasil enfatizando a proposta de Reforma Sanitária e a inserção dos profissionais do Serviço Social nas ações e serviços de saúde, além de compreender a atuação deste profissional nos espaços de saúde da Subprefeitura da Capela do Socorro. Através da Resolução CFESS N° 383 de 29 de março de 1999, o/a Assistente Social é caracterizado como profissional da saúde e lhe é atribuído uma intervenção junto aos fenômenos socioculturais e econômicos que reduzam a ineficácia dos programas de prestação de serviços nos níveis de promoção, proteção e/ou recuperação da saúde e, em 2010 foi elaborado pelo Conselho Federal de Serviço Social um documento intitulado “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”. O objetivo deste estudo foi analisar a adoção destes parâmetros por Assistentes Sociais que atuam na saúde. O estudo adotou a abordagem de pesquisa qualitativa, identificando serviços de saúde da Subprefeitura da Capela do Socorro, que tinham na equipe multidisciplinar o profissional de Serviço Social, posteriormente estes profissionais foram contatados por e-mail, telefone ou pessoalmente a fim de responder um questionário padronizado, e aleatoriamente uma porcentagem dessa amostra foi convidada a participar de uma entrevista semiestruturada, enriquecendo a análise.

Palavras-Chave: Política de Saúde. Reforma Sanitária. Serviço Social na Saúde.

ABSTRACT

This monograph rescued the history of policy and health in Brazil, emphasizing the proposal of sanitary reform and the insertion of professional of social service in actions and health services, beyond to understand the performance of this professional in health spaces of district of city hall of Socorro's chapel. Trough of Resolution CFESS N° 383 of 29 march 1999, his/him social worker is featured how health professional and it is assigned one intervention together at sociocultural phenomenon to reduce the inefficiency of programs for installment services at levels of promotion, protection and/or health recovery and, in 2010 has created by Federal Advice of social service one document called "Parameters for atuation of Social Service for Health policy." The goal of this study was analise the adoption of these parameters by social workers what acting in health. That study adopted the approach of qualitative research, identifying health services of district of city hall of Socorro's chapel, what had at multidisciplinary team the social service professional, after this professionals were contated by e-mail, telephone or personal at end of answer one standard questionnaire, and random one percentual of this sample has invited for participate for one interview semi structured, enriching the review.

Keywords: Health Policy. Sanitary Reform. Social Service in Health.

**Dedico este trabalho à minha família,
por todo apoio e incentivo, por me
iluminar de maneira especial e ser a
base fundamental para minha
formação.**

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha mãe e ao meu pai, aos quais tenho muito que agradecer por tudo que fizeram até hoje, pelo esforço e dedicação para que eu tivesse uma boa formação profissional, e mais do que isso, uma boa formação humana, que é o que fizeram de mais importante por mim, só posso retribuir tentando ser a filha que pais como vocês merecem. Por tudo isso eu serei eternamente grata, sem vocês nada disso seria possível, a presença de vocês significa para mim segurança e a certeza de que não estou sozinha nessa caminhada.

Agradeço à minha avó materna, Maria, e aos meus avós paternos, João e Odete, por todo carinho, amor e pela capacidade de me trazerem paz na correria de cada semestre. Digo com a maior certeza do mundo, que vocês são o presente mais valioso que a vida me deu.

Agradeço às minhas tias e meus tios, pessoas as quais amo compartilhar a vida, que de forma especial e carinhosa me dão força e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldades, que compreenderam os momentos de ausência e também contribuíram de diversas formas, em maior ou menor grau, em diferentes momentos, para que esse estudo tornasse-se realidade.

Agradeço aos meus grandes amigos, Karoline e André, pelas alegrias e tristezas compartilhadas. Com vocês, os momentos entre um parágrafo e outro deste estudo me deram, de algum modo, força de vontade para continuar e superar os obstáculos. Pessoas que me dão palavras de coragem e que vibram com as minhas vitórias, tive uma imensa sorte de encontrá-los, com pessoas tão especiais na minha vida tenho a certeza da alegria, do companheirismo e do conforto da amizade sincera.

Agradeço a todos os meus professores do Curso de Graduação em Serviço Social, em especial à Professora Joana pelo paciente trabalho de revisar meu estudo e pela contribuição em qualificá-lo. E a todas minhas companheiras de classe, com quem convivi no espaço acadêmico ao longo desses quatro anos, onde aprendi a ser reflexiva, crítica e a nunca encarar a realidade como pronta. O conhecimento compartilhado neste espaço foi uma das melhores experiências que tive na vida.

Agradeço especialmente à Professora Sônia, minha orientadora, tão atenciosa e paciente. Seu suporte e olhar atento foram decisivos para eu chegar até aqui, desejei sua participação em meu estudo desde o quinto semestre ao apresentar para nossa turma o papel fundamental que nossa profissão possui na área da saúde, tenho certeza que a produção do meu trabalho não teria sido a mesma sem você, serei eternamente grata pela oportunidade de ser sua aluna e orientanda.

Agradeço a Deus, pois sem ele nada teria sentido nessa jornada, e a todos que de forma direta ou indireta fizeram parte de minha formação.

Á todas e a todos, sou imensamente grata e feliz.

*"Importante não é ver o que
ninguém nunca viu, mas sim, pensar
o que ninguém nunca pensou sobre
algo que todo mundo vê."
(Arthur Schopenhauer)*

Lista de Abreviaturas e Siglas

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ABI	Associação Brasileira de Imprensa
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva
AI	Ato Inconstitucional
AIS	Ações Integradas de Saúde
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
AME	Ambulatório Médico de Especialidades
ARENA	Aliança Renovadora Nacional
BNH	Banco Nacional da Habitação
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensões
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CEAS	Centro de Estudo e Ação Social
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEME	Central de Medicamentos
CGT	Comando Geral dos Trabalhadores
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNBB	Conferência Nacional de Bispos do Brasil
CNRS	Comissão Nacional para a Reforma Sanitária
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASP	Conselho Nacional da Administração de Saúde Previdenciária

CUT	Central Única dos Trabalhadores
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FMI	Fundo Monetário Internacional
IPASE	Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensões
IAPB	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários
IAPC	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes
IAPM	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
MESA	Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Combate à Fome
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MTIC	Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
ONG	Organização Não Governamental
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PRONAF	Programa Nacional da Agricultura Familiar
PRONAN	Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
PS	Pronto Socorro
PSF	Programa Saúde da Família
SAE	Serviço de Assistência Especializada em DST/Aids
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSAN	Sistema Único de Segurança Alimentar e Nutricional
SUVIS	Supervisão de Vigilância em Saúde
UAD	Unidade de Atendimento Domiciliar
UBS	Unidade Básica de Saúde

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Distribuição das participantes segundo faixa etária.....	120
Tabela 2 – Distribuição das participantes segundo tempo de formação e tempo de atuação na saúde.....	120
Tabela 3 – Distribuição das participantes segundo quantidade de unidades de saúde em que atuou	121
Tabela 4 – Distribuição das participantes segundo tempo de exercício na unidade atual.....	121
Tabela 5 – Distribuição das participantes segundo realização de leituras e participação em eventos nos últimos 12 meses	140

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 FUNDAMENTOS DA POLÍTICA SOCIAL	21
2.1 O liberalismo e o Mérito Individual	24
2.2 A Consolidação da Política Social no Fordismo-Keynesianismo	26
2.3 Concepções Neoliberais nas Políticas Sociais.....	28
2.3.1 Trajetória da Política Social no Contexto Brasileiro	29
2.4 A Concepção de Seguridade Social.....	48
3 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	52
3.1 A Saúde de 1920 até a Promulgação da Constituição Federal de 1988.....	52
3.2 Reforma Sanitária: Lutas Sociais pela Saúde	64
3.2.1 Sistema Único de Saúde: Uma Conquista do Povo Brasileiro	67
3.3 Contrarreforma do Estado: Influências Neoliberais na Saúde.....	74
4 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE	80
4.1 Movimento de Reconceituação do Serviço Social	87
4.2 Desafios Postos para o Serviço Social na Saúde a partir dos Anos 90	95
5 PARÂMETROS PARA ATUAÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA POLÍTICA DE SAÚDE	98
5.1 Atendimento Direto aos Usuários.....	100
5.1.1 Ações socioassistenciais	100
5.1.2 Ações de Articulação com a Equipe de Saúde	103
5.1.3 Ações Socioeducativas.....	105
5.2 Mobilização, Participação e Controle Social	106
5.3 Investigação, Planejamento e Gestão.....	109
5.4 Assessoria, Qualificação e Formação Profissional	111
6 A PESQUISA DE CAMPO	113

6.1 Região da Subprefeitura da Capela do Socorro.....	113
6.2 Metodologia.....	114
7 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS	119
7.1 Caracterização do Perfil das Profissionais.....	119
7.2 O Envolvimento das Profissionais com a Questão Saúde	122
7.3 As Ações Desenvolvidas pelas Profissionais em seus Espaços Sócio- ocupacionais	131
7.4 Conhecimento das Profissionais a Respeito do Documento “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”	143
7.5 A Materialização do Documento “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde” no Espaço Sócio-ocupacional	145
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	151
REFERÊNCIAS.....	154
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	161
APÊNDICE A - Questionário	163
APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista	168

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem por objetivo compreender a atuação dos profissionais de Serviço Social no campo da saúde da Subprefeitura da Capela do Socorro, a fim de analisar a materialização dos “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”, documento que teve a participação da categoria em sua elaboração, e foi publicado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS).

Os parâmetros estabelecidos fortalecem o trabalho de Assistentes Sociais, e proporcionam uma melhora qualitativa no atendimento à população que utiliza os serviços de saúde, reforçando o quão valoroso é identificar os usuários da saúde como cidadãos de direito. Segundo Martinelli (2011, p.500) “Como área de conhecimento e de intervenção na realidade humano social, o Serviço Social deve mobilizar-se, cada vez mais intensamente, na perspectiva da assistência integral à saúde da população atendida”.

No que se refere ao seguimento desses parâmetros é primordial que o Assistente Social atuante na saúde seja propositivo e tenha clareza do seu projeto ético-político, de maneira que esteja sempre atualizado a respeito das ações profissionais, bem como das orientações elaboradas pela categoria juntamente com as entidades que a regulamentam, o empenho do profissional para a apropriação das diretrizes definidas pelo conjunto da categoria depende da identidade do profissional com o projeto de Reforma Sanitária e com seu projeto ético-político, conforme Lolatto (2004, p. 14):

O mais importante a ser ressaltado é que a sua intervenção não estará descolada da própria construção sociocultural do seu ser sujeito enquanto pessoa e de sua postura ético-política enquanto profissional.

Deste modo, antes de aplicarmos pesquisa, avaliamos que havia uma possibilidade dos eixos presentes nos parâmetros não serem implantados em sua totalidade nas ações das Assistentes Sociais participantes da pesquisa, visto que o grau de comprometimento com as propostas de mudança podem variar entre as profissionais.

Esta pesquisa reafirma a importância do profissional do Serviço Social nos espaços de saúde, e analisa se o documento disponibilizado pelo CFESS é de

conhecimento dos profissionais atuantes na saúde da Subprefeitura da Capela do Socorro, e se os parâmetros são aplicados no cotidiano profissional.

Para o desenvolvimento e efetivação do objetivo almejado, o estudo baseou-se na pesquisa qualitativa. Configura-se em um estudo em que a coleta de dados se deu através de questionários padronizados e entrevista semiestruturada. O objeto de pesquisa são as ações dos profissionais do Serviço Social que atuam na área da saúde em unidades da Subprefeitura da Capela do Socorro, e as informações coletadas foram descritas e analisadas ao longo da pesquisa.

A escolha em desenvolver uma pesquisa que tem como eixo central a atuação de assistentes sociais na área da saúde se deu pelo apreço pela temática inserida no contexto histórico da Política de Saúde no Brasil. Destacando a amplitude que a saúde teve na década de 1980, onde deixou de ser um interesse apenas dos técnicos para se tornar uma questão política, entrelaçada à democracia, passando a ser um direito de todos e dever do Estado.

No Brasil considera-se que os movimentos populares que ocorreram em meados dos anos 80 trouxeram significativos avanços sociais e políticos, reafirmados pela Constituição Federal de 1988 através da concepção de Seguridade Social, realizando a junção do tripé: Saúde, Assistência Social e Previdência Social.

Art. 194. A Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. (BRASIL, 1988, p.33)

A concepção de Seguridade Social segundo o CFESS (2010, p. 17) “representa a promessa de afirmação e extensão de direitos sociais em nosso país”. A Saúde foi uma das maiores conquistas resultantes dessa luta de diversos atores sociais, e passou a ser parte de um conjunto de Direitos nomeados como “Direitos Sociais”, sendo este, um direito fundamental para todos os cidadãos cabendo ao Estado implantar e implementar políticas públicas para a garantia do direito de acesso à Saúde. Deste modo, criou-se em 1990, através das Leis nº 8.080 e nº 8.142, o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como objetivo a promoção, proteção e a recuperação da saúde, já que anterior ao SUS, o acesso à esses serviços era restrito, servindo apenas para cidadãos que possuíam carteira assinada

e seus familiares, portanto, é implantada a partir deste momento a noção de que a saúde é um direito do cidadão e dever do Estado.

Compreendendo a saúde como um direito, o Estado tem o dever de garanti-lo aos cidadãos, conforme preceituam os artigos 197 e 199, § 1º, da Constituição Federal, na regulamentação, fiscalização e controle de um Sistema Único de Saúde (o SUS) constituído por uma rede regionalizada, hierarquizada e organizada, por ações e serviços públicos em parceria – complementar – com as instituições privadas. (LOLATTO, 2004, p.32)

O SUS tem sua base norteadora no Projeto de Reforma Sanitária¹, que traz a concepção ampla de saúde e defende a universalização das políticas sociais bem como a garantia dos direitos sociais. O novo sistema de saúde passa a defender três princípios básicos: universalidade, equidade e integralidade dos serviços prestados.

A universalidade traz o conceito de saúde como direito de todos os cidadãos; a equidade visa o atendimento desigual aos desiguais, ou seja, atender mais àqueles que necessitam mais; e a integralidade defende a proposta de atender o sujeito como ser social em todas as suas necessidades de saúde. Com as novas exigências da saúde, o profissional do Serviço Social recebe demandas sociais nessa área, a fim de compreender os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença dos usuários.

Entendemos que o processo coletivo de trabalho nos serviços de saúde define-se a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil; das mudanças de natureza tecnológica, organizacional e política que perpassam o Sistema Único de Saúde; e das formas de cooperação vertical (divisão sociotécnica e institucional do trabalho) e horizontal (expansão dos subsistemas de saúde) consubstanciadas na rede de atividades, saberes, hierarquias, funções e especializações profissionais. (COSTA, 1998, p.5)

O período de redemocratização do país não atingiu lutas e mobilizações apenas da população em geral, a ideologia de mudança e ruptura com o conservadorismo atingiu também as categorias profissionais, inclusive o Serviço

¹ O movimento da Reforma Sanitária nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população. (www.pensesus.fiocruz.br)

Social que juntamente com as exigências da mobilização popular viu a necessidade de articular os projetos profissionais aos projetos societários.

Desta forma, ocorre dentro da categoria uma intenção de ruptura com o Serviço Social tradicional que tinha fortes influências da Igreja Católica onde predominava assim a atuação filantrópica. Já essa nova corrente, que propunha uma reconceituação do Serviço Social, tem como base a teoria Marxista, e no primeiro momento sofreu diversas críticas dos agentes conservadores.

O perfil das práticas do Serviço Social vai se reformulando das ações voluntárias, assistencialistas e vinculadas à Igreja, ora ao capitalismo e à sociedade burguesa, com suas Instituições assistenciais, para práticas de compromisso com as diversas formas de inclusão social, com a defesa da democracia, cidadania, e dos segmentos mais fragilizados social e politicamente. Evidencia-se, a partir deste novo momento, uma forte direção na defesa dos direitos humanos e dos direitos sociais, consolidados com a promulgação da Constituição de 1988. (CARDOSO, 2008, p.17)

Conseqüentemente ocorre uma divisão da categoria quanto ao modo de atuação profissional, sendo que a intenção de ruptura passa a ser forte nos profissionais ligados às universidades, porém com pouca adesão dos Assistentes Sociais inseridos nos serviços de atendimento que ficaram distantes da atuação crítica.

Assim, no interior da categoria profissional conviviam alienação e crítica, não como dois blocos monolíticos, mas como termos opostos de uma relação, em que a contradição permanecia ainda oculta pela indeterminação da identidade atribuída e abafada pelo peso do pensamento conservador. A frágil consciência coletiva da categoria profissional impedia que a consciência crítica se firmasse como uma unidade hegemônica, embora sua presença já se fizesse sentir seus questionamentos e buscas. (MARTINELLI, 2011, p. 145)

Por esta razão é compreendido que o processo de intenção à ruptura em sua fase inicial se explicitou como produto universitário sob o ciclo autocrático burguês, como explica NETTO (2011, p. 251):

No espaço universitário tornou-se possível a interação *intelectual* entre os Assistentes Sociais que podiam se dedicar à pesquisa sem as demandas imediatas da prática profissional submetida às exigências e controles institucional-organizacionais e especialistas e investigadores de outras áreas; ali se tornaram possíveis *experiências-piloto* (através da extensão, com campos de estágios supervisionados diretamente por profissionais orientados pelos novos referenciais) destinadas a verificar e apurar os procedimentos interventivos propostos sob nova ótica.

Nos anos 90 o Brasil assume com presteza as propostas do neoliberalismo, reduzindo gastos do Estado com as políticas sociais, contribuindo com a cultura de Estado mínimo para o social, e Estado máximo para o capitalismo. Passa a existir então o processo de contrarreforma, também conhecido como Projeto de Ajuste Neoliberal², que dentre suas pretensões de eliminar as vitórias alcançadas pós-ditadura estava à negação da concepção de Seguridade Social.

O Sistema Único de Saúde (SUS) não se efetiva enquanto um sistema universal e integral e a iniciativa privada enxerga no campo da saúde uma possibilidade de expansão de seus serviços. A intenção de ações universais na saúde pública fracassa, já que os serviços ofertados são programas focalizados para aqueles que não possuem subsídios de consumir os serviços privados.

Por outro lado, a nova configuração da política neoliberal traz impactos na atuação de Assistentes Sociais na saúde, pois junto com a contrarreforma ocorre a precarização do trabalho, e o profissional do Serviço Social torna-se receptor das demandas geradas pela situação de pobreza que a classe trabalhadora está submetida, e por fazer parte da “classe que vive do trabalho³” também é aviltado por essas condições.

Mesmo com os dois projetos de saúde se opondo, ora destacando-se ações que se identificam com os pressupostos da Reforma Sanitária, ora da contrarreforma, os avanços e ganhos na saúde desde os anos de 1980 é inegável. E a grande luta dos profissionais da saúde é garantir que o SUS real se aproxime cada vez mais do SUS constitucional.

O Assistente Social é caracterizado como profissional da saúde conforme resolução N^o 383 de 29 de Março de 1999 do CFESS. Logo, o Assistente Social tem

² No Brasil, o ‘neoliberalismo’ foi introduzido associado ao discurso da necessidade de modernização do país, que se iniciou no governo de Fernando Collor de Mello, em 1989, e se aprofundou nas décadas de 1990 e 2000. No primeiro caso, com ênfase nas reformas econômicas, na privatização das empresas estatais e nas políticas sociais focalizadas; no segundo, aprofundando esses aspectos e modificando substancialmente a estrutura do Estado por meio de ampla reforma, consubstanciada em documento denominado Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (1995). (www.sites.epsjv.fiocruz.br)

³ Termo utilizado por Antunes na obra “Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho” para referenciar a classe trabalhadora.

como desafio articular-se com os demais profissionais de saúde e com o movimento social em defesa do Projeto de Reforma Sanitária, encarando a luta pela democracia, pelas políticas públicas e através de sua atuação crítica questionar a ideologia neoliberal imposta na saúde e nas políticas sociais.

Para nortear o profissional da saúde em sua atuação, o CFESS elaborou de modo democrático com o conjunto da categoria, um documento intitulado como “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”. A formulação deste documento norteador de acordo com o (CFESS, 2010, p.11) tem como finalidade “referenciar a intervenção dos profissionais na área da saúde” é um produto construído democraticamente pelo coletivo da categoria no início de 2008.

Foram realizados 52 debates em todo território nacional contando com a participação de aproximadamente 5 mil profissionais, além de discussões e sistematizações no 36º e 37º Encontro Nacional CFESS/CRESS⁴ e reuniões que aprofundaram o conteúdo, bem como publicações e documentações que foram consultadas para o desenvolvimento da versão preliminar e posteriormente o modelo final publicado em 2010. Nele é possível encontrar a totalidade das ações desenvolvidas por Assistentes Sociais que intervêm na área da saúde, contemplando as particularidades das ações de atenção básica, média e alta complexidade em saúde.

As diversas ações estão interligadas e são complementares, aponta-se para uma equivalência no grau de importância entre as ações assistenciais, as de mobilização popular e as de pesquisa e planejamento do trabalho profissional, por exemplo. (CFESS, 2010, p. 12)

Deste modo, faz-se necessário que os profissionais tomem conhecimento deste documento e materializem as diretrizes no cotidiano profissional, pois segundo Martinelli (2011, p.500) “Tais parâmetros reforçam a importância de reconhecer os usuários da saúde como sujeitos de direitos, em um contexto de cidadania e democracia”.

⁴ O 36º Encontro Nacional ocorreu em Natal do dia 02 a 05 de Setembro de 2007, tendo como tema central “A Ofensiva de Desregulamentação no Capitalismo Contemporâneo: Tendências Destrutivas das Reformas Neoliberais no Serviço Social” e o 37º Encontro Nacional aconteceu em Brasília do dia 25 a 28 de Setembro de 2008 e teve como temática “Direito, Trabalho e Riqueza no Brasil: O Conjunto CFESS/CRESS na Defesa do Projeto Ético-Político Profissional”. (www.cfess.org.br)

A monografia traz nos primeiros itens os conceitos considerados centrais nesse estudo, que nortearam a pesquisa e a sua posterior análise, inicia-se com os fundamentos da política social e sua trajetória dentro do contexto brasileiro. Na sequência abordaremos a história da política de saúde no Brasil desde o ano de 1920, passando pelo Movimento da Reforma Sanitária e conquista do SUS, e os desafios postos no campo da saúde após a corrente neoliberal ganhar força no país. Tratamos no terceiro item sobre o encontro do Serviço Social e da saúde e os desafios postos atualmente para a categoria, iremos refletir sobre o documento “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”. A partir do sexto item teremos a apresentação dos resultados obtidos através da aplicação do questionário padronizado e da entrevista semi-estruturada, bem como a análise dos dados.

2 FUNDAMENTOS DA POLÍTICA SOCIAL

No campo das ciências sociais, a política social possui um papel importante e muito discutido, inclusive é entendida como uma matéria fundamental para a formação de Assistentes Sociais, já que além de ser o campo de atuação dos profissionais, é também uma das estratégias de intervenção do Estado para o enfrentamento da “Questão Social”⁵, com a redistribuição de renda, induzindo a melhora da qualidade de vida dos indivíduos.

A concepção sobre a política social sustenta-se no fato de que ela, em seu estágio mais avançado, se faz presente mediante complexos esquemas de distribuição renda, produção e provisão de bens e serviços, distribuição de ativos patrimoniais, aplicando significativas parcelas do Produto Interno Bruto (PIB) além de regular alguns setores do mercado e empregar expressiva parcela da força de trabalho do país. Em seu desenrolar, essas políticas afetam a situação social dos indivíduos, famílias e grupos sociais, induzindo melhorias na qualidade de vida da população e, ao mesmo tempo, dadas suas dimensões, alteram a economia e a autonomia de um país. (CASTRO, 2012, p. 1012)

Além disso, as políticas de Seguridade Social possuem uma significativa parcela na inserção de Assistentes Sociais no mercado de trabalho, mas outras categorias profissionais também têm se interessado pela temática.

A política social vem interessando vários tipos de profissionais como os economistas, os sociólogos, os Assistentes Sociais, os médicos, tendo em vista que com a intervenção do Estado encontram-se na perspectiva ou na realidade do trabalho assalariado independente da função pública. (FALEIROS, 2009, p. 11)

As discussões a respeito dessa temática no seio do Serviço Social através da visão crítica são recentes, tendo início em meados dos anos 70 juntamente com a introdução do pensamento crítico e a adoção da dialética marxista no debate profissional.

⁵ Questão Social apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva. O trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se provada, monopolizada por uma parte da sociedade. (IAMAMOTO, p.27, 2003)

Para evitar abordagens unilaterais, a política social é aqui analisada de forma crítico-dialética⁶, na medida em que atende as necessidades do capital e do trabalho.

A análise da política social implica, assim, metodologicamente a consideração do movimento do capital e, ao mesmo tempo, dos movimentos sociais concretos que o obrigam a cuidar da saúde, da duração da vida do trabalhador, da sua reprodução imediata e a longo prazo. É necessário considerar também as conjunturas econômicas e os movimentos políticos em que se oferecem alternativas a uma atuação do Estado. (COUTO, 2006, p.59)

Portanto, é consequência da contraditória relação entre o Estado e a sociedade, pois o Estado em seus contextos sociais, econômicos e políticos variados ora assume características restritas que são voltadas para o interesse de uma única classe, ora assume características ampliadas que visa o interesse de diferentes segmentos da sociedade. Assim, a política social é um fenômeno que se constitui no processo de produção e reprodução capitalista, conforme esclarece Behring (2008, p.14):

É reconhecido que a existência de políticas sociais, é um fenômeno associado à constituição da sociedade burguesa, ou seja, do específico modo capitalista de produzir e reproduzir-se. Evidentemente que não desde os seus primórdios, mas quando se tem um reconhecimento da questão social inerente às relações sociais nesse modo de produção, vis à vis ao momento em que os trabalhadores assumem um papel político e até revolucionário.

Apesar do debate sobre a política social ser recente, desde o declínio do feudalismo foi desencadeada uma discussão racional a respeito do papel do Estado, e este era visto como um mediador civilizador, controlando o desejo de vantagens materiais existentes nos homens em seu estado natural. Jean-Jacques Rousseau, um dos inspiradores da Revolução Francesa⁷, defendia a tese de que no estado de natureza o homem é bom, e a sociedade civil o torna imperfeito, pois a sociedade foi

⁶ Defendida por Karl Marx, é uma maneira de se pensar a realidade em uma constante mudança por meios de termos contrários, que dão origem a um terceiro, que os concilia. Para o pensador, na sociedade capitalista a tese seria a burguesia, a antítese o proletariado, e a síntese seria a superação de uma sociedade de classes por uma sociedade sem classes.

⁷ A Revolução Francesa inaugurou uma outra dimensão para as ideias liberais, cuja base esteve assentada na tríade Liberdade, Fraternidade e Igualdade, defendida pelos revolucionários franceses como patamar de vida para todos os cidadãos, em qualquer país, difundindo a ideia do liberalismo para o mundo. (COUTO, 2006, p.39)

corrompida pela propriedade, sendo esta um produto construído pelo mais rico para proteger seus interesses particulares.

Então, até aquele momento, o Estado teria sido construído a fim de manter a desigualdade e proteger a propriedade, e não para manter o bem comum. A solução encontrada por Rousseau para mudar essa situação seria a criação de um Estado onde o poder emanasse do povo, pela cidadania, por meio de uma vontade geral, e apenas um Estado de Direito seria capaz de estreitar a desigualdade existente na sociedade e promover a educação pública para todos.

A partir do século XVII na luta contra o poder do rei e da Igreja, e com o surgimento do pensamento liberal é que os indivíduos passam a ser reconhecidos como detentores de direitos, no entanto esses direitos a princípio são vistos como méritos.

O Estado considera os indivíduos como sujeitos dos direitos, mas não as coletividades, os grupos ou as classes. O auxílio social, por exemplo, está assentado sobre uma base individual ou no máximo familiar. Cada um deve velar por si mesmo. (FALEIROS, 2009, p.49)

As sociedades que tiveram sua formação antes do surgimento do capitalismo não tinham a visão de fortalecer o mercado, e já assumiam algumas intervenções sociais. Porém, não tinham como intenção a emancipação da qualidade de vida ou o bem-estar social, suas ações eram para punir os que não se enquadravam na sociedade a fim de manter a ordem social, essas ações eram conjuntas com a caridade privada e a filantropia.

Ao lado da caridade privada e de ações filantrópicas, algumas iniciativas pontuais com características assistenciais são identificadas como protoformas de políticas sociais. (BEHRING & BOSCHETTI, 2009, p.47)

Não se pode dizer um período preciso da existência das políticas sociais, mas, segundo Behring & Boschetti (2009, p.47) “como processo social, elas se gestaram na confluência dos movimentos de ascensão do capitalismo como a Revolução Industrial, das lutas de classe e do desenvolvimento da intervenção estatal”.

Também houve três contextos característicos de períodos distintos: o liberalismo; o keynesianismo-fordismo e o neoliberalismo. Mostrando que a política

social se expande ou se retrai conforme a conjuntura política e econômica de determinado momento histórico, como esclarece Faleiros (2009, p.79):

Nesse sentido, a política social é eminentemente política. A conservação do poder político da hegemonia, da capacidade de direção, de manutenção de um “pacto social aceito” (ainda que não negociado com as classes dominadas, portanto, manipulado) por parte das classes dominantes, é função do Estado, mas não instrumento do capitalista em particular.

2.1 O liberalismo e o Mérito Individual

O liberalismo⁸ surgiu gradativamente em oposição à monarquia absoluta, Adam Smith, o principal fundador do liberalismo defendia a ideia de que os indivíduos ao buscarem vantagens materiais através do trabalho, eram dominados por um sentimento moral que maximizava o bem-estar social, ou seja, o mérito de capacitar as necessidades tidas como naturais era visto como uma ação individual do sujeito.

Cada indivíduo agindo em seu próprio interesse econômico, quanto atuando junto a uma coletividade de indivíduos, maximizaria o bem-estar coletivo. É o funcionamento livre e ilimitado do mercado que asseguraria o bem-estar. É a “mão invisível” do mercado livre que regula as relações econômicas e sociais e produz o bem comum. (BEHRING & BOSCHETTI, 2009, p.56)

Então o mercado se torna uma mão invisível que guia os indivíduos a fim de promover o bem comum, como aponta Faleiros (2009, p.12) “do ponto de vista das teorias econômicas liberais é no mercado que o indivíduo satisfaz suas exigências de bens e serviços, portanto adquire seu bem-estar”.

É importante destacar que no ideário liberal, apenas a burguesia é que possuía o acesso aos direitos de segurança, propriedade e resistência à opressão, visto que apenas eles possuíam os requisitos básicos de liberdade e autonomia já que são detentores de propriedades e dos meios de produção, ou seja, os indivíduos

⁸ O liberalismo é uma doutrina política que, utilizando ensinamentos da ciência econômica, procura enunciar quais os meios a serem adotados para que a humanidade, de uma maneira geral, possa elevar o seu padrão de vida. (STEWART, 1995, p.13)

que vendem sua força de trabalho não possuem autonomia e conseqüentemente são restritos a requerer os direitos.

O pensamento liberal cria um Estado mínimo⁹, conforme esclarece Behring (2008 p.17) "trata-se, portanto, de um Estado mínimo, sob forte controle dos indivíduos que compõe a sociedade civil, na qual se localiza a virtude". Esse Estado mínimo irá ter apenas três funções fundamentais, que é o provimento de obras públicas que não são realizadas pelo mercado, a defesa de inimigos externos e a proteção contra ofensas de qualquer indivíduo dirigida a outro indivíduo.

O período liberal desencadeou a negação da política social, e o esquecimento do pensamento clássico de que o Estado deve ser um mediador civilizador, pois a pobreza é vista como incapacidade do sujeito em potencializar sua capacidade, entendida naquele contexto como natural. Portanto, não devia ser gasto dinheiro com os pobres, a intervenção do Estado deveria ser punitiva. Já os trabalhadores não deveriam ter seus salários regulamentados, pois isso modificaria as leis naturais.

A pobreza é vista pelos liberais como algo natural, e que não possui solução, visto que, é consequência da imperfeição humana. A miséria é vista como uma reação da moral e não como fim de um acesso desigual à riqueza produzida socialmente, e essas teorias são reforçadas por pensadores da época.

Tanto que Malthus, por exemplo, recusava drasticamente as leis de proteção, responsabilizando-as pela existência de um número de pobres que ultrapassava os recursos disponíveis. (BEHRING, 2008, p.18)

Na segunda metade do século XIX e início do século XX, o ideário liberal entra em declínio, pois sua tese sobre o mercado produzir o bem estar social por meio de um sentimento moral acaba sendo desmentida com a monopolização e concentração do capital que impacta negativamente na vida dos trabalhadores, e por isso começaram a se articular enquanto categoria e ganharam força.

⁹ O Estado jamais ultrapassa um determinado teto, deixando todos os mecanismos do mercado funcionarem livremente sobre esse mínimo. São esses os casos de salário mínimo, dos limites mínimos para os seguros e para o auxílio social. (FALEIROS, 2009, p.49)

2.2 A Consolidação da Política Social no Fordismo-Keynesianismo

Em meados do século XIX o modo de produção capitalista sofreu uma mudança com a implantação do fordismo¹⁰, esse sistema de produção favoreceu o poder coletivo dos operários, que segundo Behring (2008, p.19) “passaram a requisitar acordos coletivos de trabalho e ganhos de produtividade”, este fator contribuiu para enfraquecer os pensamentos liberais. Outro fator importante foi a constatação das elites de que a economia capitalista não é auto regulável, visto que em 1929 ocorreu a Grande Depressão, a maior crise capitalista até aquele momento.

No contexto da crise econômica de 1929 e do crescimento das desigualdades e das tensões sociais inerentes ao capitalismo na sua fase monopolista, surgiu, no âmbito mundial, a proposta do Estado social. (COUTO, 2006, p.64)

Então, John Maynard Keynes, um dos economicistas da elite que considerava insuficiente a Lei do Mercado, começou a questionar os pressupostos clássicos e neoclássicos que não explicavam a situação em que a sociedade estava enfrentando naquele momento, criando então sua própria teoria. Para Keynes, o Estado deveria reestabelecer o equilíbrio financeiro nos momentos de crise e nessa intervenção a política social também deveria ser agregada, trazendo de volta o ideário do Estado como mediador civilizador, com o objetivo de criar medidas anticrise e/ou anticíclicas.

Keynes propõe que o Estado tenha um papel ativo não só na economia como em programas sociais, buscando incidir na grave crise que a sociedade enfrentava. (COUTO, 2006, p.45)

A política social ganha então um novo estatuto, e com a formulação do Estatuto sobre cidadania¹¹ de T.H Marshall, juntamente com a teoria do fordismo

¹⁰ Sistema de produção em massa criada por Henry Ford, esse método consistia em aumentar a produção devido ao aumento da eficiência, o que propiciava a venda do produto em um valor mais baixo, resultando assim em um aumento das vendas.

¹¹ Para T.H. Marshall, o conceito de cidadania, em sua fase madura, comporta: as liberdades individuais, expressas pelos *direitos civis* – direito de ir e vir, de imprensa, de fé, de propriedade -, institucionalizados pelos tribunais de justiça; os direitos políticos – de votar e ser votado, diga-se, participar do poder político – por meio do parlamento e do governo; e os *direitos sociais*, caracterizados como o acesso a um mínimo de bem-estar econômico e de segurança, com vistas a levar a vida de um ser civilizado. (BEHRING, 2008, p.22)

pactuada com o keynesianismo, surgiu a proposta do Estado de Bem-Estar¹² social (*Welfare State*) que visava modificar as forças do mercado em três principais direções: a garantia de que os indivíduos e sua família tivessem acesso a uma renda mínima independente do valor de sua propriedade ou de seu trabalho; o respaldo para os indivíduos e sua família lidarem com certos problemas sociais como a velhice, a doença, etc.; e que os serviços sociais fossem ofertados a todo e qualquer indivíduo.

São desenvolvidas então melhorias nas condições de vida dos trabalhadores, mas não ocorreu a ruptura com o Estado liberal predominante do século XIX. A mudança foi em relação à perspectiva do Estado, que amenizou os princípios liberais e incorporou um caráter mais social, que podem ser consideradas como as primeiras iniciativas de política social.

É nesse contexto que o mundo capitalista vive um período de grande prosperidade, onde o mercado e o Estado criam um pacto para assegurar melhores condições de vida para a população proletária. No entanto os anos de ouro do capital, ao fim dos anos 60 enfrenta uma nova crise.

Se o projeto de Estado de bem-estar social teve sua imagem vinculada ao sucesso do período de acumulação capitalista do pós-guerra, foi também esse mesmo projeto acusado de ser o responsável pela crise enfrentada pelo capitalismo na década de 1970, a qual presenciou duas crises do petróleo (1973 e 1979), grandes pressões inflacionárias e crise de consumo. (COUTO, 2006, p.67)

A classe dominante então, em consequência da crise, passou a responsabilizar a ação grandiosa do Estado em setores em que não geravam lucros, ou seja, na política social. Isso contribuiu para o fortalecimento de novas ideologias segmentadas do liberalismo.

¹² O bem-estar é apresentado como um fim a ser alcançado pela humanidade, em cada época histórica, pela atuação de certos líderes, sem levar em conta as forças sociais e políticas em ação nas estruturas sociais. (FALEIROS, 2009, p.87)

2.3 Concepções Neoliberais nas Políticas Sociais

A reversão da economia ocorrida ao final dos anos 60, em específico em 1973 com a crise do petróleo, propiciou que a teoria liberal ganhasse fôlego, demolindo os pilares que sustentavam o projeto de planejamento pautado no keynesianismo. Para Behring (2008, p.24), a reformulação das teorias liberais elaboradas pelos neoliberais foi “uma reação teórica e política ao keynesianismo e ao *Welfare State*”.

Os teóricos neoliberais criticavam os gastos sociais do Estado, bem como o poder excessivo dos sindicatos cobrando melhores salários para os trabalhadores, justificando que essas ações geravam como consequência, a inflação.

Ao contrário do esquema keynesiano, a estratégia econômica atual do neoliberalismo baseia-se no mercado (market oriented), e não mais na intervenção do Estado, para estimular e consolidar a acumulação de capital. Para isso, a tarefa principal da ação pública é, paradoxalmente, a privatização de serviços e da produção controlados pelo poder público. O Estado deve acabar com o Estado. (FALEIROS, 2009, p.195)

Para Couto (2006, p.69), “a crítica do aparato teórico neoliberal ao Estado social é centrada naquilo que é identificado como excessos de poder do Estado, tanto em relação ao mercado como à sociedade”.

A fim de combater a crise, os neoliberais defenderam a ideia de Estado mini-max¹³, que fosse forte para romper com os sindicatos, controlar a moeda e que fosse parco para os gastos sociais, fazendo o desmonte dos direitos sociais. São implantadas então, diversas medidas de ajustes que regridem o desenvolvimento da política social do período anterior. Foi precisamente ao final do ano de 1979 que a concepção neoliberal começou a se transformar em programas de governo, tendo início na Inglaterra e, posteriormente consolidou-se também em outros países.

As políticas sociais retomam seu caráter liberal residual: a questão da garantia dos direitos volta a ser pensada na órbita dos civis e políticos, deixando os sociais para a caridade da sociedade e para a ação focalizada do Estado. (COUTO, 2006, p.70)

Os direitos sociais na ótica liberal voltam a serem entendidos dentro da lógica do mercado e da caridade, aqueles que possuem condições devem adquiri-los no

¹³ Termo utilizado pelo autor Sader na obra “*Século XX: Uma biografia não-autorizada. O século do imperialismo*” para descrever um Estado mínimo para o trabalho e máximo para o capital.

mercado, e os que não possuem dinheiro para comprá-los padecem da solidariedade da sociedade.

Apesar de a lógica neoliberal conter a inflação e retonar as taxas de lucros, não conseguiu extinguir o Estado do bem-estar social, visto que com o aumento do desemprego, as demandas necessitadas de proteção social tiveram um aumento significativo, precisando da intervenção do Estado, que foram mediadas de acordo com as características política e econômica de cada país, conforme Faleiros (2009, p.187) “As reformas neoliberais têm propósitos e mecanismos semelhantes em todo mundo, embora, em cada país, haja reações e arranjos diferentes”.

2.3.1 Trajetória da Política Social no Contexto Brasileiro

A política social no Brasil se deu a partir de 1930, com a implantação da intervenção estatal através do processo de modernização conservadora. Mas, para compreender seu surgimento no território brasileiro é necessário analisar o surgimento do capitalismo no país, visto que a política social é um fenômeno característico das sociedades capitalistas. Pode-se compreender que a apropriação do capitalismo em terras brasileiras se deu na transição do trabalho escravo pelo trabalho livre com o surgimento do liberalismo.

Outros fatores foram importantes para o desenvolvimento do capitalismo no Brasil, conforme Behring & Boschetti (2009, p.72):

Foram decisivos processos como a ruptura com a homogeneidade da aristocracia agrária, ao lado do surgimento de novos agentes econômicos, sob a pressão da divisão do trabalho, na direção da construção de uma nova sociedade nacional.

Na época colonial, os grandes donos de terra buscando a expansão de seu império, implantaram um sistema de produção agrária apoiada no trabalho escravo. E arraigado com a questão da escravidão e da propriedade privada, se instala a concepção de poder daquele período, pois o poder emanava do grande proprietário, que criava o senso de justiça e de direitos válidos para todos que residiam em seu território. Até mesmo os indivíduos que não eram considerados escravos, se submetiam a uma relação de dependência do senhor das terras, pois era através dele que obtinham acesso ao mínimo de subsistência. Segundo Couto (2006, p.78),

“quando a relação de trabalho está baseada na submissão e no compadrio, elimina-se a possibilidade de uma relação livre e de cidadania”.

Essa realidade aponta a dificuldade de enunciação dos direitos civis, uma vez que os escravos eram considerados objeto de posse do seu senhor, e não lhes era outorgada a condição de humano, ficando à mercê de quem tinha sua posse. (COUTO, 2006, p.77)

Com o poder centrado nas mãos do Governo e dos grandes proprietários, os pensamentos iluministas bem como informações a respeito da revolução francesa eram severamente restritos no país. Os filhos dos burgueses que iam estudar na Europa traziam as ideologias do continente europeu, mas não causavam impacto, pois a burguesia não se interessava pela emancipação do Estado, e sim em seus interesses pessoais.

Essa realidade foi interrompida apenas no século XVIII com as pressões da Inglaterra que tinham como justificativa as ideologias liberais, e com o crescimento do movimento pela independência do Brasil. Então, foi firmado entre os dois países um trato, que posteriormente foi decretado como Lei, onde o tráfico passaria a ser ilícito e o Brasil seria reconhecido como independente.

A independência não foi conquistada de forma plena no Brasil, pois o país tinha sua economia voltada para a exportação, deste modo, a política era controlada internamente, porém, a economia era produzida para o externo e consumida externamente. Os mesmos sujeitos que proclamavam a independência lutaram por uma Assembleia Nacional Constituinte, que resultou na Constituição de 1824, elegendo a eleição indireta, sendo justificada a impossibilidade de terem eleições diretas com uma população analfabeta e podre, então se criaram critérios para o direito ao voto.

O direito de votar ficou estabelecido para todos os cidadãos livres, do sexo masculino, que tivessem 25 anos ou mais, e uma renda mínima de 100 mil-réis. Em se tratando de chefe de famílias, oficiais militares, bacharéis, clérigos e empregados públicos, o limite de idade diminuía para 21 anos. (COUTO, 2006, p.86)

A emancipação do poder nacional do interior para o exterior no período não foi acompanhada por direitos sociais, pois o Estado tinha basicamente duas funções segundo Behring e Boschetti (2009, p.73) “internalizar os centros de decisão política e de institucionalizar o predomínio das elites nativas dominantes, numa forte

confusão entre público e privado”. Nesse sentido as garantias mínimas de direitos estavam presas apenas para os indivíduos que participavam da política do país, ou seja, a classe dominante.

A noção de direito era restrita aos donos de terra dentro de seus padrões tradicionais e os marginalizados ficavam à mercê de seus coronéis e da caridade dos religiosos, sem a mínima interferência do Estado. Para Couto (2006, p.87) “quanto ao atendimento das necessidades sociais da população, os registros dessa época são de que não havia preocupação com essa questão”.

A mesma autora (2006, p.89), ainda afirma que as características deste período histórico trouxeram atrasos na concepção da política social no país “a dependência econômica, primeiro na condição de colônia portuguesa e, depois, por meio de acordos estabelecidos com a Inglaterra, gerou uma entrada tardia no sistema de produção capitalista”, e conseqüentemente, em noções de direitos sociais.

O pacto entre Brasil e Inglaterra, que propiciou o fim do tráfico de escravos para que o país se tornasse independente em 1822, não modificou a realidade de escravos já residentes no Brasil. A abolição da escravatura ocorreu apenas em 1888, com as fortes pressões internacionais. É a partir de então, que, com a vinda de imigrantes europeus para substituir a mão de obra escrava pelo trabalho livre, que as primeiras legislações sociais começam a entrar em vigor juntamente com o modo de produção capitalista. Foi com as exigências da população europeia que se instalou no Brasil que surgiu o trabalho assalariado. No entanto, a elite ainda resistia aos novos modelos sociais e à concretização de direitos.

O tratamento ao povo que reclamava por atendimento às suas demandas era feito por intermédio de mecanismos ora de privilégios, ora de repressão, fenômenos este historicamente presentes na sociedade. Se era de interesse do projeto da elite nacional, havia um movimento para sua concessão; caso contrário, a repressão era utilizada como instrumento de desmonte dos movimentos pela garantia dos mesmos. (COUTO, 2006, p.89)

A insatisfação da sociedade brasileira pode ser analisada através de alguns movimentos sociais¹⁴ do período, mostrando claramente que havia uma intolerância com a intervenção do Estado na vida privada e religiosa dos indivíduos. Com a Constituição de 1891, após a Proclamação da República, são inscritos princípios básicos de direitos civis, políticos e sociais, bem como a primeira legislação para assistência à infância no Brasil, regulamentando o trabalho infantil.

Neste contexto que surge em 1903 os primeiros sindicatos, tendo o reconhecimento do direito de organização sindical. Em 1911 se reduz a jornada de trabalho para 12 horas diárias, mas apesar de alguns avanços os trabalhadores ainda viviam em condições inadequadas, portanto, seguindo as características do país, eram escritas leis que não se pretendiam cumprir.

O fundamental, nesse contexto do final do século XIX e início do século XX, é compreender que nosso liberalismo à brasileira não comportava a questão dos direitos sociais, que foram incorporados sob pressão dos trabalhadores e com fortes dificuldades para sua implementação e garantia efetiva. (BEHRING & BOSCHETTI, 2009, p.81)

Com a crise mundial de 1929, o país que era dependente exclusivo da exportação do café teve consequências desastrosas. Para Behring & Boschetti (2009, p.105) “a produção do café era responsável por cerca de 70% do PIB brasileiro, ou seja, nossa economia estava fundada numa monocultura para exportação”, então, o Estado articulou-se conforme a tendência mundial no período, criando medidas a fim de amenizar as expressões da questão social que emergiram a partir desse fator.

Importante ressaltar que a profissionalização do Serviço Social ocorreu neste mesmo contexto.

¹⁴ Dentre os movimentos significativos do período se destacam, a “Revolta da Vacina”, em 1902, no Rio de Janeiro e a “Revolta dos Canudos”, em 1893, na Bahia. A primeira contestava a ação do Estado em invadir as casas para aplicar vacinas à força na população, e a segunda buscava a criação de comunidades vinculadas à líderes religiosos, sendo estes opositores da ordem.

A Grande Depressão favoreceu a conhecida Revolução de 1930¹⁵, onde Getúlio Vargas conquistou o poder para conduzir o país, ele enquadrou o Brasil no caráter populista em seu mandato utilizando diversos recursos para obter o apoio da população, e instalou a lógica trabalhista no país criando leis que respaldavam aqueles que estavam na condição de assalariados. Essas características impactaram a construção e a oferta de políticas sociais.

Esse caráter perdura até o período ditatorial, conforme aponta Cervi (200, p.152) “até meados dos anos 60, quando o golpe militar interrompe a chamada democracia populista”.

Com o poder nas mãos de Vargas, novos pactos são formados, outras oligarquias agrárias e um setor industrialista chegam ao poder, desmantelando a concentração da economia no café e expandindo em outros produtos e novos atores sociais são incluídos na cena política buscando maneiras de efetivar melhorias na qualidade de vida da população.

A reorganização do pacto de governabilidade contou, dessa feita, com a presença de novos atores no cenário político do país, representado por parcelas das classes médias brasileiras, principalmente da população das zonas urbanas, que defendiam medidas que interferissem na melhoria da qualidade de vida. (COUTO, 2006, p.95)

O Brasil passou no governo Vargas por um processo de modernização, além da perspectiva de tentar amenizar as tensões oriundas da relação entre o capital e o trabalho, bem como o enfrentamento da “Questão Social” que até o momento era solucionada através de intervenção da polícia. Os anos de 1930 até 1943 podem ser caracterizados como período em que houve a introdução da política social na sociedade brasileira.

¹⁵ Antes da Revolução de 30, o país era presidido por oligarquias dos Estados de São Paulo e Minas Gerais, conhecida como política do café com leite. A presidência era então alternada por indicados dos dois Estados de forma fraudulenta. Essa situação trazia insatisfação para certos segmentos da sociedade. Nas eleições de 1930, o indicado deveria ser do Estado de Minas Gerais, no entanto, os paulistas apresentaram Júlio Prestes à candidatura contra Getúlio Vargas, o vencedor foi Júlio Prestes, fato este que gerou uma tensão entre as oligarquias dominantes do período. Mas, com a quebra da bolsa de valores em 1929, ocorreu uma grande insatisfação nas camadas populares contra o então presidente Washington Luiz, que foi por este motivo, deposto por chefes militares do exército e da marinha, que passaram o poder para Vargas.

A primeira medida para minimizar essas tensões foi criar em 1930, o Ministério do Trabalho e regulamentar os sindicatos. Em 1932, criou-se a Carteira de Trabalho, onde passaram a receber certos direitos os cidadãos que dispunham de emprego registrado em carteira, o que propiciou uma significativa migração do campo para as áreas urbanas.

Passaram a ser critérios de inclusão ou exclusão nos benefícios sociais a posição ocupacional e o rendimento auferido. Estes critérios colocaram somente os trabalhadores urbanos em posição de privilégio, pois sua vinculação ao mercado formal de trabalho era a garantia de inserção nas políticas sociais da época. Esse corte de inclusão deu-se ainda numa realidade onde a maioria dos trabalhadores estava vinculada ao trabalho rural e, portanto, desprotegida. (COUTO, 2006, p.96)

Basicamente estas foram estratégias para que, por meio da lei, fossem amenizados os conflitos sociais. Para Couto (2006, p.95) “Toda a legislação trabalhista criada na época embasava-se na ideia do pensamento liberal brasileiro, onde a intervenção estatal buscava a harmonia entre empregadores e empregados”.

O Estado brasileiro era caracterizado como Estado social autoritário, mas que contribuiu para apaziguar as relações entre empregados, empregadores e governo. Para impulsionar essa forma de política, Vargas estimula a expansão das Caixas de Aposentadoria e Pensões¹⁶ (CAPs), e em 1933, o Estado passa a participar do sistema de previdência através dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs).

Os IAPs tinham em sua gestão, empregados e empregadores, porém, apesar de serem tripartite, efetivaram a fragmentação da classe trabalhadora, bem como seu controle, visto que, eram dirigidos por indicados do Estado. Os institutos forneciam benefícios conforme a contribuição dos trabalhadores filiados, e se preocupavam mais com a acumulação da reserva financeira do que com os serviços prestados.

¹⁶ A Criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) em 1923, conhecida como Lei Elói Chaves. As CAPs eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Elas eram organizadas por empresas, de modo que só os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las. O presidente das mesmas era nomeado pelo presidente da República e os patrões e empregados participavam paritariamente da administração. Os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral. (BRAVO, 2009, p.90)

O sistema previdenciário desse período tem forte impacto na questão habitacional, pois passou a viabilizar empréstimos imobiliários aos trabalhadores e até mesmo o financiamento de conjuntos habitacionais. Todo este contexto trouxe novas regulamentações no âmbito do trabalho, conforme Couto (2006, p.98):

A legislação trabalhista incidiu sobre a regulamentação do trabalho feminino e dos menores na indústria, a fixação da jornada de trabalho de oito horas para os comerciários e industriários; a alteração na forma de negociação salarial, com a instituição das convenções coletivas de trabalho, comissões mistas de reconciliação e julgamento; a instituição de férias aos comerciários e operários industriais; e o estabelecimento de normas reguladoras da questão dos acidentes do trabalho.

Além do Ministério do Trabalho, é durante o governo de Vargas que os Ministérios da Educação e da Saúde Pública são formados, e também o Conselho Nacional de Educação e o Conselho Consultivo de Saúde. Todo o aparato trabalhista do período foi referendado na Constituição Federal de 1934, que tem os direitos definidos e assegurados pela população brasileira de acordo com as ideias liberais até 1937, quando Vargas com um ato de força realiza o golpe de Estado. De acordo com Couto (2006, p.100) “O golpe de Estado que gerou uma ditadura que durou até 1945 foi arquitetado em nome do necessário processo de modernização exigido pelo estágio do capitalismo brasileiro”.

O período ditatorial ficou conhecido como Estado Novo, tendo sua atenção voltada para o controle da classe trabalhadora. Para sua efetivação uma nova Constituição foi instituída no Brasil que ficou conhecida como “Polaca”, pois continha fortes influências da Constituição da Polônia que era de cunho fascista. A Constituição Federal de 1937 manteve garantidos os direitos da Constituição de 1934, no entanto, o Estado criou mecanismos para que esses direitos fossem suspensos.

Este momento histórico trouxe significativos acontecimentos para o país. Em 1940 regulamentou-se o salário mínimo, que visava garantir ao empregado um valor que o mantivesse dentro das condições de sobrevivência.

Em 1942 na busca da legitimidade com a população pobre, foi criada a Legião Brasileira de Assistência¹⁷ (LBA), que possuía fortes características assistencialistas propagadas até a promulgação da Constituição de 1988. No ano de 1943 foi criada a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) que reuniu todas as legislações trabalhistas desde 1930.

Todos os acontecimentos durante o mandato de Getúlio Vargas tinha como direção as condições que eram exigidas para que o país tivesse um desenvolvimento na indústria. Portanto, o Brasil segue as tendências mundiais ao criar medidas de intervenção frente às expressões da questão social, mas com as particularidades da política e da economia do país.

O perfil das políticas sociais do período de 1937 a 1945 foi marcado pelos traços de autoritarismo e centralização técnico-burocrático, pois emanavam do poder central e sustentavam-se em medidas autoritárias. Também era composto por traços paternalistas, baseava-se na legislação trabalhista ofertada como concessão e numa estrutura burocrática e corporativa, criando um aparato institucional e estimulando o corporativismo na classe trabalhadora. (COUTO, 2006, p.104)

Com a participação do Brasil na Segunda Guerra, houve um fortalecimento das ideias liberais ocasionando o enfraquecimento da política autoritária do país, culminando em manifestações públicas clamando pela democracia. Assim, em 1945, Vargas deixa o poder e um novo período se instaura na sociedade brasileira, gerando um momento de disputa de projetos e de intensificação da luta de classes.

Deste modo, o Brasil passa por um processo de redemocratização, tanto que a Constituição de 1946 foi uma das mais democráticas do país, ela foi promulgada no governo de Eurico Gaspar Dutra abolindo os instrumentos que impediam a liberdade dos cidadãos.

Manteve-se nesta Constituição Federal a prioridade das questões trabalhistas, e foram inclusos os direitos da Previdência Social. Preocupado com a

¹⁷ Instituição foi criada para atender às famílias dos pracinhas envolvidos na Segunda Guerra e era coordenada pela primeira-dama, Sra. Darci Vargas, o que denota aquelas características de tutela, favor e clientelismo na relação entre Estado e sociedade no Brasil, atravessando a constituição da política social (BEHRING & BOSCHETTI, 2009, p.107)

realidade social do país, Dutra estabelece em 1948 o Plano Salte¹⁸, que teve como destaque o setor saúde.

No entanto os trabalhadores visualizavam uma insensibilidade de Dutra em suas demandas, o que favoreceu na volta de Vargas ao poder em 1951, através de eleições diretas com o apoio da classe trabalhadora, da força sindical e dos partidos conservadores. A força sindical contava neste período com uma estrutura sólida e militante, ansiando por medidas que beneficiassem a condição de vida dos trabalhadores, fator este que propiciou inúmeras manifestações da população.

O programa de governo Vargas de 1951-54 sustentou-se novamente na tentativa de controlar os trabalhadores por meio das políticas trabalhistas. A urgência por medidas na área social e as imposições sofridas pelos trabalhadores urbanos no seu processo de trabalho geraram muitas manifestações públicas, uma vez que a estrutura sindical foi bastante atuante nesse período. (COUTO, 2006, p.109)

A ascensão de Getúlio no poder é finalizada em agosto de 1954 quando ele comete suicídio, então Juscelino Kubitschek é eleito presidente em 1955, e seu projeto de governo tem características nacionalista desenvolvimentista, que tinha por finalidade desenvolver o Brasil por 50 anos, em apenas 5 anos.

O Estado tinha como foco central o desenvolvimento da economia, deixando as expressões da questão social excluída das prioridades. Na esfera das políticas social, ocorreu a aprovação da Lei Orgânica da Previdência Social¹⁹ (LOPS). Através do desenvolvimento econômico do país, que trouxe indústrias multinacionais, bem como medidas que atraíram o capital estrangeiro, os trabalhadores tiveram uma queda no valor dos salários e foram impactadas pelo índice inflacionário.

Essas questões ocasionaram a articulação de variados movimentos sindicais da época, Kubitschek pressionado pelas manifestações transfere o governo para

¹⁸ Primeiro plano governamental que introduz a perspectiva de atendimentos à questão social nas preocupações do governo, incorporando, no campo do planejamento, políticas de cunho econômico e social (COUTO, 2006, p.107)

¹⁹ Por meio dela, a Previdência foi unificada em termos de benefícios, universalizando-a a todos os trabalhadores urbanos do mercado formal e apontando sua centralização administrativa, o que só foi feito em 1966, por um ato arbitrário da ditadura militar, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social. (COUTO, 2006, p.111)

Jânio Quadros, que governou por sete meses apenas, tendo João Goulart como seu sucessor.

Jânio teve seu mandato marcado por intensos movimentos sociais. Em 1962 foi criado o Comando Geral dos Trabalhadores (CGT), que originou posteriormente a Central Única dos Trabalhadores (CUT) que discutia em parceria com o governo as necessidades dos trabalhadores para emancipação da qualidade de vida. No mesmo ano de sua criação, o Estado criou novas medidas para Seguridade dos direitos trabalhistas, porém os trabalhadores rurais mantiveram-se longe de legislações que lhes garantissem proteção, conforme Couto (2006, p.113) “Goulart formou um grupo de estudos para reformar a CLT e instituiu o décimo terceiro salário. Posteriormente, em 1963, institui-se o salário-família, sendo todos esses direitos vinculados somente aos trabalhadores urbanos”.

Os projetos de Goulart para melhorar as condições de vida da população brasileira não eram aprovados pelos partidos de cunho liberal, pelo exército e nem pelas oligarquias rurais. Essas três forças então se reuniram e em 1964, ocorre novamente no Brasil um Golpe de governo, intitulado de Golpe Militar.

Pode-se concluir que no período de 1930 a 1964, a política social no Brasil tem seu desenvolvimento seletivo e lento, devido às disputas de projetos políticos entre os partidos, dentro de uma política populista onde os direitos civis, políticos e sociais eram baseados na ótica liberal.

As manifestações anteriores ao Golpe contribuíram para que alguns setores da classe média juntamente com as forças conservadoras e dos interesses do capital estrangeiro do país se estruturassem a fim de instaurar a ditadura no país.

O padrão de acumulação entrava em contradição com os anseios democráticos, nacionais e populares. A burguesia possuía duas alternativas: assegurar o desenvolvimento proposto, concorrendo com projetos alternativos de classes não burguesas na luta pela direção da sociedade, ou garantir a hegemonia pela força, apelando para a antidemocracia e a dependência, solução adotada. (BRAVO, 2011, p.55)

O objetivo central era acabar com o governo populista, com os ideais comunistas e transformar o país em uma grande potência, e para conquistar essas metas eram utilizados força e a repressão.

Nos governos militares, a utilização da força e da repressão foram as estratégias mais utilizadas como forma de garantir o projeto que pretendia transformar o Brasil em grande potência econômica e realocar as condições necessárias à manutenção de sua relação com o capitalismo internacional. (COUTO, 2006, p.120)

É durante a ditadura militar que o fordismo tem sua expansão no Brasil, enquanto no exterior a reação da burguesia começava a ganhar forças. De acordo com Behring & Boschetti (2009, p.135), “portanto, é interessante notar que nosso timing interno não acompanhou a dinâmica externa “ao pé da letra”, mas sempre esteve conectado a ela, assegurando a continuidade de sua trajetória de heteronomia²⁰”.

Os governantes que assumiram o poder de 1964 a 1985 se propuseram a manter em vigência a legislação da Constituição Federal de 1946, no entanto, a criação dos Atos Institucionais (AI) no decorrer da ditadura militar interferiu os campos de direitos civis, políticos e sociais, além de resgatar a concepção de governo absolutista que havia sido enfraquecido nos governos populares e democratas.

Tanto o Ato Institucional nº 1 como os subsequentes tiveram o papel de moldar as condições objetivas para que o regime econômico, político e social fosse implantado na sua totalidade, sem interferência e seguindo a lógica de que aos militares era delegada a tarefa de conduzir o país para seu pleno desenvolvimento, sem perigo de sobressaltos. (COUTO, 2006, p.122)

O AI-1 foi decretado por Castelo Branco, em 1964, que concedia o direito de decisão suprema ao presidente nos campos político e econômico, como cassar direitos de líderes políticos, militares e sindicais, pelo período de dez anos. E atribuía ao presidente acabar com os comunistas.

²⁰ Um conceito criado por Kant para esclarecer a sujeição de um indivíduo à vontade de outro indivíduo ou de uma coletividade, sendo assim é antagônico ao conceito de autonomia. Relacionado ao Estado entende-se que todos devem submeter-se ao que rege a Lei.

Em 1965, o AI-2 anulou o processo de eleição direta para presidente, dissolvendo partidos políticos, o que resultou o bipartidarismo²¹. Neste mesmo ano, foi criada a Fundação Nacional para o Bem-Estar do Menor (FUNABEM).

No ano de 1966, ocorreu a unificação, a uniformização e a centralização da previdência social no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), unificando as CAPs e os IAPs, retirando os trabalhadores da gestão dos institutos. É neste momento que ocorre pela primeira vez a extensão de direitos trabalhistas, aos trabalhadores rurais, e posteriormente aos domésticos e aos autônomos. Além da criação do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS). E em 1967, passou a ser gestado pelo INPS casos de acidentes de trabalho, no mesmo ano foram decretados o AI-3 e AI-4.

Devido aos atos e a censura de movimentos sociais, em 1968 a sociedade civil criou oposição ao governo ditatorial. Para denunciar a repressão do governo, diversas manifestações foram organizadas, e a fim de assegurar a continuidade da ditadura, Costa e Silva, então presidente da República, decreta o AI-5.

O Ato Institucional número cinco foi baixado em dezembro de 1968, este consagrou efetivamente o regime ditatorial, sendo a expressão mais acabada da ditadura militar no Brasil, sua implantação perdurou até 1978, definindo o período mais crítico do regime, pois delegava o poder de exceção aos governantes a fim de punir os que se opunham ao Governo.

Por meio dele, o Congresso foi fechado, o Executivo foi autorizado a legislar em todas as matérias previstas na Constituição, foram suspensas todas as garantias constitucionais ou legais de vitaliciedade, inamovibilidade e estabilidade. (COUTO, 2006, p.125)

O governo Médici (1970-73) criou novas legislações que feriam os direitos já conquistados, além da instalação da censura aos meios de comunicação. Dentro deste contexto, quaisquer reações de oposição ao governo, eram tratadas com

²¹ Foi criada a Aliança Renovadora Nacional (ARENA), composta pela base de sustentação do governo, e o Movimento Democrático Brasileiro (MDB), que congregava os partidos opositores. Por meio de cassações de mandatos e criando os senadores biônicos, o governo manteve o Congresso aberto e com a composição sempre favorável a seus atos, tratando de conservar sempre a maioria indispensável para a aprovação de suas medidas. (COUTO, 2006, p.123)

severas repressões, o que deixou um saldo negativo na história do Brasil, com altos índices de morte, desaparecimento e tortura.

Criou-se em 1974, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), que em 1977, instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), que incorporou o INPS, a LBA, a FUNABEM, a Central de Medicamentos (CEME) e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social²² (INAMPS), e conforme Couto (2006, p.131) “Essa medida (...) teve como objetivo reunir em uma única estrutura as instituições que anteriormente tinham uma relação direta na oferta dos benefícios à população”.

Para atender as demandas que necessitavam de moradia, ainda em 74, outra instituição foi criada, intitulada como Banco Nacional da Habitação (BNH), que respondia apenas a classe média, visto que, a população pobre não conseguia arcar com as despesas do financiamento.

Se de um lado a ditadura retrocedeu o acesso aos direitos civis e políticos, foi na década de 70 que o Brasil teve um significativo salto na economia, o que resultou a concentração de renda e respectivamente na desigualdade social. E para responder as demandas sociais e do capital, foi também neste período que foram criadas significativas medidas de intervenção social. Todavia, o entendimento desses direitos era de concessão, ou seja, o acesso a eles se dava aos indivíduos que o Estado compreendia como merecedores.

O descontentamento dos “não merecedores” juntamente com fatores de ordem conjunturais e estruturais da economia mundial fizeram emergir a desaprovação do modelo de gestão de governo, ao modo que, formaram-se novos movimentos da sociedade, clamando pela retomada da democracia.

O General João Baptista de Oliveira Figueiredo, assumiu o poder em 1980, ainda por meio da eleição indireta, após a derrubada do AI-5 devido à repressão da sociedade civil. O cenário brasileiro trazia em seu bojo heranças do período militar, conforme Couto (2006, p.133):

²² Criado em 1974, com a finalidade de prestar atendimento médico àqueles que contribuíam com a Previdência Social do período, retirando a responsabilidade do INPS e realizando seu desmembramento.

O cenário brasileiro da época apresentava os resultados trazidos do período anterior: a ampliação do déficit público, o endividamento externo, a crise fiscal, dada a diferença entre o volume despendido pelo governo com a área social e o volume de arrecadação dos recursos, e a crescente mobilização e reivindicação popular pela democratização da sociedade e pelo atendimento do agravamento da questão social.

Figueiredo efetivou pelo clamor popular a Lei da Anistia²³, e o período põe fim ao bipartidarismo, surgindo assim, novos partidos políticos, além de novos movimentos sociais de cunho liberal, como a Ordem dos Advogados (OAB), a Associação Brasileira de Imprensa (ABI), movimentos da Igreja Católica, representados pela Conferência Nacional de Bispos do Brasil (CNBB), entre outros, que se tornaram responsáveis pelo processo de abertura política.

Os governos entre 1964 a 1985 do ponto de vista de direitos houve medidas restritas na área social, já na área civil e política ocorreu uma anulação de direitos anteriormente conquistados, de acordo com Couto (2006, p.136):

Pode-se então demarcar que do ponto de vista dos direitos políticos, civis, e sociais, os governos que se sucederam de 1964 a 1985 primaram por aniquilar os dois primeiros e por, novamente, acionar, de maneira restrita, medidas na área social, desenhando o perfil limitado e autoritário na concepção dos direitos sociais, onde os mesmos tinham a finalidade de assegurar a sustentação política do regime.

Os anos subsequentes deu-se o processo de transição para a democracia, o Brasil viveu um forte movimento de massa no ano de 1982, com reivindicações pela alteração do processo eleitoral, que contava com o processo de eleições indiretas. Esse movimento ficou conhecido como “Diretas Já!”. Deste modo, dentro dos parâmetros democráticos, Tancredo Neves em 1985 assumiu o poder, mas ainda pelo processo de eleição indireta. No entanto, devido ao seu falecimento, não foi possível cumprir o mandato, sendo substituído por seu vice-presidente José Sarney.

Devido aos períodos anteriores, com as metas de desenvolvimento que concentrou a riqueza do país devido a uma má distribuição de renda, a década de 80 trazia uma expressiva demanda de necessidades sociais, mas foi pródiga em

²³ Tratava da questão dos exilados políticos e da restauração dos instrumentos democráticos para gerir a relação do Estado com a sociedade. (COUTO, 2006, p.134)

movimentos sociais, com a participação da sociedade civil que se organizaram através de sindicato, entidade, e Organização Não Governamental (ONG).

Já a economia ficou conhecida nesse período como a década perdida, acarretando a exacerbação da dívida externa, e a alta taxa inflacionária. Sendo assim, Sarney durante seu governo implantou o Plano Cruzado, que mantinha os preços dos produtos, dos salários e do câmbio. E através do processo constituinte em 1985, ocorreu de fato a transição para a política democrática no Brasil, o que serviu como combustível para a criação da Constituição Federal de 1988, que trouxe um novo perfil para a política social no Brasil.

Cabe destacar o avanço que a área da saúde obteve neste período através das lutas sociais que induziram a criação de uma concepção ampla de saúde e da implantação do SUS pautado no Projeto da Reforma Sanitária que iremos apresentar com maior ênfase nos próximos itens.

Deste modo, conclui-se que o Brasil de 1970 a 1988 caminhou no sentido contrário ao resto do mundo, já que a tendência mundial do período era a adoção do neoliberalismo que visava o retrocesso aos direitos sociais conquistados e, devido ao contexto brasileiro de redemocratização e a efervescência dos movimentos populares, é neste período que o país formula uma Constituição com os preceitos inspirados na lógica do Estado de Bem-Estar Social.

O Estado discursava sobre a prioridade no enfrentamento das expressões da questão social, poucas intervenções foram realizadas no governo de Sarney. Segundo Behring & Boschetti (2009, p.144), “o carro chefe da política social de Sarney, por exemplo, foi o conhecido Programa do Leite, mais voltado para instrumentalizar as associações populares [...] do que em promover a ampliação do acesso à alimentação”. Porém, seu governo foi de grande contribuição para a definição da Seguridade Social no país.

É neste período de crise, que o Brasil subscreve um acordo firmado com organismos financeiros internacionais, através dos norteadores no Consenso de Washington, que eram baseados na teoria neoliberal. Esses norteadores desmantelavam os direitos assegurados pela Constituição de 1988.

No conjunto das orientações indicadas no Consenso, inspiradas pelo receituário teórico neoliberal, que teve adoção em quase todos os países do mundo, na década de 1980, estão: a indicação para a desestruturação dos sistemas de proteção social vinculados às estruturas estatais e a orientação para que os mesmos passassem a ser gestados pela iniciativa privada. (COUTO, 2006, p.145)

No início dos anos 90 que o Brasil insere a ótica neoliberal no cenário político, com o acordo estabelecido com o Fundo Monetário Internacional (FMI). Com isso, dois projetos se confrontam na sociedade brasileira, o conquistado em 1988 que prevalece a política social com seus princípios de universalidade, integralidade e descentralização, e o de contrarreforma a partir de 1990, com suas medidas focalizadas na área social.

As consequências da incorporação do ideário neoliberal nas sociedades, que como a brasileira, vivem impasses da consolidação democrática, do frágil enraizamento da cidadania e das dificuldades históricas de sua universalização, expressam-se pelo acirramento das desigualdades sociais, encolhimento dos direitos sociais e trabalhistas, aprofundamento dos níveis de pobreza e exclusão social, aumento da violência urbana e da e da criminalidade, agravamento sem precedentes da crise social que, iniciada nos anos 80, aprofunda-se continuamente na primeira década do século XXI. (RAICHELIS, 2009, p.75)

Com a primeira eleição direta pós-ditadura em 1989, Fernando Collor de Mello com seu discurso de priorizar ao resgate da dívida social, é eleito à presidência. Do ano de 1990 a 1992, Collor implantou dois planos com a finalidade de intervir na economia através de confiscos dos ativos financeiros e o congelamento de preços e salários. No âmbito social, seu governo é caracterizado pela negação da Seguridade Social, e por inúmeras denúncias de corrupção, a era Collor chegou ao fim com apenas dois anos de mandato, através de um processo de impeachment, e com a efervescência da participação da sociedade civil.

Itamar Franco, vice-presidente de Collor, assume o governo até 1994 e seu objetivo central era a economia, e para conter o déficit público e os altos níveis da inflação, adotou como estratégia o Plano Real²⁴, coordenado pelo ministro da Fazenda Fernando Henrique Cardoso.

²⁴ O Plano Real continha um conjunto de metas, como: estabilidade de preços, modernização da produção nacional, integração na economia global e a desregulamentação do setor produtivo público.

As intervenções no setor social contaram com a criação da Lei Orgânica da Assistência Social²⁵ (LOAS) resultante das lutas de diversos grupos e movimentos sociais que visavam à garantia em lei do direito à Assistência Social conquistada a partir da Constituição Federal de 1988.

Entretanto, os programas sociais implantados neste período tinham as mesmas características do governo anterior, com traços populistas, assistencialistas e clientelistas, não referenciando os direitos sociais assegurados pela Constituição vigente da época. Inclusive um dos programas criado neste período foi o Programa Comunidade Solidária, instituído pelo Decreto nº 1.366 de 12 de janeiro de 1995, que visava o enfrentamento da fome e da miséria, este programa foi presidido pela então primeira-dama do país, Ruth Cardoso.

Com o legado deixado pelo Plano Real no governo de Itamar, Fernando Henrique Cardoso foi eleito presidente do Brasil em 1995, e assim como o governo antecessor, teve a economia como prioridade, ainda que em sua campanha a saúde, educação, emprego, agricultura e a segurança tivessem tido promessas de foco central. O então presidente sentia a necessidade de reformar o Estado, pautando-se na ideologia neoliberal, impactando diretamente nas ações voltadas à implantação da política social, com ações pontuais na erradicação da fome e da miséria, gerando a refilantropização de medidas sociais.

Uma das características desse período é a retomada da matriz da solidariedade, como sinônimo de voluntarismo e de passagem da responsabilidade dos programas sociais para a órbita da iniciativa privada, buscando afastar o Estado de sua responsabilidade central, conforme a Constituição de 1988, na garantia desses direitos. (COUTO, 2006, p.150)

Sintetizando o governo de Fernando Henrique, que durou até o ano de 2002, houve a concentração de renda, o aumento e conseqüentemente a desigualdade social; o percentual de desemprego foi elevado; os direitos trabalhistas sofreram constantes tentativas de extinção; o país viveu um intenso processo de privatização e para que as intervenções na economia fossem possíveis, diversas reformas foram realizadas na Constituição de 1988, então o conjunto de direitos conquistados

²⁵ A partir da Constituição, em 1993 temos a promulgação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), no 8.742, que regulamenta esse aspecto da Constituição e estabelece normas e critérios para organização da assistência social, que é um direito, e este exige definição de leis, normas e critérios objetivos. (MDS, p. 4, 2015)

submeteu-se a lógica do ajuste neoliberal criando um quadro de retrocesso social no país.

Em 2002, com a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva, diante da situação econômica ainda em crise, manteve-se a estratégia do governo de Fernando Henrique, conforme Fagnani (2011, p.47) “controle inflacionário por meio de taxas de juros elevada, superávit primário e restrição ao gasto público”, essa medida perpetuou até o ano de 2005.

No campo social os projetos antagônicos ainda viviam em disputa, mas era visível a agenda liberalizante no governo através de programas focalizados, refletindo a indefinição da estratégia social no governo Lula do período.

O Ministério da Fazenda endossava, assim, a agenda liberalizante, segundo a qual a estratégia de desenvolvimento social dever-se-ia encerrar numa única ação: focalização nos “mais pobres”, sendo esses definidos pelo critério do Banco Mundial (quem recebe até US\$ 2 por dia). Assim, qualquer programa social cujos benefícios fossem superiores a R\$ 120 não seria “focalizado”. Abria-se uma nova etapa de reforma do Estado visando à supressão desses programas. (FAGNANI, 2011, p.48)

A estratégia central do Estado no início do governo era o combate à fome, tendo como o “Programa Fome Zero”, e para efetivá-lo foi criado o Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Combate à Fome (MESA). Ao final de 2003, instituiu-se o Programa Bolsa Família, que reforçou a estratégia da lógica neoliberal devido sua política focalizada e emergencial, embora tenha elevado às condições sociais e econômicas de um contingente enorme da população.

No setor agrário o Estado implantou novos programas destinados à agricultura familiar e expandiu o Programa Nacional da Agricultura Familiar (PRONAF), no entanto, o plano de reforma agrária defendido na campanha foi arquivado.

Foram criados espaços de pressão e controle social²⁶ após o período da ditadura para representação popular na organização e na gestão das políticas

²⁶ Implica o acesso aos processos que informam decisões da sociedade política, viabilizando a participação da sociedade civil organizada na formulação e na revisão das regras que conduzem as negociações e arbitragens sobre os interesses em jogo, além da fiscalização daquelas decisões, segundo critérios pactuados. (RAICHELIS, 2009, p.81)

sociais, modificando a tradição de eliminar o acesso dos cidadãos à política, esses espaços são intitulados Conselhos, tendo destaque os dos setores da saúde, educação e assistência social.

As diferentes experiências de organização dos Conselhos [...] são expressões da busca de novos canais de participação da sociedade civil na coisa pública, rumo à constituição de esferas públicas democráticas, embora estejam na contra corrente da reforma neoliberal que tende a deslocar os espaços de representação coletiva e de controle socializado sobre o Estado para a ação dos grupos de pressão e de lobbies, desqualificando e despolitizando a força da organização coletiva. (RAICHELIS, 2009, p.78)

Em 2003, esses mecanismos foram ampliados para outros setores, culminando para que gradativamente ocorresse uma mudança na estratégia social do Estado. No mesmo ano criou-se o Estatuto do Idoso, que reduziu a idade mínima para solicitação do Benefício de Prestação Continuada (BPC).

Refletindo em parte essas mobilizações, em meados de 2004 ocorreram importantes modificações institucionais. O Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Combate a Fome (Mesa) foi extinto. O Ministério da Assistência Social passou a ser denominado Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDSCF) com a competência de articular as ações nos campos da Assistência Social, Segurança Alimentar e de Transferência de Renda. Mesmo com a centralidade do Programa Bolsa Família, essa decisão recolocava as políticas de assistência social e de segurança alimentar nos rumos que vinham sendo trilhados desde 1988. (FAGNANI, 2011, p.57)

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou o Plano Nacional da Saúde com a intenção de aprofundar o Programa de Saúde da Família, outras medidas importantes na saúde são a criação do Programa Farmácia Popular e o fortalecimento da atenção de urgência e emergência.

Na educação estruturou-se o Programa de Universidade para Todos (PROUNI), e na habitação diversas medidas foram implantadas, destacando a criação do Sistema Nacional de Habitação, que foi dividido em três subsistemas.

Novas intervenções foram elaboradas no ano de 2005, como o fortalecimento da LOAS, com a aprovação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e a instituição do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), além da adoção do Sistema Único de Segurança Alimentar e Nutricional (SUSAN).

Com a mudança do status da economia, em 2006, ampliaram-se a possibilidade de gastos sociais, bem como o papel interventivo do Estado na materialização do conceito de proteção social assegurada na Constituição, tanto que com a crise internacional em 2008, o governo adotou como estratégia priorizar o social para a estabilidade econômica.

Conjugou-se, com êxito, estabilidade econômica, crescimento, distribuição de renda, inclusão social e promoção da cidadania. Como vimos, o crescimento teve impactos positivos sobre o mercado de trabalho, dando vigor ao mercado interno e criando um ciclo virtuoso entre produção e consumo. (FAGNANI, 2011, p.63)

O governo através do Programa Bolsa Família, de 2003 a 2010 expandiu significativamente o número de atendidos, e o valor do salário mínimo praticamente dobrou, valorizando a moeda. Mas, apesar dos avanços no setor social, é notório que os projetos de Estado de Bem-Estar social e de Estado mínimo estão em confronto no seio da política brasileira ainda nos dias de hoje.

Aqui os destaques são as parcerias comunitárias e/ou com ONGs, a necessidade de focalizar a aplicação dos recursos nos mais pobres, os subsídios à demanda sem aplicação dos serviços públicos, o trabalho com a própria comunidade e a meta de dotar as iniciativas de auto sustentabilidade. (MOTA, 2009, p.41)

2.4 A Concepção de Seguridade Social

No Brasil considera-se que os movimentos populares que ocorreram em meados dos anos 80 trouxeram significativos avanços sociais e políticos, contribuindo para o desenvolvimento de políticas de segurança social, inspirados no modelo de Seguridade Social da Alemanha no final do século XIX, também conhecido como modelo bismarckiano²⁷, com a finalidade de assegurar a renda dos trabalhadores em situações vulneráveis devido à ausência de trabalho.

No campo conceitual, a introdução da Seguridade como sistema de proteção social, enfeixado pela previdência social, saúde e assistência social, é um marco no avanço do campo dos direitos

²⁷ É identificado como sistema de seguros sociais em função de sua semelhança com seguros privados, já que os direitos e benefícios são garantidos mediante contribuição direta anterior e o montante das prestações é proporcional à contribuição efetuada. As bases do financiamento são recursos recolhidos dos empregados e empregadores, baseados predominantemente na folha de salários. (BOSCHETTI & SALVADOR, 2009, p.51)

sociais no Brasil. Pela primeira vez um texto constitucional é afirmativo no sentido de apontar a responsabilidade do Estado na cobertura das necessidades sociais da população e, na sua enunciação, reafirma que essa população tem acesso a esses direitos na condição de cidadão. (COUTO, 2006, p.161)

A Seguridade Social possui como base o primado do trabalho – sendo o trabalho é entendido como um direito social, dentro de uma perspectiva de dignidade e cidadania – e sua finalidade é garantir o bem-estar e a justiça social. Para isso, foram estabelecidos alguns objetivos centrais para a organização da Seguridade Social, como: a universalidade da cobertura e do atendimento, uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais, seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços, irredutibilidade do valor dos benefícios, equidade na forma de participação no custeio, diversidade da base de financiamento, caráter democrático e descentralização da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados.

A concepção de Seguridade Social segundo o CFESS (2010, p.17) “representa a promessa de afirmação e extensão de direitos sociais em nosso país”. No entanto, a criação de uma política de proteção social nas sociedades capitalistas, bem como no Brasil, traz em seu bojo uma complexa contradição, pois procura atender as necessidades do trabalho, mas o capital sempre visa adequá-la de acordo com seus interesses, assim aponta Mota (2009, p.40):

Trata-se de uma contradição da sociedade capitalista, cujas mediações econômicas e políticas imprimem um movimento dinâmico e dialético: se do ponto de vista lógico, atender às necessidades do trabalho é negar as necessidades do capital, do ponto de vista histórico, a Seguridade Social é por definição esfera de disputas e negociações na ordem burguesa.

A visão de Seguridade Social na lógica do capital é que os sujeitos que por ela são atendidos são vistos como improdutivos, na medida em que não possuem condições para contribuir com o processo de produção de mais-valia. Então, as medidas de proteção por vezes são consideradas ações que criam dependência aos assistidos, tornando um direito institucional em ações de assistencialismo, segundo Spozati (2013, p.656):

Os indivíduos considerados improdutivos para o capital é que inserem suas necessidades no âmbito da proteção social. A lógica da

sociedade do capital é antagônica à proteção social por considerá-la expressão de dependência, e atribui às suas ações o contorno de manifestação de tutela e assistencialismo, em contraponto a liberdade e autonomia que, pelos valores da sociedade do capital, devem ser exercidas pelo “indivíduo” estimulando sua competição e desafio empreendedor.

O que podemos analisar através da história política do Brasil, é que desde 1988 as ações da Seguridade Social não atendem de modo total os princípios traçados na Constituição Federal, apesar de colaborarem para a garantia dos direitos sociais.

Cabe ressaltar que o financiamento da Seguridade Social é arrecadado significativamente por tributos indiretos de cidadãos da classe baixa e por tributos diretos pelos contribuintes da previdência, caracterizando o financiamento da Seguridade como regressivo, ou seja, são os próprios beneficiários e trabalhadores que a custeia, sem realizar assim a redistribuição de renda que visa à redução da desigualdade social resultante do período de desenvolvimentismo.

A análise do orçamento da Seguridade Social, pelos ângulos de suas fontes e de suas despesas, permite compreender se esta contribui para a redistribuição de renda. Os dados revelam que a Seguridade Social não está contribuindo para redistribuir renda, pois seu financiamento tem caráter regressivo e não progressivo [...] um tributo é regressivo à medida que tem uma relação inversa com o nível de renda do contribuinte. A regressão ocorre porque penaliza mais os contribuintes de menor poder aquisitivo. O inverso ocorre quando o imposto é progressivo, pois aumenta a participação do contribuinte à medida que cresce sua renda. (BOSCHETTI & SALVADOR, 2009, p.58)

Os direitos sociais (moradia, educação, saneamento básico, alimentação, entre outros) foram reafirmados pela Constituição Federal de 1988, através da concepção de Seguridade Social, e realizou a junção do tripé: Saúde, Assistência Social e Previdência Social.

Art. 194. A Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. (BRASIL, 1988, p.33)

Deste modo, a previdência social passa a ser um direito daqueles que contribuem para o seu custeio, ou seja, seu regime é contributivo e cobre aos indivíduos que estão ativos na condição de trabalho remunerado. Já a assistência social independe de contribuição, será prestada a todos que dela necessitar,

compreende-se, portanto, que mesmo àqueles que por algum motivo não estiverem no âmbito do trabalho assalariado, terão a cobertura da assistência social.

Desde que o sistema de segurança social, no Brasil, é a soma da previdência mais a assistência social, temos muito claro que esta segunda modalidade de cobertura deve se destinar àqueles que não cobertos pela previdência social, com prestações equivalentes às concedidas pelo regime previdencial [...] Num sistema como o brasileiro em que a segurança social é composta da previdência e da assistência social os cidadãos não de estar protegidos pela previdência ou pela assistência, consoante estejam ou não em situação de trabalho remunerado. (CARDONE, 1990, p.86)

Quanto ao terceiro instrumento constitucional do tripé, a saúde, assim como a assistência social é independente de contribuição, foi uma das maiores conquistas resultantes dessa luta de diversos atores sociais, e passou a ser parte de um conjunto de direitos, sendo este, fundamental para todos os cidadãos cabendo ao Estado implantar e implementar políticas públicas para a garantia do acesso à Saúde, o próximo item trará a história da saúde brasileira, para uma melhor compreensão.

3 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Este item irá abordar a política de saúde na sociedade brasileira dividida em três períodos históricos, iniciando em 1920 onde começam as movimentações da classe operária lutando pela implantação de direitos sociais, até a promulgação da Constituição Federal de 1988, mostrando a emancipação que a questão saúde obteve com os movimentos populares.

O segundo momento contextualizado será a partir de 1988, esclarecendo os objetivos e conceitos da Reforma Sanitária brasileira, que emergiu ainda nos anos 70 e consolidou-se nos anos seguintes, sendo este movimento o responsável pela criação do SUS, que pode ser considerado como o maior sistema de saúde pública do mundo. Iremos abordar também os princípios e as diretrizes deste sistema de saúde de acordo com as propostas sanitárias.

Por fim, o terceiro momento será a partir dos anos 90 onde a política de saúde sobre interferências do grande capital, e as ações e serviços de saúde se voltam à lógica do mercado.

Esse fato faz com que existam na saúde dois projetos que vivem em contradição, interferindo assim para a consolidação da política nacional de saúde, bem como na formulação e implementação de políticas públicas no setor saúde pautadas nos direitos fundamentados na Constituição de 1988.

3.1 A Saúde de 1920 até a Promulgação da Constituição Federal de 1988

No Brasil, as primeiras políticas públicas no setor saúde foram elaboradas a partir do processo de industrialização, com a organização do movimento operário lutando por melhores condições de vida e trabalho, considerando a desigualdade social imposta pelo modo de produção capitalista.

Se a relação Estado/Sociedade pode ser aprendida, do ângulo das políticas sociais, a partir dos distintos padrões de incorporação das demandas, a relação entre regimes políticos e políticas de saúde é mediada pelo processo de formulação e implementação das políticas públicas. (TEIXEIRA, 1989, p.25)

No início do século XX, a expansão do setor agroexportador, devido à economia cafeeira, que transformou o Brasil em um dos principais países supridores de matéria-prima no mercado mundial, fortalecendo mercado interno, fez com que o país ganhasse base para o desenvolvimento da indústria, fato que acarretou a migração da população rural para os centros urbanos.

O país agora urbanizado trouxe a incidência de inúmeras doenças e problemas de saneamento, e com a crise após Primeira Guerra, as expressões da questão social eclodiram, fazendo com que o Estado revisasse seu papel de intervenção social. A saúde da população era precária, o que fez o Estado chamar para si a responsabilidade na intervenção a doenças transmissíveis, principalmente àquelas caracterizadas como epidêmicas.

No entanto, a intervenção estatal tinha como preocupação central a ordem econômica, sem se importar com as demandas sociais, pois essas doenças poderiam causar altos índices de óbitos aos trabalhadores, o que traria uma alteração no modo de produção, que conseqüentemente afetaria a economia. A partir dessa lógica, o período ficou marcado pela organização de campanhas sanitárias e de vacinação²⁸ como resposta mediata para sanar as doenças infecto-contagiosas que assolavam o país, como varíola, febre amarela e a peste bubônica.

Em decorrência do movimento pela mudança da organização sanitária, iniciou-se a concepção de saúde vista de modo amplo, bem como a constituição de aparelhos estatais na área da saúde, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública²⁹ (DNSP), em 1921. No ano de 1923, com a intenção de ampliar os serviços estatais no setor saúde é proposta uma reforma, conhecida como “Reforma Carlos Chagas”, que para Netto & Souza (1999, p.40):

²⁸ Em 1904, o Diretor Geral da Saúde Pública Dr. Oswaldo Cruz, comandou um projeto de vacinação antivariólica, que resultou na Revolta da Vacina, pois à campanha de vacinação era obrigatória, mas havia a falta de informação da população pobre a respeito dos efeitos e benefícios da vacina. Então, houve uma grande resistência da sociedade para aderir ao projeto, criando um descontentamento que levou a um intenso conflito entre a população e as forças do Governo.

²⁹ A ênfase na saúde coletiva e nas chamadas endemias rurais marcou a constituição do Departamento Nacional de Saúde Pública e a formação de novas gerações de profissionais. O termo sanitarista substituiu progressivamente a referência tradicional aos higienistas, indicando especialização profissional e maior distinção entre as atividades científicas no laboratório e as atividades de saúde pública. (LIMA, 2002, p. 42)

Tenta ampliar o atendimento à saúde por parte do governo da União, nas seguintes áreas: a) assistência médica (pronto-socorro, postos de saúde rurais, fiscalização das Santas Casas, etc.); b) Assistência materno-infantil; c) Educação sanitária e Higiene-industrial; d) Fiscalização de alimentos, e laboratórios e do exercício da medicina; e) orientação alimentar.

Ainda em 1923, os trabalhadores insatisfeitos com realidade da saúde na sociedade brasileira buscaram melhorias através de passeatas e greves, assim o Estado sentindo-se pressionado, sem a preocupação com o bem estar social, promulga a Lei nº 4682/23, nomeada Lei Eloy Chaves que contou com a criação das CAPs.

As CAPs, entidades públicas com larga autonomia com relação ao Estado, são instituídas como um contrato compulsório, organizadas por empresas, geridas através de representação direta de empregados e empregadores, tendo finalidade puramente assistencial: benefícios em pecúnia e prestação de serviços. Seus recursos têm origem tripartite: contribuição compulsória de empregados e empregadores (3,0% do salário e 1,0% da renda bruta da empresa) e da União (1,5% das tarifas dos serviços). O Estado institui, em tese financia em parte, e normatiza essa modalidade de seguro social, mas não participa diretamente do seu gerenciamento. (COHN et al., 2010. p.14)

A criação das CAPs é considerada como marco inicial das políticas sociais na sociedade brasileira, e além do seguro social, essas entidades forneciam assistência médica curativa, fornecimento de medicamentos, auxílio funeral, pensão para os dependentes e aposentadoria por tempo de serviço, velhice ou invalidez. Os benefícios eram proporcionais às contribuições. A partir de então, criou-se a separação entre a saúde pública e a medicina previdenciária.

A primeira seria financiada pelos recursos do Tesouro Nacional e a segunda, durante longo período, pela contribuição de empregados, patrões e consumidores. Estes últimos, cabe ressaltar, participavam da formação dos fundos de Seguridade Social de maneira indireta e sem direito aos benefícios do sistema, uma vez que as empresas repassavam (e ainda repassam) para os custos finais de seus produtos e serviços grande parte dos encargos que lhes cabiam enquanto parte constituinte do empreendimento previdenciário. (PONTE; REIS; FONSECA, 2010, p.117)

O Estado passou a criar medidas para combater as doenças individuais que poderiam ameaçar o restante da população, e afetar a ordem econômica, já o tratamento das doenças crônico-degenerativas que por um longo período era ofertado pelas mutualidades ou filantropia, passam a ser destinado às CAPs através

dos serviços de atenção médica individual, destinados àqueles em situação de trabalho formal, o que excluía um grande percentual de indivíduos aos benefícios do sistema. Neste contexto, a saúde ganha a concepção de assistência médica, sem ter a característica de direito social, conforme esclarece Cohn et al. (2010, p.15):

Não se constitui, portanto, saúde como um direito do cidadão e muito menos dever do Estado, mas sim a assistência médica como um serviço ao qual se tem acesso a partir da clivagem inicial da inserção no mercado de trabalho formal e para a qual se tem que contribuir com um percentual do salário, sempre por meio de um contrato compulsório.

Com a derrubada da República Velha na década de 30 e a conjuntura política e econômica em que o país se encontrava, possibilitou a implantação de novas políticas sociais que respondessem as expressões da questão social, incluindo a saúde, que passou a ser vista de forma mais efetiva como uma questão política, pois com os trabalhadores urbanos ganhavam um destaque importante no cenário social devido ao processo de acumulação de capital.

Com a intensificação do processo de industrialização, houve a aceleração da urbanização e a ampliação dos assalariados urbanos, o que fez eclodir as precárias condições de vida nos campos da higiene, saúde e habitação.

É neste contexto que a saúde pública deste período concentrou suas ações nas áreas periféricas e distantes dos centros urbanos, e a medicina previdenciária era vista como autofinanciável em decorrência do aumento do emprego, além de estar vinculada a significativas forças políticas, de acordo com Ponte; Reis; Fonseca (2010, p.120) “Lá estavam presentes os interesses dos sindicatos, de partidos políticos, de empresários e de toda uma máquina burocrática constituída para gerir o grande volume de recursos da Previdência”.

Uma das primeiras medidas de Vargas após sua vitória foi a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) e do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC), que era responsável pela assistência médica individual previdenciária, já o MESP tinha como foco a saúde pública, exercendo forte poder sobre os Departamentos Estaduais de Saúde, e que tinha como subordinado o Departamento Nacional de Saúde e Assistência Social centralizando as políticas de saúde pelo Estado Nacional.

Quando foi criado, em 1930, o MESP atuaria como um instrumento burocrático cujo propósito era consolidar uma estrutura de serviços em todas as regiões do Brasil, prestando atendimento inclusive à área rural – excluída do raio de ação dos organismos previdenciários – e a uma grande parcela da população, diversa e dispersa por todo o país. A estratégia de reforçar uma organização burocrática com atuação nacional não só se adequava aos interesses políticos do governo federal em sua relação com os governos estaduais, como também atendia aos objetivos delineados na esfera ideológica, voltados para a consolidação de uma nova nação. (PONTE; REIS; FONSECA, 2010, p.138)

A fim de impulsionar o setor previdenciário em busca de reserva financeira, em 1933, o Estado rompe com o padrão básico das CAPs e funda os IAPs, o governo mantém as estruturas das CAPs, mas amplia a cobertura dos benefícios para outras categorias assalariadas fragmentando-as, pois Vargas incentivava que cada sindicato criasse uma relação direta com o MTIC a fim de buscar a efetivação dos direitos, criando assim uma competição entre as categorias de trabalho, lutando por Institutos com melhores benefícios e serviços. Surge inicialmente o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM), o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes (IAPC) e o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários (IAPB), e posteriormente IAPs de outras categorias.

A medicina previdenciária, atribuída às CAPS, a partir de 30, e aos Institutos de Aposentadorias e Pensões - IAPS, consubstanciada pela legislação trabalhista, se conformará em aparelhos de serviços centralmente controlados e pretendendo estender ao conjunto dos assalariados urbanos os benefícios da previdência. Foram organizados por “categorias profissionais”, constituindo-se como “autarquias governamentais”, significando um maior controle do estado sobre o sistema. (NETTO & SOUZA, 1999, p. 42)

O poder estatal passou a participar efetivamente da gestão dos Institutos e quanto ao financiamento os IAPs contavam com o modelo tripartite, mas a União passou a financiar de forma direta, não podendo o valor ser inferior aos demais contribuintes.

A administração dos IAPs seguia o modelo colegiado da lei de 1923, a chamada Lei Eloy Chaves – que estabelecia a criação de uma CAP para cada companhia ferroviária do país, e é apontada como marco introdutório do sistema de previdência para o setor privado –, porém “com o significativo acréscimo de representação direta do Estado” em cada um dos institutos. Com efeito, essas instituições seriam dirigidas por um funcionário executivo (presidente ou diretor), nomeado pelo presidente da República, com a assessoria de uma “espécie de colegiado, com representação igual de empregados e empregadores da categoria, variando entre quatro e oito”, ambos

indicados pelos respectivos sindicatos. (PONTE; REIS; FONSECA, 2010, p.122)

Uma marca importante do período foi a distinção de assistência social e previdência, destacando a inclusão de limite para despesas de assistência médico-hospitalar e farmacêutica para conter os gastos dos IAPs. A medicina no pós-guerra contou com avanços tecnológicos para intervenção curativa, bem como a eficiência nos diagnósticos, gerando um aumento de custos para o exercício da medicina. Então, os médicos deixam o status de profissionais liberais para compor grupos empresariais no setor saúde, caracterizando a medicina previdenciária em empresarial, curativa e hospitalar. Conseqüentemente, cresceu a parceria entre previdência e iniciativa privada, e os gastos do Estado na rede pública sofreu um declínio, o que deixou a saúde pública responsável apenas por atendimentos emergenciais e de alto custo, que não interessavam a iniciativa privada.

Buscando a reestruturação e ampliação dos órgãos de saúde dos Estados o MESP coordenava e centralizava as ações sanitárias, e foi criado no início da década de 40, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) que tinha como patrocinador a Fundação Rockefeller. Ao final da década com o Plano Salte, tentou-se investir em setores como alimentação, transporte, energia e saúde, a última tida como prioridade, porém o plano não foi implantado.

Com o movimento desenvolvimentista no Brasil em meados dos anos 50, o governo da União promoveu um debate para a efetivação de uma reforma que desvincularia a saúde da educação. As discussões carregava um embate, pois de um lado havia os que defendiam a junção da saúde pública e da medicina previdenciária, e os que propugnavam a manutenção da distinção entre os dois setores, e ao final do debate, manteve-se a separação entre as categorias, e em 1953 fundou-se o Ministério da Saúde. Já o SESP neste período sem patrocínio, contou com a ampliação de suas ações.

Passando a ofertar serviços em outras regiões do país, e ao mesmo tempo, aumentando o espectro de suas atividades: assistência médica, educação sanitária, saneamento, combate à malária, controle de doenças transmissíveis e pesquisas em medicina "tropical". (NETTO & SOUZA, 1999, p.41)

A saúde pública nesse contexto obteve importantes investimentos, contudo não foi possível erradicar as doenças infecciosas e parasitárias, assim como a taxa

de morbidade e mortalidade não tiveram percentuais menores. Já a medicina previdenciária tem sua cobertura ampliada com a criação de variados serviços de atenção médica, com ênfase nas capitais e nos centros urbanos, situação que caracterizou a compra e a contração de serviços privados.

Conforme esclarece Bravo (2009, p.92):

A estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já estava montada a partir dos anos 50 e apontava na direção da formação de empresas médicas. A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada, e pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada, defendendo claramente a privatização.

Juntamente com a ditadura militar na sociedade brasileira em 1964, houve a afirmação da tendência de desenvolvimento econômico, social e político que formulou um novo modelo de país. Para amenizar as expressões da questão social, o Estado utilizou medidas assistenciais e coercivas para manter o poder e a ordem social, bem como amenizar as tensões sociais.

Em face da questão social no período de 1964 a 1974, o Estado utilizou para sua intervenção, o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal, com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital. (BRAVO, 2011, p.58)

Sob o regime ditatorial, em 1966 ocorreu a unificação da Previdência Social com a junção dos IAPs - exceto o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE) – formulando assim o INPS, que centralizou a oferta de benefícios, incluindo a assistência médica para todos os assalariados, sendo que os trabalhadores rurais e a população urbana fora do mercado formal de trabalho permaneceram excluídos dos benefícios da Seguridade Social, necessitando dos serviços precários dos órgãos de saúde municipais ou estaduais, ou de ações filantrópicas.

A unificação da Previdência Social, com a junção dos IAPs em 1966, se deu atendendo duas características fundamentais: o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, com sua exclusão na gestão da previdência, ficando-lhes reservado apenas o papel de financiadores. (BRAVO, 2009, p.93)

Ocorre neste contexto um novo modelo de organização de serviços médicos da previdência que passa a articular-se com o setor privado com a compra de serviços médicos. É priorizado a partir de então a contratação de serviços de terceiros, sendo o Estado responsável a propiciar o crescimento e a expansão da iniciativa privada, tornando a partir daí a prática médica lucrativa.

Ao final dos anos 60 intensificou-se o movimento de urbanização, ocasionando um expressivo número de indivíduos desempregados a residirem nas áreas periféricas das grandes metrópoles. Esse fato modifica o quadro nosológico do Brasil, pois as doenças associadas à população rural passam a predominar nas áreas urbanas, assim como a população pobre que era caracterizada de contraírem doenças infecto-contagiosas, começam a adquirir doenças crônico-degenerativas,

Para Netto & Souza (1999, p.43) “Este quadro reflete diretamente um aumento na demanda por assistência médica, que não é garantida pelo aparelho estatal”. Os municípios em decorrência deste contexto, sendo pressionados por essa parcela da população, estruturam os serviços de saúde a fim de atender à demanda.

Na década de 70 a União sofreu ameaça na estabilidade financeira do seu sistema previdenciário, sendo um resultado da priorização de expansões dos serviços médicos privados no âmbito da medicina previdenciária e apesar de todas as estratégias para ampliação da cobertura e retenção de gastos não foi possível ao longo de dez anos a consolidação do regime ditatorial.

Deste modo, fez-se necessário que o bloco de poder do aparelho estatal elaborasse estratégias para estreitar sua relação com alguns segmentos da sociedade civil que se encontravam insatisfeitos pelo aprofundamento da dívida externa; pela elevada taxa de inflação; pela recessão econômica que culminou no desemprego; pelo o crescimento da mortalidade infantil e também pelo crescimento da morbidade de doenças infecciosas. A conjuntura desses fatos eclodiu em uma crise social e econômica.

O processo de resistência democrática se ampliou e se aprofundou, atraindo atores e setores antes vinculados ao movimento golpista ou por ele neutralizados. O regime precisou fazer concessões e negociar as vias de transição para outras formas de dominação. (BRAVO, 2011, p.63)

Com o intuito de ampliar o poder competitivo dos laboratórios nacionais, foi criado em 1971 a CEME, que posteriormente se transformou em uma distribuidora de medicamentos limitada à rede oficial. A Previdência no ano de 1973 tem sua cobertura ampliada aos trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos, com a intenção de abranger a totalidade da população urbana. No ano de 1974 o MPAS é criado, e juntamente ocorre a divisão social do trabalho entre este órgão e o Ministério da Saúde, diferenciando respectivamente sua clientela. O primeiro atende à população diferenciada que se encontra no trabalho formal, já o segundo é destinado à população de baixa renda, excluídas do trabalho formal. No final deste mesmo ano surge o Fundo de Apoio Social ao Desenvolvimento (FAS), que tinha como centralidade dar suporte financeiro aos programas e projetos de caráter social, porém seus recursos foram destinados basicamente aos setores da saúde com fins lucrativos.

Para reordenar o modelo de atenção à saúde e sanar os problemas do setor, o governo federal, em 1975, promulga a Lei nº 6229/75 que estabelece as diretrizes para a organização do “Sistema Nacional de Saúde”. De acordo com Netto & Souza (1999, p.43) “por esta lei, aos municípios fica a responsabilidade de manter os serviços de saúde de interesse da população local, especialmente os de pronto-socorro”.

Visando implantação de novas ações de saúde nas regiões carentes a fim de melhorar a situação sanitária precária, o Ministério da Saúde em 1975 estabelece dois importantes programas: Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN) e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), sendo que este segundo, pela primeira vez na história, continha recursos da previdência destinados à população não beneficiária.

Com o objetivo de racionalizar os gastos com a assistência médica, o MPAS cria em 1977, o INAMPS, sendo um efeito da desvinculação do atendimento médico à concessão de benefícios. No entanto, mesmo com as reformas na estrutura organizacional, não foi possível alterar o status da crise, e nem mesmo a predominância da previdência social com ações curativas comandadas pelo setor privado. Para Cohn et al. (2010, p.18) “esse processo de privatização da esfera

pública, não exclusivo da saúde, tem como consequência o prevalecimento da lógica do lucro e da capitalização nos investimentos do setor”.

Em 1978, foi criado o SINPAS para prosseguir o processo de institucionalização já iniciado pelo MPAS. De acordo com Bravo (2011, p. 75) “o Sinpas pode ser compreendido no processo de crescente universalização e de adoção do modelo de Seguridade, em vez do seguro social”.

Os movimentos sociais neste período de crise ganham força, e a classe que vive do trabalho ganha significativa expressão, aumentando cada vez mais sua força e visibilidade social e política. Esse período de crise do regime autoritário é caracterizado por alguns autores como distensão política, já que os movimentos e as lutas dos trabalhadores traz o fortalecimento da sociedade civil, ampliando a defesa dos direitos sociais. Para Bravo (2011, p.69) “esse período é considerado por alguns autores como o momento derradeiro da ditadura iniciada em 1964”.

No início dos anos 80 a questão saúde ainda permanecia deficitária, tendo um grande percentual da população excluída ao fácil acesso de serviços de saúde. Os movimentos sociais passam então a reivindicar melhores condições no setor, juntamente com os profissionais da área que lutavam pelo fortalecimento do setor público de saúde, sendo que uma parte dos profissionais estava inclusa na previdência social, e uma parte no Ministério da Saúde.

Na previdência social, os defensores do setor público, denominados publicistas, eram em número reduzido, pois o grupo majoritário era composto dos defensores do setor privado e pelo grupo tecnoburocrático, conhecido como os “cardeais do IAPI”, que se fortaleceram no período autoritário. No Ministério da Saúde, houve maior penetração dos profissionais que defendiam uma nova visão de saúde pública, em decorrência desse ministério ser desprestigiado e subordinado à lógica previdenciária. (BRAVO, 2011, p.76)

A organização dos profissionais progressistas iniciou-se ainda na década de 70 devido aos encontros e as produções teóricas na área da saúde e das ciências sociais, o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde³⁰ (CEBES) participando ativamente

³⁰ Entidade civil criada em 1975. A finalidade do CEBES foi gerar correntes de ideias que defendessem a saúde coletiva; produzir conhecimentos sobre a saúde da população; articular esses conhecimentos e demais produções da área com uma prática política concreta. (BRAVO, 2011, p.77)

dos encontros enfatizou as análises sobre a questão saúde na conjuntura do período, como os efeitos perversos do sistema de acumulação de capital que agravou as condições de vida e de higiene da população, restringindo o fácil acesso à necessidades mínimas de saúde, deixando-as vulneráveis a variadas doenças.

Esse cenário de luta e os demais acontecimentos obrigaram o Estado a propor mudanças na política de saúde brasileira como forma de enquadrar a questão social e canalizar as pressões populares. Modificações estas que não deixaram de privilegiar o setor privado e os interesses empresariais. (SANTOS, 2013, p.235)

Além da CEBES, outras organizações civis fortaleceram o movimento denunciando as más condições de saúde, como a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), a CNBB, a OAB, o Centro Brasil Mulher, os sindicatos, partidos políticos, universidades, associações, entre outros.

A saúde, nessa década, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia. (BRAVO, 2011, p.95)

O objetivo central desse movimento que passaria a ser chamado de “Movimento Sanitário”, para Netto e Souza (1999, p.43) é “uma nova “Reforma Sanitária” para o país e apontando para a criação de um Sistema Único de Saúde, que garantisse atenção à saúde de toda a população de forma universal”. A nova proposta de saúde passou a incorporar as diretrizes da Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários à Saúde, que ocorreu em 1978 e tinha como promotora a Organização Mundial da Saúde (OMS). Em 1979, a crise econômica ligada à previdência social decorrente do modelo de atenção médica chegou ao seu ápice, sendo necessário o Estado declarar a falência do sistema.

Nesse período de reorganização da sociedade civil, forças políticas ligadas à saúde pública passaram a discutir questões amplas ligadas à redemocratização do país e ao acesso aos serviços de saúde junto ao Legislativo. Esse foi um período de “crise” da Previdência Social, e não apenas crise financeira, mas também crise ideológica acerca do modelo de saúde a ser adotado, que colocou em confronto privatistas e publicistas. O II Simpósio, ocorrido em 1982, já contaria

Importante destacar que o CEBES quem fez a primeira proposta de um sistema unificado na área da saúde, no ano de 1979 no I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados.

com o movimento organizado da Reforma Sanitária, propondo um sistema nacional de saúde, com a integração das medidas preventivas e curativas. (FALLEIROS & LIMA, 2010, p.239)

No ano de 1981, através de um decreto do Presidente da República, é criado o Conselho Nacional da Administração da Saúde Previdenciária³¹ (CONASP), que propõe medidas de redução de gastos. Suas estratégias passaram a ser executadas efetivamente no ano seguinte, e em 1983, sua intervenção se deu através das Ações Integradas de Saúde (AIS) que definiam norteadores para a integração de saúde da previdência e da saúde pública, além de projetar convênio com os governos estaduais e municipais a fim de obter recursos para o custeio da saúde pública.

Ao final do ano de 1983, em decorrência do aumento do custo de vida e da crise econômica, houve uma maior insatisfação da sociedade civil a respeito do Estado, o que propiciou uma organização civil a fim de clamar por eleições diretas, lutando pela redemocratização do país.

Nesse cenário de lutas, a sociedade passa a reivindicar a mudança da política de saúde, tendo em vista que todas as medidas tomadas pelo poder da União não estavam atendendo as demandas da população. Os partidos de oposição ao regime autoritário começam a partir deste momento a elaborar projetos de saúde para discussões dentro do congresso, enquanto a sociedade se articulava em eventos e passeatas, o que motivou a transição para a chamada Nova República.

Esse campo de conflito gerou um evento fundamental para a questão saúde no Brasil, em março de 1986 em Brasília. A VIII Conferência Nacional de Saúde³² (CNS) aprovou os princípios da Reforma Sanitária Brasileira, assim como propôs que esses princípios estejam inclusos na nova Constituição Federal. A importância

³¹ Teve por finalidade recomendar políticas com relação à assistência à saúde da previdência social. Foi presidido pelo dr. Aloysio Salles e era constituído de catorze membros, entre eles sete representantes governamentais, três representantes patronais, dois representantes da área médica e três representantes dos trabalhadores. (BRAVO, 2011, p.91)

³² Contou com a participação de quase 4.500 pessoas, dentre os quais, mil delegados a fim de discutir o rumo da saúde no país. Foi apontada nesse evento a necessidade de reestruturar a política de saúde com a criação do Sistema Único de Saúde. Os principais eixos discutidos foram: a saúde como direito de cidadania; a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial. (SANTOS, 2013, p. 236)

dessa conferência é que devido à ela, o Estado assumiu a bandeira da Reforma Sanitária, viabilizando as políticas das AIS, bem como a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987, através do Decreto nº 94657/87, o que representou um avanço para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), que se materializou com a promulgação da nova Constituição Federal no ano seguinte.

3.2 Reforma Sanitária: Lutas Sociais pela Saúde

A Reforma Sanitária brasileira surgiu em meados de 1970, sendo um movimento social em prol da democratização da saúde juntamente com a redemocratização do país. Teve como atores a sociedade civil, os profissionais da saúde, os partidos políticos de oposição ao regime autoritário, e as instituições recém-criadas que visavam à integralidade e à equidade da saúde pública, e tinha como militante condutor o sanitarista Sergio Arouca³³.

Parcela da intelectualidade inserida nas universidades e profissionais da área da saúde foram os sujeitos que primeiro defenderam, no Brasil, um novo projeto que valorizasse o sistema público. Em comum, esse grupo apresentava a ideia de que a saúde, pelo seu conceito ampliado, significava melhores condições de vida e de trabalho. Havia, também, a intenção de mobilizar a sociedade para discutir e participar na elaboração de uma política de saúde que fosse a base para uma mudança societária. (BRAVO & MARQUES, 2013, p.210)

A criação e a participação de duas entidades neste período foram de grande significância para a reforma, O CEBES fundado em 1976 e a ABRASCO criada em 1979, conseguiram difundir e ampliar o movimento devido às críticas sobre a questão saúde e a formulação de teorias sobre as deficiências que a saúde pública do país vinha desempenhando ao longo da história, além de textos científicos e debate público.

³³ O sanitarista Sérgio Arouca foi um dos principais teóricos e líderes do chamado "movimento sanitarista" [...] Morto aos 61 anos, em 2 de agosto de 2003, Arouca é reconhecido por sua produção científica e a liderança conquistada na construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Foi presidente da Fiocruz em 1985, professor concursado da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz), além de chefe do Departamento de Planejamento da Escola. (www.portal.fiocruz.br)

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (BRAVO, 2009, p.96)

O projeto da Reforma Sanitária teve como objetivo central a responsabilização do Estado na intervenção de políticas sociais, atuando de acordo com as necessidades da população para assegurar o fortalecimento da concepção de Estado democrático e de direito. A proposição do movimento pauta-se na Saúde como direito de todos e dever do Estado, contribuindo para a inserção de novos sujeitos sociais para assegurar o controle social³⁴ através de conselhos e conferências.

Na transição dos anos 70 para os anos 80 houve a ampliação dos movimentos sociais, e foi nessa conjuntura que ocorreu o marco primordial para a emancipação da saúde do país no ano de 1986 com a 8ª CNS, pois através deste evento a questão saúde ultrapassou a análise setorial, elencando a necessidade de medidas de intervenções para contemplar a concepção de saúde em sua totalidade.

De acordo com Falleiros & Lima (2010, p.241):

Reunindo um amplo espectro de alianças, a VIII CNS contou com a participação de milhares de representantes de diversas entidades da sociedade civil, profissionais de saúde, usuários do sistema e prestadores de serviços de saúde públicos. Os prestadores de serviços privados foram os grandes ausentes nos debates travados nessa Conferência, considerada como o maior evento de discussão dos problemas enfrentados pela saúde pública brasileira. Apesar dos interesses e preocupações muitas vezes conflitantes, as forças

³⁴ Efeito da ação dos indivíduos e das comunidades sobre a gestão das instituições públicas ou privadas das quais são usuários. Conforme a NOBAS/2005, tem sua concepção advinda da Constituição Federal de 1988, enquanto instrumento de efetivação da participação popular no processo de gestão político-administrativa-financeira e técnico-operativa. O controle do Estado é exercido pela sociedade na garantia dos direitos fundamentais e dos princípios democráticos balizados nos preceitos constitucionais. Esta expressão, passa a ser utilizada no Sistema Único de Saúde (SUS), e agora pelo SUAS, indicando que deve haver um controle do poder público pela sociedade, especialmente no âmbito local, na definição de metas, objetivos e planos de ação. (BELO HORIZONTE, 2007, p.28)

progressistas aprovaram o princípio de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. [...] A partir da VIII CNS, a saúde passou a ser considerada antes de tudo como resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida, devendo ser entendida no contexto histórico de cada sociedade no seu estágio de desenvolvimento.

Portanto, dada a concepção de saúde em sua totalidade, a proposta da Reforma Sanitária não se esgotava apenas na formulação de um Sistema Único de Saúde, mas também exigia mudanças em outros sentidos. De acordo com Paim (2012, p.16) “a RSB implicava um conjunto articulado de mudanças e, ao contrário de outras reformas propostas pelo Estado, surgia da sociedade civil, como parte de um projeto de transformação social que não se restringia ao setor saúde”.

O movimento a partir da 8ª CNS passou a pressionar o Ministério da Saúde e o INAMPS/MPAS para a convocação da Comissão Nacional para a Reforma Sanitária (CNRS), que prosseguiu com as concepções de saúde apresentadas na Conferência, mesmo com a presença de representantes dos empresários do setor na comissão.

Neste período o país vivenciava a transição do regime ditatorial para o regime democrático, e por isso houve a necessidade de elaborar uma nova constituição. Então, após uma convocação da Assembleia Nacional Constituinte, o Congresso Nacional teve suas atribuições ampliadas a fim de promulgar a Constituição Federal de 1988. Alguns sujeitos tiveram um papel importante na construção da Constituinte, entre eles destacam-se a Igreja, o movimento sindical, os setores profissionais, e o movimento feminista.

Na área social os avanços trazidos pela Constituinte foram significativos, o conceito de Seguridade Social impôs uma mudança no sistema de saúde brasileiro, fato este que, difundiu no setor saúde dois grupos, assim explica Bravo (2009, p. 97):

A Assembleia Constituinte, com relação à Saúde, transformou-se numa arena política em que os interesses se organizaram em dois blocos polares: os grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de indústrias Farmacêuticas (Multinacionais), e as forças propugnadoras da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte, órgão que passou a congrega cerca de duas centenas de entidades representativas do setor.

O essencial dos textos que os sanitaristas levaram à Assembleia Constituinte mantiveram-se na nova Constituição: a saúde passou a ser um direito universal, gratuito e de qualidade para todos os cidadãos, cabendo ao Estado implantar políticas públicas para a garantia desse direito, o que extinguiu a distinção entre beneficiários e não beneficiários, bem como trabalhador rural e trabalhador urbano.

Passaram a ser de relevância pública as ações e os serviços do setor saúde, bem como suas regulamentações, controle e fiscalização. Em relação ao setor privado, a Constituição de 88 vedou a destinação de recursos públicos para instituição com fins lucrativos, em caso de contratos com empresas privadas, este deve ser contrato de direito público, que dá ao Estado o poder de intervir nas entidades que não seguirem os termos corretamente. Além disso, o setor privado deve ter uma participação apenas complementar, e de preferência com entidades filantrópicas. E foi vedado a comercialização de sangue e seus derivados.

Além desses aspectos importantes aprovados pela Constituição de 1988, foi sancionada a implantação do SUS, que segundo Falleiros & Lima (2010, p.246) “preconizou uma mudança estrutural no sistema de saúde em direção à universalidade e eficácia, fazendo da atenção básica a porta de entrada de um sistema destinado a atender as necessidades da população”.

3.2.1 Sistema Único de Saúde: Uma Conquista do Povo Brasileiro

Após um longo período de Luta, o Movimento da Reforma Sanitária conseguiu consolidar a saúde no Brasil, incluindo-a em dispositivos institucionais. Portanto, a partir da Constituição Federal de 1988, a saúde é caracterizada como direito de todos e dever do Estado.

Para que fosse possível a garantia desse direito, foi instituído um sistema de saúde integral e universal, rompendo com a estrutura dos períodos anteriores onde apenas os trabalhadores inseridos formalmente no mercado de trabalho tornavam-se beneficiários da Previdência e, conseqüentemente, tinham a possibilidade de acessar os serviços e ações de saúde.

Na Constituição de 88, os direitos humanos no país foram institucionalizados, com a pretensão de transformar a sociedade, e a saúde está expressa no artigo 6º, como um direito social fundamental.

Art. 6º São Direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção, à maternidade, e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (BRASIL, 2013, p.7)

Compreender a saúde como um direito fundamental significa que ela está associada aos três poderes públicos (Legislativo, Executivo e Judiciário) que devem em seus exercícios realizar a promoção da saúde. E torna-se impossível retirá-la da Constituição, mesmo através de emendas constitucionais.

Para Rios (2015, p. 85):

A consequência disso é que a Constituição impõe aos Poderes Legislativo e Executivo, de modo imediato, direto e em primeiro lugar, o fornecimento da maior prestação possível em face do direito à saúde. Significa que esses Poderes têm o dever de desenvolver e executar as políticas públicas de saúde mais eficazes e abrangentes possíveis. [...] O direito à saúde também tem eficácia direta e imediata em face do Poder Judiciário que, diante das políticas públicas definidas e implementadas, tem o dever de garantir aos cidadãos os direitos subjetivos e em toda a sua extensão ali previstos. Essa eficácia imediata e direta do direito fundamental à saúde vai além, para o Poder Judiciário: diante de uma política pública definida legislativamente e bem executada pela Administração, ele pode ser chamado a definir se o conteúdo jurídico do direito à saúde alcança alguma outra prestação positiva, vale dizer, aferir a existência de direito decorrente diretamente da Constituição (direito originário à prestação de saúde) a alguma prestação de saúde, observadas as condições jurídicas e fáticas pertinentes.

Na Constituição as disposições da saúde são contempladas no Título VIII, Capítulo II, Seção II, do Art. 196 ao 200, o que a torna o segmento do tripé da Seguridade Social com o maior número de artigos. O artigo 196 ratifica o dever do Estado frente à promoção, proteção e recuperação de saúde da população.

Art. 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, 2013, p.33)

No entanto, o alicerce legal do SUS não se esgota na Constituição Federal de 1988, existem as Leis Orgânicas da Saúde Nº 8080/90 que regula as ações e os

serviços de saúde em âmbito nacional, e a Nº 8142/90 que trata da participação popular na gestão da saúde, contribuindo para o controle social e também a respeito da transferência de recursos da ordem pública no setor saúde. Através da Constituição de 88, e das Leis Orgânicas da Saúde, foram estruturados os princípios e as diretrizes do SUS. Sendo este, um complexo sistema, e não uma instituição, conforme esclarece Souza & Batista (2012, p. 3):

No tocante ao funcionamento é importante ressaltar que o SUS não possui um caráter institucional, ele é um complexo sistema, formado por centros de saúde, ambulatorios, laboratórios, hospitais da iniciativa privada e do poder público, bem como por outros órgãos da União, Estados e Municípios, tendo como gestor central o Ministério da Saúde, todavia participam também da sua gestão os estados, municípios e a comunidade. Portanto, pode-se definir SUS como um conjunto de ações e serviços públicos de saúde, compondo uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada a partir das diretrizes da descentralização, integralidade e participação da comunidade.

Para uma fácil compreensão da estrutura do SUS, primeiramente é preciso diferenciar os princípios e as diretrizes do sistema. Segundo Matta (2010, p. 248) “Em suma, a denominação princípios é dada para a base filosófica, cognitiva e ideológica do SUS, e a designação diretrizes se refere à forma, às estratégias e aos meios de organização do sistema para a sua concretização”.

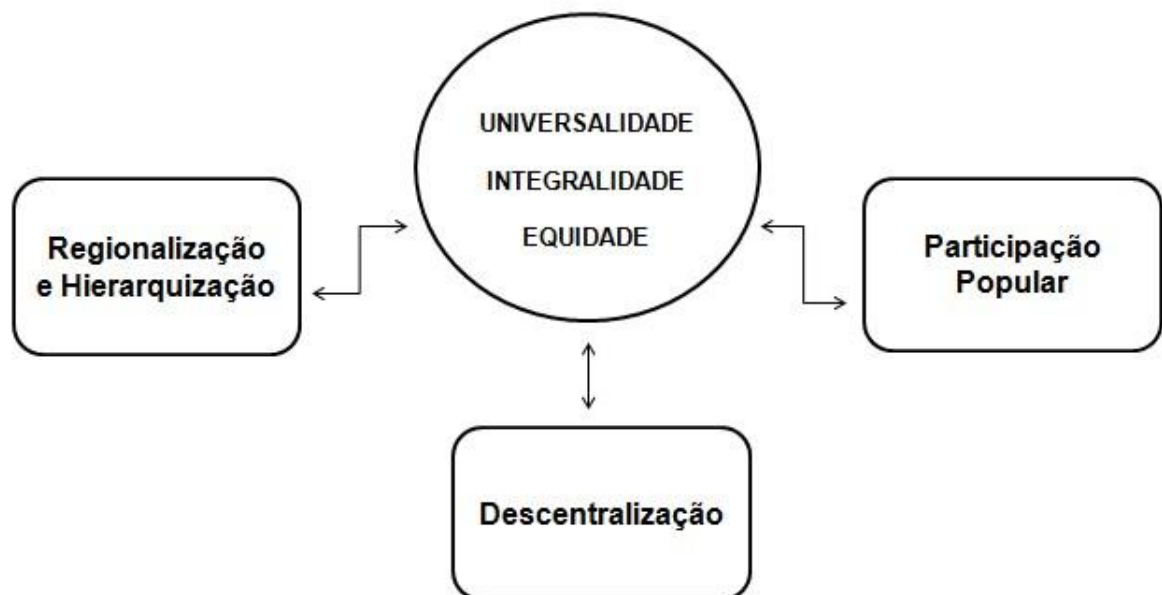


Figura 1 – Princípios e Diretrizes do SUS

Fonte: O autor (2015)

A figura apresenta os três princípios fundamentais do SUS, que são a universalidade, integralidade e equidade, bem como suas diretrizes: regionalização e hierarquização; descentralização e participação popular.

A universalidade indica a ruptura com o modelo de saúde anterior, que tinha características excludentes. A partir deste princípio, todas as ações e serviços de saúde devem abranger toda população - tanto brasileira, quanto os estrangeiros residentes no país - em todos os níveis, sem distinções e de forma gratuita, entendida como direito, e não como serviço que deve ser pago, ou acessível através de contribuição.

Numa sociedade plural e diversa, cumprir a obrigação de propiciar acesso universal igualitário significa, na medida do possível, considerar a diversidade cultural, social, econômica, geográfica presente nos indivíduos e grupos destinatários das políticas públicas de saúde, tornando o sistema de fornecimento de bens e serviços pertinentes à saúde, capaz de atendê-los. (RIOS, 2009, p.88)

Esse princípio defende que todos compartilhem das mesmas ações e serviços de saúde, independente da classe econômica. Para Matta (2010, p. 248) “A universalidade do SUS expressa a defesa do direito à vida e da igualdade de acesso sem distinção de raça, sexo, religião ou qualquer outra forma de discriminação dos cidadãos brasileiros”.

A integralidade caracteriza todas as necessidades do sujeito, rompendo com a concepção de saúde fragmentada, de ações e serviços exclusivamente biológicos. Neste princípio a saúde tem a ampliação de seu conceito, envolvendo outros determinantes para a produção da saúde e da doença, que vai além do corpo, englobando também a relação do indivíduo com a sociedade e com o meio-ambiente. Segundo Matta (2010, p.249) “Desta forma, as ações e serviços de saúde devem se organizar para atender as necessidades diversas das pessoas e dos grupos sociais”.

Além disso, a saúde passou a contar com ações e serviços plenos, deixando o caráter focalizado, onde a preocupação é apenas com a cura da doença. Os usuários possuem o direito de serem contemplados com ações voltadas para a prevenção e para o tratamento da doença. Para Matta (2010, p.249) “De acordo com essa concepção, o usuário do SUS tem o direito a serviços que atendam as suas

necessidades, da vacina ao transplante, com prioridade para o desenvolvimento de ações preventivas”.

A integralidade, em suma, garante que a saúde seja tratada como um todo, e que não seja dividida, bem como entende que existem determinantes sociais que influenciam a questão saúde-doença, e que a partir disso, as condições de vida da população devem ser levadas em consideração. Para tanto, os serviços e ações devem ser estruturados em redes de atenção³⁵.

Ou seja, procura-se construir um sistema baseado na defesa da saúde como um direito, entendendo-a como resultante das condições de vida da população. Para isso, propõe-se um sistema pautado nas ações de promoção, prevenção e tratamento nos diversos níveis de atenção (dos postos de saúde até o hospital especializado). (PONTES et al., 2010, p. 256)

O terceiro princípio do SUS é efeito da desigualdade social existente no Brasil. A equidade propõe que os desiguais sejam tratados de modo desigual, ou seja, o princípio não pressupõe o conceito de igualdade, pois devido às injustiças sociais há uma desigualdade no acesso, na implantação e também na gestão dos serviços e ações de saúde. Deste modo, é preciso destinar os recursos e investimentos onde as necessidades coletivas e individuais são essenciais.

Isto implicaria reconhecer a pluralidade e diversidade da condição humana em suas necessidades e em suas potencialidades. A principal questão relativa à equidade está em definir critérios para eleger princípios de distribuição, classificar pessoas ou populações e estabelecer estratégias de distinção. (MATTA, 2010, p.249)

Quanto às diretrizes, existe a descentralização, que visa promover a equidade da oferta integral dos serviços e ações de saúde abrangendo todo o território nacional, e para isso ser possível foram distribuídas as responsabilidades, o poder político e os recursos para as três esferas – Federal, Estadual e Municipal. Tirando a concentração de poder na União, e compartilhando com os Estados e Municípios, a

³⁵ As ações e serviços de saúde estão organizados em redes de atenção regionalizadas e hierarquizadas, de forma a garantir o atendimento integral à população e a evitar a fragmentação das ações em saúde. O acesso à população ocorre preferencialmente pela rede básica de saúde (atenção básica) e os casos de maior complexidade são encaminhados aos serviços especializados, que podem ser organizados de forma municipal ou regional, dependendo do porte e da demanda do município. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p.22)

fim de garantir a materialização dos princípios do sistema. O objetivo central dessa diretriz é a municipalização³⁶ da assistência à saúde.

Entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo. A descentralização parte do princípio de que a realidade local é a determinante principal para o estabelecimento de políticas de saúde. Desta forma, a estratégia fundamental do processo de descentralização é a municipalização da assistência à saúde. (SOUZA & BATISTA, 2012, p.5)

Para nortear as atribuições e competências de cada nível de governo, foram criadas as Normas Operacionais (NOB-SUS), conforme explica Matta (2010, p.251): “As NOB-SUS indicam com mais detalhes o processo de descentralização do SUS, estabelecendo as condições e estratégias necessárias para que os estados e municípios possam assumir suas responsabilidades no processo de implantação e consolidação do SUS”.

A regionalização diz respeito à organização do sistema amparado na noção de território, tendo em vista que os serviços e ações de saúde devem ser elaborados de acordo com a realidade de cada região, levando em conta o perfil epidemiológico, socioeconômico e demográfico do local. Para Matta (2010, p.253) “quanto mais perto o sistema estiver, maior será sua capacidade de identificar as necessidades da população e melhor será a forma de gestão do acesso e dos serviços de saúde a ela destinados”.

Essa diretriz está equiparada junto à hierarquização que ordena os níveis de atenção à saúde, sendo divididas em baixa, média e alta complexidade. A baixa é também classificada como atenção básica, sendo ela o primeiro nível de atenção à saúde do SUS, devendo ser a porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde. Já a de média complexidade visa atender aos agravos de saúde através de atendimento especializado, é estruturada por ações ambulatoriais e hospitalares que estão entre a atenção básica e alta complexidade. Por fim, a de alta envolvem as ações e serviços de alta tecnologia e/ou alto custo.

³⁶ Estratégia adotada no Brasil que reconhece o município como principal responsável pela saúde de sua população. Permitiu transferir aos municípios a responsabilidade e os recursos necessários para exercerem a gestão sobre as ações e os serviços de saúde prestados em seu território. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p.22)

Os sistemas de atenção à saúde constituem respostas sociais, deliberadamente organizadas, para responder às necessidades, demandas e preferências das sociedades. Nesse sentido, eles devem ser articulados pelas necessidades de saúde da população que se expressam, em boa parte, em situações demográficas e epidemiológicas singulares. (MENDES, 2011, p.45)

A participação popular é outra importante diretriz, já que pela luta popular pela democratização da saúde a Lei Nº 8142/90 foi aprovada, instituindo os conselhos de saúde e as conferências como órgãos de participação da sociedade civil na gestão do SUS em todas as esferas de governo, reafirmando a significância do controle social no setor saúde.

De acordo com Matta (2010, p.254):

A principal característica dos conselhos é o seu caráter deliberativo sobre a formulação das estratégias de atenção à saúde no país. Os conselhos são formados por representantes de usuários do SUS (50%), trabalhadores da saúde (25%) e prestadores e gestores (25%). O SUS garante aos estados, Distrito Federal e municípios a autonomia para administrar os recursos da saúde, de acordo com a sua condição de gestão (gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal), mas para isso é preciso que cada região tenha seu conselho de saúde funcionando de forma adequada. As conferências de saúde devem se reunir em cada nível de governo a cada quatro anos com a representação dos diversos segmentos sociais, convocadas pelo poder executivo ou extraordinariamente pela própria conferência ou pelos conselhos. As conferências municipais, estaduais e nacionais de saúde têm o objetivo de avaliar a situação de saúde em cada uma de suas áreas de competência e propor as diretrizes para formulação de políticas.

Esses princípios e diretrizes do sistema de saúde seguem a direção dos princípios do movimento sanitário brasileiro, tendo como objetivo central a universalidade do acesso aos serviços e ações de saúde. Após 27 anos da criação do SUS, se torna impossível negar o avanço que teve a saúde brasileira, incluindo a população vulnerável que se encontrava marginalizada. No entanto, a real conquista desses princípios ainda é um desafio. Conforme Mendes (2011, p.17):

O SUS é uma proposta generosa de uma política pública que se construiu e se institucionalizou a partir de um amplo debate na sociedade brasileira, estimulado pelo movimento sanitário e acolhido na Constituição Federal de 1988. É um experimento social que está dando certo e seus avanços são inquestionáveis, mas enfrenta enormes desafios e tem de superá-los.

As incertezas sobre a implementação do SUS começaram a emergir já no final dos anos 80, tendo em vista que foi neste período que o Brasil sofre a influência do Projeto de Ajuste Neoliberal.

3.3 Contrarreforma do Estado: Influências Neoliberais na Saúde

Os anos 90 trouxeram para a sociedade brasileira um regresso nas políticas sociais conquistadas até o período, pois o ideário neoliberal se fortalece no país mesmo que de modo tardio se comparado com outros países capitalistas.

O pensamento neoliberal colocou propostas de intervenção nas expressões da questão social no patamar da solidariedade moral, e de iniciativas individuais e privadas, retirando seu caráter essencialmente político, social e econômico. As políticas públicas são minimizadas dando lugar às micropolíticas de caráter local na contramão da perspectiva regional e nacional. (BRAVO & MARQUES, 2013, p.212)

Devido à aceleração da crise em 1988 - tanto política quanto financeira – o Brasil no início dos anos 90 buscou saídas para contornar a crise e recuperar a taxa de lucro. Ocorre então neste período o redirecionamento do papel do Estado para o setor econômico, e influenciado pelo Projeto de Ajuste Neoliberal o país rompe com o conceito de Seguridade Social previsto constitucionalmente.

Do ponto de vista social, assiste-se à privatização do financiamento e da produção dos serviços, à precarização das políticas públicas, com o corte dos gastos sociais, à concentração dos investimentos nos grupos mais carentes e à descentralização para o nível local. Essas mudanças se fizeram paulatinamente e interferiram nos rumos do Sistema Único de Saúde. (LIMA, 2010, p.280)

Conforme aponta Lima, a política nacional de saúde, o SUS, apesar dos avanços e das conquistas asseguradas pela Constituição de 1988, sofreu um forte ataque dos grupos que representavam o mercado e que se opunham aos princípios da Reforma Sanitária brasileira e, o que culminou em uma disputa no setor saúde entre dois projetos antagônicos: projeto da Reforma Sanitária e o projeto de ajuste.

Diferentemente dos princípios do projeto da reforma sanitário, o projeto de ajuste interfere na elaboração de políticas públicas voltadas à saúde, pois este modelo de atenção à saúde retira do Estado a responsabilidade de viabilizar

políticas públicas em função do bem-estar da sociedade, o que inclui a saúde, desmanchando assim a concepção de Estado democrático e de direito.

Os ajustes necessários às mudanças não se fizeram por meio de políticas de proteção social. Ao contrário, deram-se de acordo com as leis da competitividade do mercado mundial e da “globalização”. As ações governamentais diretas foram orientadas para o combate à pobreza, para aumentar a “competência” da força de trabalho e a produtividade. Nesse cenário, as políticas sociais, especialmente nas áreas de saúde e educação, adquiriram novos contornos, desempenhando um papel compensatório, assumindo um caráter focalizado, seletivo e voltado aos grupos mais vulneráveis. (LIMA, 2010, p.290)

Essa concepção de saúde articulado ao mercado incentiva o Estado a conter gastos sociais, e a investir nos setores econômicos, além de responsabilizar a sociedade a assumir o alto custo da crise. Portanto, ao Estado cabe garantir o mínimo aos que não possuem condições de arcar com as despesas do setor privado que tem seus serviços voltados aos usuários consumidores. É neste contexto que ocorre o “desfinanciamento” da Seguridade Social, especialmente no setor saúde, para Bravo e Marques (2013, p.211): “é o estágio do capitalismo, orientado pelo Consenso de Washington, de ajustes das políticas sociais, da economia e da forma de sociabilidade permeadas por uma lógica pragmática e produtivista”.

De acordo com Lima (2010, p.281):

O debate sobre o desfinanciamento do Sistema Único de Saúde está vinculado à desconstrução do conceito de Seguridade Social, que começa a se operar naquele momento, e à lógica de acumulação de capital baseada na reprodução ampliada do capital fictício, que se implantou de maneira definitiva com o governo Fernando Henrique Cardoso.

Este fato implica na refilantropização no setor saúde através de agentes comunitários e cuidadores para substituir profissionais técnicos, acarretando na contenção de gastos, descumprindo conseqüentemente os dispositivos constitucionais e legais do SUS.

Segundo Bravo (2009, p.100):

Algumas questões comprometeram a possibilidade de avanço do SUS como política social, cabendo destacar: o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade

entre prevenção e atenção curativa, havendo prioridade para a assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. A proposta de Reforma do Estado para o setor saúde, ou contrarreforma, era de dividir o SUS em dois – o hospitalar e o básico.

Para a autora (2009, p.101) “o projeto saúde articulado ao mercado ou de reatualização do modelo médico assistencial privatista, está pautado na Política de Ajuste que tem como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta; a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e a focalização”. Com isso, o princípio de universalidade de acesso não se concretiza, e o SUS passa a ser direcionado apenas à população que se encontra em vulnerabilidade.

Apesar de ser um avanço, a universalidade vem sendo traduzida por um viés excludente. Isto porque os valores solidários, coletivos e universais, propostos pelo movimento sanitário estão sendo substituídos pelos valores individualistas, corporativos e focalistas, fortalecendo o projeto voltado para o mercado e consolidando o SUS apenas para os mais pobres. (BRAVO, 2006, p.78)

A atenção básica, que deveria ser a porta de entrada de usuários, se tornou um aparelho com serviços de baixo custo, focalizado para a população empobrecida. Os profissionais recebem poucas qualificações e não há incorporação tecnológica, pois está voltada para a resolução de algumas doenças que poderiam ser prevenidas se o Estado centrasse suas ações em campanhas de prevenção e promoção da saúde, sem focar apenas na cura.

É durante o governo de Fernando Henrique Cardoso que é explicitamente implantado o Projeto de Ajuste Neoliberal nas políticas de saúde, assim como é evidenciado a partir deste governo as ações dos grupos opositores ao movimento sanitário. Não é compreendido neste período que o Estado deve ser responsável pela execução de ações de saúde, com a argumentação de que a gestão é incapaz de desempenhar um papel eficiente.

Neste contexto é transportado para o Terceiro Setor a responsabilidade de desempenhar ações que deveriam ser do Estado, bem como é destinado ao setor privado os recursos públicos, acarretando assim na privatização de serviços sociais. Para Teixeira (2013, p.65) “Nessa direção, o modelo empresarial é o tipo ideal para a boa administração, coerente com a lógica mercantil. Os serviços sociais tornam-se, também, o lócus do capital. A lógica contrarreformista fragiliza ainda mais as

possibilidades do Estado responder às necessidades de saúde da maioria da população”.

A assistência médica suplementar, isto é, o segmento de planos e seguros de saúde privados também começa a reestruturar e diversificar suas ações empresariais, ao mesmo tempo em que o Estado elabora políticas públicas de apoio a esse setor, que irão competir com as instituições públicas. Isso acontece, particularmente, nas políticas baseadas em deduções e subsídios fiscais, que, ao substituírem as relações diretas entre a previdência social e as empresas empregadoras, irão subsidiar, indiretamente, as empresas médicas, contribuindo para o aprofundamento e a cristalização da segmentação do sistema e dos provedores de serviços de acordo com o *status* socioeconômico das demandas. (LIMA, 2010, p.283)

Essas reformas na política de saúde se esgotam em uma política social que tem em seu contexto histórico a característica de mobilização, organização e participação dos sujeitos sociais, mas que tende a se diluir com a hegemonia do pensamento neoliberal.

Com a finalidade de corrigir as distorções causadas na saúde no decorrer dos anos, em 1994 é implantado o Programa de Saúde da Família³⁷ (PSF) que visa incorporar as noções de integralidade, universalidade, equidade e a participação social. Para Pontes et al. (2010, p.261) “a atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas”.

Assim este programa tende à reinteração da atenção básica, visando facilitar o acesso da população aos serviços de saúde. Porém, a atenção de baixa complexidade deve sanar os problemas da população, mas é insuficiente para responder as necessidades de saúde, sendo importante manter a rede de atenção interligada para a realização de encaminhamentos quando pertinentes, e atualmente se faz preciso intervir nessa relação entre os níveis de atenção à saúde.

³⁷ Desenvolvido com base na experiência bem-sucedida no Nordeste do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, que conseguiu reduzir a mortalidade materna e infantil. Nos primeiros anos de implantação do PSF, foram priorizadas as áreas delimitadas no Mapa da Fome do Ipea, ou seja, buscava-se expandir a cobertura dos serviços de saúde, por meio do programa, para áreas com populações empobrecidas. (PONTES et al., 2010, p.260)

Segundo Pontes et al. (2010, p.266):

A população busca e valoriza, sobretudo, o atendimento hospitalar, justificado pela dificuldade de acesso aos serviços de atenção básica e pela baixa capacidade desses serviços responderem de forma adequada às necessidades da população. Ao mesmo tempo, não são raros os relatos das equipes de ESF a respeito da dificuldade de marcação de consultas e exames nos serviços especializados e da ausência de retorno sobre os procedimentos e atendimentos realizados nesses serviços. Algumas questões relacionadas à organização dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatoriais e hospitalares devem ser lembradas, como: concentração desses serviços em grandes centros e nas regiões sul e sudeste; baixa responsabilização e resolutividade desses serviços; falta de políticas de qualificação desses trabalhadores; predominância de prestadores do setor privado; financiamento baseado na produtividade com baixo controle de qualidade; e incipiente política de regionalização e articulação com a rede básica.

Com a vitória do ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva, em 2002, o país ansiou por mudanças na condução das políticas sociais, e nas formulações de políticas públicas voltadas à saúde. Mas de modo geral, o governo Lula em seus dois mandatos mantém estratégias de continuidade com o modelo de contrarreforma do governo anterior, mesmo que seus programas, planos e projetos tenham algumas diferenças. De acordo com Teixeira (2013, p.68) “nas políticas sociais, apesar de ter aumentado os gastos sociais com a população empobrecida, por intermédio de programas especiais [...] demonstra que a focalização é a linha mestra a ser encaminhada, em detrimento da universalização”.

Nota-se que o governo Lula tentou manter uma polarização entre o projeto da Reforma Sanitária e o projeto de ajuste, assim aponta Bravo (2009, p.102) “em algumas proposições, procura fortalecer o primeiro projeto, e em outras, mantém o segundo projeto, quando as ações enfatizam a focalização e o desfinanciamento”. Mas cabe ressaltar que foi no governo Lula que houve o retorno da concepção de Reforma Sanitária, visto que no governo de Fernando Henrique esta temática foi explicitamente abandonada. Segundo Campos (2006, p.144) “o SUS enfrenta várias dificuldades. Trata-se de uma reforma incompleta e que enfrenta o paradoxo de pretender implantar-se uma política universalista em um contexto de ajuste econômico muito estrito”.

De acordo com Campos (2006, p.143):

A implantação do SUS não é um trabalho simples, depende de competência técnica e de grande habilidade política para compor interesses e distintas perspectivas culturais. Assim, o sucesso desta política depende não somente de políticas adequadas dos governos federal e estadual, mas também na iniciativa arrojada dos poderes locais.

Deste modo, o desafio imposto no setor saúde na atual conjuntura, é o fortalecimento do projeto da Reforma Sanitária, intervindo nas formulações de políticas públicas. Rompendo assim com a característica de um sistema dual na política de saúde, e materializando os princípios e diretrizes do SUS, estreitando assim as diferenças do SUS constitucional, do SUS real. Para isso é preciso haver mobilização da sociedade civil, dos profissionais de saúde e dos governos.

4 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE

O Serviço Social é uma profissão que se constituiu historicamente e possui um caráter eminentemente político no cotidiano profissional participando da reprodução da própria vida social e criando estratégias profissionais e políticas com o objetivo de fortalecer os interesses da classe que vive do trabalho.

Mas, para compreendê-lo no contexto da sociedade capitalista é preciso analisar onde está inserida a profissão na “reprodução das relações sociais”, que segundo Iamamoto & Carvalho (2003, p.72):

É a reprodução da totalidade do processo social, a reprodução de determinado modo de vida que envolve o cotidiano da vida em sociedade: o modo de viver e de trabalhar, de forma socialmente determinada, dos indivíduos em sociedade [...] Entendida dessa maneira, a reprodução das relações sociais atinge a totalidade da vida cotidiana, expressando-se tanto no trabalho, na família, no lazer, na escola, no poder, etc., como também na profissão.

Este processo de reprodução da totalidade das relações sociais é complexo, pois o mesmo movimento que cria possibilidades para a transformação da sociedade que é dividida em classes permite também a sua reprodução e continuidade. E o Serviço Social está inserido como instituição componente na organização desta sociedade, não sendo possível analisá-lo de forma unilateral, visto que há dois ângulos de análise indissociáveis no mesmo fenômeno.

Como realidade vivida e representada na e pela consciência de seus agentes profissionais expressa pelo discurso teórico-ideológico sobre o exercício profissional; e a atuação profissional como atividade socialmente determinada pelas circunstâncias sociais objetivas que conferem uma direção social à prática profissional, o que condiciona e mesmo ultrapassa a vontade e/ou consciência de seus agentes individuais. (IAMAMOTO & CARVALHO, 2003, p.73)

Deste modo, o exercício do Serviço Social se desenvolve no contexto de relações entre as classes, ou seja, sua prática é polarizada pelos interesses de classes em relação. A profissão participa tanto das respostas que a sociedade e o Estado constroem frente às manifestações da questão social, quanto do processo de reprodução dos interesses de preservação do capital.

A profissão é institucionalizada na sociedade capitalista neste contexto contraditório através de um conjunto de processos sociais, políticos e econômicos que caracterizam a relação existente entre classes na consolidação do capitalismo.

É importante ter clareza de que em cada país o Serviço Social percorreu caminhos diferentes. No Brasil, a institucionalização da profissão ocorreu a partir dos anos 30 através da mobilização do Estado e do empresariado com o suporte da Igreja, como um recurso de enfrentamento das expressões da questão social.

Cabe destacar que neste momento a “Questão Social” é vista ainda sob a perspectiva cristã, ou seja, os problemas vistos como sociais eram responsabilidade individual de cada sujeito.

O Serviço Social origina-se no bojo da Igreja, tornando-se responsável pelas condições sociais da população, iniciando ações de caridade com as moças da alta burguesia, justificando que os ricos deveriam cumprir o dever com os despossuídos de bens materiais e assim os problemas sociais seriam erradicados.

Não se tinha qualquer sistematização ou teoria para realizar uma intervenção social, acreditava-se que a solução dos problemas sociais se daria através da reforma do indivíduo, o adequando nos estereótipos de normalidade da época, naturalizando assim a pobreza e a miséria.

Nota-se que a profissão surge com características interventivas, se fundamentando na realidade social, atuando no campo das relações humano-sociais. Até a metade do século XIX, a assistência social era executada em caráter de voluntariado, e as damas de caridade tinham como função ajustar os desajustados e administrar os recursos doados entre os pobres e necessitados.

Segundo Yamamoto & Carvalho (2003, p.83):

Em suas origens no Brasil, o Serviço Social está intimamente vinculado a iniciativas da Igreja, como parte de sua estratégia de qualificação de laicato, especialmente de sua parcela feminina, vinculada predominantemente aos setores abastados da sociedade, para dinamizar sua missão política de apostolado social junto às classes subalternas, particularmente junto à família operária.

Em meados de 1930 o Serviço Social se pautava nos métodos e nas técnicas dos Estados Unidos para aplicar a prática na realidade brasileira.

Em 1932 é criado no país o Centro de Estudos e Ação Social (CEAS), a entidade que foi fundadora e mantenedora da primeira Escola de Serviço Social no Brasil em 1936. O Centro foi resultado de um curso intensivo de “formação

profissional para moças” que obteve uma grande aceitação entre as católicas que após a conclusão do curso decidiram criar uma associação de ação social.

O objetivo central do CEAS será de “promover a formação de seus membros pelo estudo da doutrina social da Igreja e fundamentar sua ação nessa formação doutrinária e no conhecimento aprofundado dos problemas sociais”, visando “tornar mais eficiente a atuação das trabalhadoras sociais” e “adotar uma orientação definida em relação aos problemas a resolver, favorecendo a coordenação de esforços dispersos nas diferentes atividades e obras de caráter social”. (IAMAMOTO & CARVALHO, 2003, p.169)

O CEAS difundia a doutrina e a ação social da Igreja, tendo em sua grade de ensino aulas de filosofia, moral, legislação do trabalho, encíclicas, etc. Portanto, é na relação com a Igreja Católica que o Serviço Social teve seu processo de formação dos primeiros profissionais brasileiros e formulou seus primeiros objetivos orientados por posicionamentos humanistas e conservadores.

Na década de 40 o conservadorismo católico começa a avançar tecnicamente ao entrar em contato com o Serviço Social norte americano, e suas propostas de trabalho são permeadas pelo caráter conservador da teoria social positivista³⁸.

A Assistente Social norte-americana Mary Richmond teve um papel importante na profissionalização do Serviço Social, pois foi uma das primeiras autoras que se sensibilizou em escrever a respeito das práticas do Serviço Social, o institucionalizando.

A partir de seus textos outros autores escreveram sobre a profissão, ora criticando, ora defendendo e assim ao longo da história, evoluindo as teorias do Serviço Social. De acordo com Estevão (1992, p.18) “De fato, para ela, fazer Serviço Social implicava trabalhar a personalidade das pessoas e o seu meio social”.

Com as teorias de Richmond e das escolas de Serviço Social, a profissão foi se constituindo de acordo com as conjunturas da sociedade capitalista, adaptando-se com a realidade social de cada território. Primeiramente o Serviço Social passa a atender individualmente conforme o método inicial de Mary Richmond, e posteriormente agrega os métodos de grupo e comunidade.

³⁸ Esta teoria compreende as demandas sociais dos indivíduos de modo imediatista e objetivo, sua intervenção se dá nas relações aparente dos fatos.

Neste período, devido ao favorecimento da industrialização e da acumulação do capital, as exigências de bens e serviços da crescente parcela da população trabalhadora pressionam o Estado para efetivação de uma assistência social. Objetivando sua efetivação o Estado brasileiro passa a intervir no processo de reprodução das relações sociais, tanto no atendimento às necessidades dos trabalhadores, como na viabilização do processo de acumulação do capital.

O aprofundamento do capitalismo traz ainda, como necessidade inerente ao seu processar, uma nova racionalidade, por meio da qual a questão social deve ser conduzida. O desenvolvimento das forças produtivas, a centralização e concentração do capital, o aumento de sua composição orgânica, a complexidade e o ritmo dos métodos e processos de trabalho trazem novas exigências quanto à qualificação e produtividade de importantes parcelas da força de trabalho. (IAMAMOTO & CARVALHO, 2003, p.307)

Desta forma, gradativamente o Estado impulsionou a profissionalização de Assistentes Sociais e ampliou seu campo de trabalho devido às novas formas de enfrentamento das manifestações sociais, vinculando o Serviço Social com as Políticas Sociais e delineando o perfil da população assistida. Este cenário irá propiciar uma exigência de uma formação técnica especializada para a práxis do Serviço Social.

Será reconhecido que as atividades precederam a formação, e que as obras até aquele momento mantidas se ressentem de certa falta de informação doutrinária e técnica, que a intuição e o senso das necessidades não foram capazes de acudir. Apesar das loas à beleza das obras de caridade e à sua indispensabilidade, critica-se sua pouca eficiência social. (IAMAMOTO & CARVALHO, 2003, p. 184)

Neste contexto ocorre a legitimação da profissão, que é expressa por seu assalariamento e pela ocupação no espaço da divisão social e técnica do trabalho, como cita lamamoto (1996, p.24):

A profissão passa a constituir-se como parte do trabalho social produzido pelo conjunto da sociedade, participando da criação e prestação de serviços que atendem às necessidades sociais. Ora o Serviço Social reproduz-se como um trabalho especializado na sociedade por ser socialmente necessário: produz serviços que atendem às necessidades sociais, isto é, tem um valor de uso, uma utilidade social. Por outro lado, os Assistentes Sociais também participam, como trabalhadores assalariados, do processo de produção e/ou redistribuição da riqueza social. Seu trabalho não resulta apenas em serviços úteis, mas ele tem um efeito na produção ou na redistribuição do valor e da mais-valia.

O que está posto dentro da profissão ao longo da história é que sua natureza é interventiva, e seu objeto de trabalho é a “Questão Social”, imposta através das expressões da questão social.

As intervenções do Serviço Social visam à diminuição da desigualdade social, a luta intransigente pela defesa dos direitos e a emancipação social dos sujeitos com quem atua. Como profissão, consolida seu significado social na relação com as demais profissões.

Cada pequeno ato exercido por Assistentes Sociais possui uma dimensão ética que fundamenta o trabalho do Serviço Social, expresso no Código de Ética³⁹ da profissão, aprovado pela resolução do CFESS nº 273/93, que teve alterações e também pela Lei nº 8662/93 regulamentando o exercício da profissão.

Conforme esclarece Martinelli (2011, p. 498):

A dimensão ética é constitutiva da identidade da profissão, juntamente com as dimensões técnico-operativas e teórico-metodológicas, articulando-se em termos de poderes, fazeres e saberes como mediações da prática profissional e expressões de nossa práxis humana. Há um fim último que buscamos com nossas ações profissionais e que configuram a particularidade histórica da profissão. Cada um de nossos atos profissionais, até mesmo o menor deles, é dimensionado eticamente, direciona-se à emancipação humana e, portanto, sua vocação é sempre a humanização da prática profissional.

Tendo como pressuposto que o Assistente Social é um profissional que atua no campo da defesa dos direitos, e sendo a saúde um direito social expresso na Constituição de 1988, o Serviço Social tem no setor saúde um campo privilegiado para que a sociedade se aproprie do conhecimento de seus variados direitos, tendo em vista que a saúde se desdobra em outras necessidades humanas, e conseqüentemente com outras políticas públicas.

É em meados de 1920 que os profissionais do Serviço Social começam a surgir no país, mas irão desenvolver sua prática nos hospitais tempos depois, através das educadoras sanitárias.

³⁹ O Código de Ética e a Lei de Regulamentação da profissão foram meios vitais para se consolidar uma perspectiva de transformação social e um projeto ético-político da profissão que tem profundas raízes no movimento de reconceituação do Serviço Social. (FALEIROS, 2005, p. 32)

No campo do Serviço Social médico, as iniciativas são ainda extremamente embrionárias. Estarão ligadas inicialmente à puericultura e a profilaxia de doenças transmissíveis e hereditárias. As funções exercidas se referirão à triagem (o que o cliente ou a família pode pagar), elaboração de fichas informativas sobre o cliente (dados importantes que o médico muito atarefado teria gasto muito tempo para obter), distribuição de auxílios financeiros para possibilitar a ida do cliente à instituição médica, conciliação do tratamento com os deveres profissionais do cliente (entendimentos com o empregador), o cuidado quanto aos fatores psicológicos e emocionais do tratamento, e a adequação do cliente à instituição através da obtenção de sua confiança. (IAMAMOTO & CARVALHO, 2003, p.196)

Na década de 40, com os hospitais construídos pelos IAPs, que se tem consolidado no Brasil o trabalho coletivo em saúde, com a inserção dos Assistentes Sociais na equipe multidisciplinar.

No Brasil, o Serviço Social demarcou sua entrada no campo da saúde pública pelo viés dos trabalhos com comunidade, por meio de práticas educativas sobre procedimentos de higiene aplicados à vida privada, incentivando o controle de natalidade, o controle de doenças infantis, de higiene bucal, de saneamento para a criação das primeiras políticas urbanas de saúde, muitas vezes realizado por meio de um trabalho educativo baseado em proporcionar acesso à informação sobre o próprio corpo e a higiene do mesmo. Esse era um trabalho que se mostrava necessário a um país sem escolaridade, com grande parte da população em condição de miséria e revelando desconhecimento sobre o próprio corpo. (SODRÉ, 2010, p.456)

Neste sentido, a implantação do Serviço Social na área da saúde surge como um complemento da atuação médica, visando o modelo médico clínico, buscando qualificar o trabalho do médico. Assim explica Matos (2013, p.57):

A inserção do Serviço Social nos serviços de saúde se deu por meio de uma busca de construção do exercício profissional a partir do modelo médico clínico. Assim, o Assistente Social foi identificado (em conjunto com outras profissões, no contexto da cooperação vertical) como aquele que podia contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho médico. A relação era pautada numa perspectiva de complementaridade, onde o gestor era o médico. Daí muito ter se usado, à época, a categoria de paramédico para definir os outros profissionais não médicos que trabalhavam na saúde. Aparentemente, não se tinha um objetivo próprio para os paramédicos, ficando sua atuação para aquilo que os médicos lhes delegava, que era o que este julgava não ter capacidade ou não queria fazer.

Assim, o Serviço Social juntamente com outros segmentos, se caracteriza como profissão da saúde, posteriormente com aprovação do Conselho Nacional de

Saúde⁴⁰ através da Resolução nº 218/97, além da Resolução 196/96 que trata da ética em pesquisas que envolvem seres humanos, bem como expressa também na Resolução nº 383/99 do CFESS.

Considerando que o Assistente Social, em sua prática profissional contribui para o atendimento das demandas imediatas da população, além de facilitar o seu acesso às informações e ações educativas para que a saúde possa ser percebida como produto das condições gerais de vida e da dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas do País. (CFESS, 2011, p. 183)

Segundo Matos, existem três aspectos fundamentais que caracteriza a intervenção profissional do Serviço Social na área da saúde, conforme demonstra o quadro a seguir.

1º Aspecto	O Serviço Social, junto com outras, é compreendido como uma profissão da área da saúde. Expressão disso é a Resolução n. 218/1997, do Conselho Nacional de Saúde.
2º Aspecto	Experiência do Projeto "Formação Profissional do Serviço Social e sua interface com a saúde", desenvolvido pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), no contexto do Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde (FNEPAS).
3º Aspecto	A demanda dos Assistentes Sociais que trabalham nos serviços de saúde.

Quadro 1 – Aspectos que caracterizam o Serviço Social no Setor Saúde

Fonte: MATOS, 2013, p.54.

A atuação de Assistentes Sociais nos anos 60 tinha em seu interior características conservadoras positivistas devido ao momento histórico onde o Brasil vivia o contexto da ditadura militar, portanto, suas propostas de intervenção eram ajustadoras e tinham um perfil manipulador.

⁴⁰ O Conselho Nacional de Saúde é uma instância de controle social que reúne os representantes dos usuários, trabalhadores da saúde, gestores e prestadores de serviço para juntos discutirem a situação da saúde e proporem políticas para a área. É um órgão, na gestão pública, permanente e deliberativo. Contudo, a trajetória histórica dos conselhos – não só o nacional, mas sobretudo os conselhos estaduais e municipais – tem sido de muitos percalços e deslegitimidade por parte da maioria dos governantes.

Neste período a profissão assume inquietações e insatisfações deste momento histórico, o que faz emergir no interior da categoria um movimento de reconceituação, a fim de modificar a prática profissional em todos seus campos de atuação, incluindo a saúde.

É nos anos 1960 que emerge no Brasil e na América Latina um movimento interno à profissão. Este foi conhecido como movimento latino-americano de reconceituação do Serviço Social, que se desenvolveu de maneira diversificada em cada país, devido a um conjunto de fatores dos quais destacamos a conjuntura política notadamente derivada dos golpes militares vivenciados nos anos 1960 e 1970 por cada país e as características dos seus protagonistas profissionais. É somente a partir dos anos 1970 que o Serviço Social brasileiro passa a encarar polêmicas de relevo no seio da profissão. Aqui, se faz importante remetermos ao processo de renovação do Serviço Social brasileiro e, especialmente, à importância da tendência “intenção de ruptura”.

4.1 Movimento de Reconceituação do Serviço Social

Em meados dos anos 60, a categoria profissional de Assistentes Sociais começou a questionar os métodos e técnicas aplicados na realidade brasileira, e a partir de então emergiu a ideia de que apesar dos esforços para a eficiência em uma intervenção, os métodos utilizados não eram suficientes para dar conta das demandas sociais do país.

Então, timidamente no interior da categoria e posteriormente com fervor, os profissionais se mobilizaram para uma reconceituação da profissão, em um movimento que pretendia reconfigurar as bases teóricas, técnicas e políticas da profissão, para que viessem de encontro com as necessidades da população brasileira.

Neste marco, Assistentes Sociais inquietos e dispostos à renovação indagaram sobre o papel da profissão em face de expressões concretamente situadas da “questão social”, sobre a adequação dos procedimentos profissionais tradicionais em face das nossas realidades regionais e nacionais, sobre a eficácia das ações profissionais, sobre a pertinência de seus fundamentos pretensamente teóricos e sobre o relacionamento da profissão com os novos protagonistas que surgiam na cena político-social. (NETTO, 2005, p.9)

Anterior à reconceituação pode-se concluir que o Serviço Social tinha suas práticas voltadas ao interesse do grande capital. Os profissionais atuantes nos

serviços públicos faziam basicamente o jogo do sistema, já os que trabalhavam em indústrias defendiam o interesse dos patrões, ou seja, a profissão vislumbrava encobrir os malefícios que o modo de produção capitalista trazia à sociedade. De acordo com Estevão (1992, p.38) “fazer Serviço Social era reproduzir a ideologia burguesa, capitalista e exploradora”.

Este movimento propunha a ruptura com o tradicionalismo profissional e não ocorreu apenas em território brasileiro, foi uma revolução da categoria em toda América Latina, conforme esclarece Bravo (2011, p.122):

O questionamento do Serviço Social “tradicional”, no início da década de 1960, não foi um processo restrito ao país, mas um fenômeno internacional, impulsionados pelos acontecimentos econômico-sociais, políticos, ideológicos e culturais da época, que tiveram rebatimentos na profissão. Na América Latina, a crítica ao Serviço Social se explicitou com o Movimento de Reconceituação a partir de 1965 e estava articulada às condições sociopolíticas de superação do subdesenvolvimento.

No entanto, diferentemente dos outros países que viviam na democracia, o Brasil passava por um processo político militar. É possível dizer que a mobilização da sociedade pela redemocratização do país e a abertura política na crise da ditadura tenham contribuído para a efervescência do movimento no interior do Serviço Social.

Deste processo, destacam-se três diferentes direcionamentos para o exercício profissional, são caracterizados por Netto (2011) como: Perspectiva Modernizadora, a Reatualização do Conservadorismo e a Intenção de Ruptura.

A direção compreendida como “Perspectiva Modernizadora” é o vetor de renovação que mais fundamente influenciou e ainda hoje influencia a massa de Assistentes Sociais.

Ela objetiva a ruptura com o Serviço Social tradicional, e propõe um Serviço Social que seja instrumento de intervenção inserido no arsenal de técnicas sociais a fim de ser operacionalizado através de estratégias que dessem respostas às demandas da população, conforme aponta o quadro a seguir.

RUPTURA	PROPOSIÇÃO
Consiste na rejeição do modelo de Serviço Social norte-americano, utilizado, até então, pelos latino-americanos sem nenhuma revisão crítica. Esse modelo pode ser traduzido sinteticamente mediante a explicação de seus principais elementos:	Consiste na tentativa de adequação do Serviço Social à problemática dos países latino-americanos, através da descoberta de um conhecimento novo. Como proposição, a ênfase se coloca nos seguintes elementos:
Tendência a propor, em seus sistemas de prática, soluções para os problemas sociais numa perspectiva predominantemente centrada no indivíduo, isolado de uma estrutura social.	Busca de um marco teórico referencial ou de uma teoria para a prática do Serviço Social latino-americano,
Utilização pelos latino-americanos de um marco teórico, concebido "em" e "para" realidades históricas e sociais bastante diferentes das suas.	Busca de modelos metodológicos adequados às exigências dessa realidade e que possam assegurar a interação teórico-prática na atividade profissional.
Emprego de métodos tradicionais de Serviço Social de Casos, Serviço Social de Grupo e Serviço Social de Comunidade, como especializações profissionais, configurando a fase do "metodologismo asséptico" como resultante de uma visão cientificista no Serviço Social.	Elaboração de uma literatura autônoma, refletindo as respostas do Serviço Social à realidade latino-americana.
Apropriação de concepções diagnósticas, peculiares às disciplinas terapêuticas, com ênfase no tratamento e levando a profissão a uma forte tendência psicologista.	
Realização de uma prática repetitiva, preocupada com o uso e a eficácia das técnicas sem nenhuma vinculação com a teoria, impedindo dessa forma o aproveitamento desta prática na construção de uma teoria própria do Serviço Social.	

Quadro 2 – Serviço Social Tradicional x Serviço Social na Perspectiva Modernizadora

Fonte: MACÊDO, 1982, p. 27.

Os principais documentos que fundamentam essa vertente são os textos dos seminários de Araxá (Minas Gerais, em 1967) e de Teresópolis (Rio de Janeiro, em 1970). O tema central dessa direção é visualizar o Serviço Social como interveniente, no entanto, há uma defasagem teórica em seu conteúdo.

O que caracteriza essa vertente, todavia, está longe resumir-se à exclusão de tendências contestadoras: antes, o que lhe confere seu tônus peculiar é a nova fundamentação de que se socorre para legitimar o papel e os procedimentos profissionais. (NETTO, 2011, p.155)

Nessa vertente a profissão deveria intervir no reforço ao processo de desenvolvimento, e através de suas referências e seus instrumentos passar a contribuir com a ordem sociopolítica fundamentada na autocracia burguesa. A

Perspectiva Modernizadora terá uma indiscutível reflexão profissional até meados dos anos 70 quando sua hegemonia é abalada.

A crise da autocracia burguesa vai propiciar as condições para que, a partir do segundo lustro da década de setenta, se reduza progressivamente a polarização intelectual que exerceu. Toda dinâmica sociopolítica e cultural da autocracia burguesa com seus rebatimentos no universo profissional, contribui então para reduzir a sua expressão na (auto)representação dos assistentes sociais. (NETTO, 2011, p.156)

Portanto, a segunda direção do movimento compreendida como “reatualização do conservadorismo” mostra que a hegemonia não se fez completa entre a categoria, sendo que parte dos profissionais resistiu à proposta de ruptura com o conservadorismo, ao processo de laicização e recusou o rompimento com o estatuto de subalternidade da profissão.

Trata-se de uma vertente que recupera os componentes mais estratificados da herança histórica e conservadora da profissão, nos domínios da (auto)representação e da prática, e os repõem sobre uma base teórico-metodológica que se reclama nova, repudiando, simultaneamente, os padrões mais nitidamente vinculados à tradição positivista e às referências conectadas ao pensamento crítico-dialético, de raiz marxiana. (NETTO, 2011, p.157)

Essa vertente insere uma direção que recupera as bases teórico-metodológicas do Serviço Social na visão de mundo vinculada aos pensamentos da Igreja, no entanto, trazendo traços da modernidade o vinculando com outras matrizes intelectuais, como a fenomenologia.

A terceira direção no processo de renovação do Serviço Social é a Intenção de Ruptura, que pretende romper com o conservadorismo e reformismo, de acordo com Netto (2011, p.159): “ela manifesta a pretensão de romper quer com a herança teórico-metodológica do pensamento conservador (a tradição positivista), quer com seus paradigmas de intervenção social (o reformismo conservador)”.

É a partir dessa vertente que os profissionais passam a atuar de forma crítica, rompendo com a ideologia de que a miséria e a pobreza são fenômenos naturais. Neste contexto, parte dos Assistentes Sociais passa a visar suas práticas direcionadas ao proletariado, sendo um mediador das tensões entre os detentores dos meios de produção e dos detentores apenas de sua força de trabalho.

Cabe destacar que é neste período que a profissão “descobre” a luta de classes, e os profissionais passam a utilizar a dialética marxista como base teórica do Serviço Social, identificando a contradição existente entre o capital x trabalho, e a acentuação da exploração da classe dominante sobre a classe dominada.

Compreende que a sociedade vive em uma continua disputa entre dois projetos societários, um que visa o fortalecimento do Estado em relação aos investimentos sociais, objetivando a emancipação dos sujeitos através da conquista de direitos e não de caridade. E outro que minimiza a responsabilidade do Estado no setor social, defendendo assim a filantropia e a assistência, disponibilizando recursos apenas para o fortalecimento do setor econômico.

E é nesta sociedade tensa e com interesses opostos que se situa o Assistente Social. Cabe a ele desocultar estas contradições no intuito de instigar o fortalecimento dos sujeitos sociais e lutar pela manutenção e ampliação de direitos no caminho de novos patamares de sociabilidade. (CUNHA, 2011, p.38)

A renovação do Serviço Social tem uma grandiosa significância para o fortalecimento da profissão, pois foi a partir da visão crítica que o Serviço Social passou a ser reconhecido como uma ciência. Assim esclarece Netto (2005, p.18):

É precisamente este “Serviço Social crítico” que vem redimensionando radicalmente a imagem social da profissão e hoje é reconhecido no plano acadêmico como área de produção de conhecimento, interagindo paritariamente com as ciências sociais e intervindo ativamente no plano da formulação de políticas públicas.

Devido à conjuntura da época, o movimento de reconceituação no Brasil não pode ter um amplo desenvolvimento, somente a partir de 1980 que o Serviço Social brasileiro irá encarar de forma mais hegemônica as polêmicas de relevo no contexto da categoria.

É somente a partir da segunda metade dos anos setenta, quando a ditadura começa a experimentar a sua erosão, que se fazem sentir no Brasil as ressonâncias das tendências que, na Reconceituação, apontavam para uma crítica radical do tradicionalismo – e essas ressonâncias reverberam tanto mais quanto avançam as forças democráticas na cena política nacional, com claríssimas implicações no interior da categoria profissional. (NETTO, 2005, p.17)

Ainda a respeito das tendências do movimento de reconceituação no Brasil, Bravo (2011, p.123) esclarece:

No Brasil, a repressão do regime militar e a institucionalização do Estado de Segurança Nacional não permitiram a difusão de ideias que questionassem a estrutura de poder, a sociedade de classes e as práticas sociais inspiradas no marxismo. É somente a partir da década de 1970 que a bibliografia produzida pelo movimento de reconceituação da América Latina, editada particularmente pela ECRO, penetrou o país.

A passagem dos anos 70 para os 80 trouxe novos aspectos para atuação do Serviço Social. Foi neste período que houve o fortalecimento da categoria profissional, com a organização em Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais, bem como a elaboração de um currículo nacional para a formação dos profissionais e a consolidação da especialização do segmento (pós-graduação, mestrado e doutorado).

Neste contexto, a formulação de um pensamento crítico no Serviço Social, vinculado à luta de classes, não foi obra de nenhum “iluminado”, mas o resultado de um processo histórico complexo de lutas, de resistência ao imperialismo e à ordem dominante, de organização das classes subalternas e de construção de um projeto político de aliança de intelectuais com os dominados, explorados e oprimidos, na luta por mudanças profundas. (FALEIROS, 2005, p.25)

Por isso, os anos 70 podem ser visto além da continuidade da ideia de reconceituação do Serviço Social. Para Netto (2005, p. 17) “o que se operou foi uma retomada crítica ao tradicionalismo a partir das conquistas da Reconceituação – por isto é adequado caracterizar o desenvolvimento deste “Serviço Social crítico” no Brasil, como herdeiro do espírito da Reconceituação”.

É na transição da década de 1970 para 1980 que a categoria elabora um novo projeto ético-político da profissão, sendo este um processo que está em contínuo desdobramento, e caminha para a instituição da democracia. Este novo projeto traz arraigado características dos movimentos sociais, lutando contra a ditadura e consolidando a defesa pelos direitos de cidadania.

De acordo com Netto (2009, p. 155):

Esquemáticamente, este projeto tem em seu núcleo o reconhecimento da liberdade como valor central – a liberdade concebida historicamente, como possibilidade de escolha entre várias alternativas concretas; daí um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais. Conseqüentemente, este projeto profissional se vincula a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem exploração/dominação de classe, etnia e gênero.

Em sua dimensão política, o projeto ético-político do Serviço Social pauta-se na equidade e na justiça social, bem como na universalização dos bens e serviços de políticas e programas sociais, sempre vislumbrando a garantia dos direitos, sejam eles sociais, políticos ou civis da classe trabalhadora. Já profissionalmente o projeto implica com o comprometimento de executar as ações com competência, pautando-se na concepção do aperfeiçoamento intelectual do profissional.

Toda essa consolidação da profissão trouxe implicações para o trabalho do Serviço Social no campo da saúde, tendo em vista que o Serviço Social passa a ter como um de seus princípios a defesa da dignidade humana, e de acordo com Martinelli (2011, p.499) “consolidamos nossa identidade profissional, fortalecemos enquanto seres humanos, quando somos capazes de humanizar nossa prática”, e complementando, a autora (2007, p.23) cita que:

Na área da saúde, este é um verdadeiro imperativo, não somente por força da política de humanização, mas sobretudo porque esta é uma área em que pulsam valores humanos candentes, e onde trabalhamos com a vida em suas múltiplas manifestações, desde o nascimento, infância, juventude, vida adulta, processo de envelhecimento até a finitude.

Nos anos 80, o movimento de reconceituação por ser um evento ocorrido no interior da categoria profissional, impossibilitou que grande parte de Assistentes Sociais se mobilizassem com outros movimentos também em eclosão no país, como o movimento da Reforma Sanitária, ainda assim muitos profissionais se mobilizaram nos dois movimentos, e essa conjuntura de lutas sociais modificou os Assistentes Sociais nos espaços de saúde.

Num balanço do Serviço Social na área da saúde dos anos 80, mesmo com todas essas lacunas no fazer profissional, observa-se uma mudança de posições, a saber: a postura crítica dos trabalhos em saúde apresentados nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais de 85 e 89; a apresentação de alguns trabalhos nos Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva; a proposta de intervenção formulada pela Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABESS), Associação Nacional dos Assistentes Sociais (ANAS) e Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS) para o Serviço Social do INAMPS. (BRAVO & MATOS, 2009, p.204)

Mas, na década de 80 a conquista no setor saúde foi significativa para a ampliação de profissionais do Serviço Social neste campo de atuação, tendo em vista que com a promulgação da Constituição Federal de 1988, o conceito de saúde

deixou de ser meramente biológico, incluindo fatores sociais vinculados ao processo saúde-doença.

Portanto, Assistentes Sociais atuantes na saúde passaram a receber demandas específicas da profissão, intervindo diretamente nos determinantes sociais que impactavam a saúde dos usuários, por exemplo, situação de desemprego, falta de condições para adquirir os medicamentos para o tratamento, ou abandono do mesmo devido à dificuldade de acesso na unidade de saúde, entre outros. Então, o Serviço Social desvincula-se das funções que antes eram exigidas por médicos a fim de qualificarem suas ações.

As diversas definições de determinantes sociais de saúde (DSS) expressam, com maior ou menor nível de detalhe, o conceito atualmente bastante generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. A comissão homônima da Organização Mundial da Saúde (OMS) adota uma definição mais curta, segundo a qual os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Nancy Krieger (2001) introduz um elemento de intervenção, ao defini-los como os fatores e mecanismos através dos quais as condições sociais afetam a saúde e que potencialmente podem ser alterados através de ações baseadas em informação. Tarlov (1996) propõe, finalmente, uma definição bastante sintética, ao entendê-los como as características sociais dentro das quais a vida transcorre. (BUSS & PELLEGRINI, 2007, p.78)

Uma das principais demandas dos Assistentes Sociais no setor saúde a partir da Constituição de 88 foi sua inserção nos espaços de controle social a fim de garantir um dos princípios do SUS, que é a participação popular na gestão e controle das políticas públicas voltadas aos direitos sociais. Para efetivação desse direito, criaram-se conselhos e conferências para que fosse possível discutir, elaborar e fiscalizar as políticas.

A partir da década de 90, com o surgimento do neoliberalismo na sociedade brasileira e o projeto de contrarreforma do Estado – que é contraditório ao projeto ético-político do Serviço Social e também do Projeto da Reforma Sanitária – os Assistentes Sociais incorporam os princípios da reforma, e a categoria se engaja na defesa do SUS. Segundo Matos, (2013, p.59) “A partir dos anos 1990 podemos

afirmar que há uma incorporação pelos Assistentes Sociais dos princípios da Reforma Sanitária, que se constituem, na sua maioria, dos princípios do SUS”.

4.2 Desafios Postos para o Serviço Social na Saúde a partir dos Anos 90

O Serviço Social dos anos 90 sofreu avanços significativos para a profissão, esses avanços são resultados da construção de um grupo de profissionais que passam a aderir à intenção de ruptura além da universidade, como ocorria em meados dos anos 80, mesmo que o discurso não fosse ainda hegemônico dentro da categoria.

Foi neste período que houve um fortalecimento político da profissão representada por entidades nacionais, tendo em vista que anteriormente ela se constituía de forma isolada dos setores de progresso da sociedade, devido seu surgimento ter sido vinculado à ideologia da Igreja. Conforme aponta Matos (2003, p.89) “no aspecto político, durante toda a década as entidades nacionais representativas da categoria são dirigidas, e eleitas democraticamente, por projetos políticos progressistas. Referimo-nos a ABESS/ABEPSS, CFAS, CFESS e SESSUNE/ENESSO”.

É ao longo desta década que as teorias específicas da categoria começam a emergir, devido aos programas de pós-graduação, e esses novos autores passam a aplicar a teoria marxista em suas obras.

Há também em 1993 a promulgação do novo Código de Ética da profissão, e a Lei nº 8662/93 regulamentando a profissão. Os profissionais passam a partir deste momento protagonizar mais ativamente a luta por construções de políticas públicas que viabilizem a garantia dos direitos sociais da população.

Por isso, houve uma tensão no seio da categoria com a chegada da ofensiva neoliberal, tendo em vista o Assistente Social neste período passa a defender as políticas sociais e conseqüentemente os princípios e diretrizes do SUS. Em decorrência da contrarreforma do Estado, e da disputa entre os dois projetos na área da saúde (projeto de ajuste e projeto da Reforma Sanitária), foram requisitados ao

profissional do Serviço Social atuante na saúde demandas diferente em cada um dos projetos, conforme aponta o quadro a seguir.

	Projeto Privatista	Projeto Reforma Sanitária
Demandas	Requisitou e vem requisitando, ao Assistente Social, entre outras demandas: seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizadora aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais.	Vem apresentando como demandas, que o Assistente Social trabalhe as seguintes questões: Busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã.

Quadro 3 – Demandas dos Projetos em Disputa no Setor Saúde

Fonte: BRAVO & MATOS, 2009, p.206.

Sendo assim, para que o Serviço Social possa atuar dentro de seu projeto ético-político, construído a partir dos anos 80, é preciso que os profissionais que atuam na saúde necessariamente fortaleçam o projeto de Reforma Sanitária, tendo em vista que é este projeto, assim como o projeto da profissão, que está voltado para o projeto societário em que visa o fortalecimento do Estado nos setores sociais.

Um estudo realizado por Matos, e publicado na Revista *Serviço Social & Sociedade*⁴¹ mostra que os profissionais que publicaram a respeito da temática articulam a prática do Serviço Social pautando-se no projeto ético-político da profissão e também no projeto da Reforma Sanitária, no entanto, verificou-se que os profissionais que atuam nos serviços de saúde não conseguem fazer a articulação da teoria e da prática, devido à disputa dos dois projetos existentes no setor saúde.

Pode-se afirmar que, na maioria, o debate do Serviço Social na saúde vem acompanhado de uma referência ao projeto da Reforma Sanitária e ao projeto ético-político profissional, por mais que, muitas das vezes, não explicitamente. Entretanto, ficou patente a dificuldade da maioria em realizar – pelo menos é o que está posto na sistematização escrita – um trabalho que no cotidiano esteja norteado pelo projeto ético-político profissional e o da Reforma Sanitária. Ao contrário, foram os trabalhos que não realizavam

⁴¹ Publicação de julho de 2003, número 74. O artigo “O Debate do Serviço Social na Saúde nos anos 90” encontra-se nas páginas 85-117.

reflexões sobre o cotidiano, os que conseguiram obter tal articulação. (BRAVO & MATOS, 2009, p.207)

Nesta perspectiva, o desafio posto ao Serviço Social frente à saúde coletiva⁴² é a busca incessante de novos conhecimentos e articulações para o fortalecimento dos princípios da Reforma Sanitária, fortalecendo assim seu próprio projeto ético-político, efetivando a defesa do direito social fundamental que é a saúde. Para Bravo & Matos (2009, p.213) “É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas às necessidades apresentadas pelos usuários”. Além disso, é preciso que haja uma articulação com outros profissionais da saúde, que também defendam o aprofundamento do SUS.

De acordo com Bravo & Matos (2009, p.214):

Mais do que nunca, os Assistentes Sociais estão desafiados a encarar a defesa da democracia, das políticas públicas e consubstanciar um trabalho – no cotidiano e na articulação com outros sujeitos que partilhem destes princípios – que faça frente ao projeto neoliberal, já que este macula direitos e conquistas defendidos pelos seus fóruns e pelas legislações normativas da profissão.

⁴² A nomenclatura “saúde coletiva” não representa apenas uma mudança entre termos, mas a incorporação de questionamentos trazidos principalmente pelas lutas sociais. A saúde coletiva desperta para o fato de que o motor do desenvolvimento das políticas públicas são os movimentos de resistência, e não a modernização proposta por mais industrialização. (SODRÉ, 2010, p.462)

5 PARÂMETROS PARA ATUAÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA POLÍTICA DE SAÚDE

O Conselho Federal de Serviço Social é reconhecido como a entidade nacional de maior representação do Serviço Social. Ao analisarmos o posicionamento da entidade é possível identificar bandeiras que são defendidas pelo Conselho. O CFESS tem como um de seus eixos o “trabalho, direitos e democracia: a resistência ao neoliberalismo” onde é reafirmada a luta por políticas públicas, e pelo fortalecimento da Seguridade Social.

É por isso, que na saúde, assim como em outros segmentos de políticas públicas, o CFESS trabalha na perspectiva da politização da saúde e a democratização do Estado e da sociedade brasileira.

Cabe destacar a intervenção da entidade no debate sobre a Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos (NOB-RH); sobre o impacto dos cursos sequenciais (que a Lei de Diretrizes e Bases da Educação propõe) na área da saúde; o aprofundamento da questão da humanização e acessibilidade no CNS; a intervenção, em conjunto com outras entidades, para a legalização dos cursos de residência para os profissionais não médicos; a discussão sobre a relevância do Assistente Social na composição das equipes do PSF, enquanto estratégia de melhoria da qualidade do atendimento e não por questão corporativista (o que culminou com a aprovação de uma moção sobre esse ponto na 11ª Conferência Nacional de Saúde) e o incentivo à qualificação da atuação do Assistente Social na área, no qual o documento “Assistente Social: trabalhador da saúde” é um exemplo. (BRAVO, 2009, p.208)

Assim, visando o fortalecimento do projeto da Reforma Sanitária por Assistentes Sociais atuantes na política de saúde, a entidade juntamente com a categoria profissional elaborou a partir de 2008 um documento nomeado “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”.

Cabe destacar que além deste, os “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Assistência Social” também foi publicado pela entidade. É importante que os Conselhos representantes juntamente com a categoria elaborem documentos que referenciem as normas reguladoras do Serviço Social, principalmente seus valores e princípios apresentados no Código de Ética Profissional e também suas atribuições asseguradas na Lei de Regulamentação da Profissão, nas Resoluções do CFESS e nas Diretrizes Curriculares do Serviço Social formuladas pela ABEPSS.

Para elaboração dos “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde” foram realizados 52 debates em todo território nacional contando com a participação de aproximadamente 5 mil profissionais, além de discussões e sistematizações no 36º e 37º Encontro Nacional CFESS/CRESS⁴³ e reuniões que aprofundaram o conteúdo, bem como publicações e documentações que foram consultadas para o desenvolvimento da versão preliminar e posteriormente o modelo final publicado em 2010.

Os parâmetros estabelecidos fortalecem o trabalho de Assistentes Sociais, e proporciona uma melhora qualitativa no atendimento à população que utiliza os serviços de saúde, reforçando o quão valoroso é identificar os usuários da saúde como cidadãos de direito. Segundo Martinelli (2011, p.500) “Como área de conhecimento e de intervenção na realidade humano social, o Serviço Social deve mobilizar-se, cada vez mais intensamente, na perspectiva da assistência integral à saúde da população atendida”.

A publicação reafirma a necessidade dos profissionais do Serviço Social terem como base o projeto ético-político da categoria, bem como os fundamentos teórico-metodológicos elaborados ao longo dos anos, para que possam ter a questão social como objeto central de seu trabalho, realizando reflexões críticas sempre com a perspectiva da totalidade social.

Além disso, são delimitados no documento concepções primordiais para os profissionais atuantes no setor saúde, conforme CFESS (2010, p.39) “Alguns conceitos são fundamentais para a ação dos Assistentes Sociais na saúde como a concepção de saúde, a integralidade, a intersetorialidade, a participação social e a interdisciplinaridade”.

De acordo com os parâmetros, os Assistentes Sociais atuantes na área da saúde possuem quatro eixos de atuação, que não devem ser entendidos como fragmentados e sim como complementares.

⁴³ O 36º Encontro Nacional ocorreu em Natal do dia 02 a 05 de Setembro de 2007, tendo como tema central “A Ofensiva de Desregulamentação no Capitalismo Contemporâneo: Tendências Destrutivas das Reformas Neoliberais no Serviço Social” e o 37º Encontro Nacional aconteceu em Brasília do dia 25 a 28 de Setembro de 2008 e teve como temática “Direito, Trabalho e Riqueza no Brasil: O Conjunto CFESS/CRESS na Defesa do Projeto Ético-Político Profissional”. (www.cfess.org.br)

5.1 Atendimento Direto aos Usuários

O atendimento realizado pelo Serviço Social diretamente com os usuários ocorrem em diferentes espaços de saúde, desde a atenção básica até os níveis de média e alta complexidade, independentemente das instâncias de poder.

As ações executadas no atendimento direto se dividem em três modalidades: socioassistenciais, articulação interdisciplinar e as socioeducativas. Assim como os eixos de atuação, essas ações não devem ser aplicadas de modo isolado, pois são complementares e indissociáveis.

Para a realização das ações explicitadas é fundamental a investigação, considerada transversal ao trabalho profissional; o planejamento; a mobilização e a participação social dos usuários para a garantia do direito à saúde, bem como a assessoria para a melhoria da qualidade dos serviços prestados e a supervisão direta aos estudantes de Serviço Social. (CFESS, 2010, p.42)

Desde que a saúde pública formulou seu conceito e ampliou a concepção de saúde além da perspectiva biológica, expandindo para a visão de saúde integral incluindo os determinantes sociais como fatores que influenciam no processo saúde-doença, as instituições de saúde passaram a se organizar em um novo formato de organização de trabalho, devido às reivindicações populares.

No entanto, com a contrarreforma do Estado, as contradições para a não materialização do SUS são postas aos profissionais da saúde, fazendo emergirem novas demandas na área da saúde referidas às condições de vida dos pacientes, como o desemprego, o subemprego, ausência de moradia, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, abandono de tratamento, etc.

5.1.1 Ações socioassistenciais

Por este motivo, as ações socioassistenciais têm sido a modalidade primordial aos profissionais do Serviço Social da saúde, já que a profissão se insere neste campo de atuação devido ao seu reconhecimento social. Os profissionais necessitam deixar o caráter emergencial e burocrático que o sistema impõe, e vislumbrar as ações socioassistenciais, ou socioeducativas utilizando a reflexão crítica de seu projeto ético-político. Para Martinelli (2011, p.499) “No atendimento

direto aos usuários, trabalhamos com pessoas fragilizadas que nos pedem um gesto humano: um olhar, uma palavra, uma escuta atenta, um acolhimento, para que possam se fortalecer na sua própria humanidade”.

É necessário que o Assistente Social fortaleça a mobilização e a participação dos usuários para a luta incessante na defesa da garantia da saúde pública. Mas para que seja possível essa ação, o profissional necessita ter clareza de seu papel dentro da divisão social do trabalho, e sua importância na formação da equipe multiprofissional.

As demandas emergenciais, se não forem reencaminhadas para os setores competentes por meio do planejamento coletivo elaborado na unidade, vão impossibilitar ao Assistente Social o enfoque nas suas ações profissionais. A elaboração de protocolos que definem o fluxo de encaminhamentos para os diversos serviços na instituição é fundamental. (CFESS, 2010, p.43)

O papel primordial do Assistente Social no atendimento direto ao usuário é a democratização da saúde, a orientação a respeito de seus direitos sociais e a ampliação do acesso dos indivíduos e da coletividade a esses direitos, e o instrumento visita domiciliar⁴⁴ é de grande valia para a efetivação dessas ações, já que possibilita um estreitamento da relação entre o técnico e seu usuário.

A partir da necessidade de o profissional conhecer as diferentes dinâmicas sociais e culturais presentes no processo de adoecimento e cura dos distintos grupos, é relevante que este se aproxime do ambiente familiar e domiciliar do indivíduo. Para estabelecer o cuidado, faz-se indispensável o uso de um recurso metodológico que é utilizado por determinadas categorias profissionais e, também, por alguns programas assistenciais: a Visita Domiciliar. Na perspectiva da promoção, prevenção, cura e reabilitação do indivíduo e sua família, a Visita Domiciliar é inserida como prática prioritária nas áreas estratégicas de Atenção à Saúde, no Saúde da Família e no Programa de Agentes Comunitários de Saúde. (TEIXEIRA, 2009, p.167)

A visita domiciliar proporciona que o profissional conheça a realidade social do usuário, ampliando as possibilidades de alargamento dos direitos sociais que os sujeitos possam acessar. Esse instrumento não deve ser utilizado no intuito de fiscalizar os sujeitos a fim de comprovar se o que citam na instituição é de fato real,

⁴⁴ É uma prática profissional, investigativa ou de atendimento, realizada por um ou mais profissionais, junto ao indivíduo em seu próprio meio social ou familiar. (AMARO, 2007, p.13)

bem como não deve ser empregado avaliações socioeconômicas como forma de seletividade ou exclusão aos serviços prestados na instituição.

De acordo com o CFESS (2010, p.44) as principais atividades desenvolvidas pelos profissionais do Serviço Social nestas ações são:

- Democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e/ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária;
- Construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio de análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários, bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde;
- Enfatizar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes por meio das abordagens individual e/ou grupal;
- Facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da Seguridade Social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação;
- Conhecer a realidade do usuário por meio da realização de visitas domiciliares, quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos mesmos e esclarecendo os seus objetivos profissionais;
- Conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social;
- Fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e a família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde;
- Organizar, normatizar e sistematizar o cotidiano do trabalho profissional por meio da criação e implementação de protocolos e rotinas de ação;
- Formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários por meio do registro no prontuário único, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas em material de uso exclusivo do Serviço Social;
- Elaborar estudos socioeconômicos dos usuários e suas famílias, com vistas a subsidiar na construção de laudos e pareceres sociais a perspectiva de garantia de direitos e de acesso aos serviços sociais e de saúde;
- Buscar garantir o direito do usuário ao acesso aos serviços;
- Emitir manifestação técnica em matéria de Serviço Social, em pareceres individuais ou conjuntos, observando o disposto na Resolução CFESS nº 557/2009.

5.1.2 Ações de Articulação com a Equipe de Saúde

Quanto às ações de articulação dos Assistentes Sociais com a equipe de saúde requer que todos os membros tenham ciência do papel de cada profissional de acordo com a especificidade da profissão, para que seja possível desenvolver a interdisciplinaridade, enriquecendo as ações e serviços desenvolvidos pela equipe.

A interdisciplinaridade é o fundamento cognitivo da promoção da saúde e a intersectorialidade sua ferramenta operacional . Esse olhar está embasado na Saúde Coletiva, um campo científico - onde se produzem saberes e conhecimentos acerca do objeto saúde e onde operam distintas disciplinas que o contemplam sob vários ângulos; e tem âmbito de prática – na qual se realizam ações em diferentes organizações e instituições por diversos agentes dentro e fora do espaço setor saúde. Portanto, envolve práticas que possuem um objeto complexo – as necessidades sociais de saúde – e tem como instrumentos de trabalho distintos saberes, disciplinas, podendo ser considerada como um campo de conhecimento de natureza interdisciplinar. (MENOSSEI et al, 2005, p.254)

O Assistente Social possui competências e atribuições distintas do médico, do enfermeiro, do psicólogo, etc. Cada categoria profissional terá uma visão e tomará uma determinada ação frente à mesma situação, pois cada um irá pautar suas decisões de acordo com suas particularidades em decorrência de sua formação. É por isso que os Assistentes Sociais devem ter clareza de seu papel, e conscientizar os demais profissionais sobre a importância de sua especificidade na equipe, sempre baseado em seu projeto ético-político.

O que ocorre em alguns serviços, é que os profissionais do Serviço Social são direcionados aos procedimentos administrativos, além de demandas que deveriam ser de outros profissionais da saúde. Deste modo, torna-se importante as reuniões e discussões a respeito das atribuições de cada segmento profissional com toda a equipe, incluindo a gestão dos serviços de saúde. Outro aspecto importante nessa modalidade de atendimento é que o profissional do Serviço Social pode realizar a mediação entre usuários e equipe de saúde com relação aos determinantes sociais.

A humanização demanda ações do Serviço Social no setor saúde, assim como de outros profissionais, mas em grande medida, os Assistentes Sociais são designados a debater o conceito de humanização com os demais profissionais, contribuindo para a reconstrução de concepções distorcidas a respeito da temática.

O desafio da humanização é a criação de uma nova cultura de atendimento, pautada na centralidade dos sujeitos na construção coletiva do SUS. Para que essa proposta se consolide é preciso que os trabalhadores estejam motivados, com condições de trabalho dignas e salários compatíveis. A defesa dessa concepção de humanização encontra-se respaldada no projeto ético político do Serviço Social, devendo ser compromisso e preocupação profissional. Para tanto, o Assistente Social deve participar na elaboração de protocolos assistenciais e rotinas de trabalho, investindo na educação permanente das equipes, com vistas a repensar o modelo de atenção a saúde e avaliar, constantemente, as dificuldades que se apresentam no processo coletivo de trabalho em saúde. É de suma importância a participação dos usuários nesse processo. (CFESS, 2010, p.52)

Os Assistentes Sociais possuem atividades específicas a serem executadas nessa ação, de acordo com o CFESS (2010, p.53) as atividades são:

- Esclarecer as suas atribuições e competências para os demais profissionais da equipe de saúde;
- Elaborar junto com a equipe propostas de trabalho que delimitem as ações dos diversos profissionais por meio da realização de seminários, debates, grupos de estudos e encontros;
- Construir e implementar, junto com a equipe de saúde, propostas de treinamento com vistas a qualificar as ações administrativas que tem interface com o atendimento ao usuário, tais como: a marcação de exames e consultas, e a convocação da família e/ou responsável na situação de alta e óbito;
- Incentivar e participar junto com os demais profissionais de saúde da discussão do modelo assistencial e da elaboração de normas, rotinas e da oferta de atendimento da unidade, tendo por base os interesses e demandas da população usuária. Isso exige o rompimento com o modelo assistencial baseado na procura espontânea e no tratamento isolado das doenças;
- Garantir a inserção do Serviço Social em todos os serviços prestados pela unidade de saúde (recepção e/ou administração, tratamento e/ou internação e alta), ou seja, atender o usuário e sua família, desde a entrada do mesmo na unidade por meio de rotinas de atendimento construídas com a participação da equipe de saúde;
- Identificar e trabalhar os determinantes sociais da situação apresentada pelos usuários e garantir a participação dos mesmos no processo de reabilitação, bem como a plena informação de sua situação de saúde e a discussão sobre as suas reais necessidades e possibilidades de recuperação, face as suas condições de vida;
- Realizar em conjunto com a equipe de saúde (médico, psicólogo e/ou outros), o atendimento à família e/ou responsáveis em caso de óbito, cabendo ao Assistente Social esclarecer a respeito dos benefícios e direitos referentes à situação, previstos no aparato normativo e legal vigente tais como, os relacionados à previdência social, ao mundo do trabalho (licença) e aos seguros sociais (Danos Pessoais causados por Veículos Automotores por via Terrestre – DPVAT), bem como informações e

- encaminhamentos necessários, em articulação com a rede de serviços sobre sepultamento gratuito, traslado (com relação a usuários de outras localidades), entre outras garantias de direitos;
- Participar, em conjunto com a equipe de saúde, de ações socioeducativas nos diversos programas e clínicas, como por exemplo: na saúde da família, na saúde mental, na saúde da mulher, da criança, do adolescente, do idoso, da pessoa com deficiência (PCD), do trabalhador, no planejamento familiar, na redução de danos, álcool e outras drogas, nas doenças infectocontagiosas (DST/AIDS, tuberculose, hanseníase, entre outras) e nas situações de violência sexual e doméstica;
 - Planejar, executar e avaliar com a equipe de saúde ações que assegurem a saúde enquanto direito;
 - Avaliar as questões sociofamiliares que envolvem o usuário e/ou sua família, buscando favorecer a participação de ambos no tratamento de saúde proposto pela equipe;
 - Participar do projeto de humanização da unidade na sua concepção ampliada, sendo transversal a todo o atendimento da unidade e não restrito à porta de entrada, tendo como referência o projeto de Reforma Sanitária;
 - Realizar a notificação, junto com a equipe multiprofissional, frente a uma situação constatada e/ou suspeita de violência aos segmentos já explicitados anteriormente, às autoridades competentes, bem como verificar as providências cabíveis, considerando sua autonomia e o parecer social do Assistente Social.

5.1.3 Ações Socioeducativas

As ações socioeducativas, visa orientar de modo reflexivo e socializar as informações realizadas nos espaços de saúde através de conversas com os sujeitos. Essas orientações podem ser individuais, grupais ou coletivas. Para o CFESS (2010, p.55):

Devem-se constituir em eixo central da atuação do profissional de Serviço Social e recebem também a denominação de educação em saúde. O seu enfoque abrange diversos aspectos: informação e debate sobre rotinas e funcionamento das unidades tendo por objetivo a sua democratização e as necessárias modificações; análise dos determinantes sociais das situações apresentadas pelos usuários; democratização dos estudos realizados pela equipe (com relação à rede de serviços, perfil epidemiológico, socioeconômico e cultural dos usuários); análise da política de saúde e dos mecanismos de participação popular.

É primordial que o profissional atente para a orientação dos usuários no conhecimento crítico de sua realidade social, a fim de que possam potencializar coletivamente estratégias para o fortalecimento da saúde, através da consciência sanitária. O Assistente Social deve trabalhar na perspectiva de democratizar a

saúde, informando os sujeitos, garantindo-lhes o reconhecimento de sua cidadania, visualizando assim a saúde como direito fundamental a todo indivíduo.

O Serviço Social deve contribuir para que os usuários reflitam sobre o movimento da realidade social, e se enxergue como sujeito histórico, capaz de ser agente de seu processo de transformação e fortalecimento social.

As atividades desenvolvidas dentro das ações socioeducativas de acordo com o CFESS (2010, p.56) são:

- Sensibilizar os usuários acerca dos direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS, rotinas institucionais, promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de grupos socioeducativos;
- Democratizar as informações da rede de atendimento e direitos sociais por meio de ações de mobilização na comunidade;
- Realizar debates e oficinas na área geográfica de abrangência da instituição;
- Realizar atividades socioeducativas nas campanhas preventivas;
- Democratizar as rotinas e o funcionamento da unidade por meio de ações coletivas de orientação;
- Socializar informações e potencializar as ações socioeducativas desenvolvendo atividades nas salas de espera;
- Elaborar e/ou divulgar materiais socioeducativos como folhetos, cartilhas, vídeos, cartazes e outros que facilitem o conhecimento e o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pelas unidades de saúde e aos direitos sociais em geral;
- Mobilizar e incentivar os usuários e suas famílias para participar no controle democrático dos serviços prestados;
- Realizar atividades em grupos com os usuários e suas famílias, abordando temas do seu interesse.

5.2 Mobilização, Participação e Controle Social

Esse segmento de atuação propõe que os Assistentes Sociais contribuam na organização da população, bem como os usuários das ações e dos serviços de saúde, enquanto sujeitos políticos que reivindiquem suas necessidades na agenda pública. Este eixo, de acordo com o CFESS (2010, p.57):

Envolve um conjunto de ações voltadas para a mobilização e participação social de usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais em espaços democráticos de controle social (conselhos, conferências, fóruns de saúde e de outras políticas públicas) e nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde.

Torna-se significativo as práticas do Serviço Social neste eixo, já que possibilita que as conquistas das lutas sociais sejam reafirmadas, tendo em vista

que os espaços de controle social possibilita que a população participe da gestão das políticas sociais, inclusive da saúde. Esta situação amplia as possibilidades de implantação de políticas públicas de acordo com as reais demandas da população, e efetiva uma das diretrizes defendidas pelo SUS, que é a participação popular.

Após um longo processo de lutas sociais em torno do direito à saúde, capitaneado pelo Movimento de Reforma Sanitária, a participação da comunidade e a descentralização tornam-se diretrizes do novo Sistema Nacional de Saúde na Constituição Federal de 1988. Esta participação foi regulamentada pela Lei n. 8.142/90, por intermédio das conferências e dos conselhos. (BRAVO & CORREIA, 2012, p.129)

Outra preocupação para os profissionais que desenvolvem as ações neste eixo é a democratização da instituição de saúde, propiciando que os trabalhadores participem da gestão da unidade e que os movimentos sociais sejam articulados neste processo a fim de fortalecer os fóruns e conselhos estabelecendo relações com determinadas demandas institucionais, além de mobilizar ações direcionadas a defesa da saúde pública.

Atualmente os Assistentes Sociais têm sido convidados a participarem das ouvidorias das unidades de saúde, como forma de contribuir para a democratização da gestão da instituição, pois através das ouvidorias os usuários podem expor suas sugestões, críticas e dúvidas a respeito das ações e serviços de saúde, bem como de atendimentos dados pelos profissionais.

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. (...) Considera-se que o Assistente Social, ao assumir a ouvidoria, deve consolidar os dados obtidos nos atendimentos por meio de relatórios e coletivizá-los no conselho diretor da unidade e/ou direção da unidade, bem como estabelecer articulação com os conselhos de saúde (da unidade e local) para que as demandas sejam analisadas coletivamente e as respostas tenham impacto no funcionamento da unidade e na política de saúde, por meio das mudanças necessárias. (CFESS, 2010, p.57)

Para a eficácia deste eixo de atuação, o Assistente Social precisa ter delimitado que sua função é a mobilização e organização social, não devendo ser responsabilizado apenas para amenizar as tensões entre os usuários e a instituição de saúde.

Para CFESS (2010, p.59) as ações realizadas neste âmbito são:

- Estimular a participação dos usuários e familiares para a luta por melhores condições de vida, de trabalho e de acesso aos serviços de saúde;
- Mobilizar e capacitar usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais para a construção e participação em fóruns, conselhos e conferências de saúde e de outras políticas públicas;
- Contribuir para viabilizar a participação de usuários e familiares no processo de elaboração, planejamento e avaliação nas unidades de saúde e na política local, regional, municipal e nacional de saúde;
- Articular permanentemente com as entidades das diversas categorias profissionais a fim de fortalecer a participação social dos trabalhadores de saúde nas unidades e demais espaços coletivos;
- Participar da ouvidoria da unidade com a preocupação de democratizar as questões evidenciadas pelos usuários por meio de reuniões com o conselho diretor da unidade bem como com os conselhos de saúde (da unidade, se houver, e locais ou distritais), a fim de coletivizar as questões e contribuir no planejamento da instituição de forma coletiva;
- Participar dos conselhos de saúde (locais, distritais, municipais, estaduais e nacional), contribuindo para a democratização da saúde enquanto política pública e para o acesso universal aos serviços de saúde;
- Contribuir para a discussão democrática e a viabilização das decisões aprovadas nos espaços de controle social e outros espaços institucionais;
- Estimular a educação permanente dos conselheiros de saúde, visando ao fortalecimento do controle social, por meio de cursos e debates sobre temáticas de interesse dos mesmos, na perspectiva crítica;
- Estimular a criação e/ou fortalecer os espaços coletivos de participação dos usuários nas instituições de saúde por meio da instituição de conselhos gestores de unidades e outras modalidades de aprofundamento do controle democrático;
- Incentivar a participação dos usuários e movimentos sociais no processo de elaboração, fiscalização e avaliação do orçamento da saúde nos níveis nacional, estadual e municipal;
- Participar na organização, coordenação e realização de pré-conferências e/ou conferências de saúde (local, distrital, municipal, estadual e nacional);
- Democratizar juntos aos usuários e demais trabalhadores da saúde os locais, datas e horários das reuniões dos conselhos de políticas e direitos, por local de moradia dos usuários, bem como das conferências de saúde, das demais áreas de políticas sociais e conferências de direitos;
- Socializar as informações com relação a eleição dos diversos segmentos nos conselhos de políticas e direitos;
- Estimular o protagonismo dos usuários e trabalhadores de saúde nos diversos movimentos sociais;

- Identificar e articular as instâncias de controle social e movimentos sociais no entorno dos serviços de saúde.

5.3 Investigação, Planejamento e Gestão

Os profissionais deste eixo de atuação têm como objetivo primordial a descentralização da gestão, fazendo com que seja uma gestão democrática e participativa, com gestores que vislumbrem benefícios aos usuários e aos trabalhadores da saúde, sempre garantindo a efetivação dos direitos sociais.

De acordo com Faria et al. (2010) “os serviços de saúde são organizações bastante complexas e um de seus maiores desafios é implantar um modelo de gestão que seja compatível com o modelo de saúde proposto e que dê mais efetividade ao sistema de saúde”. Os autores ainda afirmam que a gestão deve acontecer de modo horizontal, propiciando com que toda a equipe de saúde se envolva na organização e no planejamento das ações, sem a existência de uma hierarquia entre os membros.

Para que o profissional possa criar programas e projetos que visem à garantia de direitos dos usuários, é fundamental que execute estudos e pesquisas que identifiquem a real condição de vida desses sujeitos a fim de canalizar as principais demandas da população, é preciso que o Assistente Social utilize o caráter investigativo da profissão para fortalecer o processo de formulação, implementação e monitoramento do planejamento do Serviço Social.

Vale ressaltar que o Assistente Social não é um mero executor de Políticas Públicas, pode ser pesquisador e formulador dessas políticas, conforme cita Iamamoto (2003, p.20), “Hoje, o próprio mercado demanda, além de um trabalho na esfera da execução, a formulação de políticas públicas e a gestão de políticas sociais”.

O que seria, então, a propalada atitude investigativa? Remete a uma postura aberta do sujeito para investigar, a permanente curiosidade, expectativa para aprender e entender o inesperado, o acaso, o que extrapola suas referências e o leva a ir além. A atitude investigativa consiste numa postura inquieta e curiosa, por isso é fundamental na bagagem cotidiana do profissional. A ausência dessa postura pode levar à cristalização das informações, à estagnação do aprendizado profissional, o que, conseqüentemente, comprometerá o

compromisso do Assistente Social com a qualidade dos serviços prestados à população usuária. (FRAGA, 2010, p.52)

Ainda segundo a autora:

O Serviço Social é uma profissão investigativa e interventiva. Portanto, as análises de seus estudos e pesquisas precisam ser realizadas a partir de situações concretas e possuir utilidade social, não interessando o conhecimento realizado apenas com finalidade descritiva e contemplativa. Para que os estudos e pesquisas tenham utilidade social é fundamental, além da clareza do projeto ético-político construído coletivamente pela categoria, o domínio teórico-metodológico e técnico-operativo, alicerçados pelo conjunto de conhecimentos, habilidades, atribuições, competências e compromissos necessários à realização dos processos de trabalho, em qualquer espaço ou âmbito de atuação onde o Assistente Social o realize. (FRAGA, 2010, p.46)

Portanto, através da ação investigativa, os profissionais terão uma clara noção das necessidades da população, contribuindo assim para a intervenção efetiva nos determinantes sociais que influem na saúde, seja nos serviços municipais, estaduais ou federais.

Os profissionais do Serviço Social também são convocados a participarem do processo de monitoramento e avaliação dos serviços que as instituições de saúde oferecem aos usuários, com a finalidade de intervir na melhoria da qualidade dos serviços, superando as contradições impostas pelo sistema.

As seguintes ações são desenvolvidas por profissionais do Serviço Social neste eixo de atuação, segundo CFESS (2010, p.62):

- Elaborar planos e projetos de ação profissional para o Serviço Social com a participação dos Assistentes Sociais da equipe;
- Contribuir na elaboração do planejamento estratégico das instituições de saúde, procurando garantir a participação dos usuários e demais trabalhadores da saúde inclusive no que se refere à deliberação das políticas;
- Participar da gestão das unidades de saúde de forma horizontal, procurando garantir a inserção dos diversos segmentos na gestão;
- Elaborar o perfil e as demandas da população usuária por meio de documentação técnica e investigação;
- Identificar as manifestações da questão social que chegam aos diversos espaços do Serviço Social por meio de estudos e sistema de registros;
- Realizar a avaliação do plano de ação por meio da análise das ações realizadas pelo Serviço Social e pela instituição (em equipe) e os resultados alcançados;

- Participar nas Comissões e Comitês temáticos existentes nas instituições, a saber: ética, saúde do trabalhador, mortalidade materno-infantil, DST/AIDS, humanização, violência contra a mulher, criança e adolescente, idoso, entre outras, respeitando as diretrizes do projeto profissional do Serviço Social;
- Realizar estudos e investigações com relação aos determinantes sociais da saúde;
- Identificar e estabelecer prioridades entre as demandas e contribuir para a reorganização dos recursos institucionais por meio da realização de pesquisas sobre a relação entre os recursos institucionais necessários e disponíveis, perfil dos usuários e demandas (reais e potenciais);
- Participar de estudos relativos ao perfil epidemiológico e condições sanitárias no nível local, regional e estadual;
- Realizar a investigação de determinados segmentos de usuários (população de rua, idosos, pessoas com deficiência, entre outros), objetivando a definição dos recursos necessários, identificação e mobilização dos recursos existentes e planejamento de rotinas e ações necessárias;
- Fortalecer o potencial político dos espaços de controle social por meio de estudos em relação aos mesmos a fim de subsidiá-los com relação às questões enfrentadas pelos conselhos na atualidade;
- Participar de investigações que estabeleçam relações entre as condições de trabalho e o favorecimento de determinadas patologias, visando oferecer elementos para a análise da relação saúde e trabalho;
- Realizar estudos da política de saúde local, regional. Estadual e nacional;
- Fornecer subsídios para a reformulação da política de saúde local, regional, estadual e nacional, a partir das investigações realizadas;
- Criar estratégias e rotinas de ação, como por exemplo, fluxogramas e protocolos, que visem à organização do trabalho, à democratização do acesso e à garantia dos direitos sociais;
- Integrar a equipe de auditoria, controle e avaliação, visando à melhoria da qualidade dos serviços prestados, tendo como referência os projetos da Reforma Sanitária e o ético-político da profissional;
- Sensibilizar os gestores da saúde para a relevância do trabalho do Assistente Social nas ações de planejamento, gestão e investigação.

5.4 Assessoria, Qualificação e Formação Profissional

Neste eixo o objetivo central é o aprimoramento dos profissionais visando à melhoria da qualidade das ações desenvolvidas pelos mesmos. De acordo com o CFESS (2010, p.63) “Envolve a educação permanente dos trabalhadores de saúde, da gestão, dos conselheiros de saúde e representantes comunitários, bem como a

formação de estudantes da área da saúde e residentes, como também a assessoria”.

Já na assessoria o Assistente Social visa fortalecer os trabalhadores da saúde, bem como o fortalecer o Estado perante as políticas públicas.

Segundo CFESS (2010, p.64) as atividades realizadas neste eixo são:

- Fortalecer o controle democrático por meio da assessoria aos conselhos de saúde, em todos os níveis;
- Formular estratégias coletivas para a política de saúde da instituição, bem como para outras esferas por meio da organização e coordenação de seminários e outros eventos;
- Criar campos de estágio e supervisionar diretamente estagiários de Serviço Social e estabelecer articulação com as unidades acadêmicas;
- Participar ativamente dos programas de residência, desenvolvendo ações de preceptoria, coordenação, assessoria ou tutoria, contribuindo para qualificação profissional da equipe de saúde e dos Assistentes Sociais, em particular;
- Participar de cursos, congressos, seminários, encontros de pesquisas, objetivando apresentar estudos, investigações realizadas e troca de informações entre os diversos trabalhadores da saúde;
- Participar e motivar os Assistentes Sociais e demais trabalhadores da saúde para implantação/implementação da NOB RH/SUS, nas esferas municipal, estadual e nacional;
- Qualificar o trabalho do Assistente Social e/ou dos demais profissionais da equipe de saúde por meio da assessoria e/ou educação continuada;
- Elaborar plano de educação permanente para os profissionais de Serviço Social, bem como participar, em conjunto com os demais trabalhadores da saúde, da proposta de qualificação profissional a ser promovida pela instituição;
- Criar fóruns de reflexão sobre o trabalho profissional do Serviço Social, bem como espaços para debater a ação dos demais profissionais de saúde da unidade;
- Assessorar entidades e movimentos sociais, na perspectiva do fortalecimento das lutas em defesa da saúde pública e de qualidade.

As ações profissionais voltadas à formação requerem a criação de campos de estágio, ou residência multiprofissional ou uniprofissional. Para melhor articulação dessas ações, é importante que o Assistente Social crie vínculos com as unidades acadêmicas. É esperado que os profissionais atuantes neste eixo visem orientar os demais profissionais na direção da saúde pública conforme os princípios e diretrizes do SUS.

6 A PESQUISA DE CAMPO

Neste item iremos apresentar o campo de pesquisa, bem como dissertar sobre a metodologia utilizada para realização deste estudo.

6.1 Região da Subprefeitura da Capela do Socorro

A Subprefeitura da Capela do Socorro está localizada na região sul do município de São Paulo. Seu território é rico em mananciais, aproximadamente 90% dele se insere na área de proteção, tendo em vista que estes mananciais abastecem cerca de 30% da população da região metropolitana de São Paulo. Possui uma vasta área formada pelos distritos de Socorro, Grajaú e Cidade Dutra, conforme mapa a seguir.



Figura 2 – Mapa dos Distritos da Subprefeitura da Capela do Socorro

Fonte: www.prefeitura.sp.gov.br

Em levantamento inicial realizado junto ao documento “Relação de estabelecimentos SUS da Cidade de São Paulo – Março 2015⁴⁵”, identificou-se que o total de serviços de saúde da Subprefeitura da Capela do Socorro é de 52 unidades de saúde, dessas, 27 unidades possui um ou mais profissional do Serviço Social em sua equipe multiprofissional.

⁴⁵ Documento disponível em <<http://www.prefeitura.sp.gov.br>>. Acesso em: 27 abr. 2015.

A região é contemplada com treze bases de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); oito Unidades Básicas de Saúde (UBS); quatro unidades da Assistência Médica Ambulatorial (AMA); três unidades do Ambulatório Médico de Especialidades (AME); três unidades do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo dois aparelhos voltados ao público adulto, e um para criança e adolescente; dois Hospitais, sendo que uma das unidades possui maternidade; duas Clínicas de Nefrologia; uma Unidade de Atendimento Domiciliar (UAD); um Serviço de Assistência Especializada em DST/Aids (SAE); um Pronto Socorro (PS); uma Supervisão de Vigilância em Saúde (SUVIS) e uma Supervisão Técnica de Saúde.

6.2 Metodologia

Este estudo empírico adotou a abordagem de pesquisa qualitativa, já que se trata de uma pesquisa exploratória, com o intuito de fazer com que os sujeitos participantes reflitam e respondam livremente sobre o tema, a fim de que o pesquisador tenha a possibilidade de detectar as percepções e entendimentos sobre o atual conhecimento dos Assistentes Sociais do campo da saúde a respeito do documento “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”.

De acordo com Minayo (2003, p.16):

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilha com seus semelhantes. (MINAYO, 2003, p.16)

Portanto a elaboração do trabalho teve como base a metodologia qualitativa, privilegiando o contato do pesquisador e do sujeito da pesquisa captando os aspectos específicos dos dados e dos acontecimentos de acordo com as vivências, conforme explica Martinelli (1999, p.35):

Deixam a verificação das regularidades para se dedicarem à análise dos significados que os indivíduos dão às suas ações, no espaço que constroem as suas vidas e suas relações, ou seja, à compreensão do sentido dos atos e das decisões dos atores sociais, assim como dos vínculos das ações particulares com o contexto social mais amplo em

que estas se dão. Há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, entre o sujeito e o objeto, entre o objetivo e a subjetividade do sujeito.

O objeto de pesquisa deste estudo são as ações desenvolvidas pelos profissionais do Serviço Social que atuam no setor saúde em redes de serviços da Subprefeitura da Capela do Socorro.

Para executar a busca dos participantes, foram identificados os espaços de saúde da região da Subprefeitura da Capela do Socorro, que continham os profissionais do Serviço Social atuando na equipe multidisciplinar, sem contar com critérios de exclusão para contatá-los.

Através de pesquisa realizada ao site do CNES⁴⁶ (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), identificou-se que a quantidade de profissionais cadastrados nas unidades de saúde da Subprefeitura da Capela do Socorro é de 73 Assistentes Sociais, distribuídos em 27 unidades de saúde.

Portanto, pretendeu-se inicialmente atingir em torno de 50% dos profissionais identificados com a aplicação do questionário estruturado, bem como realizar a entrevista semi-estruturada com 10% dos profissionais que responderam ao questionário. Deste modo pretendeu-se aplicar o questionário com 36 profissionais, logo se vislumbrou a realização da entrevista com 3 profissionais.

O primeiro contato foi realizado por telefone, sendo que das 27 unidades de saúde que mantinham cadastro de Assistentes Sociais na equipe multiprofissional, em 4 unidades não obtivemos sucesso nas tentativas de contato com os profissionais, 3 unidades informaram que o profissional do Serviço Social estava em período de férias, 2 unidades informaram não dispor de Assistentes Sociais atuantes, 1 unidade informou que a profissional estava de licença maternidade e 1 unidade a coordenadora não autorizou a aplicação do questionário para a equipe, sendo assim em 11 unidades não foi possível aplicar a pesquisa.

⁴⁶ O CNES, visa disponibilizar informações das atuais condições de infra-estrutura de funcionamento dos Estabelecimentos de Saúde em todas as esferas, ou seja: Federal, Estadual e Municipal. (www.cnes.datasus.gov.br)

Deste modo, ficaram 16 unidades de saúde com possibilidade de realização da pesquisa, totalizando 26 Assistentes Sociais, para os quais foi encaminhado questionário estruturado (Apêndice A) por email.

Pode-se definir como questionário a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões. (GIL, 1985, p.24)

Juntamente com o questionário foi enviado aos participantes do estudo o TCLE, contendo os esclarecimentos sobre a pesquisa, permitindo que o sujeito tomasse uma decisão autônoma sobre sua participação no estudo.

O email encaminhado continha o seguinte texto:

XXX, bom dia!

Conforme conversamos por telefone, segue em anexo o questionário a respeito da pesquisa para o meu trabalho de conclusão de curso. Ainda em anexo, segue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), este documento deve ser assinado pelos participantes da pesquisa, caso seja possível devolvê-lo escaneado ficarei grata, ou posso levá-lo até você para colher a assinatura.

Se possível, peço por gentileza, que responda confirmando o recebimento deste e-mail.

Desde já agradeço pela sua participação e contribuição com estudos para agregar conhecimentos à categoria.

Um abraço,

Rayanne Negreti.

Dos 26 questionários enviados, obtivemos 17 questionários respondidos, ou seja, 65,38%. Após o recebimento dos questionários, 12 profissionais foram convidadas a participar da entrevista (Apêndice B), sendo que 5 não foram convidados, pois a devolução do questionário não se deu em tempo hábil para realização da pesquisa. Dentre os 12 convidados a participarem da entrevista, 3 aceitaram, 2 não tinham disponibilidade por estarem iniciando período de férias e 7 não responderam a este convite.

Optou-se pela entrevista semiestruturada, pois se trata de um tipo de entrevista aberta onde o entrevistado responde as perguntas dentro de sua concepção a partir de um roteiro que conduz a entrevista não fugindo do foco estabelecido.

A entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. Ela não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores sociais, enquanto sujeitos-objetos da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada. Suas formas de realização podem ser de natureza individual e /ou coletiva. (MINAYO, 2007, p. 57)

A entrevista semiestruturada foi gravada, com autorização dos participantes e teve aproximadamente 1 hora de duração, o espaço escolhido para a realização da entrevista ficou a critério das profissionais que de forma unânime optaram por fornecê-la nas unidades de saúde em que atuam. A entrevista teve por objetivo aprofundar os questionamentos sobre as ações desempenhadas, bem como dialogar com a profissional sobre o documento elaborado pelo CFESS “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”. Importante destacar que a entrevista é a técnica mais utilizada no processo de pesquisa social.

Teve neste estudo o objetivo de explorar dados sobre o objeto da pesquisa, ou seja, das ações dos profissionais da saúde, permitindo uma aproximação mais aprofundada com a realidade. A escolha da entrevista semiestruturada proporcionou a elaboração de formas mais abrangente das questões que o estudo desejava extrair de acordo com as hipóteses iniciais.

O entrevistador se libera de formulações prefixadas, para introduzir perguntas ou fazer intervenções que visam a abrir o campo de explanação do entrevistado ou a aprofundar o nível de informações ou opiniões. (MINAYO, 2000, p. 122)

As entrevistas foram transcritas possibilitando assim uma análise mais fidedigna de seu conteúdo. Segundo GIL (1985, p.44) “são incluídas neste grupo as pesquisas que têm por objetivo levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população”.

A fim de velar a identidade das profissionais seus nomes foram preservados, o critério utilizado para identificação das falas foi pela ordem em que foram entrevistadas, deste modo a primeira Assistente Social entrevistada é identificada na análise como Entrevistada 01, e assim sucessivamente.

Após o levantamento do conteúdo efetuamos a análise e a interpretação dos dados obtidos pela abordagem qualitativa, relacionando as diretrizes estabelecidas

nos parâmetros com as ações desenvolvidas pelas Assistentes Sociais nas unidades de saúde que atuam, bem como o conhecimento das profissionais a respeito do documento e a materialização dos parâmetros no cotidiano profissional.

Alguns autores ressaltam que na análise o pesquisador prende-se unicamente aos dados, ao passo que, na interpretação, procura um sentido mais amplo para os dados, por meio de sua ligação a outros conhecimentos já obtidos. (GIL, 1985, p. 185)

Na interpretação e análise dos resultados obtidos através da aplicação do questionário e da realização das entrevistas, identificamos alguns eixos temáticos que nortearão a apresentação dos resultados a seguir.

7 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

Neste item primeiramente será apresentado o perfil das Assistentes Sociais participantes deste estudo, na sequência apresentaremos os resultados a partir de eixos temáticos identificados a partir dos questionários respondidos e das entrevistas realizadas. Os eixos temáticos são:

- O envolvimento das profissionais com a questão saúde;
- As ações desenvolvidas pelas profissionais em seus espaços sócio-ocupacionais;
- Conhecimentos das profissionais a respeito do documento “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”;
- A materialização do documento “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde” nos espaços sócio-ocupacionais.

7.1 Caracterização do Perfil das Profissionais

Procurou-se conhecer a idade das participantes, o tempo de formação, o tempo de exercício profissional, o tempo de trabalho na atual instituição e a quantidade de unidades de saúde em que atuou a fim de caracterizar o perfil das profissionais.

Cabe ressaltar que 100% dos participantes desta pesquisa são do sexo feminino, o que reflete a composição majoritária de mulheres no campo do Serviço Social. Compreendemos que essa realidade é herança da conjuntura posta desde o surgimento do Serviço Social com as damas de caridade, onde o Estado utiliza a figura da mulher com seu papel difundido pela Igreja Católica para amenizar as expressões da questão social da população em vulnerabilidade.

Aceitando a idealização de sua classe sobre a vocação natural da mulher para as tarefas educativas e caridosas, essa intervenção assumia, aos olhos dessas ativistas, a consciência do posto que cabe à mulher na preservação da ordem moral e social e o dever de tornarem-se aptas para agir de acordo com suas convicções e suas responsabilidades. Incapazes de romper com essas representações, apostolado social permite àquelas mulheres, a partir da reificação daquelas qualidades, uma participação ativa no empreendimento político e ideológico de sua classe, e da defesa faculta um

sentimento de superioridade e tutela em relação ao proletariado, que legitima a intervenção. (IAMAMOTO & CARVALHO, 2003, p.172)

Tabela 1 – Distribuição das participantes segundo faixa etária

Faixa Etária das Participantes		
Faixa Etária	Número	%
21 – 30	5	29%
31 – 40	7	41%
41 – 50	2	12%
51 – 60	3	18%
Total	17	100%

Fonte: O Autor (2015)

Conforme tabela, podemos identificar que a maior incidência são Assistentes Sociais de 31 a 40 anos de idade.

No que se refere ao tempo de formação, observamos que 88% das participantes concluíram a graduação há mais de cinco anos. Apenas dois profissionais se formaram nos últimos cinco anos e tiveram, portanto a oportunidade de ter contato com o documento na academia, conforme relata uma das entrevistadas

Eu conheci ainda na faculdade, conheci porque a gente teve, e porque era uma coisa do meu interesse né? Lembro que na época me apropriei muito dele. (Entrevistada 03)

Outro aspecto importante é analisar o tempo de formado em relação ao tempo de atuação na área da saúde, constatamos que 88% das participantes se formaram há mais de cinco anos e 76% trabalham há mais de cinco anos na área da saúde.

Tabela 2 – Distribuição das participantes segundo tempo de formação e tempo de atuação na saúde

Tempo de Formação	Tempo que Atua na Saúde					Total
	< 5 anos	5 - 9 anos	10 - 14 anos	15 - 19 anos	20 anos >	
< 5 anos	-	-	2	-	-	2
5 - 9 anos	4	4	-	-	-	8
10 - 14 anos	-	3	1	-	-	4
15 - 19 anos	-	-	-	1	-	1
20 anos >	-	-	-	-	2	2
Total	4	7	3	1	2	17

Fonte: O Autor (2015)

Relacionar estes dois pontos de análise é importante para estabelecer uma relação das profissionais com os parâmetros, visto que a maioria se formou e entrou no campo da saúde após a publicação do documento, tendo que buscar conhecimento do mesmo fora da academia.

Tabela 3 – Distribuição das participantes segundo quantidade de unidades de saúde em que atuou

Quantidade de Unidades de Saúde Atuantes		
Qt. de Unidades	Número	%
Uma	6	35%
Duas	6	35%
Três	1	6%
Mais de três	4	24%
Total	17	100%

Fonte: O Autor (2015)

Conforme tabela, nota-se que 65% das profissionais atuaram em mais de uma unidade de saúde, sendo que 30% tiveram experiência em três ou mais instituições.

Ao ser analisado o tempo de exercício profissional na instituição que atua no momento, verificou-se que das dezessete profissionais, dez possuem menos de cinco anos na atual instituição, conforme tabela a seguir.

Tabela 4 – Distribuição das participantes segundo tempo de exercício na unidade atual

Tempo de Exercício na Atual Unidade de Saúde		
Anos	Número	%
< 05 anos	10	59%
05 -10 anos	6	35%
11 - 15 anos	0	0%
16 - 20 anos	1	6%
Total	17	100%

Fonte: O Autor (2015)

Esse resultado evidencia que é comum a troca de locais de trabalho entre os Assistentes Sociais da área da saúde. Esse dado é importante visto que, quanto maior o tempo que a Assistente Social atua no mesmo espaço, tem a possibilidade de ampliar seu conhecimento sobre o campo, sobre a rotina da unidade de saúde e

suas atribuições e competências, em contrapartida, quanto maior o tempo, maior a possibilidade de naturalizar as intervenções realizadas no cotidiano profissional.

7.2 O Envolvimento das Profissionais com a Questão Saúde

Neste eixo abordaremos as questões relacionadas ao conceito de saúde e aos princípios do SUS definidos na Constituição Federal de 1988. Também será feita uma análise sobre o conhecimento e posicionamento das profissionais em relação ao Projeto da Reforma Sanitária e a sua disputa com o Projeto de Ajuste Neoliberal.

Para compreender o ingresso das entrevistadas no campo de atuação do Serviço Social, foi questionado sobre a primeira experiência como Assistente Social, e identificamos que de forma unânime, a primeira atuação como profissional do Serviço Social se deu no setor saúde.

Desde quando eu me formei, ainda no estágio, eu já fui trabalhar na área da saúde, meu estágio foi no CUIDA que é o Centro Utilitário de Intervenção e Apoio para Filhos de Dependentes Químicos [...] Então desde que me formei, eu atuo na área da saúde. (Entrevistada 01)

Foi na saúde, no estágio na Santa Casa de Santo Amaro [...] Foi a partir do próprio estágio, como eu já trabalhava na área da saúde eu já estava dentro né? Foi só uma questão de mudar de profissão. (Entrevistada 02)

A minha primeira experiência foi essa [...] Eu trabalho com modelo NASF né? Núcleo de Apoio em Saúde da Família, que era o meu desejo, em trabalhar com família e comunidade. (Entrevistada 03)

Sabendo que a Constituição Federal de 1988 destaca alguns fatores como condicionantes do processo saúde-doença, e que segundo o documento elaborado pelo CFESS (2010, p. 39) “Alguns conceitos são fundamentais para ação dos Assistentes Sociais na saúde como a concepção de saúde, a integralidade, a intersetorialidade, a participação social e a interdisciplinaridade.”, as participantes foram questionadas sobre o conhecimento do conceito ampliado de saúde, e 94% das Assistentes Sociais afirmaram conhecer a definição de saúde conforme Constituição Federal de 1988 e a Lei nº 8080/90, explicitadas anteriormente.

De acordo com Iamamoto & Carvalho (2003, p.63) “O conhecimento não é só um verniz que se sobrepõe superficialmente à prática profissional, podendo ser

dispensado; mas é um meio pelo qual é possível decifrar a realidade e clarear a condução do trabalho a ser realizado”, o que em nossa percepção significa que é de fundamental importância que as participantes tenham conhecimento sobre os principais conceitos de saúde para uma boa condução de seu trabalho.

Mas, ao serem apresentada através do questionário de pesquisa à relação dos fatores determinantes vinculados à saúde-doença do paciente, conforme Buss & Pellegrini (2007), 24% das participantes não apontaram os fatores educação, lazer, transporte e acesso a bens e serviços como fatores que influenciam na condição de saúde dos usuários, 18% não vinculam alimentação, moradia, meio ambiente, trabalho e renda como determinantes de saúde, o fator mais apontado como relacionado à saúde é o saneamento básico, apontado por 88% das profissionais. Cabe enfatizar que foi apresentado as participantes uma relação contendo todos os fatores condicionantes do processo de saúde dos usuários explicitados no quadro a seguir.

DETERMINANTES COM RELAÇÃO DIRETA NA SAÚDE DOS USUÁRIOS	
Determinantes	%
Alimentação	82% das participantes veem relação
Moradia	82% das participantes veem relação
Saneamento Básico	88% das participantes veem relação
Meio Ambiente	82% das participantes veem relação
Trabalho	82% das participantes veem relação
Renda	82% das participantes veem relação
Educação	76% das participantes veem relação
Transporte	76% das participantes veem relação
Lazer	76% das participantes veem relação
Acesso aos Bens e Serviços	76% das participantes veem relação

Quadro 4 – Relação dos determinantes sociais que influenciam diretamente a saúde do usuário de acordo com as Assistentes Sociais

Fonte: o Autor (2015)

A vinculação entre os fatores determinantes e condicionantes com o processo de saúde-doença dos usuários é primordial ao processo de trabalho do Serviço Social na saúde, entendido pelo Conselho Federal da categoria, como um dos objetivos da profissão nesse segmento.

Objetivo da profissão, que na área da saúde passa pela compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e na busca de estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões. (CFESS, 2010, p.29)

Esses fatores englobam a visão de integralidade do usuário, que não deve ser entendido de modo fragmentado pelos profissionais de saúde por sua patologia, é preciso que os profissionais, e de modo especial, os Assistentes Sociais, tenham clareza sobre as expressões da questão social, identificando que a conjuntura social, cultural e econômica interfere na saúde dos usuários.

A nobreza de nosso ato profissional está em acolher aquela pessoa por inteiro, em conhecer a sua história, em saber como chegou a esta situação e como é possível construir com ela formas de superação deste quadro. Se reduzirmos a nossa prática a uma resposta urgente a uma questão premente, retiramos dela toda sua grandeza, pois deixamos de considerar, neste sujeito, a sua dignidade humana. (MARTINELLI, 2006, p.11)

Essa é a importância de visualizá-lo com integralidade, como expõe uma das entrevistadas.

Nosso olhar também é de olhar para outras pessoas com a integralidade, porque nós não somos fragmentados né? Então isso pra mim é super importante, eu até brigo as vezes, porque atualmente a gente está no município com uma outra questão... É SUS, mas quero que olhe integralmente. (Entrevistada 03)

No que se refere à intersetorialidade na saúde, esta enriquece os atendimentos, visto que a interação entre dois ou mais setores proporciona ações e saberes de forma integral e totalizante. De acordo com Cavalcante et al. (2013, p.193) “A intersetorialidade, para além da sua conceituação, desvela orientações para soluções e alternativas concretas para articulação das políticas sociais, objetivando impactos positivos para as condições de vida das populações urbanas e rurais”.

A formação de uma rede social possibilita aos profissionais do Serviço Social a superação de uma ação individual para dar espaço ao coletivo, a rede é a interação de diversos atores em torno de uma questão. Essa atuação traz aos profissionais uma menor propensão a sentir-se impotente ou onipotente, pois a construção de novas relações e novos conhecimentos o fortalece. Uma das

entrevistadas inclusive identifica a formação de rede como uma de suas ações na unidade de saúde em que atua.

Formação de rede, tanto rede no território como rede externa. Muito contato com o Conselho Tutelar, com o CREAS, CRAS, com fórum, com CAPS, então a gente trabalha bastante com a rede e dentro do território também, tipo escolas... Pensando no indivíduo dentro da sua família e sua comunidade. (Entrevistada 03)

Ao serem questionadas sobre a intersetorialidade, as entrevistadas demonstraram frustração devido sua ineficácia, pois há dificuldades no cotidiano das profissionais para se trabalhar em rede.

A gente trabalha muito, por exemplo, com o usuário como um todo, se fala muito em trabalho de rede, mas essa rede não funciona. Então o paciente que é meu é o mesmo paciente que é da habitação, da assistência, Só que assim, cada um tem um ponto de vista diferente, não dá pra atender a universalidade, porque a rede não funciona. (Entrevistada 02)

A área social que é uma área bastante difícil, bastante carente em determinados momentos, e carente inclusive de rede né? Mas eu ainda estou firme, por enquanto ainda está bom. (Entrevistada 03)

A Entrevistada 02 relata a dificuldade de reciprocidade nos encaminhamentos entre os serviços da rede assistencial

Uma colega me encaminhou um paciente, pra um atendimento de psicologia que a educação está pedindo. Então já está a educação entrando no segmento saúde, só que se eu precisar da educação, eu não vou ter a mesma abertura. A educação me manda uma demanda e eu não posso entrar na educação. Poxa, pra implantar esse projeto⁴⁷ foram dois anos! Então assim, não se conversa, um não dá abertura pro outro, e poxa... O indivíduo é o mesmo! [...] E eu tenho que ficar entre aspas né, lutando contra tudo e todos para conseguir encontrar andamento aos meus encaminhamentos. E me sinto sozinha, porque a rede não funciona, porque o colega não valoriza o meu trabalho, porque o outro não entende o que eu faço. (Entrevistada 02)

De acordo com Matta (2010), um princípio importante do SUS é o controle social, a participação popular regulamentada pela Lei 8.142/90 tornou-se uma das principais atribuições do Assistente Social a fim de implementar modalidades de

⁴⁷ Projeto Adolescer com Saúde, projetado pela Assistente Social a fim de realizar palestras em escolas públicas do território com objetivo de informatizar os adolescentes com temas relacionados à saúde.

gestão democrática e para o empoderamento da sociedade civil nas decisões do setor saúde.

Após um longo processo de lutas sociais em torno do direito à saúde, capitaneado pelo Movimento de Reforma Sanitária, a participação da comunidade e a descentralização tornam-se diretrizes do novo Sistema Nacional de Saúde na Constituição Federal de 1988. Esta participação foi regulamentada pela Lei n. 8.142/90, por intermédio das conferências e dos conselhos. (BRAVO & CORREIA, 2012, p.129)

Uma importante constatação foi que 94% das participantes informaram haver o espaço de participação popular na unidade de saúde atuante. Mas ao serem questionadas sobre a participação do Serviço Social nestes espaços, as respostas não são favoráveis. O desafio imposto ao controle social se diferencia entre as duas entrevistadas que dialogaram sobre o assunto.

Durante a entrevista, uma das profissionais afirmou que o sistema de gestão obriga a unidade de saúde a ter esse espaço.

O contrato de gestor obriga a ter controle social, tem uma verba que é passada pro conselho gestor acontecer, pra dizer que acontece, mas acontece através de uma reunião mensal, assim que acontece, só isso. Ai pra provar que teve essa reunião eu sou obrigada a mandar uma planilha, uma apresentação, a cópia da ata pra supervisão de saúde da nossa região, pra provar que aconteceu. (Entrevistada 02)

Através dessa fala, a reflexão que se pode fazer é que para a profissional, o controle social se reduz à realização de uma reunião mensal e não à efetiva participação da população nas decisões. Percebe-se que a existência desse espaço é cobrada, mas não se questiona o funcionamento, se está sendo eficaz.

A Entrevistada 02 informou participar efetivamente da construção do espaço, mas que há um desgaste para a adesão dos usuários nas reuniões realizadas.

Nós temos o Conselho Gestor né? É difícil, muito difícil [...] eu carrego o Conselho nas costas, eu faço as pautas, as atas, chamo os conselheiros para as reuniões, controlo toda a documentação, e um dia antes da reunião ligo para todos, organizo a sala, faço cafézinho, bandeijinha de água, saio catando usuário no laço. (Entrevistada 02)

Durante a fala, a mesma aponta que informa os pacientes sobre a importância da participação da comunidade nas reuniões do conselho gestor.

A gente saiu falando na fila né? Do conselho, pra eles participarem, que era o momento da comunidade estar inserida no processo de administração, pra gente implantar melhorias, ver o que dá pra fazer, pra eles saberem o que está acontecendo, o porquê de não ter médico, o porquê da agenda não abrir... É aquele momento deles participarem, é a participação popular inserida na unidade [...] Nós marcamos 6 mil e poucas consultas em 3 dias, sabe quantas pessoas vieram na reunião do conselho? E sai catando no laço! 15. E essa foi a unidade que mais teve presença. A parte do conselho a gente divulga amplamente, mas ninguém vem. (Entrevistada 02)

Para a Assistente Social, o grande problema está na cultura do brasileiro em não buscar informações por seus direitos, e também pela postura dos conselheiros, conforme relata:

Para fazer o Conselho Gestor funcionar é muito difícil, porque o usuário ele não tem... Acho até que é o brasileiro... Não tem costume de lutar pelos direitos dele, ou seja, falar a coisa certa, na hora certa, no lugar certo. Se o médico está demorando pra atender, ele quer ficar batendo boca aqui no corredor, se eu falo: “vamos sentar, conversar, pontuar as insatisfações pra tomar as medidas cabíveis” na hora que o médico chama ele já está sorrindo de orelha a orelha, porque pro médico ele tem medo de se posicionar, ele quer ficar no corredor esbravejando pra todo mundo. [...] Até os conselheiros quando veem participar da reunião e tal, é uma troca de favor, ele acha que como não está ganhando nada pra ser conselheiro... [...] a gente não pode ter troca de favor, é direito, é diferente. Troca de favor é uma coisa, direito é outra [...] É difícil a questão da participação social, é difícil o controle social. Não funciona efetivamente por conta disso, eles querem sempre uma moeda de troca, eu participo, mas o que você vai fazer por mim? (Entrevistada 02)

Essa percepção de que os usuários não aderem ao Conselho Gestor também foi notada na fala da Entrevistada 03 “Se a gente conseguisse fazer uma coisa a mais, com a qual eles se importassem, a gente conseguiria de fato fazer uma diferença”. Apesar de ter alegado a mesma dificuldade, a terceira entrevistada informou que não participa ativamente do Conselho Gestor devido a grande demanda em sua unidade de saúde.

Eu tenho uma aproximação com tudo isso. Participei da articulação algumas vezes [...] quando fiz minha pesquisa, nenhuma das Assistentes Sociais conseguia estar próxima do conselho, por conta da demanda, e infelizmente eu estou no mesmo modelo. Eu nesse contexto, não consegui fazer muita diferença, a diferença que eu faço é que às vezes participo das reuniões, tento estar próxima como apoiadora. (Entrevistada 03)

Ainda debatendo sobre o tema, a profissional pontuou que a pouca aproximação que tem com o espaço de controle social da unidade é devido a sua gestão, pois segundo ela, dependendo da visão do gestor os Assistentes Sociais não são incluídos na participação popular.

A gestora da UBS que eu estou é Assistente Social, e ela é militante. Então o Conselho Gestor para ela, o controle social é super importante. Por isso, aqui, eles me proporcionaram um espaço na agenda para estar próxima do conselho, então na hora de montar, de fazer a discussão, de se reunir com eles né? De informatizar a população pra importância, tudo isso foi feito aqui, todos os outros enfermeiros, das outras unidades, os outros gestores são enfermeiros... Não é o mesmo olhar entende? Porque vão deixar uma brecha na agenda dessa profissional se ela é tão importante no atendimento da demanda? Cabe então a gente se posicionar enquanto Assistente Social. (Entrevistada 03)

Cabe destacar que segundo a entrevistada, é uma Assistente Social que está na gestão da unidade de saúde.

Apesar da deficiência notada pelas falas das entrevistadas quanto à participação popular, é preciso atentar que o controle social bem como seus dispositivos não são efetivos apenas pela atuação e pelo querer das Assistentes Sociais, mas também pelo contexto das relações de hierarquias. O que se sugere é que as profissionais se posicionem enquanto categoria que visa à garantia e efetivação dos direitos sociais, e busquem estratégias junto aos demais profissionais de saúde para um controle social eficaz em suas unidades de saúde.

De acordo com Bravo (2009), a Reforma Sanitária defende um Estado democrático de direito, que seja responsável pelas políticas sociais. Esses princípios e conceitos do SUS que foram questionados às participantes, são resultantes desse movimento tão enriquecedor para a saúde. Deste modo, uma das formas de analisar a compreensão das Assistentes Sociais a respeito desse campo, foi questionarmos sobre o Projeto da Reforma Sanitária bem como o Projeto de Contrarreforma, discutidos no item 3.

Ao serem questionadas sobre as propostas da Reforma Sanitária, 12% das participantes alegaram não conhecê-las, e as que afirmaram conhecer informaram que veem relação entre as ações que desenvolvem na prática profissional com essas propostas.

Ainda no item 3 dissertamos sobre a disputa dos dois projetos existentes na saúde, e para Matos (2013), os profissionais do Serviço Social vislumbraram a materialização das ações propostas pela Reforma Sanitária, pois este referencia o Projeto ético-político da profissão, mas devido ao Projeto de ajuste o trabalho de Assistentes Sociais é impactado em diversas dimensões.

Para detectar o posicionamento das entrevistas a respeito dessa disputa de projetos, questionamos se no cotidiano profissional elas conseguem visualizar esse conflito.

Então assim, eu sou super a favor da reforma. Mas, eu acabo não me aprofundando, não me atento muito a está questão, porque a saúde mental ela talvez esteja num outro lugar, ela talvez esteja sobre uma outra perspectiva, que é um pouco da reforma psiquiátrica né? Que vem com o traço, muito com essa coisa de poder ter um atendimento mais humanizado, um atendimento mais integral, um atendimento de fato que possa garantir o acesso, a equidade, a universalidade pro paciente. (Entrevistada 01)

Para o CFESS (2010, p.41) “Nas equipes de saúde mental, o Assistente Social deve contribuir para que a reforma Psiquiátrica alcance seu projeto ético-político”, por isso, de certo modo, a primeira entrevistada está realizando o que lhe é de competência, mas não relaciona os princípios com a Reforma Sanitária e embora afirme ser a favor, não evidenciou domínio para dissertar sobre o assunto.

Questionada sobre a disputa dos dois projetos a segunda entrevistada discursa:

É são dois parâmetros bem distintos, porque assim, a gente vê na prática, porque a teoria é linda [...] Então assim, a teoria, tudo que está no papel é lindo e maravilhoso, ai chega na prática você vai trabalhar com aquilo e vê que não funciona, então assim, as pessoas não se falam e não se cruzam dados. O SUS não é unificado gente! Quem abre o cartão do SUS em Osasco e vem passar um final de semana na casa da comadre e passa mal, vai para o hospital e não atendem. Então o SUS não está unificado, tem que ser feita muita coisa ainda para se falar a mesma língua [...] Enquanto a gente discute Reforma Sanitária, tem outros posicionamentos mais importantes. (Entrevistada 02)

Notamos que a profissional faz uma crítica às propostas da reforma não se efetivarem no dia a dia, embora não faça uma análise das razões pelas propostas não ocorrem e não discorre sobre o projeto de ajuste.

Uma fala da Assistente Social que nos chama a atenção é a afirmação de que existem posicionamentos mais importantes do que se discutir Reforma Sanitária.

Não é o Serviço Social que tem que se mobilizar, são as outras áreas né? Sabe por quê? Eu percebo que é uma luta que a gente está sozinha. Então assim, não é o Serviço Social, parece que estamos sempre correndo atrás dos outros profissionais pra conseguir a ação efetiva. Então o Serviço Social tem que ficar correndo né? E eu acho que talvez por isso eles usam a palavra luta, a gente está sempre lutando contra si mesmo. (Entrevistada 02)

Diferente das duas primeiras, a última entrevistada faz uma relação entre os dois projetos em conflito na saúde, além de compreender que o Serviço Social deve se mobilizar para efetivação dos princípios da Reforma Sanitária, o que vem de encontro com nosso posicionamento, pois em nossa avaliação se faz necessário na atual conjuntura o profissional do Serviço Social se articular com outros profissionais da saúde em defesa desse projeto.

Eu acho que o Assistente Social deve se mobilizar pelo princípio da reforma, porque assim, eu sou muito SUS, a alma já é do SUS e da saúde, e pensando mesmo enquanto Assistente Social nós lutamos pelo princípio SUS né? Do acesso, da universalidade, da equidade, eu acho que isso vem muito de encontro com nosso projeto ético-político [...] o outro projeto parece querer nos enfraquecer, porque você vai atender, ele quer que atenda, atenda, atenda, atenda... Então como que você atende e atende e dá escuta pra alguém? É aí que os projetos se chocam né? Então tenho muito essa preocupação, de dizer isso, até hoje não me prejudicou e espero que não venha me prejudicar, porque talvez eu possa perder meu emprego, mas eu bato muito nessa tecla de que limites precisam ser respeitados. Eu de fato vou atender alguém e dizer “não dá pra fazer em 15 minutos?” não, não dá! Eu não consigo ter um olhar de Assistente Social pra uma coisa em 15 minutos, eu entro em uma casa pra fazer uma visita e 15 minutos eu levo só pra começar a conhecer a pessoa, e eu ainda vou dar escuta pra ela, observar o local, então não dá pra ser em 15 minutos. Até aqui eu tenho defendido e tá tudo certo. (Entrevistada 03)

Conforme aponta Bravo e Matos (2009), o profissional necessita ter a compreensão desses dois projetos para refletir se os resultados dados aos usuários estão sendo efetivos e a entrevistada 03 faz essa análise crítica.

Apesar de inicialmente se colocar a favor da efetivação do projeto da reforma, ao longo do discurso a Entrevistada sugere um equilíbrio entre os dois projetos.

A gente que faz saúde estuda muito Reforma Sanitária né? E o que acontece é que a Reforma Sanitária tem um panorama que trouxe sua contribuição, para modificar o modelo de atendimento, acho

muito legal. E de alguma maneira algumas coisas anteriores foram mantidas [...] Dentro da saúde existem pessoas X e Y, tem pessoas que são extremamente contra, e pessoas que são extremamente a favor, o que precisamos de fato é olhar para o equilíbrio das coisas [...] A Reforma Sanitária trouxe muita coisa positiva, e essa contrarreforma vem pra ser discutida, as duas coisas tem que estar em equilíbrio sabe? Às vezes a política entra de uma forma ruim nessa questão, e isso acaba dificultando a discussão pra se achar o equilíbrio. (Entrevistada 03)

Verifica-se com as respostas obtidas o insuficiente conhecimento das profissionais frente à disputa entre dois projetos que se confrontam na atual conjuntura no setor saúde. Não se pretende advogar que todas as Assistentes Sociais devem ter conhecimentos amplos e irrestritos sobre os dois projetos, entretanto, como a temática está intrínseca no cotidiano das profissionais, faz-se necessário que compreendam a contradição entre eles.

Pois, como explicitado anteriormente, a grande bandeira do Serviço Social é a articulação pela implementação do projeto da Reforma Sanitária, uma vez que entre os dois projetos existentes, é ele quem possui relação direta com o projeto profissional da categoria.

7.3 As Ações Desenvolvidas pelas Profissionais em seus Espaços Sócio-ocupacionais

Neste eixo iremos apresentar as ações desenvolvidas pelas Assistentes Sociais no cotidiano profissional, de acordo com o documento “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde” as ações se dividem em 4 eixos de atuação, e iremos mantê-los para identificação das atividades desempenhadas pelas participantes da pesquisa.

Elaboramos uma tabela contendo 6 ações de cada um dos quatro eixos para detectarmos o mais atuante pelas profissionais, e através do resultado identificamos que 77% das ações do eixo “Atendimento Direto aos Usuários” foram assinaladas como executadas nos espaços sócio-ocupacionais das participantes; os eixos “Mobilização, Participação e Controle Social” e “Investigação, Planejamento e Gestão” tiveram 73% de suas ações assinaladas; já “Assessoria, Qualificação e Formação Profissional” obteve o menor percentual, com somente 35% das ações

assinaladas pelas participantes, o que nos chama atenção devido a limitação das atividades deste eixo no dia a dia das profissionais.

Se analisarmos este índice sob a perspectiva dos dois projetos em disputa na área da saúde veremos que os eixos “Mobilização, Participação e Controle Social”, “Investigação, Planejamento e Gestão” e “Assessoria, Qualificação e Formação Profissional” estão interligados com as Propostas da Reforma Sanitária, pois a execução de suas ações demanda um profissional pró-ativo, com visão crítica e atuação política. Enquanto em nossa avaliação, o Atendimento Direto aos Usuários possuem ações mais técnico-operativas, mesmo necessitando de um posicionamento ético de Assistentes Sociais, ou seja, o eixo que possui mais participação dos Assistentes Sociais na saúde é o que menos demanda reflexão crítica para sua execução.

Portanto, identificamos que as ações do eixo “Atendimento Direto aos Usuários” são as mais desenvolvidas no cotidiano das participantes, elas se dividem em três tipos: Socioassistenciais, articulação com a equipe e socioeducativas. Conforme discutimos no item 5, estas atividades são realizadas nos diversos espaços de atuação profissional. Ao longo das entrevistas as Assistentes Sociais trouxeram em suas falas algumas das ações realizadas por elas dentro deste eixo.

Faço desde acompanhamento de medidas socioeducativas com adolescentes, até mediação de conflitos que acontecem, gestão de altas, encaminhamentos, planejamento familiar, emissão de laudos para bilhetes da SPTRANS E MTU [...] Trabalho socioeducativo, de conscientização a nível mesmo de conhecimento da saúde. (Entrevistada 02)

Eu atuo muito com atendimento no consultório, e gosto de fazer visita domiciliar [...] Reuniões né? Formação de rede, tanto rede no território como rede externa. (Entrevistada 03)

Para estabelecer as prioridades das ações e das estratégias, os profissionais devem ter clareza de suas atribuições e competências. Ao serem questionadas 6% das participantes alegaram não sentir clareza quanto suas atribuições na atual unidade de saúde.

Essa falta de compreensão das atividades que competem aos Assistentes Sociais desenvolvê-las implica diretamente na autonomia dos profissionais, que não podem ser obrigados a prestar serviços que não sejam compatíveis com a sua

função, cargo ou atribuições. Devido ao projeto de contrarreforma na saúde, discutido nos itens anteriores, o profissional do Serviço Social recebe interferências em seu exercício já que há uma corrente que objetiva a não implementação do SUS constitucional. Assim, novas demandas chegam aos Assistentes Sociais, como dificuldade em marcar consultas, reclamações de atendimentos ou pela falta dele, questionamentos sobre o tratamento que não foram sanadas pelos médicos, entre outras questões.

Ao expor as ações que desenvolve no espaço sócio-ocupacional, a Entrevistada 02 relata sobre as atividades técnico-administrativas que não faz parte das ações exercidas por Assistentes Sociais.

Na prática, os pacientes que vem do AMA do Icarai ou da OSEC, chegam aqui e dizem que o médico mandou virem aqui pra Assistente Social marcar consulta, mas eu não fiz quatro anos de faculdade e dois anos de especialização para marcar consulta, só que a colega da outra unidade acaba fazendo isso [...] Então encaminha, manda... Tem paciente que abre a minha porta pra pedir informação de exame, gente! Não sou eu. Temos um setor pra isso, um setor de regulação, de marcação de exame e consultas. Não é a Assistente Social quem vai fazer, mas geralmente não conseguem marcar consulta com clínico e vão atrás da Assistente Social.

É notório que a entrevistada possui conhecimento sobre suas ações de acordo com as competências do Serviço Social, mas segundo seu relato a colega de outra unidade realiza atividades que fogem das atribuições da categoria, atua de modo subserviente, prestando seu serviço com submissão, e isso interfere no trabalho de Assistentes Sociais de outras unidades de saúde que recebem cobranças de ações que não lhes competem.

Tem gente que se sujeita a muita coisa que não é pertinente à área e acaba fazendo aquela confusão entre os setores. Então, o paciente questiona o porquê que tem lugar que Assistente Social só marca consulta e aqui eu não marco, ou por que tem lugar que a Assistente Social atende de porta aberta e aqui ele precisa agendar pra falar comigo. Então assim, a própria profissão infelizmente não se colocou ainda. (Entrevistada 02)

Analisamos através do relato da profissional que a categoria não está articulada no que se refere às ações desempenhadas no campo da saúde de acordo com as atribuições e competências do Serviço Social. Questionamos sobre o ponto de vista das entrevistadas sobre o motivo de relacionarem essas demandas

inerentes ao Serviço Social, com os profissionais da categoria que atuam nos espaços de saúde.

Eu acho que tudo isso começa na coisa teórica né? A própria história do Serviço Social. Acho que a fala de que o Assistente Social é o profissional bonzinho, da igreja, que dá cesta, que no mínimo vai lá ajudar. Então esse é o olhar que a gente precisa derrubar né? (Entrevistada 03)

Enquanto a gente não desmistificar que a Assistente Social não é aquela moça boazinha que vai resolver todos os problemas, isso vai acontecer. (Entrevistada 02)

Segundo o CFESS, uma das atribuições importante no eixo de atendimento direto aos usuários é conhecer e compreender a realidade dos pacientes, para isso os Assistentes Sociais utilizam alguns instrumentos e técnicas. De acordo com Guerra (2011, p.37) “O Serviço Social desenvolve ações instrumentais como exigências da sua forma de inserção na divisão social e técnica do trabalho e alocação nos espaços sócio-institucionais da ordem capitalista dos monopólios”.

A fim de identificarmos se as participantes usam estratégias para compreender a realidade social dos pacientes, questionamos através de uma tabela no questionário aplicado, a frequência em que utilizam os instrumentos e técnicas mais conhecidos no Serviço Social.

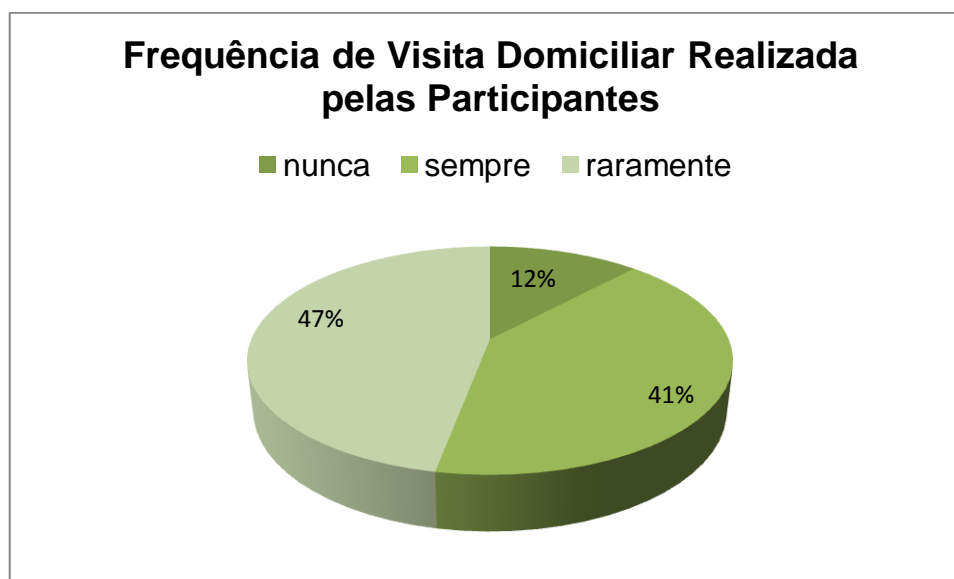
O resultado obtido foi que 59% das participantes sempre realizam visita institucional, 94% sempre elaboram relatório social, 59% sempre aplicam entrevista, 88% sempre fazem encaminhamentos e 76% sempre realizam reuniões individuais ou em grupo.

Entretanto, o que nos chamou a atenção é a frequência na execução de visitas domiciliares, um instrumento de grande valia para o Serviço Social.

Gosto muito de fazer visita domiciliar né? É uma coisa que está no meu escopo que é muito gratificante né? Porque é na visita domiciliar que você tem aquele olhar todo para aquilo, as vezes quando você chega é onde as pessoas se despem realmente, no consultório as pessoas vêm mais arrumadinhas, com a fala pronta. E na casa você chega e percebe um grito aqui, uma necessidade ali, uma dificuldade lá, e você consegue direcionar melhor a intervenção. (Entrevistada 03)

O gráfico a seguir apresenta o resultado:

Gráfico 1 – Frequência de utilização pelas participantes do instrumento visita domiciliar



Fonte: O Autor (2015)

Assim, identificamos que 47% das participantes raramente realizam visita domiciliar, e 12% nunca utilizam este instrumento que é imprescindível para potencializar a apreensão da realidade social.

Ainda dentro do eixo de atendimento direto, o Assistente Social deve desenvolver também atividades junto à equipe de saúde, garantindo assim a interdisciplinaridade e a multidisciplinaridade nos atendimentos. De forma unanime as participantes afirmaram que dentro da unidade em que atuam existe a articulação entre os profissionais do Serviço Social com os demais profissionais de saúde, dentre os citados: Médicos (as), enfermeiros (as), psicólogos (as), terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos (as), fisioterapeutas, nutricionistas, agentes comunitários de saúde, farmacêuticos (as), educadores físicos, oficineiros e técnicos de enfermagem e farmácia.

Cada profissional de acordo com a sua formação possui competências e habilidades distintas para desempenhar ações, para não haver dificuldades por parte da equipe sobre as atividades de cada categoria profissional, é ideal que ocorram reuniões e debates para esclarecimentos sobre o papel de cada um nas demandas, qualificando os atendimentos. A Entrevistada 3 relata sobre a estratégia utilizada em sua unidade de saúde.

Os nossos instrumentos de trabalho são as reuniões né? Tanto de equipe, quanto com as equipes. São reuniões de matriciamento, que é onde vários especialistas junto com a equipe de saúde da família conversa sobre a demanda que vem né? E é muito rico, porque é ali onde você pega um caso pra discutir, que você consegue saber dos outros atores que também estão no atendimento, no acompanhamento, o que de fato cada informação traz pra você conhecer mais a vida, a história, o contexto daquele individuo ou família [...] Todas as profissões diferentes que a gente consegue se relacionar. Eles bebendo da nossa fonte, e a gente bebendo na fonte deles.

Existem unidades de saúde em que a relação entre a equipe de saúde se dá de modo multidisciplinar onde há um conjunto de disciplinas aplicadas de maneira não linear, cada profissional exerce ações dentro da especificidade de sua formação sem relacionar com a especificidade do outro, proporcionando um atendimento especializado e complementar.

Eu trabalho na prática junto com o pessoal da enfermagem, que nem o planejamento familiar, é uma equipe, então eu faço a minha parte, a enfermeira faz a dela, e para não haver o processo de repetição de atribuição, a gente demarca e delimita as atribuições, as falas [...] então a gente tem que se comunicar, tem que trabalhar em equipe, isso é importante, e um acaba complementando o trabalho do outro. (Entrevistada 2)

Algumas unidades de saúde a relação entre a equipe se dá de maneira interdisciplinar, onde os profissionais aplicam suas ações de forma correlata, criando um vínculo entre as especificidades, é o exemplo da Entrevistada 1.

Eu tenho duas Assistentes Sociais que fazem a priori o trabalho de Serviço Social, mas o CAPS ele tem essa coisa meio genérica mesmo, essa pluralidade, a questão da especificidade ela é garantida, mas ela não é o essencial pro trabalho do CAPS. Então a Assistente Social aqui faz o que o psicólogo faz, o que o psiquiatra faz, o que o terapeuta ocupacional faz, e claro, ela faz o que é da especificidade dela, por exemplo, a avaliação social né? E questões que são mais direcionadas para o Assistente Social.

Foi possível analisar que o Serviço Social se articula de modo favorável com as outras profissões nos espaços de saúde onde atuam as entrevistadas.

Ainda no eixo de atendimento direto aos usuários, temos as atividades socioeducativas, que têm como objetivo orientar os pacientes sobre a rotina e o funcionamento das unidades, bem como informá-los sobre assuntos relacionados à saúde. Durante a entrevista, duas profissionais apontaram executar ação desta categoria. A Entrevistada 2 relata “[...] o trabalho com os adolescentes nas escolas,

a gente faz um trabalho socioeducativo, de conscientização à nível mesmo de conhecimento da saúde”.

Eu realizo, desde que entrei, um grupo que se chama “orientação social” [...] Eu começo no início do ano, com o cronograma já, a gente discutindo o planejamento [...] são todas as enfermeiras e todos os Assistentes Sociais da comunidade [...] ao longo do ano eu vou proporcionando aquilo que vem nas demandas, então tem fulano que lida com a questão do INSS, aí juntamos um pouco, porque a demanda as vezes é muito grande, a população é grande e as vezes não dá pra fazer com cada um individualmente, então juntamos a dúvida de um e outro. Mas acho de extrema importância, porque você informa e empodera. (Entrevistada 3)

É de extrema importância que as profissionais atuantes no campo da saúde desenvolvam debates e oficinas com temas de interesse dos usuários a fim de socializar informações e potencializar as ações socioeducativas.

O segundo eixo de atuação segundo CFESS, engloba ações de mobilização, participação e controle social. De acordo com as respostas das entrevistadas, detectamos que a participação popular nas unidades de saúde expressadas pelas reuniões do Conselho Gestor não é efetiva por motivos já mencionados. No entanto, para o conselho da categoria, existem outras atividades além do Conselho Gestor que podem ser realizadas pelos profissionais de saúde para a efetivação do Controle Social.

Uma das atividades relevantes para a participação popular é articular-se com movimentos sociais, a fim de fortalecer fóruns e/ou conselhos e também abrir discussões sobre a política de saúde e traçar alternativas para a garantia de direitos sociais. Deste modo, questionamos as participantes com que frequência elas elaboram debates ou discussões entre a equipe referente à Política de Saúde, e o resultado obtido foi que 53% das participantes afirmam elaborar debates com frequência, e 47% das participantes alegam que raramente é levantado esse tema em discussões.

Outro questionamento feito foi sobre a participação das Assistentes Sociais em movimentos sociais, e a resposta nos trouxe inquietações visto que apenas 18% das participantes alegaram ser militantes de movimentos sociais, desse percentual, duas afirmam militar movimentos do campo da saúde. Em relação aos 82% que não

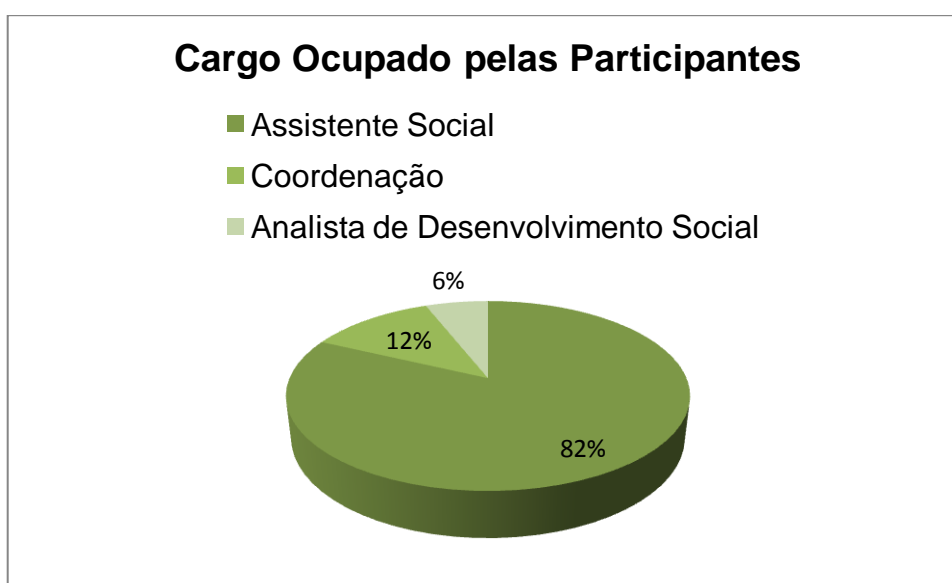
participam de nenhum movimento social, 50% alegam que é devido à falta de identificação com os movimentos atuais.

Martinelli (2006, p.12) faz uma reflexão sobre o Serviço Social como uma categoria interventiva e transformadora junto aos movimentos sociais “É assim que temos que pensar em nossa profissão: uma profissão que através de sua intervenção na realidade, de sua interlocução com os movimentos sociais, com os setores organizados da sociedade civil, participa da reconstrução do próprio tecido social”.

Sabendo-se da importância das lutas coletivas nas conquistas de direitos sociais, inclusive ao analisarmos a história da saúde pública no Brasil, o resultado obtido nos mostra a insuficiência de presença das participantes neste eixo.

Referente ao terceiro eixo de atuação classificado pelo documento norteador, as ações são de investigação, planejamento e gestão. A fim de detectar o percentual de participantes que estão executando atribuições de coordenadores dentro das unidades de saúde, questionamos o atual cargo que ocupa na instituição, e três cargos foram citados pelas participantes, dentre eles e com 12% está coordenação, conforme gráfico a seguir.

Gráfico 2 – Distribuição das participantes de acordo com o cargo ocupado na unidade de saúde



Fonte: O Autor (2015)

A entrevistada 1 atua como coordenadora de um dos serviços de saúde da Subprefeitura da Capela do Socorro, conforme esclarece:

Hoje eu estou em uma posição de coordenação, eu já não tenho tanto contato com o paciente, eu estou mais numa condição de contato com a equipe, mas em casos extremos eu atendo, em casos que são muito complexos, de desafios tamanhos, eu vou.

Ainda expõe as ações que desenvolve estando na coordenação do serviço:

Coordenação é planejamento, é de fato verificar se as diretrizes que são de CAPS, elas estão em conformidade com o trabalho da equipe, é de supervisão, é de orientação, é de implantação, de validação e investigação. De legitimar as diretrizes de CAPS né? Aquilo que está na portaria, se está em acordo com o que está sendo feito aqui. (Entrevistada 1)

Ao longo da entrevista questionamos quantos profissionais do Serviço Social atuam na unidade de saúde além dela, e a fala da profissional evidência uma incompreensão na identificação do cargo de gestão enquanto uma das competências do Serviço Social.

Aqui eu estou na coordenação, sou Assistente Social de formação, mas como eu te falei, eu não atuo como Assistente Social, eu tenho duas Assistentes Sociais que fazem a priori o trabalho de Serviço Social [...] O CRESS como Assistente Social eu continuo pagando né? Continuo credenciada até por uma questão de ordem legal, ética, enfim. (Entrevistada 1)

Uma das dificuldades entre os Assistentes Sociais que estão no cargo de coordenação é não relacionarem esta função como uma atribuição do Serviço Social, e assim não se denominam mais como Assistentes Sociais, como citado na resposta da entrevistada. Detectamos que apesar de desenvolver as ações de gestão de acordo com os “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”, a profissional não faz a ligação dessas ações como competências dos profissionais do Serviço Social.

Em relação ao quarto eixo de atuação, as ações desenvolvidas são as de Assessoria, Qualificação e Formação profissional, dentre os eixos referenciados pelo CFESS, este foi o que nos causou maiores inquietações, pois nele é que são descritas as atividades de aprimoramento profissional e detectamos que é o eixo que dispõe do menor percentual de ações desenvolvida pelos profissionais.

De acordo com o CFESS (2010, p. 65) “participar de cursos, congressos, seminários, encontros de pesquisa, objetivando apresentar estudos, investigações realizadas e troca de informações entre os diversos trabalhadores de saúde” são atividades que qualificam o exercício profissional, questionamos as participantes em relação às leituras do Serviço Social e participação nesses eventos e obtimos o seguinte resultado.

Tabela 5 – Distribuição das participantes segundo realização de leituras e participação em eventos nos últimos 12 meses

Participação	Leitura de Artigo, Publicação, Livro, etc.		Curso de Aperfeiçoamento, Palestras, Seminários e outros eventos.	
	Nº	%	Nº	%
Não	1	6%	2	12%
Sim, porém não da saúde	3	18%	-	0%
Sim, relacionado à saúde	13	76%	15	88%
Total	17	100	17	100

Fonte: O Autor (2015)

Analisando a tabela podemos identificar que 76% das participantes realizaram leituras do Serviço Social, relacionadas com a área de atuação, nos últimos 12 meses. Entretanto, ao questionarmos as entrevistadas sobre as estratégias que utilizam para manterem-se atualizadas, temos as seguintes falas:

Não tenho estudado muito a prática do Serviço Social, acho que essa é uma questão que talvez eu tenha que retomar, mas assim, eu entro no site, acompanho o jornalzinho do CRESS né? [...] Eu sempre que posso vou aos encontros de rede, tem um encontro aqui na região da Capela do Socorro que são de todos os Assistentes Sociais, é promovido pela Supervisão Técnica de Saúde, e sempre que posso eu vou. Sempre que consigo encontrar disponibilidade na minha agenda eu vou. (Entrevistada 1)

Minha atualização é muito via as publicações do CRESS né? As publicações que eu recebo em casa, do jornal, da revistinha, alguma coisa desse tipo, do que está acontecendo dentro do Serviço Social [...] Também nas reuniões de rede, porque temos muitas reuniões com a rede da assistência, aí a gente acaba se informando de várias coisas. Em relação à parte técnica do Serviço Social eu confesso que não tenho tempo pra dar continuidade, de vez em quando algum colega manda um texto... (Entrevistada 3)

Nota-se que existe uma dificuldade por parte das entrevistadas para dedicarem-se ao conteúdo teórico da profissão e até mesmo tempo hábil para presença em eventos da categoria. Inclusive essa é a fala da Entrevistada 1 ao fazer uma observação pessoal, “uma opinião que eu tenho de alguns Assistentes Sociais dentro da área da saúde é que falta se especializar, falta estudar né?”.

Sabendo que 100% das participantes são mulheres, supõe-se que essa situação ocorra devido à dinâmica de vida, pautando-se na atual conjuntura da sociedade onde por vezes mulheres exercem duplas e até triplas jornadas de trabalho.

Apesar dos diversos espaços conquistados, a condição da mulher ainda é permeada por estigmas provindos de uma sociedade fundamentalizada no patriarcado, cujos vestígios contemporâneos podem ser vistos no reducionismo e naturalização da mulher à esfera privada, ou seja, ao âmbito doméstico, do lar. Desse modo, se torna relevante problematizar a condição de subalternidade ainda vivida por mulheres, principalmente no que se refere à relação dual de trabalho, tendo em vista que além de trabalhar na esfera privada que consiste em ser uma multiplicidade de afazeres [entenda-se como o lar], trabalha também na esfera pública [entenda-se como fora do lar]. (SANTOS, 2012, p.3)

Além disso, há a dinâmica e a precarização do trabalho em si, onde Assistentes Sociais recebem altas demandas para intervenção e acabam reduzindo sua atuação no exercício prático da profissão, deixando pouco tempo para sua capacitação ou atualização.

Questionamos também as participantes quanto à participação em Conferências Municipais, Estaduais e Nacionais de saúde, e o resultado obtido é que 53% das Assistentes Sociais nunca participaram destes eventos, o que nos causa surpresa, considerando que 76% atuam há mais de 5 anos na área.

Sugere-se que as profissionais vislumbrem estratégias para reformular essa realidade apresentada, visto que a atualização e o aprimoramento profissional possibilita qualificar os serviços prestados aos usuários, visto que este é um dos princípios fundamentais do Código de Ética da categoria, CFESS (2012, p.24) “Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional”.

Ainda dentro deste eixo, compete aos profissionais da categoria a supervisão de estágio, entretanto, neste estudo o percentual de participantes que exercem esta ação nas unidades de saúde é alarmante, pois apenas 29% das profissionais supervisionam diretamente estagiários de Serviço Social.

De acordo com o CFESS (2012, p. 11):

O estágio supervisionado objetiva capacitar o/a aluno/a para o exercício profissional, por meio da realização das mediações entre o conhecimento apreendido na formação acadêmica e a realidade social. No estágio, exercita-se o conhecimento da realidade institucional, a problematização teórico-metodológica, a elaboração e implementação do plano de intervenção do/a estagiário/a, articulado à discussão teórico-metodológica e à utilização do instrumental técnico-operativo do Serviço Social, pertinente ao campo específico da ação.

O estágio possibilita que o/a aluno/a vivencie e aplique na prática os embasamentos teóricos aprendidos em sala de aula. De acordo com a Entrevistada 3 “o estágio ajuda muito na prática, sem dúvida nenhuma” e o profissional do Serviço Social tem a atribuição privativa de realizar essa supervisão, contribuindo assim para a formação profissional da categoria.

No entanto, devemos ter ciência de que nem sempre a criação de campo de estágio está a mercê da decisão ou vontade de Assistentes Sociais, como aponta a Entrevistada 3:

Dentro das unidades da atenção básica, eu posso dizer que talvez as tradicionais até tenham estagiários, há essa possibilidade. Mas, a Estratégia em Saúde da Família, as que eu conheço, não tem. Eu acho que isso é uma postura da própria instituição né? Porque não sou eu, eu posso assinar desde que minha instituição deixe, tem que ter um processo institucional.

Tendo em vista que compete ao CRESS, e em especial ao CFESS defender o exercício da profissão de Assistente Social, sugere-se que as profissionais acionem os conselhos da categoria para que seja traçado estratégias junto às instituições a fim de viabilizarem campos de estágio, possibilitando ao Assistente Social exercer também esta atribuição que é de sua competência. Embora não dependa do Assistente Social, acreditamos que ele também pode ser dentro das instituições um articulador para criação destes espaços.

7.4 Conhecimento das Profissionais a Respeito do Documento “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”

Para identificarmos o conhecimento das profissionais sobre o documento norteador realizamos questionamentos sobre ele ao longo das entrevistas, a fim de não influenciarmos nas respostas em nenhum momento os Parâmetros foi citado no questionário (apêndice A), entretanto, uma das participantes o citou ao responder uma questão aberta sobre seu conhecimento em relação aos principais conceitos de saúde “Seguimos dentro das possibilidades os princípios dos Parâmetros elaborado pelo CFESS”.

Dentre as entrevistadas, duas concluíram a graduação antes da publicação do documento, e uma concluiu após o ano de 2010, o que contribuiu para analisar as duas situações. As três profissionais alegaram conhecer o documento, inclusive a Entrevistada 2 o tinha entre seus instrumentais de trabalho.

Ao questionarmos a forma com que tomaram conhecimento dos Parâmetros, a Entrevistada 1 alegou que “Na faculdade eu confesso que eu quase não tive contato com a questão saúde, eu penso que nossa formação ela ainda é muito frágil nesse sentido [...] Eu tive contato com esse documento muito depois, quando eu vim trabalhar na área da saúde”.

O que nos chamou a atenção na fala da entrevistada foi que apesar de alegar conhecer o documento ela cita que não teve contato com ele na faculdade, o que demonstra que não sabia que a publicação ocorreu seis anos após sua formação acadêmica. A entrevistada 2 também formada antes da elaboração do documento esclareceu que “antigamente quando estávamos por outra gestão, tínhamos uma coordenação do Serviço Social, então fazia parte você ter conhecimento deste documento para estar inserido no processo de trabalho”. Já a entrevistada 3 o conheceu na fase de formação “Conheci ainda na faculdade, porque tivemos e porque era coisa do meu interesse [...] só ali no finalzinho da faculdade que eu acabei folheando mais os Parâmetros”.

Apesar do conhecimento sobre a existência do documento ser unânime entre as entrevistadas, as mesmas não foram capazes de elencar nenhum ponto dos Parâmetros que para elas fossem significante.

Olha, no momento eu não me lembro, porque é um documento extenso né? Te dizer ao certo assim com convicção... Acho que quando eu li, vi que trazia algumas coisas que precisamos rever né? (Entrevistada 2)

Nossa, pra falar a verdade não me lembro, porque minha memória já é reduzida né? Tenho uma memória eletrônica para lembrar algumas coisas, e uma manuscrita que vou colocando algumas coisas. Mas não me lembro de nada que eu pudesse dizer, até porque de fato não me lembro de muita coisa não. (Entrevistada 3)

Diante da importância do documento para a categoria, as entrevistadas trouxeram importantes reflexões:

Acho que qualquer coisa que venha respaldar, pode se dizer que é importante, mas assim, um documento por si só não diz muitas coisas e eu acho que às vezes é um pouco falho, porque assim, é um documento que ele também acaba falando de forma muito genérica, e talvez não pegando o cotidiano e a realidade, na prática. Acho que tem ainda um distanciamento do teórico para o real, enfim. (Entrevistada 1)

De acordo com a profissional, o documento não engloba as situações vividas no trabalho diário de Assistentes Sociais, e essa opinião é compartilhada pela Entrevistada 3 ao citar que “existe esse distanciamento [...] mas acho que a teoria ela vem como uma coisa fundamental, mas a gente na hora da prática apanha um pouco de algumas coisas, mas de alguma maneira você vai aprender com aquilo e depois vai ver na pele o que é, não sei se isso vai mudar de alguma forma, acho que dá pra mudar um pouquinho algumas coisas”.

O CFESS (2010, p.47) orienta que os profissionais do Serviço Social realizem “reuniões e debates entre os diversos profissionais para o esclarecimento de suas ações e estabelecimento de rotinas e planos de trabalho”, o que nos faz refletir que cabe ao Assistente Social divulgar entre a equipe de saúde o documento norteador como embasamento para definir suas competências na unidade que atua.

A discussão do que pode ou não pode o assistente social, do que sabe e não sabe supõe uma dinâmica de coletivização de sua intervenção, para a qual podem contribuir os seminários interdisciplinares, a troca de experiências, a reflexão teórica sistemática na qual banhará seu objeto de trabalho que pode, à primeira vista, parecer empírico, desconectado, isolado, heteróclito. (FALEIROS, 2011, p.94)

Mas, de acordo com a fala da Entrevistada 2 ao avaliar a importância do documento, a equipe de saúde quem deveria ter o interesse de conhecer os Parâmetros.

Eu acho importante, só que assim, parece que esse documento tá bem direcionado ao Serviço Social, e não à equipe. É que nem eu falei, é importante que, por exemplo, o pessoal da enfermagem tenha conhecimento disso, os médicos tenham conhecimento disso... Eu não vejo muito interesse em outras funções, outras profissões, se apoderar do conhecimento da nossa área, então assim, infelizmente isso até dificulta um pouco o trabalho dependendo do local em que você esteja atuando.

Diferentemente dessa visão, a Entrevistada 1 expõe que cabe aos Assistentes Sociais compartilhar o documento com a equipe “Acho que as Assistentes Sociais podem e devem ser mais ousadas e precisam se mostrar um pouco mais, acho que o Serviço Social ainda não é entendido em sua essência, mas isso não é culpa do restante da equipe. Até porque o restante da equipe não é obrigado a saber o que o Serviço Social faz, quem tem que dizer somos nós.

Ainda sobre a importância dos Parâmetros a Entrevistada 3 alega que:

É importante ter, porque é exatamente isso... Quando a gente sai da faculdade, acho que a gente sai com mais teoria né? Sem dúvida. E quando a gente sai, é o momento que a gente precisa de várias coisas, várias... Então, naquele momento a gente acaba se baseando nos Parâmetros, a gente vê muito o escopo né? De cada coisa, e acho que isso é o importante. A gente precisa ter um norte, que já é como se chama né? É um documento norteador.

Pelas respostas apresentadas pelas Assistentes Sociais nota-se que os “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde” é conhecido pelas entrevistadas, entretanto, as profissionais não possuem propriedade para argumentar e discutir sobre o documento, trazendo posicionamentos apenas genéricos.

7.5 A Materialização do Documento “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde” no Espaço Sócio-ocupacional

Utilizamos como critério para análise da materialização do documento no trabalho profissional os resultados apresentados na perspectiva do entendimento

das Assistentes Sociais em relação à política de saúde, as ações desenvolvidas por elas nas unidades de saúde e o conhecimento a respeito do documento norteador.

Detectamos que mesmo as Assistentes Sociais compreendendo os principais conceitos de saúde, não demonstraram o entendimento da importância de relacionar os determinantes sociais que impactam diretamente na saúde dos usuários.

O estudo demonstrou que 65% das ações que são atribuídas e que compete ao Serviço Social de acordo com o CFESS são executadas pelas participantes nas unidades de saúde que atuam, entretanto, nota-se ainda uma grande dificuldade de efetivação nas ações que requerem interação com movimentos sociais, articulação para o fortalecimento da participação popular e aprimoramento e qualificação profissional.

Em nossa percepção, essas ações de menor execução entre as participantes deste estudo, são as que possuem uma maior relação com as propostas do Projeto da Reforma Sanitária, onde se faz necessário uma atuação crítica e propositiva do profissional, demandando que a Assistente Social seja engajada com as propostas de fortalecimento da Política de Saúde na direção dos fundamentos do movimento sanitarista.

Além disso, apesar das participantes estarem cientes sobre a existência de um documento norteador dentro da categoria para referenciar os profissionais que atuam no campo da saúde, elas não demonstraram domínio sobre o conteúdo abordado nos Parâmetros. Portanto, não norteiam a sua prática profissional a partir das diretrizes propostas.

Deste modo, não identificamos através dessa pesquisa a materialização ampla e efetiva dos “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde” no cotidiano profissional das participantes. Identificamos apenas a presença de aspectos pontuais e fragmentados dos eixos propostos pelos parâmetros.

Um dos motivos que contribui para essa realidade, de acordo com as entrevistadas, é a falta de divulgação do documento.

Ele tinha que ser mais divulgado, é mal divulgado. Você sabe que eu estou aqui desde 2008, quando foi em 2011 eu fui trabalhar lá na Secretaria de Saúde da prefeitura de Osasco, e cheguei lá junto com a coordenação de Serviço Social, então fiquei com uma atribuição

um pouco administrativa, e quando eu cheguei com esse documento a coordenadora não o conhecia. (Entrevistada 2)

Eu acho que não é divulgado, entre as reuniões de rede eu nunca vi o documento ser discutido. (Entrevistada 3)

Sugere-se que os Conselhos representantes da categoria retomem a divulgação do documento, e que os Assistentes Sociais inseridos no campo da saúde também realizem um trabalho de divulgação dos Parâmetros para a equipe, para a rede e para os profissionais do Serviço Social através de reuniões e debates sobre a Política de Saúde.

Sugerimos para uma das entrevistadas ser proponente de uma reunião da rede, onde estivesse na pauta uma discussão referente ao documento, e obtivemos a seguinte resposta:

Eu poderia ser uma proponente pra gente poder olhar pros Parâmetros, mas de fato, eu acredito que não teriam muitos interessados [...] Normalmente vão muitos quando o assunto é de grande interesse para todo mundo. Então assim, propor uma leitura dos Parâmetros? Eu acredito que seria uma reunião bem vazia. (Entrevistada 3)

Para a profissional, os Assistentes Sociais se mobilizam para debates que abordam temas vividos no cotidiano do trabalho, ou seja, uma reunião que demandasse uma leitura e reflexão de um documento não seria interessante. Essa má divulgação dos Parâmetros acarreta na incompreensão sobre o objetivo da existência do documento, a fala da entrevistada demonstra que, para os Assistentes Sociais que vivem a prática, os parâmetros é visto como uma referência teórica distante, ou até sem vínculo com a prática.

Cabe refletir sobre o distanciamento que alguns profissionais afirmam existir entre a teoria e a prática, como se Assistentes Sociais fossem profissionais “tarefeiros”, sem a necessidade de utilizarem-se da teoria para a execução da prática. É de fundamental importância que os profissionais se conscientizem que é pelo suporte da teoria, que irão desenvolver com eficácia a prática.

A noção estrita de instrumentos como mero conjunto de técnicas se amplia para abranger o conhecimento como um meio de trabalho, sem o que esse trabalhador especializado não consegue efetuar sua atividade de trabalho. As bases teórico-metodológicas são recursos essenciais que o Assistente Social aciona para exercer o seu trabalho: contribuem para iluminar a leitura da realidade e imprimir

rumos à ação, ao mesmo tempo em que a moldam. (IAMAMOTO & CARVALHO, 2003, p.62)

Esse resultado deixa visível a necessidade do documento ser esclarecido e apresentado aos profissionais como um aliado, servindo para referenciá-los como profissionais na Política de Saúde mostrando a importância de sua atuação, e respaldá-los quanto às ações que competem ao Serviço Social caso colegas de profissão, a equipe multidisciplinar e até mesmo cargos hierarquicamente superiores atribuam funções que fogem das atribuições de Assistentes Sociais, evitando assim serem profissionais subservientes.

Muitos Assistentes Sociais ficam subservientes à instituição na hora de analisar e de agir, e só veem o ponto de vista oficial. Não se vê, então, a situação como questão, mas como um problema da instituição, como um problema do poder, e tornam o problema uma questão jurídica, institucional, de recursos. Não estão vendo a relação daquela questão com as forças sociais no processo de fragilização, de perda de patrimônio do sujeito. (FALEIROS, 2011, p.91)

Inclusive, o documento é de fundamental importância para nortear os profissionais a fim de que tenham clareza de sua atuação e evitar que ocorram posicionamentos temidos por Martinelli (2006, p.10) “Preocupa-me constatar que algumas vezes estamos construindo identidades pela negatividade, visualizando-se o Serviço Social como uma profissão que atende a tudo aquilo que não é específico das demais profissões sociais”.

É por isso que os Assistentes Sociais precisam ser conscientes sobre o papel do Serviço Social na Política de Saúde, conforme argumentam as entrevistas:

Devemos saber que não estamos aqui para secretariar ninguém, não estamos aqui só para ofertar passes, só distribuir cestas básicas. Isso é uma luta diária né? [...] Acho que o Assistente Social dentro da saúde pode contribuir muito para a qualidade, para o acesso, para a equidade. (Entrevistada 1)

É trabalhar com a questão da educação, das políticas públicas, da inserção dos direitos, é um papel de facilitador [...] A gente está sempre na questão dos direitos sabe? Da conscientização dos direitos, dos encaminhamentos, de abrir as portas, de inserir o usuário dentro do contexto da rede, pra ele ser atendido de uma forma unificada. (Entrevistada 2)

O Serviço Social na saúde é fundamental. Tem o papel de garantia de direitos né? De poder trabalhar para o acesso, a informação, acho que não só para o usuário, mas para os próprios profissionais né? Acho que a informação empodera sabe? [...] Essa é a maior

importância do Assistente Social dentro da saúde, porque era uma área que só cuidava da doença, de uma maneira pontual, e os princípios do SUS e a Reforma Sanitária vieram pra mudar isso né? É olhar o ser humano como um todo, e nós Assistentes Sociais, somos muito responsáveis por isso, pra efetivar esse direito. Porque somos nós que na maioria das vezes que vamos bater o pé e dizer “ele tem direito a isso!”, então devemos abrimos o acesso, mostrar o acesso e garantir o acesso, por isso somos tão importantes aqui, essa é a minha visão. (Entrevistada 3)

Além da falta de divulgação do documento contribuir para os Assistentes Sociais não se atentarem para a proposta dos Parâmetros, identificamos que o poder institucional também implica diretamente em sua materialização.

Se um gerente chegar pra mim e atribuir uma função que independe do serviço social, e eu falar não e bater o pé, e acionar meu Conselho Regional, que é um direito que eu tenho, no momento que eu tentar provar pra ele que não faz parte da minha atribuição, eu já me indispus... O fato de eu tentar mostrar pra ele que a minha atribuição não é essa, eu já fiquei marcada pra morrer sabe? E aí quando você está na atuação, você abaca se moldando a vontade do seu gerente (Entrevistada 2)

De acordo com a profissional há casos em que os Assistentes Sociais têm clareza de suas atribuições, mas para garantir a manutenção do emprego acabam realizando ações que fogem de suas competências.

Por uma questão até mesmo de manutenção do emprego, você tem que bater continência, que é a Lei do manda quem pode e obedece quem tem juízo né? Você fica sujeito à isso, e vamos fazer o quê? (Entrevistada 2)

Sabemos da contradição existente no bojo do Serviço Social, pois visa atender as necessidades dos usuários, mas que ao mesmo tempo necessita atender as exigências do capital. É, portanto, uma profissão institucionalizada e suas atividades se inserem numa relação de compra e venda de sua força de trabalho, colocando os Assistentes Sociais em uma posição de assalariamento. De acordo com FALEIROS (2011, p.52) “o que pretendemos destacar é que a autonomia desse profissional na atribuição de recursos e na prestação de serviços é limitada”.

Para efetivar da ação do Serviço Social na política de saúde os profissionais devem conquistar na práxis de sua intervenção uma relativa autonomia e uma atuação política, visando mediar as contradições impostas por sua dupla vinculação, tanto com as instâncias mandatárias institucionais, quanto com a população usuária.

De acordo com o CFESS (2010, p.65):

“As ações profissionais são orientadas pelos fundamentos teórico-metodológicos, ético-políticos e procedimentos técnico-operativos, tendo por referência o projeto profissional do Serviço Social construído nos últimos trinta anos”.

É importante destacar que o projeto ético-político torna-se imprescindível nessa mediação, pois tendo ele como base o profissional direcionará suas ações ao fortalecimento dos projetos e lutas das classes subalternizadas da sociedade.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação de Assistentes Sociais na saúde é referenciada pelos “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”, documento elaborado pelos Conselhos representantes do Serviço Social juntamente com a categoria dos profissionais. Nos Parâmetros, as ações de Assistentes Sociais são divididas em quatro eixos de atuação: Atendimento Direto aos Usuários; Mobilização, Participação e Controle Social; Investigação, Planejamento e Gestão; Assessoria, Qualificação e Formação Profissional.

Acreditamos que é de extrema importância o CFESS e o CRESS formularem parâmetros que norteiam o trabalho de Assistentes Sociais, pois as atribuições e competências nele definidas são pautadas em questionamentos das demandas encontradas nos serviços de saúde, assim como questões dos usuários e dos empregadores, expressando a totalidade das ações executadas pelos profissionais na área da saúde.

Como pôde ser observado neste trabalho, o grande desafio posto aos profissionais de Serviço Social nessa área, atualmente, é a articulação com movimentos sociais e outras categorias profissionais para defesa e fortalecimento do projeto da Reforma Sanitária, construído em meados dos anos 70. Compreendemos que a publicação do documento objetivou fortalecer o trabalho de Assistentes Sociais na saúde, em uma atuação direcionada aos princípios da Reforma Sanitária e do projeto ético-político profissional.

Por isso, esse trabalho teve como objetivo compreender as ações desenvolvidas por Assistentes Sociais atuantes nas unidades de saúde na região da Subprefeitura da Capela do Socorro, a fim de analisar a materialização do documento no cotidiano profissional.

Através da aplicação do questionário e com a realização das entrevistas identificamos as principais atividades desenvolvidas pelas Assistentes Sociais em seus espaços sócio-ocupacionais. As atividades descritas pelas profissionais foram analisadas a partir dos eixos de atuação apresentados pelo documento.

Como vimos nessa pesquisa, as ações desenvolvidas pelas participantes se situam predominantemente no eixo “Atendimento Direto aos Usuários”, que agrega

ações socioassistenciais e socioeducativas. Este eixo, apesar de importante, agrega ações que podem ser desenvolvidas independentes de uma visão crítica ou de uma atuação propositiva do profissional, tendo em vista que são ações rotineiras desenvolvidas, na maioria das vezes a partir de demandas dos usuários. Por outro lado os demais eixos, que aparecem com menor frequência nas ações das profissionais pesquisadas, agregam ações diretamente ligadas às propostas da Reforma Sanitária e com o projeto ético-político da profissão.

Inicialmente supúnhamos encontrar resultados que não evidenciassem a presença dos eixos dos parâmetros em sua totalidade nas ações dos profissionais por estarem estreitamente vinculados a um comprometimento dos profissionais com os projetos supracitados.

Após a realização da pesquisa identificamos que o resultado vem de encontro com essa hipótese, pois notamos através dos dados obtidos que as ações especificadas no documento são executadas de maneira fragmentada e pontual pelas participantes, não contemplando de modo amplo e eficaz a materialização dos “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”.

Entretanto, vale ressaltar que, como exposto no item 7, encontramos alguns enfrentamentos que devem ser considerados no que se refere às dificuldades de materialização do documento. Um deles é a falha na divulgação destes parâmetros, o que contribui para que muitos profissionais não se apropriem do conteúdo tratado, e não tomem ciência da importância de ter sua prática norteada por um documento que direciona as ações nos princípios da Reforma Sanitária e do próprio projeto ético-político da profissão.

Além disso, o documento pontua as atividades específicas de Assistentes Sociais na saúde, contribuindo para a conscientização de que muitas ações que lhes são impostas tratam-se de ações burocráticas e administrativas que fogem às suas atribuições profissionais.

Em nossa percepção, a falta de conhecimento amplo dos Assistentes Sociais sobre o documento contribui com visões distorcidas que separam a teoria da prática, como se o documento e as reflexões nele apresentadas estivessem distantes do

cotidiano profissional, quando na verdade é um elemento fundamental para que a prática seja executada de acordo com os princípios propostos pelo Serviço Social.

Outro fator que compromete a implantação das ações contidas no documento é o poder institucional, tendo como pressuposto que o Assistente Social faz parte da classe que vive do trabalho, e que para a manutenção do emprego, acaba por vezes moldando-se às exigências dos empregadores.

Tudo isso influência e limita o trabalho dos profissionais do Serviço Social em relação ao que propõe os parâmetros, assim compreendendo esse campo contraditório em que estão inseridos os profissionais, esse estudo muito mais do que dar conta sobre a materialização dos “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”, tornou-se um ponto de partida para novas inquietações no que se refere à contraditória realidade de trabalho do profissional do Serviço Social nesse espaço de intervenção.

Por fim, avaliamos que a materialização dos parâmetros requer que as profissionais identifiquem-se com o projeto da Reforma Sanitária e tenham como sustentação o projeto ético-político da profissão, e acima de tudo é preciso que atuem de modo competente e tenham muita coragem para a luta intransigente dos obstáculos encontrados no interior da profissão. Esses são componentes fundamentais para possibilitar a efetivação do documento.

Outros requisitos são necessários para a implantação efetiva do documento, como ser um profissional qualificado capaz de identificar, de compreender e de analisar a realidade social dos sujeitos a fim de executar, gestar ou formular políticas públicas que possam intervir significativamente nessa realidade.

Além disso, o Assistente Social deve ter uma postura crítica e propositiva para que possa realizar com qualidade suas atribuições e habilidades, e contribuir na desconstrução de visões equivocadas da profissão que levam ao desempenho de atividades não pertinentes ao Serviço Social.

REFERÊNCIAS

AMARO, S. **Visita Domiciliar: Guia para uma abordagem complexa**. 2. ed. Porto Alegre: AGE Editora, 2007. 64p.

ANTUNES, R. **Adeus ao Trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 15. ed. São Paulo: Cortez: 2011. 216p.

BEHRING, E. R. Fundamentos de Política Social. In: TEIXEIRA, M. (org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008. 408p.

_____; BOSCHETTI, I. **Política Social: Fundamentos e História**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2009. 116p.

BELO HORIZONTE, P. M.; Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social. **Dicionário de Termos Técnicos da Assistência Social**. Belo Horizonte: ASCOM, 2007. 132p. Disponível em: <http://www.cedecacasarenascer.org/uploads_arquivos/livros/1705175954000000-dicionario_de_termos_tecnicos_da_assistencia_social_2007.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2014

BOSCHETTI, I; SALVADOR, E. O Financiamento da Seguridade Social no Brasil no Período 1999 a 2004: Quem Paga a Conta?. In: TEIXEIRA, M. (org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. 408p.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Entendendo o SUS**. Brasília, DF. 2006. 30p. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2007.pdf>>. Acesso em: 23 mai. 2015

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: TEIXEIRA, M. (org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. 408p.

_____. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011. 352p.

_____. Desafios atuais do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS). **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 88, p.75-100, nov. 2006.

_____; CORREIA, M. V. C. Desafios do controle social na atualidade. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n.109, p.126-150, jan./mar. 2012

_____; MARQUES, M. G. Saúde e Luta Sindical: Entre a Reforma Sanitária e o Projeto de Saúde Privatista. In: BRAVO, M. I. S; MENEZES, J. S. B. (orgs.). **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2013. 368p.

_____; MATOS, M. C. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o debate. In: TEIXEIRA, M. (org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. 408p.

BUSS, P. M; PELLEGRINI, A. F. A saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Revista da Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, n.17, p.77-93, 2007.

CAMPOS, G. W. S. Reflexões Sobre a Construção do Sistema Único de Saúde (SUS): um modo singular de produzir política pública. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 87, p.132-146, especial, 2006.

CARDONE, M. A. **Previdência – Assistência – Saúde: (O não trabalho na Constituição de 1988)**. São Paulo: LTr, 1990. 104p.

CASTRO, J. A. Política Social e Desenvolvimento no Brasil. **Economia e Sociedade**. Campinas, v. 21, n. especial, p. 1011-1042, dez. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ecos/v21nspe/v21nspea12>>. Acesso em: 29 abr. 2015

CAVALCANTI, P. B. et al. A Intersetorialidade como Estratégia Profissional do Serviço Social na Saúde. **Barbarói**. Santa Cruz do Sul, n.31, p. 192-215, jul./dez. 2013.

CERVI, R. U. As Sete Vidas do Populismo. **Revista de Sociologia e Política**. Curitiba, n. 17, p. 151-156, nov. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsocp/n17/a11n17.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2015

COHN, A. et al. **Saúde Como Direito e Como Serviço**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2010. 166p.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Legislação e Resoluções sobre o Trabalho do/a Assistente Social**. Brasília: CFESS, 2011. 188p.

_____. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília: CFESS, 2010. (Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais). Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2014

_____. **Código de Ética do/a Assistente Social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10. ed. rev. e atual. Brasília: CFESS, 2012. 60p.

_____. **Meia Formação não Garante um Direito**. O que Você Precisa Saber sobre a Supervisão Direta de Estágio em Serviço Social. Brasília: CFESS, 2013. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/BROCHURACFESS_ESTAGIO-SUPERVISIONADO.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2014

COUTO, B. R. **O Direito Social e a Assistência Social na Sociedade Brasileira: Uma Equação Possível?**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2006. 198p.

CUNHA, C. L. N. **Serviço Social na Saúde: Os desafios para a garantia do acesso aos direitos sociais dos usuários.** 2010. 83f. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2010. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/graduacao/article/view/7910>>. Acesso em: 25 set. 2014

ESTEVÃO, A.M.R. **O que é Serviço Social.** 6. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1992. 72p. (Coleção Primeiros Passos).

FAGNANI, E. Política Social no Governo Lula (2003-2010): Perspectiva Histórica. **SER Social.** Brasília, v. 13, n. 28, p. 41-80, jan./jun. 2011. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/5621/4669>. Acesso em: 08 mai. 2015

FALEIROS, V. P. **A Política Social do Estado Capitalista.** 12. ed. São Paulo: Cortez, 2009. 216p.

_____. Reconceituação do Serviço Social no Brasil: uma questão em movimento? **Serviço Social e Sociedade.** São Paulo, ano XXVI, n. 85, p.21-36.

_____. **Estratégias em Serviço Social.** 10. ed. São Paulo: Cortez, 2011. 208p.

_____. **Saber Profissional e Poder Institucional.** 10. ed. São Paulo: Cortez, 2011.160p.

FALLEIROS, I; LIMA, J. C. F. Saúde como direito de todos e dever do Estado. In: PONTE, C. F; FALLEIROS, I. (orgs.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história.** Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz - Fiocruz; Escola Politécnica de Saúde - Fiocruz, 2010. 337p. Disponível em: <<http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/php/level.php?lang=pt&component=37&item=7>>. Acesso em: 19 abr. 2015

FARIA, H. P. et al. Gestão do Trabalho na Equipe de Saúde da Família. In: FARIA, H. P. et al (Orgs). **Modelo de Atenção em Saúde.** 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p. Disponível em:<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4246.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2014

FRAGA, C. K. A atitude investigativa no trabalho do Assistente Social. **Serviço Social e Sociedade.** São Paulo, n. 101, p. 40-64, jan./mar. 2010.

GUERRA, Y. **A Instrumentalidade do Serviço Social.** 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011. 215p.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e formação profissional.** 6. ed. São Paulo: Cortez, 2003. 326p.

_____. CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**. Esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 15. ed. São Paulo: Cortez, 2003. 380p.

LIMA, J. C. F. A política nacional de saúde nos anos 1990 e 2000: na contramão da história?. In: PONTE, C. F; FALLEIROS, I. (orgs.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz - Fiocruz; Escola Politécnica de Saúde - Fiocruz, 2010. 337p. Disponível em: <<http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/php/level.php?lang=pt&component=37&item=7>>. Acesso em: 19 abr. 2015

LIMA, N. T. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: Uma História em Três Dimensões. In: FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. 328p.

LOLATTO, Simone. **A Intervenção do Assistente Social Frente à Solicitação do Aborto**. 2004. 140f. Dissertação (Pós-Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina. 2004. Disponível em: <<http://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/88197>>. Acesso em: 30 ago. 2014.

MACÊDO, M. A. **Reconceituação do Serviço Social**: formulações teóricas. São Paulo: Cortez. 1982. 114p.

MARTINELLI, M. L. O Trabalho do Assistente Social em Contextos Hospitalares: Desafios Cotidianos. **Serviço Social e Cotidiano**, São Paulo, n. 107, p. 497/508, jul/set. 2011.

_____. O exercício profissional do Assistente Social na área da saúde: Algumas reflexões éticas. **Serviço Social e Saúde**. Campinas, v.6, n.6, p.1-144, mai. 2007.

_____. Reflexões sobre o Serviço Social e o Projeto Ético-Político Profissional. **Revista Emancipação**. Ponta Grossa, v.6, n.1, p.9-23, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/69>>. Acesso em: 10 out. 2015

MATOS, M. C. O debate do Serviço Social na saúde nos anos 90. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n.74, p. 85-117, jul. 2003.

_____. **Serviço Social, Ética e Saúde**: Reflexões para o exercício profissional. São Paulo: Cortez. 2013. 168p.

MATTA, G. C. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: PONTE, C. F; FALLEIROS, I. (orgs.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz - Fiocruz; Escola Politécnica de Saúde - Fiocruz, 2010. 337p. Disponível em: <<http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/php/level.php?lang=pt&component=37&item=7>>. Acesso em: 19 abr. 2015

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549p. Disponível em: <http://www.conass.org.br/pdf/Redes_de_Atencao.pdf>. Acesso em: 26 mai. 2015

MENOSSE, M. J. et al. Interdisciplinaridade: Um instrumento para a construção de um modelo assistencial, fundamentado na promoção da saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**. n.13, p.252-256, 2005. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v13n2/v13n2a17.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2015

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. **LOAS Anotada**. Brasília: MDS. 2015. 36p. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/LoasAnotada.pdf>. Acesso em: 06 set. 2015

MOTA, A. E. Seguridade Social Brasileira: Desenvolvimento Histórico e Tendências Recentes. In: TEIXEIRA, M. (org.). **Serviço Social e Saúde**. São Paulo: Cortez, 2009. 408p.

NETTO, J. P. O movimento de reconceituação – 40 anos depois. **Serviço Social e Sociedade**. Ano XXVI, n. 84, p.5-20, nov. 2005.

_____. A construção do projeto ético-político do Serviço Social. In: TEIXEIRA, M. (org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. 408p.

NETTO, A. R; SOUZA, A. M. A. F. Reforma do Setor Saúde e Controle da Tuberculose no Brasil. **Informe Epidemiológico do SUS**. Ribeirão Preto, v.8, n.4, p. 35-51, out./dez. 1999. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S010416731999000400003&script=sci_arttext>. Acesso em: 16 mai. 2015

OLIVEIRA, F. **Economia e Política das Finanças Públicas**. 2011

PAIM, J. S. **A Reforma Sanitária e o CEBES**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012. 27p. (Temas Fundamentais para a Reforma Sanitária). Disponível em: <<http://cebes.org.br/publicacao/e-books-e-video-aulas-cebes/>>. Acesso em: 19 mai. 2015

PONTE, C. F; REIS, J. R. F.; FONSECA, C. M. O. Saúde Pública e Medicina Previdenciária: complementares ou excludentes? In: PONTE, C. F; FALLEIROS, I. (orgs). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz - Fiocruz; Escola Politécnica de Saúde - Fiocruz, 2010. 337p. Disponível em: <<http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/php/level.php?lang=pt&component=37&item=7>>. Acesso em: 19 abr. 2015

PONTES, A. L. M et al. A reorganização da atenção básica no Brasil. In: PONTE, C. F; FALLEIROS, I. (orgs). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz - Fiocruz; Escola Politécnica de Saúde - Fiocruz, 2010. 337p. Disponível em: <<http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/php/level.php?lang=pt&component=37&item=7>>. Acesso em: 19 abr. 2015

RAICHELIS, R. Democratizar a Gestão das Políticas Sociais – Um Desafio a ser Enfrentado pela Sociedade Civil. In: TEIXEIRA, M. (org.). **Serviço Social e Saúde**. São Paulo: Cortez, 2009. 408p.

RIOS, R. R. Direito à saúde, universalidade, integralidade e políticas públicas: princípios e requisitos em demandas judiciais por medicamentos. In: LOBATO, L. V. C.; FLEURY, S. (orgs.). **Seguridade Social, Cidadania e Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2009. 204p. (Coleção Pensar em Saúde). Disponível em: <<http://www.redetis.iipe.unesco.org/wp-content/uploads/2013/10/Seguridade-Social-Cidadania-e-Sa%C3%BAde-Fleury.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2015

SADER, E. **Século XX: Uma Biografia Não-autorizada. O Século do Imperialismo**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2000. 144p.

SANTOS, M. A. Lutas Sociais pela Saúde Pública no Brasil frente aos Desafios Contemporâneos. **Revista Katálysis**. Florianópolis, v.16, n.2, p.233-240, jul./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v16n2/09.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2014

SANTOS, T. S. **A Condição Feminina: Dupla Jornada de Trabalho**. Disponível em: <<http://www.partes.com.br/a-condicao-feminina-dupla-jornada-de-trabalho>>. Acesso em: 30 ago. 2015.

SODRÉ, F. Serviço Social e o campo da saúde: Para além dos plantões e encaminhamentos. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 103, p.453-475, jul./set. 2010

SOUSA, R. C; BATISTA, F. E. B. **Política Pública de Saúde no Brasil: História e Perspectivas do Sistema Único de Saúde – SUS**. Tocantins: CONNEPI, 2012. Disponível em: <<http://propi.ifto.edu.br/ocs/index.php/connepi/vii/paper/viewFile/2842/1827>>. Acesso em: 15 mai. 2015

SPOSATI, A. Proteção Social e Seguridade Social no Brasil: Pautas para o Trabalho do Assistente Social. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 116, p. 652-674, out./dez. 2013

STEWART, D. **O que é Liberalismo?**. 5. ed. Rio de Janeiro: Instituto Liberal, 1995. 118p.

TEIXEIRA, C. P. Visita Domiciliar: Um instrumento de intervenção. **Sociedade em Debate**. Pelotas, v. 15, n.1, p.165-178, jan/jun. 2009. Disponível em:<<http://revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/365>>. Acesso em: 19 jun. 2015

TEIXEIRA, M. J. O. A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social. In: BRAVO, M. I. S; MENEZES, J. S. B. (orgs.). **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2013. 368p.

TEIXEIRA, S. F. Reflexões Teóricas Sobre Democracia e Reforma Sanitária. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). **Reforma Sanitária: Em Busca de Uma Teoria**. São Paulo:

Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989. Pensamento Social em Saúde, v.3, 232p.

ENDEREÇOS ELETRÔNICOS

www.cebes.org.br
www.cfess.org.br
www.cnes.datasus.gov.br
www.conass.org.br
www.guiadedireitos.org
www.pensesus.fiocruz.br
www.portalsaude.saude.gov.br
www.portal.fiocruz.br
www.prefeitura.sp.gov.br
www.sites.epsjv.fiocruz.br

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROTOCOLO: SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: Um Estudo da Atuação do Assistente Social no Setor Saúde

Estes esclarecimentos estão sendo apresentados para solicitar sua participação livre e voluntária no projeto “**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: Um estudo da atuação de Assistentes Sociais no Setor Saúde**”, do Curso de Serviço Social da Universidade de Santo Amaro - UNISA, que será realizado pela pesquisadora Prof^a. Dra. Sônia Maria de Almeida Figueira, e pelo graduando Rayanne Negreti de Oliveira, do Curso de Serviço Social, como Trabalho de Conclusão de Curso, que tem como objetivo compreender as práticas dos profissionais de Serviço Social atuantes nos serviços de saúde na Região da Capela do Socorro.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de preenchimento de questionário e participação de entrevista, que visa compreender as ações realizadas nos espaços de trabalho do profissional participante da pesquisa. As entrevistas serão realizadas pela graduanda Rayanne Negreti de Oliveira e as serão gravadas, ficando o sr (a) livre para não responder a qualquer uma das perguntas realizadas se assim o desejar. Se depois de consentir em sua participação o (a) Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. As gravações ficarão sob a guarda sigilosa dos pesquisadores.

A pesquisa apresenta desconfortos ou riscos mínimos aos participantes, quer seja na dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual por se tratar-se unicamente de preenchimento de questionários e participação em entrevista. Em caso de qualquer dano pessoal, diretamente relacionado aos procedimentos deste estudo (nexo causal comprovado), a qualquer tempo, fica assegurado ao participante o respeito a seus direitos legais.

O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração ou benefício direto pela sua participação. Os benefícios são indiretos, sendo que o principal benefício da investigação, para o pesquisador, será a possibilidade de gerar conhecimento específico para a categoria, a fim de contribuir para a agregação de saber teórico sob análise da atuação do Serviço Social na Saúde. O benefício para o profissional de Serviço Social é a contribuição ao meio científico, por gerar conhecimento das ações destes profissionais na área da Saúde, bem como contribuir para a categoria disponibilizando estudo a respeito de um documento que foi elaborado democraticamente pelos profissionais junto ao conselho da categoria, com norteadores importantes para a atuação cotidiana.

Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo.

Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador responsável na Rua Isabel Schmidt, 349 - Santo Amaro, São Paulo - fone 2141 – 8932, sendo garantido o acesso, em qualquer etapa do estudo, para esclarecimento de eventuais dúvidas ou informações sobre os resultados parciais das pesquisas.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UNISA) – Rua Prof. Enéas de Siqueira Neto, 340, Jardim das Imbuías, SP – Tel.: 2141-8687.

Pesquisador Responsável: Sônia Maria de Almeida Figueira – R. Isabel Schmidt, 349, Jardim das Imbuías, SP – Tel.: 9 8162-8030 / 3776-7511.
Demais Pesquisadores: Rayanne Negreti de Oliveira – R. Alexandre Correia da Silva, 103, Socorro, SP – Tel.: 9 5341-4657 / 2366-6342
CEP-UNISA: Rua Prof. Enéas de Siqueira Neto, 340, Jardim das Imbuías, SP – Tel.: 2141-8687

Uma via deste Termo de Consentimento ficará em seu poder.

São Paulo, ___/___/___

Rayanne Negreti de Oliveira

Profª Dra. Sônia Maria de Almeida Figueira

Se você concordar em participar desta pesquisa assine no espaço determinado abaixo e coloque seu nome e o nº de seu documento de identificação.

Nome: _____

Doc. Identificação: _____

Declaramos que obtivemos de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para a participação neste estudo, conforme preconiza a Resolução CNS 466, de 12 de dezembro de 2012, IV.3 a 6.

Assinatura do pesquisador responsável pelo estudo

Data ___/___/___

Assinatura dos demais pesquisadores

Data ___/___/___

APÊNDICE A - Questionário

Sexo: M () F ()

Idade:

Cargo que ocupa:

Tipo de Unidade de Saúde em que atua:

Tempo em que atua nesta Instituição:

Email:

Telefones para Contato:

1. Há quanto tempo é formado em Serviço Social?
 Há menos de 5 anos.
 Entre 5 a 9 anos.
 Entre 10 a 14 anos.
 Entre 15 e 19 anos
 Há 20 anos ou mais

2. Há quanto tempo atua no campo da saúde?
 Há menos de 5 anos.
 Entre 5 a 9 anos.
 Entre 10 a 14 anos.
 Entre 15 e 19 anos
 Há 20 anos ou mais

3. Incluindo a instituição atual de trabalho, em quantas instituições da área da saúde atuou como Assistente Social?
 A primeira instituição da área da saúde é a que trabalha atualmente.
 Trabalhou em duas instituições da área da saúde.
 Trabalhou em três instituições da área da saúde.
 Trabalhou em mais de três instituições da área da saúde.

4. Você é militante de algum Movimento Social?
 Sim, mas não especificamente da área da saúde. Qual? _____.
 Sim, inclusive da área da saúde. Qual? _____.
 Não, mas pretendo participar.
 Não, pois não me identifico com nenhuma causa dos movimentos atuais.

5. Você já participou de alguma Conferência Municipal, Estadual ou Nacional da Saúde?
 Sim. Qual? _____.
 Não.

6. Conhece as propostas de Reforma Sanitária?
() Sim.
() Não.
7. Se sim, vê relação das ações que desenvolve em sua prática profissional, com estas propostas?
() Sim.
() Não.
8. Participou de cursos de aperfeiçoamento, palestras, seminários ou outros eventos destinados aos profissionais da saúde nos últimos 12 meses?
() Sim.
() Não.
9. Leu artigo, publicação, livro, etc., relacionado ao Serviço Social nos últimos 12 meses?
() Sim, porém sem relação direta com sua área de atuação.
() Sim, relacionado à sua área de atuação.
() Não.
10. Com que frequência a instituição onde atua elabora debates/discussões para com a equipe, relacionados à Política de Saúde?
() Frequentemente a temática é discutida pelos profissionais.
() Raramente é levantado esse tema de discussão.
() Desde que atuo na instituição, não ocorreram discussões a respeito.
11. Na instituição em que trabalha, existe algum espaço de participação popular e dos trabalhadores da saúde?
() Sim.
() Não.
12. Dentro de sua prática, existe a articulação com outros profissionais?
() Sim. Quais? _____
() Não.
13. Sente clareza quanto às suas atribuições e competências na instituição onde atua?
() Sim.
() Não.
14. Conhece os principais conceitos da saúde?
() Sim. Quais? _____
() Não.

15. Qual item considera ter relação direta com a saúde do usuário?

- Alimentação.
- Moradia.
- Saneamento Básico.
- Meio Ambiente.
- Trabalho.
- Renda.
- Educação.
- Transporte.
- Lazer.
- Acesso aos Bens e Serviços Essenciais.

16. Supervisiona diretamente estagiário de Serviço Social?

- Sim.
- Não. Por quê? _____

17. Identifique com que frequência utiliza os instrumentos e técnicas em seu cotidiano profissional:

Instrumento x Frequência	SEMPRE	RARAMENTE	NUNCA
Visita Domiciliar			
Visita Institucional			
Relatório Social			
Entrevista			
Encaminhamentos			
Reunião Individual ou em Grupo			

18. Identifique quais ações desenvolve em sua prática profissional:

Ações Desenvolvidas no Campo de Atuação	Sim	Não
Realizar orientações individuais ou coletivas e encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária.		
Construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde.		
Conhecer a realidade dos usuários por meio de realização de visitas domiciliares.		
Atender o usuário e sua família por meios de rotinas de atendimento		

com a participação da equipe de saúde.		
Participar junto com a equipe de saúde de ações socioeducativas nos diversos programas e clínicas.		
Democratizar as informações da rede de atendimento e direitos sociais por meio de ações de mobilização na comunidade.		
Estimular a participação de usuários e familiares para a luta por melhores condições de vida, de trabalho, e de acesso aos serviços de saúde.		
Mobilizar e capacitar usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais, para a construção e participação em fóruns, conselhos e conferências de saúde.		
Participar da ouvidoria da unidade com a preocupação de democratizar as questões evidenciadas pelos usuários por meios de reuniões com o conselho diretor da unidade e conselhos de saúde.		
Estimular a educação permanente dos conselheiros de saúde		
Estimular a criação ou fortalecer espaços coletivos de participação dos usuários na instituição.		
Identificar e articular as instâncias de controle social e movimentos sociais no entorno da instituição.		
Elaborar planos e projetos de ação profissional para o Serviço Social com a participação dos Assistentes Sociais da equipe.		
Participar da gestão da unidade de saúde de forma horizontal.		
Realizar a avaliação do plano de ação por meio de análise das ações realizadas pelo Serviço Social e equipe e seus resultados.		
Realizar estudos com relação aos determinantes sociais da saúde.		
Estabelecer prioridades entre as demandas e contribuir para reorganização dos recursos institucionais.		
Sensibilizar os gestores da saúde quanto à relevância do trabalho do Serviço Social.		
Criar campos de estágio e supervisionar diretamente estagiários de Serviço Social e manter articulação com as unidades de ensino.		
Fortalecer o controle democrático assessorando os conselhos de saúde.		

Qualificar o trabalho dos profissionais da unidade por meio de assessoria ou educação continuada.		
Criar fóruns de reflexão sobre o trabalho do Serviço Social, bem como criar espaços para debater a atuação de outros profissionais.		
Assessorar entidades e movimentos sociais, para o fortalecimento da luta em defesa da saúde.		
Elaborar plano de educação permanente para os profissionais do Serviço Social.		

Executa alguma ação que não consta no quadro? Qual?

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista

Dados de Identificação

Tipo de Unidade de Saúde em que atua: _____

Instituição em que se formou: _____ Ano: _____

Fez alguma especialização? _____ Qual? _____

Instituição: _____ Ano: _____

1. Fale sobre sua primeira experiência como Assistente Social (não precisa ser específico na área da saúde).
2. Como ingressou na área da saúde? Fale de sua experiência nesta área.
3. Conte sobre sua experiência na atual instituição. Que ações desenvolve no seu cotidiano?
4. Na instituição em que desenvolve sua prática, o Serviço Social se articula com as demais profissões? Como?
5. Que meios você utiliza para manter-se atualizado?
6. Você costuma participar de Conferências, Seminários, Fóruns, Cursos ou Palestras que tenham a saúde como temática? Com qual frequência?
7. Conhece o documento “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”? (Se sim, seguir as perguntas, Se não, o entrevistador deve esclarecer sobre o documento e passar para a pergunta 11)
8. Como teve conhecimento do documento?
9. Em sua opinião, o que considera mais importante neste documento?
10. Considera possível seguir o que é preconizado nos parâmetros, em seu espaço profissional? Por quê?
11. Considera um documento deste tipo, importante para nortear a prática profissional? Por quê?
12. Alguns autores afirmam que existem dois projetos no setor saúde? Um identificado com a Reforma Sanitária e outro com a política neoliberal. Você concorda com esta afirmação? Se sim, com qual projeto acredita que os profissionais do Serviço Social devem se mobilizar para que se torne efetivo? Por quê?
13. Qual o papel do Serviço Social no setor saúde?