



**UEPB**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I  
CENTRO DE CIÊNCIAS APLICADAS  
DEPARTAMENTO SERVIÇO SOCIAL  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**LOURDES PANTALEÃO ALVES**

**POLÍTICA DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: UM ESTUDO SOBRE O PROJETO  
NEOLIBERAL E OS IMPACTOS PARA A REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
EM CAMPINA GRANDE-PB**

**CAMPINA GRANDE - PB  
2019**

LOURDES PANTALEÃO ALVES

**POLÍTICA DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: UM ESTUDO SOBRE O PROJETO  
NEOLIBERAL E OS IMPACTOS PARA A REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
EM CAMPINA GRANDE-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo)  
apresentado ao Curso de Serviço Social da  
Universidade Estadual da Paraíba, como  
requisito parcial à obtenção do título de  
bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Ma. Thaisa Simplicio Carneiro Matias.

CAMPINA GRANDE - PB  
2019

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

A474p Alves, Lourdes Pantaleão.

Política de saúde e serviço social [manuscrito] : um estudo sobre o projeto neoliberal e os impactos para a rede de urgência e emergência em Campina Grande -PB / Lourdes Pantaleao Alves. - 2019.

22 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas , 2019.

"Orientação : Profa. Ma. Thaisa Simplicio Carneiro Matias ,  
Coordenação do Curso de Serviço Social - CCSA."

1. Rede de urgência e emergência. 2. Serviço social. 3.  
Neoliberalismo. 4. Contrarreforma. 5. Política de saúde. 6.  
Sistema Único de Saúde - SUS. I. Título

21. ed. CDD 362.1

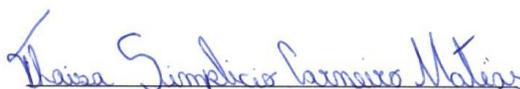
LOURDES PANTALEÃO ALVES

POLÍTICA DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: UM ESTUDO SOBRE O PROJETO  
NEOLIBERAL E OS IMPACTOS PARA A REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM  
CAMPINA GRANDE-PB

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo)  
apresentado ao Curso de Serviço Social da  
Universidade Estadual da Paraíba, como  
requisito parcial à obtenção do título de  
bacharela em Serviço Social.

Aprovada em: 26/11/2019.

**BANCA EXAMINADORA**



Profa. Ma. Thaisa Simplicio Carneiro Matias (Orientadora)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Ma. Aliceane de Almeida Vieira  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Dra. Maria Noalda Ramalho  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>CRISES DO CAPITAL E CONTRARREFORMAS NO ESTADO BRASILEIRO .....</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL EM UM CENÁRIO DE CONTRARREFORMAS E ATAQUES AO SUS .....</b>	<b>11</b>
<b>4</b>	<b>PROGRAMA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E IMPACTOS NA POLÍTICA DE SAÚDE EM CAMPINA GRANDE .....</b>	<b>15</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>16</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>17</b>

## **POLÍTICA DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: UM ESTUDO SOBRE O PROJETO NEOLIBERAL E OS IMPACTOS PARA A REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM CAMPINA GRANDE-PB**

Lourdes Pantaleão Alves\*

### **RESUMO**

Este artigo analisa os impactos trazidos com o neoliberalismo na política de saúde no Brasil e os rebatimentos na rede de urgências e emergências do Sistema Único de Saúde – SUS, em especial para o município de Campina Grande-PB. Para isso contextualizamos o processo de contrarreforma no Brasil a partir da década de 1990, abordando os governos que se perpassaram deste período até os dias atuais, através de uma revisão de literatura crítica sobre o tema proposto e da observação no campo de estágio (julho de 2018 a novembro de 2019), abordando a importância do Movimento da Reforma Sanitária para a criação do SUS com a Constituição Federal de 1988, e passando pelo processo de contrarreformas e os impactos negativos para a saúde pública e observaremos as mudanças e as continuidades entre os governos na política de saúde desde 1990. Nesse âmbito, trazemos também os dois projetos em disputa - Projeto da Reforma Sanitária e o Modelo Privatista, que promoveu a ampliação dos serviços públicos de forma concomitante ao fortalecimento do segmento privado, reafirmando um interesse de comercializar a política de saúde, causando um dos principais provocadores para a não consolidação do sistema universal. Discutimos também o trabalho do assistente social na política de saúde e a importância que tal categoria deve dar para construção de uma sociedade emancipada, caracterizando as atividades realizadas pelo assistente social e as dificuldades de atuação e efetivação dos serviços de saúde na rede de urgência e emergência para os usuários, tendo em vista o contexto de desmonte nas políticas públicas desde 1990 no Brasil.

**Palavras-chave:** Rede de urgência e emergência. Serviço Social. Neoliberalismo. Contrarreforma.

### **ABSTRACT**

This article analyzes the impacts of neoliberalism on health policy in Brazil and the impact on the emergency system of the Unified Health System - SUS, especially for the municipality of Campina Grande-PB. To this end, we contextualized the counter-reform process in Brazil from the 1990s onwards, addressing the governments that pervaded this period to the present day, through a review of critical literature on the proposed theme and observation in the internship field (July 2001). 2018 to November 2019), addressing the importance of the Health Reform Movement for the creation of the SUS under the Federal Constitution of 1988, and going through the process of counter-reforms and the negative impacts on public health and we will observe the changes and continuities between governments in health policy since 1990. In this context, we also bring the two projects in dispute - the Sanitary Reform Project and the Privatist Model, which promoted the expansion of public services concurrently with the strengthening of the private segment, reaffirming an interest in commercializing the health policy, causing one of the main drivers for the non-consolidation of the health universal. We

---

\* Graduanda do curso de Bacharelado em Serviço Social. Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). E-mail: [lourdesp.alves@outlook.com](mailto:lourdesp.alves@outlook.com).

also discuss the work of the social worker in health policy and the importance that such a category should give to building an emancipated society. Characterizing the activities performed by the social worker and the difficulties of action and implementation of health services in the urgency and emergency network for users, considering the context of dismantling in public policies since 1990 in Brazil.

**Keywords:** Urgency and emergency network. Social service. Neoliberalism. Counterreform.

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil conseguimos identificar desde o período colonial um processo histórico marcado por desigualdades sociais intensas, de modo que mesmo no período de modernização capitalista e industrialização, que ocorre entre 1930 e 1980, não consegue superar.

Podemos analisar que a Política de Saúde neste período marcada, de um lado, por uma política de saúde direcionada ao combate de doenças específicas, representando um modelo médico-central e, de outro lado, o modelo médico previdenciário, para segmentos das classes trabalhadoras formais, onde se caracterizava pela exclusão da maioria dos brasileiros do acesso a saúde, onde ficava a mercê da filantropia, como também as limitações existentes para a efetivação da política de saúde pública, de modo que priorizava os serviços privados, financiados pelo Estado, até meados de 1980.

No processo de redemocratização, foi criada a Constituição Federal em 1988, que pelo movimento da Reforma Sanitária conseguiu incorporar em seu texto, um projeto de saúde pública com princípio universal inserida no tripé da Seguridade Social englobando as áreas da Previdência Social, Saúde e Assistência Social, que a partir de então passa a ser direito de todos os brasileiros e responsabilidade do Estado em garanti-las.

Nesse contexto o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) foi um marco na história do nosso país, com mudanças no modelo de atenção, houve aumento na prestação dos serviços de saúde, aumento na participação social e descentralização político-administrativa.

Contudo, devemos relatar que a partir de sua criação, o SUS passou por diversos momentos de desmontes, até mesmo para criação das Leis Federais 8.080/90 e 8.142/90 que o regulamenta, pois a partir de 1990 vivemos um momento de implantação do projeto neoliberal, onde uma de suas principais características é desresponsabilização do Estado no que tange as políticas sociais.

A saúde como um direito social legitima esses interesses, embasados em debates internacionais de defesa de direitos humanos. Esse novo modelo de saúde pública contém novas características, como a universalidade e garantia da saúde como um direito dos brasileiros, além de compreendermos no conceito ampliado de saúde.

Este trabalho objetiva discutir a trajetória da política de saúde no Brasil e buscará identificar as transformações e continuidades que se configuraram a cada governo que assumiu o poder executivo, no contexto do projeto neoliberal e de contrarreformas, especialmente no setor saúde, como também de analisar as ações do Serviço de Saúde na política de urgência e emergência.

Trata-se de uma revisão de literatura crítica sobre o tema proposto e da observação no campo de Estágio Obrigatório em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) entre julho de 2018 a novembro de 2019 realizado na Unidade de Pronto Atendimento Adhemar Dantas, localizada no bairro Dinâmica em Campina Grande-PB.

Neste sentido, o presente artigo estrutura-se da seguinte forma: após esta introdução, discutiremos a crise do capital e as contrarreformas do Estado Brasileiro. Em seguida,

abordaremos “A política de saúde no Brasil em um cenário de contrarreformas e ataque ao SUS” e o “Programa de urgência e emergência e impactos na política de saúde em Campina Grande”.

## 2 CRISES DO CAPITAL E CONTRARREFORMAS NO ESTADO BRASILEIRO

Há um consenso entre os autores que fundamentam as análises a partir da teoria social crítica de Marx em afirmar que não há capitalismo sem crises e que desde a crise do petróleo<sup>1</sup>, na década de 1970, o capitalismo enfrenta uma crise estrutural e internacional, que além de abranger o âmbito econômico, engloba os patamares sociais e culturais. Mészáros (2012, p.21) explica que:

Diante da crise estrutural do capital enquanto tal, em contraste com as crises conjunturais periódicas do capitalismo observadas no passado, é importante ainda sublinhar que os problemas são fatalmente agravados no estágio atual de desenvolvimento, inserindo na agenda histórica a necessidade de um controle global viável da produção material e dos intercâmbios culturais da humanidade como questão da maior urgência.

Desse modo, as crises capitalistas não podem ser superadas, o que acontece é uma administração temporária. Por isso, a crise estrutural se diferencia de toda e qualquer crise cíclica vivenciada no decorrer da história do capitalismo, pois é uma crise crônica que abarca toda vida social, totalizada em todas suas relações com tendência de destruição global.

São inúmeras as consequências da crise do capital, em uma esfera global, que atinge até mesmo os países desenvolvidos, mas que de fato, é mais notório e emergente nos países subdesenvolvidos. Uma das consequências e que vem se agravando ao longo dos anos é o desemprego, que antes estava limitado a expressão “exercício industrial de reserva”, onde havia expectativa para introdução no mercado de trabalho, como ocorreu na fase de ascensão do desenvolvimento conhecido como Estado de Bem-Estar. Porém agora o desemprego se tornou crônico, sem perspectiva de diminuição.

A ideológica neoliberal amparada pelo modelo de produção toyotista, provocou diversas consequências a nível mundial para os trabalhadores, como: a flexibilização do trabalho; a divisão no processo de produção; a precarização das condições de trabalho; terceirização e os contratos de trabalho informais, de modo que possibilitou à fragilidade do vínculo empregatício.

Além da crescente pauperização, fome e miséria, o retrocesso no âmbito dos direitos sociais, com a retirada de direitos conquistados por meio de lutas de classe, dentre outros fatores primordiais para a sobrevivência da humanidade, provocada pela destruição das matas, a exemplo das queimadas e desmatamentos na floresta Amazônica<sup>2</sup>; o desemprego crônico, a diminuição de recursos para as políticas sociais, provocando a privatização de diversos setores, principalmente na saúde, isso são exemplos de várias expressões da questão social, provocadas pelo modo de produção capitalistas, que intensificaram-se após a crise da década de 1970.

Uma série de reajustes é realizada para responder a esse contexto de crise, onde se

---

1 Constitui uma crise no MPC após a confirmação que o petróleo é um recurso natural não renovável, de modo que isso promoveu uma alteração no preço do petróleo, causando reflexos nos Estados Unidos e na Europa, após o embargo dos países membros da OPEP (Organização dos Países Exportadores de Petróleo) e Golfo Pérsico.

<sup>2</sup> Segundo dados do Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (INPE), a destruição entre janeiro e setembro de 2019 da Amazônia totalizou em torno de 7.854 quilômetros quadrados. Também demonstrou que o desmatamento da Amazônia foi 96% maior em setembro deste ano, em comparado com setembro de 2018.

recorre à acumulação flexível, essencialmente desregulamentadora e partir daí criam-se alguns meio de combater a crise, que é apresentado no Consenso de Washington que ocorreu em 1989 nos Estados Unidos e definiu um conjunto de ações, como: alterações no processo produtivo e no processo de trabalho, como também nos processos de controle da classe trabalhadora e na relação entre o Estado e a sociedade, essas medidas são denominadas como reestruturação produtiva (SILVA; SANTOS, 2017).

A lógica destrutiva do capital, segundo Mészáros (2011) intensifica-se na contemporaneidade, pois com a mundialização do capital (CHESNAIS, 2002), eles estendem-se para todo o mundo, estimulando a competitividade e concorrência, e na subordinação do valor de uso ao valor de troca compulsiva, visando à alta reprodução.

O modo de produção capitalista não resolve nenhuma de suas contradições, porque é intrínseco a ela, propagá-las. Mészáros (2011) coloca também que são utilizados processos de deslocamento, exportação, desterritorialização e meios militares, para transferir tais contradições para países subdesenvolvidos. A exploração do trabalho é feita de modo extremo, onde Netto (2003, p.43) coloca:

mantivessem-se os pauperizados na condição cordata de vítimas do destino, revelassem eles a resignação que Comte considerava a grande virtude cívica e a história subsequente haveria sido outra. Lamentavelmente para a ordem burguesa que se consolidava, os pauperizados não se conformaram com a sua situação.

Para Mészáros (2011), a crise vivenciada atualmente possui quatro características pertinentes a ela, que a diferencia das demais, a saber:

(1) seu caráter universal, em lugar de restrito a uma esfera particular (por exemplo, financeira ou comercial, ou afetando este ou aquele ramo particular de produção, aplicando-se a este e não àquele tipo de trabalho, com sua gama específica de habilidades e graus de produtividade etc); (2) seu alcance é verdadeiramente global, [...] em lugar de limitado a um conjunto particular de países (como foram todas as principais crises do passado); (3) sua escala de tempo é extensa, contínua, se preferir, permanente, em lugar de limitada e cíclica, como foram todas as crises anteriores do capital; (4) em contraste com as erupções e os colapsos mais espetaculares e dramáticos do passado, seu modo de se desdobrar poderia ser chamado de rastejante, desde que acrescentemos a ressalva de que nem sequer as convulsões mais veementes ou violentas poderiam ser excluídas no que se refere ao futuro [...] (MÉSZÁROS, 2011, p. 796).

Mészáros (2012) também aponta que “somente um movimento de massa genuinamente socialista será capaz de conter e derrotar as forças que hoje empurram a humanidade para o abismo da autodestruição”, com isso identificamos que mesmo com políticas públicas e a afirmação é a reafirmação dos direitos sociais, somente eles não seria possível uma mudança efetiva no campo social, por isso a necessidade de ampliar e fortalecer o discurso de buscar a emancipação humana em uma visão horizontal. Entendemos que a busca por direitos é fundamental em um plano imediatista e de ser reivindicado com fervor, mas como Pachukanis discute, o direito em sua natureza, está ligado diretamente com a sociedade.

O autor Sampaio Jr. (2011), também enfatiza que:

O capitalismo não desaparecerá de morte morrida. É preciso matá-lo. Se as bases do regime não forem negadas pela vontade política da classe operária, o capital sempre encontrará, à custa de grandes sacrifícios humanos e ambientais, um meio de restaurar as condições para a sua valorização, mesmo que apenas para preparar uma nova crise econômica ainda mais violenta no futuro (SAMPAIO, 2011, p. 200).

Ambos os autores acreditam que é possível superar o MPC, onde haverá a negação ao capital oferecendo bases para o movimento socialista onde é possível para humanidade superá-la, claro que para essa transição acontecer é necessário primeiramente o controle de decisões políticas, econômicas e do direito para que possa "criar" um território favorável à construção de uma classe revolucionária visando à construção de uma sociedade sem classe, onde somente só haverá a emancipação da humanidade.

No Brasil, a defesa de que são necessárias reformas nas políticas sociais vêm acontecendo desde 1990, onde os autores entendem que são os processos de contrarreformas, pois todos os impactos, em sua maioria, serão negativos para a classe trabalhadora. Como discute Silva (2017), ao passar dos anos os mecanismos e estratégias de exploração da classe trabalhadora evoluíram em prol de sanar as crises do capital.

Os trabalhadores são demitidos e os que permanecem têm seus direitos aviltados, com reduções de salários ou aumento na intensidade e precarização das condições gerais de trabalho. Os recursos públicos, anteriormente destinados aos investimentos sociais são desviados para tentar suavizar os efeitos das quedas das taxas de lucro das grandes corporações (SILVA, 2017, p. 26 APUD FOLADORI; MELAZZI; KILPP, 2016, p. 09).

O termo reforma vem sendo utilizado pelo projeto neoliberal, que está implantado a nível mundial desde 1970 e no país a partir de 1990, na perspectiva de que a reforma estaria associada as mudanças positivas, no entanto vivenciamos que está não é a realidade, pois para o capital não importa os impactos negativos que estas mudanças podem provocar para a sociedade, mas que seja levado em consideração, o que favorecerá o grande capital. Podemos perceber isso, quando analisamos as recentes aprovações como a contrarreforma da previdência e trabalhista.

Os processos de contrarreformas ganharam forças após o avanço das ideias neoliberais no Brasil, que ocorrem a partir do governo de Fernando Collor de Melo, contudo foi no governo de FHC que foi criado o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), onde Luiz Carlos Bresser implantou o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRE), que tinha como objetivo reorganizar a administração pública, defendendo as reformas econômicas em benefício do mercado, ajuste fiscal e flexibilidade do funcionalismo, adotado com um receituário neoliberal, que seguia orientações de organizações internacionais e multilaterais, como o Banco Mundial (BM).

[...] No que toca especificamente à Seguridade Social, as contrarreformas da Previdência Social e da Saúde expressaram o compromisso da ortodoxia neoliberal de FHC com o capital financeiro especulativo, na conquista de novos nichos de lucro e na disputa pelo fundo público, impulsionando os trabalhadores a aderirem aos fundos e planos privados de Previdência e Saúde (SILVA; ALMEIDA; ANDRADE, 2017, p. 61).

Vale ressaltar que os processos de contrarreforma, são implantados com “instruções” e “receituários”, de organizações como o Banco Mundial, a Organização Mundial de Saúde e a Organização Mundial do Comércio, reforçando a necessidade da ampliação do setor privado na saúde pública, para diminuição dos gastos estatal, ou seja, promovendo a desresponsabilização cada vez mais do Estado diante das políticas sociais, que são explícitas na Constituição Federal vigente, que é dever do Estado assegurá-las e direito do cidadão.

Desde o começo dos anos 1980, os programas de "estabilização macroeconômica" impostos pelo FMI e pelo Banco Mundial aos países em desenvolvimento (como condição para a negociação da dívida externa) têm levado centenas de milhões de pessoas ao empobrecimento. Contrariando o espírito do acordo de Breton Woods, cuja intervenção era a "reestruturação econômica" e a estabilidade das principais

taxas de câmbio, o programa de ajuste estrutural (PAE) tem contribuído amplamente para desestabilizar moedas nacionais e arruinar as economias dos países em desenvolvimento (CHOSSUDOVSKEY, 1999, p. 26).

Há algumas décadas o Brasil vive permanentemente um ajuste fiscal, que vem desde o final da ditadura militar, cujo não atingiu apenas o Brasil, mais a maioria dos países da América Latina, de modo que foi necessário a criação de algumas estratégias para oferecer novas condições de crédito sob a coordenação de grandes instituições internacionais, tendo como principal o Fundo Monetário Internacional (FMI), onde:

O Plano Real, de 1994, e o último acordo formal com o FMI, de 1999, podem ser considerados como momentos de inflexão e de alocação dos recursos públicos que, em nome da estabilidade monetária, engessou o Estado brasileiro para canalizar recursos para pagamento de juros, encargos e amortizações de uma dívida pública - externa e interna - que, apesar da sangria de recursos que promove, nunca é paga e, menos ainda, extinta. Ao contrário, a dívida pública que nos coloca em condição de ajuste fiscal permanente com sua inesgotável chantagem e punção do fundo público, é uma espécie de calvário: um longo sofrimento, especialmente para a classe trabalhadora (BEHRING, 2017 p. 10).

Segundo Behring (2017), no nosso país em 2015 a dívida interna alcançou um valor de R\$ 3, 936 trilhões e a dívida externa US\$ 545 bilhões. Desse modo, a autora Boschetti (2017) coloque que essas reflexões provocam o pensamento que a dívida pública pode ser considerada uma forma de expropriação nos tempos oriundos, de modo dialético e intrínseco a sua existência, tendo em vista que a perda de direitos está ligada a acumulação do capital.

O primeiro governo de Luís Inácio Lula da Silva deu sequência ao processo de contrarreformas iniciadas no governo de FHC, mesmo que tenha sido considerado pela primeira vez na história da política de nosso país, um projeto que não representasse hegemonicamente o interesse das classes dominantes, mas no cenário econômico permaneceram todos os projetos macroeconômicos, como: a Desvinculação de Receitas da União (DRU), o superávit primário, apostas na política de exportação no agronegócio; taxas de juros pela Selic; o aumento da arrecadação da União. No campo das políticas sociais, a defesa é por políticas focalizadas, em detrimento do direito e da seguridade social universalizada.

Para Bravo e Menezes (2008, p. 17) “A contra-reforma da Previdência Social ocorrida no governo Lula, realizou no âmbito do serviço público ações restritivas de direitos que haviam sido derrotados durante a gestão FHC.” Acrescenta ainda que tais “reformas” que tinha o objetivo solucionar as crises fiscais, acabam tornando-se os principais provocadores, pois se deu a partir do endividamento do Estado, que utilizou a emissão de títulos públicos para compra de fundos de pensões.

Já Paulani (2019, p.53) afirma o que vem sendo abordado pelas autoras, pois mesmo após a vitória de Lula ao governo federal não há mudanças nesse campo, de modo que se continua a manutenção de altos juros além da elevação do superávit primário pelo que é exigido pelo Fundo Monetário Internacional.

De todo modo, ambos os autores defendem que neste governo se viveu bons momentos para programas e políticas para diminuir e acabar o pauperismo, onde pela primeira vez foi possível o crescimento econômico e distribuição de renda concomitante.

Ao dar continuidade na política de governo do seu antecessor, Dilma Rousseff viabilizou a “agenda FIESP”<sup>3</sup> diminuindo os investimentos públicos, englobados num cenário externo bom e a distribuição de renda, contudo não recebeu os investimentos privados

<sup>3</sup> Agenda FIESP foi um programa de incentivos para a lucratividade de setores empresariais, via BNDES, e desobrigações para grandes empresas adotadas a partir de 2011.

necessários e a crise se alastrou e intensificou-se, dando espaço para o que veio acontecer posteriormente, seu impeachment em 2016, usando como argumento principal a crise vivenciada, pois estavam relacionando à sua figura a crise, onde, se a mesma fosse destituída, os investimentos não retornariam e a economia permaneceria estagnada.

No governo de Michel Temer, com um viés político claramente ultraliberal, foi sancionado algumas medidas neste sentido, fechando os espaços para as políticas sociais, onde pode ser visto com a aprovação da “PEC da morte” congelando os gastos sociais por vinte anos, que se transforma na Emenda Constitucional nº 95, como também a reforma trabalhista e a lei da terceirização, concretizando a precarização no mundo do trabalho. Desse modo, podemos entender que os governos de Michel Temer e Jair Bolsonaro são verdadeiras “Democracias Blindadas”, que são para autor Demier (2017) democracias a partir de 1980, onde há elementos que as caracterizam com núcleos predominantemente ocupados pela classe dominante, que por meio de políticas econômicas, sociais e culturais, disseminam para a sociedade o consenso e coerção de modo que impedem as demandas populares de se inserir no cenário político. Ou seja, com caráter contrarreformista, objetiva-se a retirada de direitos sociais e implantação de políticas sociais com o intuito de espalhar suas ideologias a fim de enraizá-las pelas camadas populares. Desse modo, é necessário saber que:

[...] a luta por reformas democráticas, em que se incluem os direitos e políticas sociais no mundo do capital em crise, mas, particularmente num país como o Brasil, pode significar uma fusão de contradições e a radicalização do processo, fortalecendo a luta dos trabalhadores, no sentido da transição para emancipação humana. [...], os contornos da luta por direitos têm potencial explosivo e podem apontar para horizontes que colocam em xeque os limites da emancipação política. (BEHRING, p. 254, 2018).

Mascaro (2019) discute que, em meio ao cenário apresentado, ou seja, o golpe e a regressão social, e após o bloqueio judicial do ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva, Bolsonaro torna-se o candidato da burguesia internacional e nacional e pela população mais conservadora, é eleito Presidente da República, seu governo é caracterizado como ultraliberal e extremamente ligado ao militarismo.

No contexto atual, percebemos a necessidade de debater acerca da busca dos direitos, seja para garanti-los ou reafirma-los, onde não se pode negar a necessidade e a importância dessa questão, no entanto devemos mediar essas discursões, tendo como pauta nos debates, a defesa e a luta por uma sociedade emancipada, em longo prazo, mas nunca, deixa-la "apagada" nos espaços de debates, pois conforme os escritos de Pachukanis, o direito serve de manutenção para sociedade burguesa, então somente, em uma sociedade livre de conceitos como: Estado, Política e Direito, alcançaremos uma sociedade emancipada. De acordo com Naves (2000, p. 58) "[...] A relação de equivalência permite que se compreenda a especificidade do próprio direito, a sua natureza intrinsecamente burguesa [...]".

Behring (2018) discute que a relação entre direitos sociais e políticas sociais são um campo de contradição, pois a política social por ser fruto de um processo histórico da burguesia. Torna-se um produto da luta de classe, por este motivo apresenta características contraditórias, além de estar articulada como processo de acumulação e reprodução do capital, respondendo parcialmente as necessidades da força de trabalho.

[...] Os direitos e as políticas sociais que os materializam estão no plano da cidadania burguesa, da igualdade formal de todos perante a lei, especialmente nos espaços geopolíticos onde adquiriram maior densidade e concretude. Ou seja, estão no plano do máximo de emancipação - política - que esta sociedade pôde propiciar, ainda que de forma datada, geopoliticamente situada, e bastante variada e desigual no mundo capitalista (BEHRING, 2018, p. 240).

No livro *Sobre a Questão Judaica* ([1844], 2010), Marx analisa a relação entre emancipação humana e emancipação política, destacando a insuficiência da emancipação política no que tange efetivamente a sociedade, sobre princípios de liberdade e igualdade, tornando isso como uma das críticas que o mesmo fez contra a sociedade burguesa, pois provêm do projeto da sociedade moderna, pós-Revolução Francesa, onde não atingiu a emancipação de forma totalitária, apenas no campo político, garantindo os direitos fundamentais (liberdade, igualdade e propriedade), mas perdendo a essência da discursão sobre a emancipação humana, onde Marx traz uma discursão entre a religiosidade dos judeus e o Estado laico, na referida obra, coloca que “A emancipação econômica das classes trabalhadoras é o objetivo primordial a que todo movimento político deve subordinar-se como meio” (KARL MARX).

Behring (2018, p. 244) destaca que "a política social é um produto da sociedade burguesa e não tem vínculo com a emancipação humana" de modo que a primeira articula-se com o valor, condições de oferta da força de trabalho e reprodução da classe dominante, que é dona dos meios de produção e a segunda possui caráter revolucionário, visando à descontinuidade de conceitos como o valor, direito e propriedade privada.

Para o Serviço Social, Vieira (2005, p. 02) aborda que a profissão se enquadra no projeto marxista emancipador, quando no Brasil passamos pelo processo de reconceituação, introduzindo o pensamento crítico na prática profissional e quebrando com o modelo conservador, até então, intrínseco a categoria profissional, inserindo-se em um processo de transformação social e de correlação de forças de poder.

O profissional deve intervir na mudança e no significado da vida, na valorização do gênero humano, na autonomia, que significa uma possibilidade de independência para que as pessoas possam, nessa trajetória, enfrentar os poderes e a situação de exploração em que se encontram na construção de uma nova forma de existência e de relação social. O primeiro passo é passar de pedintes a reivindicantes e buscar autonomia não só para sobreviver, mas para viver e se organizar (VIEIRA, 2005, p. 03).

Para Netto (2012) o projeto neoliberal, pode ser dividido em uma tríade: a flexibilização que engloba as relações de trabalho e produção; a desregulamentação, envolvendo as relações comerciais e financeiras; e a privatização, onde é privatizado o patrimônio estatal na tendência de transferência de responsabilidade para o mercado. Baseados nisto, as políticas públicas se tornam cada vez mais frágeis e passam pelo processo de contrarreformas.

Desta maneira, em meio a um contexto de desmonte nas políticas sociais se faz necessário analisar os impactos que ocorreram dentro da política de saúde pública no Brasil e os rebatimentos provocados na sociedade brasileira.

### **3 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL EM UM CENÁRIO DE CONTRARREFORMAS E ATAQUES AO SUS**

No Brasil, em meados dos anos 1970, intensifica-se a crise na saúde, devido à diminuição da arrecadação de fundos de financiamento, o aumento do custo da assistência, a corrupção e a busca intensa de lucro do setor privado.

A sociedade insatisfeita com a política econômica, devido ao arrocho salarial, aumento de preços, concentração de renda, redução do poder de compra do salário mínimo e outrem, favorece o fortalecimento dos sindicatos e a oposição política, com o aumento da participação popular, que culminou o Movimento das Diretas Já, em 1984, que não foi aprovada, mas levou ao fim o período da Ditadura Militar no Brasil, e a eleição em 1985 de Tancredo Neves

pelos parlamentares, que não assumiu a presidência por sua morte, o que levou o seu vice, Jose Sarney tomar posse como Presidente da República.

Neste contexto o modelo médico-centrado, somado ao contexto de abertura democrática que aglutinava diversos movimentos sociais, de trabalhadores, trouxeram à tona diversas pautas reivindicatórias. Paim (2009, p. 39) coloca que na saúde com a finalidade de enfrentar os rebatimentos a certa da democratização da saúde, foi organizado um movimento denominado Reforma Sanitária Brasileira, composta por profissionais de saúde, estudantes, instituições acadêmicas, entidades sindicais e sanitaristas na década de 1970.

Em 1986 acontece a VIII Conferência Nacional de Saúde, que reuniu quase cinco mil participantes para debater e sistematizar os problemas do sistema de saúde, e propostas de reorientação da saúde pública e assistência médica. Onde o relatório final do evento, resultou no capítulo “Saúde” da Constituição de 1988, que foram posteriormente implantadas na Lei Orgânica da Saúde (LOS - composta pelas leis 8.080/90 e 8.142/90), a qual regulamenta o SUS.

Com a Constituição Federal de 1988, junto a ela foi criado o Sistema Único de Saúde, estabelecendo a partir de então que a saúde pública seria dever do Estado e direito de todos os cidadãos, garantida no Capítulo da Seguridade Social na seção II, nos artigos 196 a 200. Importante destacarmos quanto à relevância da Seguridade Social onde no art. 194 assegura os direitos pertinentes à saúde, previdência e assistência, abarcando valores de igualdade e equidade, de caráter democrático, conforme Paim (2009, p. 43).

Entende-se o SUS como um conceito ampliado de saúde, para além de o ambiente hospitalar. Para Paim (2009, p. 51),

[...] o SUS é o 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. É, portanto, uma forma de organizar as ações e os serviços de saúde no Brasil, de acordo com princípios, diretrizes e dispositivos estabelecidos pela Constituição da República e pelas leis subsequentes.

Desde sua criação, o SUS enfrenta vários desafios para sua implantação, como a autora Aguiar (2011), aponta que seriam: a alteração do modelo assistencial fragmentado e hospitalocêntrico; além da dificuldade de criar a efetivação do Sistema Único de Saúde, pois isso causaria impactos negativos para classe dominante que defende a saúde pública privada, no intuito de lucrar. Para Vasconcelos e Pasche (2006, p. 558) o maior desafio do SUS é a dificuldade para realizar as alterações necessárias e efetivas na organização dos serviços e práticas de assistência, com o objetivo de garantir a qualidade e acesso em todos os níveis de atenção.

Mesmo diante de tantos conflitos e rebatimentos existem leis e regulamentos criados em defesa do SUS, por meio de lutas sociais posteriores à LOS a Lei 8.689/93, que dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e determina a absolvição das funções, atividade, atribuições e competências deste instituto as instâncias federais, estaduais e municipais pelo SUS; A criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária pela Lei 9.782/99; A Portaria nº 300 que divulga o Pacto pela Saúde de 2006 que promove uma série de reformas no SUS nas esferas federais, estaduais e municipais, com o objetivo de inovar nos processos de instrumentos e de responsabilidade por parte dos setores de gestão.

Os princípios e diretrizes do SUS garantem a lógica e preceitos para sua implementação e regulamentação, dentre elas estão: A *universalidade* que garante à saúde para todos os cidadãos, sem qualquer favorecimento ou discriminação; A *integralidade* que diante da oferta de ações e serviços de saúde, objetiva a prestação continuada, além da garantia a promoção, proteção e recuperação dos indivíduos e coletivos; A *equidade* que

garante a prestação de ações e serviços de saúde de forma igualitária para todos, e introduzindo a lógica de assegurar prioridade para os grupos de maior necessidade, defendendo o princípio de justiça social; A *descentralização* que visa à redistribuição das ações e serviços de saúde no âmbito municipal, estadual e federal.

Além destes, existem os princípios do direito à informação; diretrizes organizativas; hierarquização; participação comunitária e interação; diretrizes organizativas; hierarquização; participação comunitária e integração.

Ainda segundo a autora Teixeira (2005, p. 35) "destacam-se ainda as particularidades da realidade brasileira que agravam e exponenciam essas condições de desigualdades sociais no capitalismo periférico.", pois é necessário analisar a transição tardia para o capitalismo no Brasil, além da subordinação ao capital estrangeiro, bem como as condições de trabalho precárias e de superexploração da forma de trabalho, em um cenário social de crescente evolução das expressões da Questão Social e apropriação de riqueza por uma pequena classe. Sendo importante destacar, que "[...] nessa trama de dominação e exploração, é importante salientar, enquanto contradição estrutural do sistema do capital, o produto do trabalho humano não será apropriado por quem o produziu [...]" (PAIVA, 2014, p.111).

As políticas sociais e a formação de padrões de proteção social são desdobramentos e até mesmo respostas e formas de enfrentamento às expressões multifacetadas da questão social no capitalismo, cujo fundamento se encontra nas relações de exploração do capital sobre o trabalho (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p. 51).

O processo de contrarreforma do Estado inicia-se na década de 1990 quando o projeto neoliberal entra em curso no país, agravando o processo de repasse de responsabilidade para garantia e efetivação das políticas sociais do Estado para o mercado. Para a política de saúde, que durante sua história no cenário brasileiro, possuiu características hospitalocêntrica, curativa e tratando o paciente como um ser individual, além de reafirmar o modelo privatista de saúde.

No governo Lula, a política de saúde é tida como um direito fundamental, com o objetivo de garantir princípios de equidade, universalidade e integralidade com ações e serviços de saúde. Contudo, a Seguridade Social não é vista como dispõe a Constituição Federal de 1988. No governo Lula, aumentou a expectativa que tal projeto fortalecesse o Projeto da Reforma Sanitária, de modo que enfraquecesse o Projeto Privatista.

Para Paim et. al. (2005), ao analisarem a política de saúde no primeiro mandato no governo Lula, dividiu sua análise em seis temas, que são: Atenção Básica; Atendimento Hospitalar e Alta Complexidade; Programas Especiais; Vigilância Epidemiológica e Sanitária; Assistência Farmacêutica; Assistência Médica Suplementar e Controle Social. Tais programas permitiram a expansão do SUS, onde:

- *Atenção básica* constatou o empenho do governo com o fortalecimento e ampliação do Programa Saúde da Família (PSF) que posteriormente muda para Estratégia Saúde da Família (ESF), possibilitando o aumento de equipes e o financiamento no programa.
- *Programas Especiais* continua-se os programas de combate ao Tabagismo e os Programas de AIDS, que são de grande relevância social e medidas foram adotadas rem prol da saúde da mulher, com empenho para diminuir a mortalidade materna e de criar uma política específica, que até então não existia.
- *Assistência Farmacêutica* onde houve a criação de laboratórios oficiais e as farmácias populares, pela primeira vez na história da saúde no Brasil.
- *Controle Social*, que com a criação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa que teve como objetivo fortalecer a participação popular articulando-se com o Conselho Nacional, para integração da sociedade na tomada de decisões para implantação das políticas sociais.

- *Atenção hospitalar* e de alta complexidade promoveu o fortalecimento da relação dos hospitais universitários com o Sistema Único de Saúde, por meio de algumas medidas, como: financiamento de uma forma diferente dos HU's e o lançamento de outras ações como o Programa Nacional de Atenção Integral às Urgências, o incentivo à criação de Centrais de Regulação Regionais das Urgências e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Ou seja, pode-se observar expansão nos programas de saúde viabilizados pelo SUS, contudo as autoras Bravo; Menezes (2008, p. 21) afirmam que durante o primeiro e o segundo mandato do governo Lula houve “a continuidade das políticas focais, a universalização excludente, a não viabilização da Seguridade Social e a articulação com o mercado”.

A política de saúde no Brasil é um campo vasto para atuação do Serviço Social, onde por meio da atuação dos assistentes sociais, podemos contribuir para a disseminação e fortalecimento do projeto da Reforma Sanitária Brasileira, da Seguridade Social e consolidação do SUS.

O assistente social é proprietário de sua força de trabalho especializada. Ela é produto da formação universitária que o capacita a realizar um “trabalho complexo”, nos termos de Marx (1985). Essa mercadoria força de trabalho é uma potência, que só se transforma em atividade – em trabalho – quando aliada aos meios necessários à sua realização, grande parte dos quais se encontra monopolizado pelos empregadores: recursos financeiros, materiais e humanos necessários à realização desse trabalho concreto, que supõe programas, projetos e atendimentos diretos previstos pelas políticas institucionais. O assistente social ingressa nas instituições empregadoras como parte de um coletivo de trabalhadores que implementa as ações institucionais/ empresariais, cujo resultado final é fruto de um trabalho combinado ou cooperativo, que assume perfis diferenciados nos vários espaços ocupacionais. Também a relação que o profissional estabelece com o objeto de seu trabalho – as múltiplas expressões da questão social, tal como se expressam na vida dos sujeitos com os quais trabalha – depende do prévio recorte das políticas definidas pelos organismos empregadores, que estabelecem demandas e prioridades a serem atendidas (IAMAMOTO, 2009, p. 13-14).

Para Costa (2000) a atuação do assistente social na política de saúde é definida e redefinida dentro do contexto social e histórico onde estão inseridos, além de estarem em um cenário de tensão, onde de um lado temos uma conduta profissional que acredita no sentido ampliado de saúde e ligado a um projeto emancipatório e do outro lado, temos ações de caráter conservador e ligados ao modelo tradicional, ou seja, ao modelo médico assistencial.

A autora traz ainda algumas ações sobre a atuação do serviço social, que retrata as principais atividades da categoria e discrimina os campos de atividades dos assistentes sociais em serviços públicos de saúde em Natal/RN, após uma pesquisa realizada, que são: ações de caráter emergencial; educação e informação em saúde; planejamento e assessoria; mobilização da comunidade.

No primeiro campo são ações que priorizam agilização de internações, exames, consultas extras, tratamentos, obtenção de transportes, medicamentos, órteses, próteses, sangue, alimentos, roupas, abrigo, de modo que são relacionadas às condições de vida da população e a incapacidade de atendimento das demandas pelos serviços públicos de saúde. Já o segundo campo, as ações do assistente social estão voltadas em orientações e abordagens individuais ou coletivas ao usuário, à família e à comunidade para repassar informações e possibilitar a participação dos usuários. No terceiro campo de atividades estão ligadas aos processos de organização do trabalho no Sistema Único de Saúde como também ao preparo local das unidades de saúde e avaliação das ações realizadas nas unidades, e promoção de treinamento e capacitação de recursos humanos. O quarto campo, as atividades solicitam a participação da comunidade, ações educativas para incentivar a politização e envolvimento

em conselhos distrital, municipal e estadual de saúde.

Em Campina Grande/ PB os ataques na política de saúde se evidenciam com a Lei de Gestão Pactuada n° 5.277/13 e a adesão do Hospital Universitário Alcides Carneiro sob gestão da EBSEH. Onde a Lei n° 5.277/13 tinha como finalidade privatizar a gestão de várias políticas públicas municipais, contudo por meio de mobilização a lei foi alterada para primeiro restringir apenas a política de saúde e posteriormente dimensionar a Atenção Básica da Saúde, contudo a Procuradoria do Trabalho de Campina Grande-PB, no entanto impetrou uma ação civil pública na Justiça do Trabalho para impedir que a lei entrasse em vigor, porém a mesma foi aprovada em 19 de abril de 2013 pela CMCG, mas após 14 meses de luta pelo Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande, o prefeito Sr. Romero Rodrigues revogou a referida lei.

Quanto à adesão do HUAC pela EBSEH, começou na tentativa de integrar primeiramente a Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), em meados de 2012, onde foi elaborada a Carta de Campina Grande, um documento que fornecia esclarecimentos à sociedade e Conselho Pleno da UFCG para implantação no Hospital Universitário Alcides Carneiro, no dia 01 de janeiro de 2016, é assinado o contrato junto a EBSEH, mesmo em meio a lutas de resistência por integrante do Fórum em Defesa do SUS em Campina Grande-PB. Desse modo, “Os processos de contrarreforma têm utilizado como instrumentos viabilizadores as transferências do fundo público para o privado” (SILVA;SANTOS, p. 425, 2017).

#### **4 PROGRAMA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E IMPACTOS NA POLÍTICA DE SAÚDE EM CAMPINA GRANDE-PB**

Teixeira (2015) aponta que no contexto sócio histórico do neoliberalismo, nos governos que assumiram a presidência da república após 1990, é analisado a precarização na modalidade da assistência, onde o Ministério da Saúde (MS) , cria a Portaria n° 2048/2002, que define o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência no governo de Fernando Henrique Cardoso e desde o início do governo de Luís Inácio Lula da Silva, dar continuidade com a Portaria do MS n° 1863/2003, onde cria, define e implanta a maneira de estruturação e organização da Política Nacional de Atenção às Urgências.

Granja (2013) relata que o Ministério da Saúde, entre 1999 e 2002 fórmula normas de atendimento pré-hospitalar móvel, juntamente com o Conselho Federal de Medicina e de profissionais que trabalhavam no setor da regulação e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Desde 2001 as considerações referentes à importância da implantação de uma Política Nacional são incrementadas nas portarias e norteadas pelas Normas Operacionais Básicas (NOAS 01/2001 e 01/2002) e na organização de sistemas regionalizados. A mais importante é a portaria no 2.048, publicada em 2002, que conferiram as bases para a instituição da política atual.

No mesmo período, o poder público esforça-se para normatizar a atenção às urgências por intermédio da aprovação do Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência (Portaria GM/MS no 2048/2002). Tal documento foi o prenunciador da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), englobando os elementos que foram desenvolvidos nas portarias posteriores. Cujo estão: a integração dos níveis assistências na atenção às urgências; a regulação médica; a capacitação pelos Núcleos de Educação em Urgência (NEU) e a regionalização.

Para O’Dwyer (2010) esta portaria aumentou a responsabilidade das ações de saúde no SUS, com responsabilização dos profissionais e dos diferentes serviços, como também é mais resolutiva a atenção às urgências, e permitiu também uma análise das dificuldades da rede,

visando suas correções.

Em 29 de setembro de 2003 foi instituída a PNAU pela portaria GM/MS 1863, onde segundo Araújo (2012) objetivou o fornecimento das necessidades de implementação e implementação da regulação de atenção às urgências, de uma estrutura de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada, de cuidados integrais às urgências, e de garantia da adequada referência regulada para os usuários, em qualquer nível do sistema, que necessitem dos meios adicionais de atenção, sejam eles na Atenção Básica ou Média ou Alta Complexidades.

O SAMU foi o pioneiro da PNAU, é um serviço de socorro pré-hospitalar móvel, onde o usuário, gratuitamente pode ligar pelo número 192, solicitando o atendimento. É formado por um componente regulador: a Central de Regulação e um componente assistencial: a equipe das ambulâncias.

Todas as fases do atendimento são registradas no computador e gravadas. A Telefonista Auxiliar de Regulação Médica (TARM) atende e realiza a identificação e localização dos usuários. Com isso, os reguladores registram o que aconteceu, a conduta e definem para onde o paciente será encaminhado. Também são responsáveis por orientar e decidirem qual a ambulância que prestará o atendimento. A Unidade de Suporte Básica (USB) é constituída com um técnico de enfermagem, e recursos simples de tecnológica. A Unidade de Suporte Avançado (USA) é formada por um médico, um enfermeiro, e recursos tecnológicos. Os RO (radio-operadores) ficam atribuídos pelo contato com as ambulâncias e pelo acompanhamento do atendimento.

Como o SUS é estruturado em três níveis de atenção, a Atenção Primária é composta pelas Unidades Básicas de Saúde e Equipes de Saúde da Família, no nível intermediário de atenção fica a encargo do SAMU 192, enquanto as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24H), e o atendimento de média e alta complexidade é feito nos hospitais.

A política Nacional de Urgência e Emergência /2005, da qual as UPAs são um dos componentes, nasce com a configuração ideológica que norteia a condução de uma Política de Saúde que desconsidera as propostas históricas apresentadas pelo movimento social nas Conferências de Saúde. E por tal razão, respondem de forma pontual, a certo grau de necessidades emergentes perante uma forte demanda reprimida nos diferentes níveis de atenção, mas não altera a estrutura do sistema de saúde, qualificando-a (TEIXEIRA, 2014, p. 62).

A crítica apontada advém da falta de articulação entre estes três níveis hierárquicos, acrescidos do aumento de violência urbana e acidentes, que provoca a superlotação das emergências hospitalares e prontos-socorros. No nível de atenção intermediária, UPAs, são uma das estratégias de organização da assistência e articulação dos serviços da Política Nacional de Atenção às Urgências, para promover o “desafogamento” dos hospitais. (OLIVEIRA; RAMOS, PIAZZA et al., 2015, p. 239).

Em Campina Grande-PB existem duas UPAs 24h, a primeira foi inaugurada no bairro do Alto Branco, em 12 de maio de 2012, com capacidade de atendimentos de 450 pacientes por dia. E a segunda, está localizada no bairro Dinamérica, foi inaugurada em 22 de novembro de 2017, considerada de porte II, com capacidade de 250 atendimentos, segundo a notícia publicada no Jornal da Paraíba (BARBOSA, 2017).

No site da Prefeitura de Campina Grande, informam que nos três primeiros meses de 2018, houveram 15.476 pessoas atendidas, o que possibilitou o “desafogamento” da UPA 24H, do bairro do Alto Branco, que segundo os dados, no primeiro trimestre de 2017 registrou 27.274 atendimentos, e no mesmo período de 2018, registrou 18.618 atendimentos.

No campo de estágio, que foi realizado na UPA Adhemar Dantas, foi observado que pelo fato da UPA localizada no bairro do Dinamérica ser menor e também, com um atendimento mais limitado, por exemplo: Na UPA localizada no bairro do Alto Branco,

atende a especialidade de Ortopedia, mas a que está localizada no bairro do Dinamérica não, acaba provocando uma demanda, relativamente menor, se comparada à outra, também, o público de atendimento é em sua maioria de pessoas idosas. Houve recentemente a adaptação de salas para o acolhimento de paciente com Tuberculose, contudo na maioria das vezes, as duas salas, que foram reservadas para esse atendimento, ficam com leitos, por falta de espaço na ala amarela, que atualmente pode comportar até 9 usuários.

Desse modo, podemos perceber que, por estar recebendo um público de usuário maior, cada vez mais, é necessário investir na ampliação e melhoria dos serviços que compõem a rede de atenção à saúde, especialmente os de atenção básica, para também analisar as reais necessidades/demandas aos serviços nas UPAs, que passam a receber e comportar, não apenas os moradores do município de Campina Grande-PB, mas também dos distritos e municípios circunvizinhos da região.

A equipe do Serviço Social da UPA Adhermar Dantas é composta por seis assistentes sociais, que trabalham com escala de trabalho de plantão, e por isso, precisam ter todas suas atividades registradas, para que a próxima assistente social, possa estar ciente de quais demandas foram realizadas, pela outra profissional, o que promove a organização e efetivação na prática profissional. As demandas que chegam ao setor de Serviço Social, são demandas espontâneas, como: emissão de declaração de acompanhamento, orientações sobre o processo para dar entrada na certidão de óbito para os familiares do “de cujus”, solicitação para realizar contatos telefônicos, e em alguns casos especiais, são necessários encaminhamentos, quando é observado a vulnerabilidade e negligência aos pacientes, por seus familiares, por exemplo: quando trata-se na efetivação de direitos das pessoas idosas que são garantido no Estatuto do Idoso. As assistentes sociais também atuam no acompanhamento dos familiares nas visitas que são realizadas na ala vermelha da UPA, bem como no repasse de orientações para os acompanhantes dos pacientes da ala amarela.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Barreiras histórico-estruturais e legados institucionais se expressaram fortemente para a efetivação da política de saúde no Brasil, pois na relação Estado – mercado, sobressai o modelo privatista, de modo que a atenção necessária para a Seguridade Social não foi efetivada em termos legais, como dispõem a Constituição Federal de 1988.

Além disso, sobre as variações dos governos que assumiram o poder federal, nenhum teve como prioridade a política de saúde, de modo que não foram enfrentados os desafios estruturais referentes ao financiamento, que sempre foi pauta de discursões desde a criação do SUS. Com o ingresso do Partido dos Trabalhadores, representado pelo ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva ao Governo Federal, expectativas foram criadas para promover o desenvolvimento do SUS e sua efetivação, porém mesmo que fosse um governo de esquerda, diversos problemas não foram solucionados.

No âmbito da saúde, com a lógica mercadológica, passam a entrar em disputa dois projetos: o modelo privatista e modelo da reforma sanitária. Ambos os projetos demandam para nossa categoria profissional de assistentes sociais, atuações diferentes. Vale ressaltar que os dois projetos são estabelecidos no período de redemocratização e se consolidam na década de 1980.

Enquanto o modelo privatista requer do assistente social, uma postura fiscalizadora, policialesca, com práticas individualistas e assistenciais, segregando os usuários e os afastando dos seus direitos, de modo que contribui para o “apassivamento” social, na outra esfera, o projeto sanitário, solicita do assistente social, um caráter crítico para análise da

realidade social, de maneira que instigue a consciência crítica dos usuários também, sobre seus direitos, trabalhando de forma interdisciplinar com outros setores e com abordagens grupais, para que possa promover a desburocratização para o acesso das políticas sociais, em especial, para o setor de saúde pública.

Em Campina Grande- PB podemos perceber os nossos representantes seguem a lógica imposta a nível nacional, que parte em defesa do modelo privado de saúde, além da falta de interesse por parte do Governo Federal em ampliar o Programa de Urgência e Emergência no município por meio da ampliação das UPAs, para que possa comportar todo o pública que se direciona as unidades.

Portanto, cabe à sociedade e seus sujeitos coletivos se articularem em defesa da construção de uma sociedade emancipada, que só seria possível a partir da articulação da classe trabalhador, em busca de efetivar o modelo desenvolvido pelo Movimento da Reforma Sanitária e em constante resistência e luta social, pois os governos tendem a fortalecer cada vez mais o modelo privatista, tendo em vista que desenvolve os plano de ação que são criados pelos os organismos internacionais e multilaterais, onde o Estado torna-se um “sujeito” passivo, para que o mercado financeiro possa se desenvolver e obter cada vez mais, o seu principal objetivo, o lucro.

## REFERÊNCIAS

ABEPSS. **Serviço Social: Direitos sociais e competências profissionais**. Brasília/DF: CFESS, 2009.

AGUIAR. Z. N. **SUS – Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011.

ARAUJO. D., Ellwanger. **A Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde: uma análise, por coordenadoria regional de saúde do Estado do Rio Grande do Sul**. 2012. 131f. Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização – Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRS). Rio Grande do Sul, 2012.

BARBOSA; Josusmar. **UPA Dinamérica é inaugurada e prefeito destaca avanços na Saúde de CG**. 2017. Disponível em: <[http://www.jornaldaparaiba.com.br/vida\\_urbana/upa-dinamerica-e-inaugurada-e-prefeito-destaca-avancos-em-cg.html](http://www.jornaldaparaiba.com.br/vida_urbana/upa-dinamerica-e-inaugurada-e-prefeito-destaca-avancos-em-cg.html)>. Acesso em: 27 nov. 2018.

BEHRING, E.R; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2006. (Col. Biblioteca Básica de Serviço Social; v.2.).

BEHRING, Elaine Rosseti. **Emancipação, Revolução Permanente e Política Social**. Que política social para qual emancipação? Brasília: Abaré Editorial, 2018.

BEHRING, Elaine. A Dívida e o calvário do fundo público. Associação dos Docentes da Universidade do Rio de Janeiro. **Revista ADVIR**, n. 36, (jul. 2017). Rio de Janeiro: ASDUERJ, 2017.

BOSCHETTI, Ivanete. Dívida pública e expropriação social. Associação dos Docentes da Universidade do Rio de Janeiro. **Revista ADVIR**, n. 36, (jul. 2017). Rio de Janeiro: ASDUERJ, 2017.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. (Série E. Legislação de Saúde).

BRAVO, Maria Inês; PEREIRA, Débora de Sales; MENEZES, Juliana Souza Bravo de; OLIVEIRA, Mariana Maciel do Nascimento. **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008.

CHESNAIS, Francois. **A Teoria de Regime de Acumulação Financeirizado**: conteúdo, alcance e interrogações. *Campina: Economia e Sociedade*, 2002, V.11, n. 1 (18), jan./junho. CHOSSUDOVSKEY, Michel. **A globalização da Pobreza**: impactos das reformas do FMI e do Banco Mundial. São Paulo: Moderna, 1999.

COSTA, M.D.H. O trabalho nos Serviços de Saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. **Revista Serviço Social e Sociedade**. 4. n. 62, p. 35-72, 2000.

DEMIER, Felipe. **Depois do golpe**: a dialética da democracia blindado no Brasil. Rio de Janeiro: Mauad X, 2017.

GRANJA, Gabriela Ferreira; VIANA, Ana Luiza d'Avilla; IBNÊZ, Nebsom *et al.* **Análise da Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências no SUS**: avanços e desafios na efetivação das Redes de Atenção a Saúde. Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <https://drive.google.com/drive/mobile/folders/1hx8QRij5ffgU1fFZPISDZJ-hM-RoGEdl?usp=sharing&fbclid=IwAR1C8jU0stuHb-tMPQbMzYRFiXt6T6q2CisPFXUN7oUrLupj4N4DzLeKe4U>. Acesso em: 11 nov. 2019.

IAMAMOTO, Marilda. **Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social**. Disponível em: [https://www.unifesp.br/campus/san7/images/servico-social/Texto\\_introdutorio\\_Marilda\\_Iamamoto.pdf](https://www.unifesp.br/campus/san7/images/servico-social/Texto_introdutorio_Marilda_Iamamoto.pdf). Acesso em: 11 out. 2019.

MASCARO, Alysson Leandro. **Dinâmica da crise e do golpe**: de Temer a Bolsonaro. In: **Margem Esquerda nº32** (pp. 25-32). São Paulo: Boitempo, 2019.

MENDONÇA, A. C. O.; DIAS, C. P. F.; ARAÚJO, M. S.; *et al.* Políticas de Saúde do Governo Lula: Avaliação dos primeiros meses de gestão. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 70, p. 109-124, 2005.

MÉZAROS, Istvan. **A Crise Estrutural do Capital**. São Paulo: Boitempo, 2011.

\_\_\_\_\_. **O século XXI socialismo ou barbárie?** São Paulo: Boitempo, 2012.

\_\_\_\_\_. Crise do capital e consequências societárias. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 111, p. 413-429, jul./set. 2012.

NAVES, Márcio Bilharinho. **Marxismo e direito**: um estudo sobre Pachukanis. Boitempo, São Paulo, 2000.

NETTO, J. P. Cinco notas a propósito da “questão social”. In: **Temporalis**. Ano 2, n. 3 (jan./jul. 2001), Brasília: ABEPSS, Graflina, 2001.

O'DWYER, G; MATTOS, R.A. Teoria da Estruturação de Giddens e os estudos de práticas avaliativas. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20 n. 2, p. 609-623, 2010.

OLIVEIRA, Saionara Nunes de; RAMOS, Bianca Jacqueline; PIAZZA, Marina; *et al.* Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h: percepção da enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, Jan-Mar; n. 24(1), p. 238-44, 2015.

PAIM, J.S. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PAIVA, Sálvea de Oliveira Campelo e. **Envelhecimento, saúde e trabalho no tempo do capital.** São Paulo: Cortez, 2014.

PAULANI, Leda. Bolsonaro, o ultraliberalismo e a crise do Capital. In: **Margem Esquerda n°32** (pp. 48-55). São Paulo: Boitempo, 2019.

SAMPAIO, Plínio de Arruda Junior. **A Crise Estrutural do capitalismo e os desafios da revolução.** In: JINKINGA, Ivan; NOBILE, Rodrigo (org.) Mézaros e os desafios do tempo histórico: São Paulo:Boitempo, 2011, p. 199-210.

SILVA, Alessandra Ximenes da. A contrarreforma na política de saúde e a função dos intelectuais coletivos. In: SILVA, A. X.; NÓBREGA, M. B.; MATIAS, T. S. C. **Contra-reforma, Intelectuais e Serviço Social: As inflexões na Política de Saúde.** Campina Grande: EDUEPB, 2017.

SILVA, Mayara Duarte; SANTOS, Girlan Guedes dos. O processo de contrarreforma na política de saúde: uma análise das expressões no município de Campina Grande. In: SILVA, A. X.; NÓBREGA, M. B.; MATIAS, T. S. C. **Contra-reforma, Intelectuais e Serviço Social: As inflexões na Política de Saúde.** Campina Grande: EDUEPB, 2017.

SILVA, Sheyla Suely de Souza; ALMEIDA, Larissa Martins de; ANDRADE, Sayonara Santos. Neoliberalismos e Contra-reformas das Políticas Sociais. In: SILVA, A. X.; NÓBREGA, M. B.; MATIAS, T. S. C. **Contra-reforma, Intelectuais e Serviço Social: As inflexões na Política de Saúde.** Campina Grande: EDUEPB, 2017.

TEIXEIRA, M. J. O. As Unidades de Pronto Atendimento Pré-Hospitalar Fixo: (UPAS)24h. O fetiche do novo modelo de gestão e o impacto no Sistema Único de Saúde. In: DUARTE, Marco José O.; ALMEIDA, Carla Cristina L. de; LAVINAS, Giselle M.; SOUZA, Rosimary G. de. **Política de Saúde Hoje: Interfaces & Desafios no Trabalho dos Assistentes Sociais.** Campinas, São Paulo: Papel Social, 2014, p.47-66.

TEIXEIRA, Mary Jane de Oliveira. **As Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) na Saúde: modelo de gestão privatizado com impacto para o trabalhador do setor.** Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo14/as-unidades-de-pronto-atendimento--upas--na-saude-modelo-de-gestao-privatizado-com-impacto-para-o-trabalhador-do-setor.pdf>. Acesso em: 12 out. 2019.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco; JÚNIOR, Marcos Drumond; CARVALHO, Yara Maria de. **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: HUCITEC, 2006.

VIEIRA, Danielle Kristhine Alécio Virtuoso. **Emancipação Política X Emancipação Humana**: desvendando o real significado do Plantão Social. São Luiz -MA, 2005. Disponível em:[http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppII/pagina\\_PGPP/Trabalhos2/Danielle\\_Kristhin\\_e\\_Alécio\\_Virtuoso\\_Vieira.pdf](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppII/pagina_PGPP/Trabalhos2/Danielle_Kristhin_e_Alécio_Virtuoso_Vieira.pdf). Acesso em: 02 set. 2019.

## AGRADECIMENTOS

Ao meu pai Adalberto e a minha mãe Edileuza, por me proporcionarem a melhor vida que poderia ter sem eles nada disso seria possível. As minhas irmãs, Thabata e Taiana por me apoiarem e me ajudarem sempre que preciso, aos meus sobrinhos Taina, Talles, Vitória e Kauã por todo amor, e ao meu irmão Tulio por também sempre me ajudar e apoiar. Deus me deu o maior e melhor presente que poderia ter, à minha família. A eles minha eterna gratidão.

A Deus é a quem dedico principalmente, este trabalho, pois sem Ele, esse momento que está sendo tão importante para mim, não seria possível. Sempre estive comigo, me protegendo e me colocando nos melhores caminhos. Muito obrigada por tudo, meu Deus.

Às minhas amigas Andreza, Vanessa e Dani, que desde a época de escola acreditaram em mim, e que sempre estiveram presentes em todos os momentos da minha vida, sejam os felizes ou os tristes, e que sempre respeitaram minhas escolhas e quem eu sou... Que assim permaneça ao longo de nossas vidas. Agradeço também a amiga mais recente, que também foi um presente de Deus em minha vida, Kamila, por sempre me incentivar a ser uma pessoa melhor.

À banca examinadora, pelas contribuições e participação neste momento tão importante da minha formação profissional e a minha querida orientadora Thaísa por toda paciência para comigo e atenção.

Agradeço também, a todos que participaram e contribuíram de certa maneira, no meu desenvolvimento acadêmico, aos professores tão queridos e compreensivos, e aos meus colegas da turma 2014.2.