



UEPB

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
COORDENAÇÃO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

JULIANA ALVES DE SOUZA

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: PERSPECTIVAS E PRÁTICAS DE ATENDIMENTO
NO SUS**

CAMPINA GRANDE - PB
2018

JULIANA ALVES DE SOUZA

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: PERSPECTIVAS E PRÁTICAS DE ATENDIMENTO
NO SUS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de Serviço
Social da Universidade Estadual da
Paraíba como requisito para a obtenção
do título de Bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Ma. Thaísa Simplício Carneiro Matias

CAMPINA GRANDE - PB
2018

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.

S729s Souza, Juliana Alves de.
Serviço social e saúde: [manuscrito] : perspectivas e práticas de atendimento no SUS / Juliana Alves de Souza. - 2018.
21 p.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2019.
"Orientação : Profa. Dra. Thaísa Simplício Carneiro Matias, Coordenação do Curso de Serviço Social - CCSA."
1. Serviço social. 2. Saúde pública. 3. Sistema Único de Saúde (SUS). I. Título
21. ed. CDD 362.1

JULIANA ALVES DE SOUZA

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: PERSPECTIVAS E PRÁTICAS DE
ATENDIMENTO NO SUS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de
Serviço Social da Universidade
Estadual da Paraíba como requisito
para a obtenção do título de
Bacharela em Serviço Social.

Artigo aprovado em: 20 de Agosto de 2018.

Nota: 9,0.

BANCA EXAMINADORA

Thaísa Simplicio Carneiro Matias

Ma. Thaísa Simplicio Carneiro Matias – DSS/CCSA/UEPB
(Orientadora)

Maria do Socorro Pontes de Souza

Ma. Maria do Socorro Pontes de Souza – DSS/CCSA/UEPB
(Examinadora)

Aliceane de Almeida Vieira

Ma. Aliceane de Almeida Vieira DSS/CCSA/UEPB
(Examinadora)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	5
2 CRISE DO CAPITALISMO E OS REBATIMENTOS NA POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA.....	5
2.1 O SUS NO GOVERNO DO PARTIDO DOS TRABALHADORES E PÓS-GOLPE.....	11
3 O SERVIÇO SOCIAL NA CONTEMPORANEIDADE: PERSPECTIVAS E ATUAÇÕES.....	13
3.1 O SUS A PARTIR DA CONCEPÇÃO DOS USUÁRIOS: UMA INTERVENÇÃO DO GRUPO DE ESTAGIÁRIAS NO HOSPITAL ALCIDES CARNEIRO.....	16
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
REFERÊNCIAS.....	19

O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL: PERSPECTIVAS E PRÁTICAS DE ATENDIMENTO ATRAVÉS DO SUS

Juliana Alves

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo analisar através do relato de experiência o trabalho do assistente social no Sistema Único de Saúde (SUS), procurando entender como se dá o trabalho de viabilização dos atendimentos no âmbito do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), como são desenvolvidas as ações e que perspectivas éticas este profissional deve ter enquanto sujeito social comprometido com a garantia de direitos. Desse modo, há também no corpo do trabalho, uma compreensão da saúde na perspectiva de saúde pública, buscando elementos que possibilitem um entendimento no sentido de apreendê-la no contexto neoliberal, considerando avanços e desafios do SUS. Assim sendo, este trabalho é fruto do estágio obrigatório em serviço social realizado no Hospital Universitário Alcides Carneiro de Campina Grande-PB no período 2013 a 2014, sendo de grande valia por proporcionar a aproximação teoria/prática, procurando entender como se dá a atuação do assistente social e que relevância este profissional tem para suas respectivas realidades dentro da busca por atendimentos, fator que em muito contribuiu para reflexões importantes em torno da prática e do entendimento sobre a saúde enquanto direito primordial bem como as ações desenvolvidas pelo serviço social.

Palavras-chave: Serviço Social. SUS. Saúde Pública. Direito Social.

ABSTRACT

This study aims to analyze through the experience report the work of the social worker in the Unified Health System (SUS), trying to understand how the work of enabling the care in the scope of the University Hospital Alcides Carneiro (HUAC), as they are actions are developed and what ethical perspectives this professional should have as a social subject committed to guaranteeing rights. Thus, there is also in the body of work, an understanding of health from the public health perspective, seeking elements that enable an understanding in order to grasp it in the neoliberal context, considering advances and challenges of the SUS. Therefore, this work is the result of the obligatory internship in social work performed at the University Hospital Alcides Carneiro Campina Grande-PB from 2013 to 2014, and is of great value for providing the approach theory / practice, seeking to understand how the action of the social worker and what relevance this professional has for their respective realities in the search for care, a factor that greatly contributed to important reflections on the practice and understanding of health as a primordial right as well as the actions developed by the social service.

Keywords: Social Work. SUS. Public health. Social law.

1. INTRODUÇÃO

Este estudo parte de uma reflexão acerca do Sistema Único de Saúde (SUS) no que tange a sua forma de atendimento enquanto direito do cidadão e dever do Estado, se configurando como uma grande conquista social, principalmente para a população de baixa renda e sua relação com o trabalho do assistente social.

É nesse contexto que a atuação do assistente social surge como viabilizadora desses direitos, devendo estabelecer parâmetros éticos de trabalho, renovando sua prática sempre que houver mudanças que se mostrem significativas dentro dos processos de promoção da saúde e bem estar dos sujeitos.

O serviço social nasceu no bojo da sociedade capitalista monopolista, quando o acúmulo do capital se refletia claramente na vida dos sujeitos, resultando no alargamento da questão social, uma vez que o proletariado se encontrava em precárias condições de vida e entrou na cena política para a busca de direitos sociais.

Com o passar dos anos e a complexidade das relações sociais houve uma ampliação das demandas sociais, ensejando do serviço social uma ressignificação das suas formas de atuação, sobretudo quando atrelada ao atendimento de saúde. Com o debate sobre a política de saúde pública e conquista do SUS, o assistente social passa a atuar de forma mais efetiva na perspectiva da garantia de direitos, materializada agora na viabilização de condições que promovam o acesso aos serviços de saúde.

Dentro dessa perspectiva, o presente trabalho visa refletir acerca da atuação do assistente social no contexto da saúde pública, procurando perceber como a promoção do acesso aos atendimentos consegue dar conta das demandas trazidas pela população, principalmente em tempos de suspensão de garantias dos direitos ocasionada pela atuação de um governo golpista e ilegítimo.

São questões abordadas a partir de uma compreensão crítica em que o assistente social aparece como um elo viabilizador de direitos, com profissionais conscientes de seu papel enquanto agente e viabilizador de direitos sociais garantidos constitucionalmente.

Trata-se de uma revisão de literatura sobre o tema, com natureza qualitativa, na qual fizemos uso da observação nas salas de espera do Projeto de Intervenção da particularidade do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) de Campina Grande/PB, onde foi realizado o estágio obrigatório em serviço social, entre 2013 a 2014.

É um estudo, realizada no período de estágio, o qual aconteceu no Hospital Universitário de Campina Grande e pode ocasionar o encontro entre teoria e prática, contribuindo para a reflexão em torno do compromisso ético exigido pelo assistente social no processo de promoção de saúde através da assistência a ser ofertada.

Dessa forma, o estudo procurou analisar os limites e possibilidades colocados na prática do assistente social, observando sua atuação na operacionalização da Política de Saúde, entendendo os contextos de cada sujeito para que assim seja possível garantir os atendimentos de qualidade.

2 CRISE DO CAPITALISMO E OS REBATIMENTOS NA POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA

A saúde enquanto direito de todos os cidadãos, emerge no constitucionalismo contemporâneo inserido na categoria dos direitos nacionais. A Constituição Federal

brasileira de 1988 incorporou claramente esse caráter ao estabelecer em seu artigo 196 que esse direito “será garantido mediante a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Dessa forma, percebe-se que o texto constitucional de 1988 coloca o direito à saúde como direito público afirmando que é de responsabilidade do Estado que devem desenvolver políticas que venham a garantir esse direito através de ações contínuas que possam viabilizar a qualidade e a universalidade da oferta em todo território nacional.

Dentro desse aspecto, é possível entender que a formulação da política pública de saúde perpassa as práticas institucionais e exige medidas de fortalecimento do setor público no sentido de conseguir estruturar um sistema que possa garantir essa universalização, fator que demanda, além da organização do Estado, a disponibilidade de capital suficiente para subsidiar ações que atinjam todo o território nacional.

Levando em consideração essa afirmativa, entende-se que a garantia da qualidade do atendimento está atrelada à organização política e econômica do país, uma vez que a promoção das políticas públicas de saúde exige planejamentos e investimentos cada vez mais estruturados, ocasionando de modo imprescindível, a correlação entre capital e trabalho.

Para Sarreta (2009) a compreensão das políticas sociais e da política de saúde brasileira na atualidade está relacionada ao formato que vem adquirindo desde suas origens. O acesso à assistência à saúde como um direito reconhecido das classes assalariadas foi sempre vinculado ao direcionamento da política econômica, realidade que demonstra uma intensa relação entre as dimensões históricas, econômicas, política e cultural na trajetória das políticas públicas de saúde no Brasil, principalmente no que tange à dependência dessas políticas ao capital.

Para uma melhor compreensão dessa afirmativa, é necessário entender o percurso histórico da formalização das políticas de saúde brasileira, no sentido que é somente a partir da década de 1930 no governo de Getúlio Vargas que o Estado demonstra sua influência a partir de uma política desenvolvimentista e de planejamento de sua intervenção. É nesse período que a saúde foi considerada como fator econômico junto de outras políticas, correlacionada ao controle social e subordinada ao andamento da economia (FALEIROS, 2000).

Esse fator configurou-se como um modelo que seguiria a tônica da social democracia em que há de modo mais incisivo a intervenção do Estado no desenvolvimento econômico-social tendo como lógica o intervencionismo, o qual irá se configurar como uma estratégia tão somente de intervenção, na qual o próprio estado materializa a criação de diversas instituições, satisfazendo um sentimento nacionalista ascendente, sem que as experiências de planejamento incorporassem a problemática em sua plenitude (SILVA, 1996).

Este direcionamento valorizou, sobretudo, a questão trabalhista, atendendo às demandas do projeto de modernização do país. Foi um momento em que o poder público ofereceu um escasso leque de políticas sociais voltadas tão somente para o segmento assalariado, oficializando o que Santos (1993) classifica como “estratificação da cidadania”. Sobre essa conjuntura, Silva e Moura (2015, p. 104) dizem que:

Emergem daí transformações societárias substantivas, especialmente no âmbito do Estado, no tocante ao desenvolvimento das práticas sociais,

apresentando significativos retrocessos em áreas como a política de saúde pública (SILVA; MOURA, 2015, p. 104).

O período que compreende o Estado Novo trouxe consigo a consolidação da atuação no campo das políticas econômicas e sociais, de forma mais articuladas. Foi uma fase de maior autonomia no que tange a promoção do desenvolvimento social. Houve um reordenamento da economia mundial, o que apontou para maiores preocupações com as questões pensadas para o desenvolvimento.

De 1946 a 1964, o traço marcante da ação política foi o populismo, voltado para o relacionamento Estado-sociedade, trazendo em seu bojo, mecanismos que permitiram ações ambíguas, pois de um lado favoreceram a manipulação das aspirações dos trabalhadores e do outro apoiaram o crescimento dos movimentos populares. As questões de cunho social passaram a ser tratadas via ampliação do aparelho estatal com intervenções dirigidas ao atendimento das necessidades populares.

Já a década de 1970 foi marcada pelo que se convencionou chamar de crise da saúde, caracterizada por um modelo hegemônico centrado em altos custos, o qual não considerou o processo saúde-doença-cuidado. A grande recessão econômica gerou uma crise estrutural do capitalismo, forçando os governos a conviver com a redução dos investimentos sociais, inviabilizando assim o atendimento adequado à população.

Para Mendes (1996) essa crise evidenciou a incapacidade de se conciliar as estratégias de controle de gastos dos sistemas de saúde e as demandas que exigem a expansão desse mesmo sistema, gerando um caos nos atendimentos e reforçando as diferenciações sociais entre os que precisavam dos cuidados médicos.

De fato, a permanência da expansão e da acumulação do capitalismo ocasionou o afastamento do Estado para com o âmbito social, o que implicou impactos negativos para o desenvolvimento e manutenção das políticas de saúde, implicando em reduções de ações e estratégias de melhoramento, prejudicando a oferta e a dinâmica dos atendimentos.

Essa realidade se reflete de forma direta nos serviços essenciais, prejudicando o acesso da população de baixa renda e ampliando problemas sociais. É uma questão que necessita de um aprofundamento mais incisivo por parte do Estado no sentido de buscar soluções viáveis à integralização de práticas que consigam manter uma oferta satisfatória no âmbito dos atendimentos, percebendo a saúde como setor essencial ao processo de desenvolvimento econômico, uma vez que a falta de assistência acarreta problemas muito maiores, demandando muito mais investimentos.

A adoção de políticas macroeconômicas restritivas visando exclusivamente o cumprimento de metas de inflação e de ajuste de contas externas exige sempre superávits primários fiscais altos, implicando na redução dos gastos públicos sociais e em limites aos atendimentos essenciais à população, construindo uma realidade que contribui para dificultar a qualidade dos serviços, sendo a saúde um dos setores mais prejudicados. Para Mendes (1996, p. 75):

Os efeitos da crise contemporânea do capitalismo na saúde pública brasileira ocorreram basicamente na financeirização dos recursos públicos e na apropriação do fundo público pelo capital em busca de sua valorização.

De fato, essa terceirização dos recursos públicos ocorrida nas décadas de 1970 e 1980 imprimiu novas posturas ao mercado nacional, concentrando o capital nas mãos de grandes grupos oligopolistas e ampliando as dívidas do país, implicando numa perversa lógica capitalista que termina por consolidar uma crise sem precedentes no setor público.

Diante dessa realidade de mercantilização da oferta de atendimento, Tenenblat (2014) afirma que esse acontecimento terminou por dinamizar a iniciativa privada, minimizando a intervenção do Estado na área social e ampliando problemáticas em torno das perspectivas de melhorias nas várias áreas que compõem o bem-estar dos cidadãos.

Com efeito, a abertura do mercado retirou a responsabilidade do Estado na atribuição de prover os serviços sociais, sobretudo nas áreas de saúde, educação e previdência social, os quais são gradativamente transferidos para empresas privadas e organizações não governamentais, realidade que acentua a dificuldade de acesso, gerando o aprofundamento dos problemas em torno da consolidação de políticas públicas. É uma realidade que amplia a deficiência do setor porque traz embutido um embate político que termina por interferir na origem e no destino dos recursos.

Ao considerar a saúde enquanto política social é possível entender que se faz necessário estruturar medidas e ações capazes de oportunizar a participação dos indivíduos, estabelecendo um sistema de atendimento voltado para a coletividade e tendo em vista a formalização da cidadania por meio de uma ampla cobertura, percebendo que o atendimento deve priorizar os determinantes sociais, políticos e econômicos mais amplos com vistas à equidade e sustentando uma orientação que possa primar pela qualidade.

Nesse sentido, a construção da política de saúde envolve diversos aspectos sociais, políticos e econômicos colocando em pauta vários atores e sujeitos sociais e exigindo estratégias, planos, instrumentos e processos mediados por instituições que tenham como objetivo comum, a consolidação de sistemas capazes de abranger de forma equitativa todos os cidadãos, tendo como possibilidades um sistema de atendimento capaz de dar conta de todas as demandas apresentadas pela população. A Reforma Sanitária foi um movimento de cunho social de lutas contra a ditadura militar que ocorreu na década de 1970 e que se refere a um conjunto de ideias que unia as mudanças e as transformações necessárias não somente na área da saúde, mas também em todas as áreas para que assim pudesse garantir melhorias nas condições de vida da população brasileira.

Foi nesse sentido que a VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em março de 1986 lançou as bases para as mudanças necessárias no contexto da saúde pública brasileira. Impulsionada pelo projeto da Reforma Sanitária brasileira, o evento foi decisivo para a elaboração do capítulo referente à saúde na Constituição Federal de 1988, tornando a saúde um direito de todos e um dever do Estado (BRAVO, 2000).

Torna-se relevante destacar que a implementação do SUS se deu gradativamente em substituição do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), inaugurando uma atuação de assistência à saúde em caráter universal, tencionando ampliar os atendimentos, mas sem dispor de recursos suficientes (realidade que determinou, nas décadas que se seguiram, ao redirecionamento do Estado no sentido de tentar por em prática estratégias alternativas para garantir a lógica dos financiamentos). Sobre esse fato Souza (2002, p. 15) coloca que:

O SUS inicia a sua atuação na área da assistência à saúde com caráter universal, utilizando-se de uma instituição que tinha sido criada e organizada para prestar assistência a uma parcela limitada da população. Uma das consequências desta “preservação” foi o estabelecimento de limites físicos e financeiros para as unidades federadas na lógica do INAMPS, que garantiria a manutenção da situação até então vigente. Ou seja, o SUS não adotou uma lógica própria para financiar a assistência à saúde de toda a população o que significaria um grande remanejamento da alocação de recursos entre os estados. Essa medida, sem dúvidas, geraria uma forte reação política dos estados mais desenvolvidos e que contavam com uma maior proporção de recursos (SOUZA, 2002, p. 15).

Essa realidade originou uma imensa desigualdade na divisão dos recursos entre os estados ao passo que também recrudesceram as propostas de formulação do projeto de Reforma Sanitária, ficando o debate ofuscado pela política de ajuste neoliberal ocorrida na década de 1990.

Dentro desse contexto, a consolidação do projeto de saúde voltou-se para o mercado ocorrendo o desvio das funções básicas contidas na proposta de atendimento do SUS, fator que se constituiu em uma fragilização das lutas sociais pelas melhorias na saúde pública.

A proposta de Política de Saúde construída na década de 1980 tem sido desconstruída. A Saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. A refilantropização é uma de suas manifestações com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir os custos. Com relação ao Sistema Único de Saúde (SUS), apesar das declarações oficiais de adesão ao mesmo, verificou-se o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e uma omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral (BRAVO, 2000, p. 14).

O que se tem percebido é uma transferência ainda maior de assistência da esfera dos direitos para a esfera do mercado, uma vez que a iniciativa privada no âmbito do SUS foi permitida através da Lei Nº 9.637/1998 a qual dispõe sobre a qualificação das organizações para prestarem serviços nas áreas de saúde, educação, cultura, esporte, ciência e tecnologia, normatizando assim o recebimento de recursos do estado para prestarem serviços, reafirmando assim a lógica neoliberal e amplificando as desigualdades sociais.

Para Júnior (2014) esse período marca a proliferação dos planos de saúde, invertendo o sentido da complementariedade previsto na Constituição Federal para o SUS uma vez que a iniciativa privada torna-se predominante no interior do sistema e a assistência estatal passa a ser complementar à iniciativa privada.

Esse projeto de saúde se articula ao mercado e a modelo médico assistencial privatista, sendo uma forma de pautar uma política de ajuste com objetivo de conter gastos e a racionalizar a oferta, realidade que termina por prejudicar a população mais carente e desvirtuar os reais objetivos do SUS enquanto dever do Estado e para todos.

Para Bravo (2000) trata-se de um projeto individualista e fragmentador da realidade que se contrapõe às concepções coletivas e universais contidas nos fundamentos do SUS porque principalmente, exclui grande parte da população e a ela relega um atendimento básico e superficial.

O direcionamento das ações do SUS advém de perspectivas sociais na medida em que compreende a saúde pública como um aspecto inerente ao bem estar social, razão que coloca em evidência a necessidade de ampliação do debate em torno das melhorias de abrangência e oferta de atendimentos diversificados, construindo assim um contexto capaz de compreender todos os aspectos relacionados à saúde. Para Oliveira et al (2008, p. 197):

O SUS reveste-se de importância no quadro sanitário brasileiro, não somente como estrutura de organização institucional da área da saúde e modelo de atendimento à clientela, mas especialmente pela mudança impressa nas formas de direcionar, conceber, pensar e fazer a assistência à saúde no país.

Esse aspecto leva à compreensão de um modelo de sistema capaz de dar conta de todas as especificidades nacionais, tendo como caracterização a prestação de assistência a partir da promoção de saúde por meio de ações conjuntas. É um fator que formaliza a necessidade de ampliação das perspectivas sociais, buscando meios que possam contemplar o fortalecimento do SUS enquanto política social efetiva, tendo na ação política, a conscientização das necessidades impostas pelas realidades econômicas da época o que certamente aponta, nesse caso, para a estruturação de uma política nacional de saúde diversa capaz de responder de forma eficiente a cada região de acordo com suas respectivas necessidades.

É um contexto que ressalta o entendimento de que historicamente as políticas sociais no Brasil caracterizaram-se como subordinadas aos interesses econômicos e políticos, sendo por diversos momentos implementadas por meio de práticas assistenciais isoladas que quase nunca compreenderam de fato a cobertura nacional, colocando em jogo a promoção do bem estar social.

As políticas sociais e a formatação de padrões de proteção social são desdobramentos e até mesmo respostas e formas de enfrentamento – em geral setorializadas e fragmentadas - a expressões multifacetadas da questão social no capitalismo, cujo fundamento se encontra nas relações de exploração do trabalho (BEHRING et al, 2009, p. 51).

Tais políticas por vezes refletem ações que não incorporam o reconhecimento dos direitos sociais e a julgar pela extensão territorial do país, bem como sua heterogeneidade cultural, econômica e social é possível perceber a dificuldade em desenvolver políticas sociais que consigam dar conta de tais especificidades, apontando assim para a necessidade de medidas muito bem articuladas e comprometidas ancoradas no Estado.

Partindo dessa perspectiva, o SUS é resultado da luta do Movimento de Reforma Sanitária uma conquista da sociedade civil, saúde enquanto uma das expressões da chamada questão social, realidade que trouxe para o contexto dos planejamentos estruturais, a necessidade de compreensão em torno das relações existentes entre a promoção da saúde, o bem estar social e o papel do sistema através da intervenção do Estado, a fim de efetivar premissas e princípios em prol de uma maior resolutividade da assistência à saúde.

Assim, a perspectiva maior compreendida pela criação/desenvolvimento do SUS enquanto política social perpassa o entendimento das dimensões históricas, econômicas, políticas e culturais como elementos articulados, consolidando a importância que este sistema representa enquanto processo de melhoria das condições de vida do povo brasileiro ao ofertar atendimentos diversificados, centrados na integralidade dos serviços e contribuindo para novas reorganizações

sociais, não podendo estar sujeito a um projeto de atuação mercantilizado, dividindo ações e hierarquizando atendimentos de acordo com a iniciativa privada.

2.1 O SUS no governo do Partido dos Trabalhadores e pós-impeachment

A eleição de um governo de esquerda em 2002 trouxe grandes perspectivas no que diz respeito ao cumprimento das reivindicações expostas pela reforma sanitária. Os discursos em torno de modificações e melhorias no atendimento geraram um pensamento esperançoso de que de fato ocorressem mudanças significativas no sistema de atendimento brasileiro.

No entanto, o governo eleito manteve a política anterior, atendendo aos interesses corporativistas e de mercado, se afastando ainda mais das perspectivas formuladas pela reforma pretendida na década de 1980. A privatização continuou através da contratação de forma substituta à rede pública dos serviços privados, endossando a aparelhagem no setor privado e ampliando a decadência do serviço público. Sobre essa realidade Júnior (2014, p.39) coloca que:

Com a rede própria do SUS fragilizada e os profissionais médicos optando pelo exercício profissional na rede privada contratada/conveniada, a população e os gestores ficaram totalmente reféns da rede privada e das corporações profissionais organizadas em instrumentos de intermediação de mão de obra denominados “cooperativas” formando verdadeiros cartéis pelo país afora.

Esse fato tem oportunizado a ampliação dos planos de saúde privados, aprofundando ainda mais as desigualdades sociais uma vez que os serviços especializados muitas vezes só são disponíveis neste tipo de atendimento e a população menos favorecida quase sempre não dispõe de recursos financeiros para utilizar tais serviços.

É uma situação que vem reconfigurando a maneira de entender a saúde no país, simbolizando uma crescente discrepância entre as propostas sociais representadas pela criação do SUS e sua real forma de atuação, o que contribui para um intenso debate em torno da urgente necessidade de revisão na estrutura do sistema.

Através da implementação de propostas de terceirização dos trabalhadores em saúde e da tentativa de organizar um serviço que atendesse ao anseio social, é possível perceber que o governo de Luiz Inácio Lula da Silva foi palco da conciliação de iniciativas contraditórias: de um lado diretrizes liberais e do outro, uma pauta desenvolvimentista em que o resultado dos financiamentos executados através dos procedimentos realizados atende à lógica do mercado, tornando-se incompatível financeira e politicamente com uma ideia de sistema universal, pois os valores tendem a aumentar de modo que se torna inviável viabilizar a disposição de recursos para tais procedimentos, gerando a “impossibilidade” de financiamento público.

Dessa forma Lula centrou estratégias em programas e ações focalizadas, mas também conservou em seu programa, medidas liberais as quais não alteraram a correlação entre capital e trabalho.

Para Bravo (2000) também houve alguma intenção do governo Lula em apresentar novas propostas a essa universalização. O que de fato ocorreu foi uma tentativa de atender a dois projetos: a continuação da terceirização dos recursos humanos com ênfase no desfinanciamento e medidas de caráter incremental através

de alterações na estrutura organizativa do sistema com ênfase na criação de secretarias, visando tornar as ações mais céleres. Sobre esse aspecto, Soares (2010, p. 15) enfatiza que:

No governo Lula, se corporifica um “novo” projeto que se relaciona umbilicalmente ao projeto privatista: o SUS possível, defendido pelas antigas lideranças do Movimento da Reforma Sanitária, flexibilizando os princípios político-emancipatórios que orientam sua racionalidade, em nome da modernização e aperfeiçoamento do SUS.

Foi uma reforma administrativa que apontou para uma integração na atenção básica, destacando os recursos humanos como prioridade para a melhoria do atendimento.

Ao lado dessas ações, Menicucci (2011) as propostas inovadoras como a política de saúde bucal, a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), o programa Farmácia Popular, a ampliação da atenção básica através da Estratégia Saúde na Família (ESF), a expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as ações voltadas para grupos específicos como a Política Nacional de Atenção Integral à saúde da mulher; o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas; ações relativas à saúde da população negra dos quilombolas, de indígenas e assentados dentre outras.

São ações incrementais com a ampliação quantitativa de recursos consolidando pequenas mudanças e melhorias nos atendimentos, mas que ainda necessitam ampliar a oferta para que de fato sejam consideradas eficazes.

Também houve uma redefinição das diretrizes e responsabilidades de cada esfera do governo, visando assim o fortalecimento da gestão. As transferências de recursos foram modificadas, passando a ser divididas em blocos de financiamento o que, segundo Menicucci (2011), reduziu a fragmentação dos recursos se configurando como a consolidação da autonomia dos entes federados na gestão dos recursos.

De fato essas ações no processo de implantação dos princípios do SUS consolidaram um novo panorama, mas os debates em torno da regulação das condições sistêmicas de financiamento e provisão de bens públicos e serviço de saúde ainda se encontram estagnados, o que dificulta a utilização da rede de serviços privados por parte da população reforçando as desigualdades nas condições de saúde e no acesso à atenção, realidade que descortina a urgência de soluções para que o sistema possa cumprir com sua universalidade.

Para tanto, torna-se imprescindível que a sociedade tome lugar no diálogo político e na luta em torno da melhoria na saúde pública a ser ofertada pelo SUS, tarefa que enseja o aprofundamento do debate e a mobilização social.

Nesse sentido, torna-se necessário discutir acerca do acesso da população no âmbito da universalidade desses serviços, bem como refletir sobre a presença de profissionais que possam ampliar a consistência dos atendimentos, favorecendo a formação de espaços onde a cidadania possa ser exercida através de um atendimento mais humanizado.

As manobras parlamentares, jurídicas e midiáticas que culminaram com o afastamento da presidenta Dilma Rousseff trouxeram à tona uma agenda de desmandos, cristalizados em ações que fundamentaram, entre outras coisas, o desmantelamento da saúde iniciando pela nomeação de Ricardo Barros para o Ministério da Saúde em 2016, demonstrando assim um desrespeito à saúde pública uma vez que o mesmo sempre esteve ligado ao setor privado, inviabilizando ações

que pudessem apontar para a melhoria dos atendimentos públicos. As parcerias com o setor privado, inclusive com o capital estrangeiro, ocasionaram a redução dos gastos com a saúde pública estatal, contribuindo com o desmonte do SUS.

Continuando com a agenda de desrespeito à saúde, o governo ilegítimo conseguiu aprovar a PEC 241 (hoje Emenda Constitucional Nº 95/2016) que limita o aumento dos gastos públicos pelos próximos vinte anos, atingindo de forma implacável os serviços, uma vez que serve de desculpa para a redução de repasses, prejudicando ainda mais a população mais carente na medida em que estados e prefeituras não conseguem arcar com os gastos em saúde e o Ministério da Saúde precisa complementar esses recursos; garantindo atendimento nas unidades básicas e saúde na família, além de exames, cirurgias, transplantes dentre outros atendimentos. Com o crescimento da população, esses atendimentos aumentarão, necessitando de mais investimentos e não um congelamento como pretende o governo Temer, mostrando mais uma vez um descaso com a população brasileira.

Dentre os ataques ao SUS neste governo ilegítimo, chamamos atenção para a aproximação com o setor privado, reduzindo gastos com a saúde pública estatal, afetando grande parcela da população, sobretudo através da emenda Constitucional, nº 95/2016 a qual congela os gastos sociais por até 20 anos, retirado da saúde, valores consideráveis de investimentos.

São ações que afetam de forma direta toda população carente, prejudicando os atendimentos e dificultando ainda mais o acesso a uma saúde de qualidade. A EC 95 limita gastos, transformando a saúde em um negócio rentável aos planos de saúde na medida em que sucateia o atendimento público, supervalorizando os planos de saúde populares.

É sobre este contexto que buscaremos discutir o exercício profissional serviço social no item a seguir.

3 O SERVIÇO SOCIAL NA POLITICA DE SAÚDE: perspectivas e atuações

O acesso à saúde pública possui diversos aspectos condicionantes, os quais vão desde o costume de buscar serviços na atenção básica até a superação de grandes distâncias geográficas. Há uma gama de elementos culturais, políticos, econômicos e sociais que delinham as formas de oferta e procura dos serviços de saúde.

Dentro dessa conjuntura, a valorização de um acesso universal tem sido uma bandeira constante na tentativa de regulamentar vários serviços. A Cartilha dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2006, p. 38) refere que “todo cidadão tem o direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, visando um atendimento mais justo e eficaz”. Essa organização tem como objetivo principal organizar os serviços para garantir o direito à saúde.

Partindo desse cenário, a presença do assistente social, tornou-se uma realidade possível e necessária no sentido de oportunizar o trabalho com educação e promoção de saúde, considerando todos os envolvidos na área da saúde, sejam profissionais e usuários. O planejamento e execução das ações que desenvolve, devem abrir margem para a melhoria e humanização dos atendimentos, consolidando assim a prática da seguridade social.

Para Kruger (et al, 2009) as possibilidades de trabalho multiprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais estão contando com a presença de assistentes sociais, muitas vezes na coordenação, na gestão e no planejamento, mas as demandas espontâneas ou encaminhadas pelas unidades de saúde.

Essas demandas geralmente dizem respeito a questões de cunho social tais como: carência socioeconômica, dificuldade de deslocamento e acesso a consultas especializadas e até mesmo falta de informação correta, o que termina por comprometer o tratamento dos pacientes.

São problemas que não chegam isolados ao serviço social, mas quase sempre acompanhados de outras necessidades, seja a busca por vagas em escolas; assistência social (especialmente de modo à focalização no Programa Bolsa Família) ou até mesmo a busca por direitos previdenciários, reforçando assim a relevância do assistente social enquanto viabilizador de soluções socioculturais dentro e fora do espaço clínico.

Os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (BRASIL, 2009, p. 14) deixam claro que:

Compreende-se que cabe ao serviço social numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do SUS, formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social ao atendimento, considerando que o código de ética da profissão apresenta ferramentas fundantes para o trabalho dos assistentes sociais na saúde em todas as suas dimensões: na prestação de serviços diretos à população, no planejamento e na assessoria.

São atribuições que apontam para uma atuação que possa garantir um acesso social efetivo à saúde, fortalecendo a proteção social como princípio básico do trabalho a ser desenvolvido junto às equipes de saúde, desconstruindo a relação de atendimento meramente curativo e clínico individual e reforçando as bases para a humanização das formas de planejar e executar as políticas públicas.

Ainda nesse contexto, a presença do assistente social na saúde pública também abrange a incumbência de:

Promover o acesso da população à saúde como direito adquirido, de forma universal, realizando seu serviço de modo que o usuário tenha informações claras ao procurar o serviço, um atendimento humanizado, acesso aos serviços de média e alta complexidade (MOSCON; KRUGER, 2010, p. 89).

É uma atuação que tem como essência a promoção da cidadania, tentando modificar a realidade social dos usuários, melhorando a qualidade de vida e sanando as necessidades dos sujeitos através da assistência social direcionada.

A municipalização da saúde trouxe consigo a implantação de diversos programas de promoção e prevenção da saúde, dentre eles o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), ampliou as possibilidades de articulação intersetoriais entre as equipes multidisciplinares, fortalecendo a sistematização dos trabalhos na perspectiva de garantir, que o assistente social possa desenvolver um trabalho mais próximo das famílias, gerando assim a melhoria na qualidade e na abrangência dos atendimentos.

É uma realidade que vem a consolidar a presença do assistente social nas equipes de saúde, ampliando um serviço de atenção que tem como princípio básico diminuir desigualdades e fomentar a justiça social, razão pela qual é cada vez mais comum a presença desse profissional das unidades de saúde básica.

A globalização ocorrida nos últimos anos trouxe consigo um contexto de exclusão ocasionado principalmente em razão da aliança entre o capital bancário e o capital industrial. Esse fato instaurou novos padrões de trabalho acarretando em

demandas sociais cada vez mais urgentes, uma vez que grande parcela da população se tornou excedente.

Essa realidade descortinou a necessidade de amadurecimento no que tange ao trabalho do assistente social na contemporaneidade no sentido de que a objetivação do acesso aos direitos sociais, materializados nos serviços sociais públicos, estabeleceram outros contextos, remodelando assim o cotidiano do exercício profissional.

Todo esse entendimento é fruto de um processo de ressignificação iniciado com as Políticas Públicas de Saúde no Brasil, sobretudo com a Reforma Sanitária Brasileira, as quais mesmo de maneira tímida no início de suas articulações, apontaram para proteções sociais indispensáveis à vida dos sujeitos. Sobre esse aspecto, Duarte (2003, p. 102) coloca que:

É nesse contexto que se situam o salto epistemológico, a análise ontológica e a ruptura política e técnica-assistencial com o conceito de saúde biológico para uma definição histórica atrelada a um novo processo de trabalho na saúde que se inscreva no novo ordenamento do próprio trabalho da e na saúde que se fazia urgente e necessário (DUARTE, 2003, p. 102).

Foi nesse âmbito de renovação que o serviço social recebeu apoio e pode desenvolver-se enquanto mecanismo de proteção social, sobretudo aos trabalhadores, os quais desprovidos de quase todos os direitos, necessitavam cada vez mais de assistência.

Essa mudança iniciada na Reforma Sanitária Brasileira, imprimiu novas significações ao serviço social, construindo as bases para a implementação de políticas sociais capazes de ampliar a dinâmica do trabalho coletivo no campo da saúde, tendo na ação cotidiana dos assistentes sociais uma forma de consolidar o atendimento. Sobre esse aspecto, Iamamoto (1998, p. 4) afirma que

O serviço social brasileiro contemporâneo apresenta uma feição acadêmico e social renovada, voltada à defesa do trabalho e dos trabalhadores, do amplo acesso à terra para a produção de meios de vida, ao compromisso com a afirmação da democracia, da liberdade, da igualdade e da justiça social no terreno da história. Nessa direção social, a luta pela afirmação dos direitos da cidadania, que recomeça as efetivas necessidades e interesses dos sujeitos sociais, é hoje fundamental como parte do processo de acumulação de forças em direção a uma forma de desenvolvimento social inclusiva para todos os indivíduos sociais (IAMAMOTO, 1998, p. 04).

De fato, esse conceito hoje estabelecido e praticado através das diversas ações sociais, é fruto e expressão de um amplo movimento de lutas pela democratização, reivindicações surgidas no seio das lutas operárias as quais contribuíram para que o serviço social no Brasil fosse visto como um espaço significativo de transformação da sociedade civil em toda a sua coletividade, contrariando o pensamento de que a assistência social deveria estar voltada para a caridade.

Até 1988, a assistência social não foi prevista constitucionalmente como um direito. As ações que lhe eram relacionadas acabavam por serem realizadas de forma assistencialista e seletiva, direcionadas aos desvalidos e a todos os considerados inaptos ao trabalho. Esta realidade contribuía para o alargamento dos problemas sociais, pois revelava um modelo conservador de atenção social.

Esta realidade se configurou como um marco para a ideia de seguridade social na medida em que abriu espaço para que mudanças estruturais e conceituais

pudessem se fazer presentes no serviço social tendo como principal afirmação que “o conceito de seguridade social envolve a ideia de cobertura da população inteira em relação aos direitos sociais, considerados dever do Estado independentemente da capacidade contributiva do indivíduo” (SPOSATI, 2007, p. 39).

Esse avanço trazido pela Constituição Federal de 1988 ocasionou outra perspectiva em torno do serviço social porque trouxe uma nova perspectiva profissional, estabelecendo múltiplas mediações nas expressões da questão social, com desdobramentos que culminaram com uma percepção mais presente em torno do trabalho que o assistente social deve desenvolver, procurando dar conta de uma dinâmica que deve lidar com a questão social nas suas mais variadas expressões cotidianas, o que traz para a realidade dos profissionais a necessidade de projetar constantemente novos objetivos. Nesse sentido, Miotto e Nogueira (2006, p. 280) colocam que:

[...] Cabe ao assistente social desenvolver um papel de protagonista de um novo modelo. A perversa desigualdade social e a falta de informação e conhecimento da população quanto aos seus direitos impõe de forma inequívoca ao assistente social ações no sentido de promoção da cidadania, da construção e do fortalecimento de redes sociais e de integração entre as ações e serviços de saúde.

É dentro dessa perspectiva que se torna possível entender a diversificação do trabalho em serviço social. A multiplicidade de demandas, geradas pelas transformações sociais, reforçaram o debate em torno da atuação do assistente social nos núcleos de saúde e fora deles, desenvolvendo uma atuação consistente capaz de ampliar os lugares de intervenção.

São questões que apontam para uma nova percepção tanto no que diz respeito às formas de atendimento, quanto à maneira como os serviços são vistos pelos usuários, abrangendo uma condição estratégica de trabalho, tencionando chegar a camadas mais amplas da comunidade.

Nesse sentido, torna-se imprescindível entender como essa aproximação profissional/ usuário passou a ser percebida por esses últimos, que aspectos são evidenciados e de que maneira a população tem recebido as mudanças nas estratégias de atendimento.

3.1 O SUS a partir da concepção dos usuários: uma intervenção do grupo de estagiárias no Hospital Alcides Carneiro

O SUS tem passado por grandes transformações nos últimos anos, sendo uma delas a diminuição dos investimentos. O aumento da demanda, juntamente com a queda do financiamento tem gerado o acúmulo de necessidades que restringem o alcance dos atendimentos. Esse aspecto reflete diretamente na necessidade de um esforço coletivo no sentido de entender o problema e buscar soluções viáveis.

Dentro dessa perspectiva, este estudo procurou evidenciar a caracterização do SUS, a partir da análise dos usuários, ressaltando que os princípios da universalidade e da participação popular devem ser coerentes em todas as unidades de atendimento.

É importante destacar que a coleta dos dados se deu através de discussões durante o período de intervenção realizado no Hospital Universitário de Campina Grande no período de 01/10/2013 a 30/12/2014 nos períodos em que os usuários se encontravam esperando atendimento, favorecendo uma visão mais ampla a respeito

da forma como o relacionamento usuário/profissional deve acontecer, na medida em que se trata do fator humano, requerendo do assistente social, sensibilidade para entender as expectativas que são colocadas no decorrer dos atendimentos.

Foi um momento relevante para nossa formação, principalmente porque durante os dois encontros, os usuários se sentiram à vontade para expressar suas visões a respeito do sistema de saúde e assim debater questões pertinentes ao entendimento em torno do que seria um serviço de qualidade.

Os dois encontros aconteceram durante a última semana de estágio, onde foram reunidas as pessoas que eram acompanhadas pelo serviço social da unidade de saúde, o que conferiu ao trabalho, um momento valioso de aproximação entre teoria e prática.

Esse momento significou uma oportunidade de desenvolvimento profissional porque ajudou a construir um percurso de atuação na medida em que as respostas dos entrevistados traduziam o pensamento a respeito das expectativas em torno do serviço, tornando-se assim uma chance de incrementar futuros trabalhos e atendimentos.

Dessa forma, para este Projeto de Intervenção participaram oito pessoas usuárias do SUS, procurando indagar sobre questões que versassem sobre o entendimento acerca dos atendimentos. Na primeira pergunta, procurou-se entender o conhecimento acerca da gratuidade dos serviços oferecidos. Os entrevistados responderam que o sistema não é um serviço gratuito porque é mantido através dos impostos pagos.

É uma resposta coerente porque aponta para o entendimento acerca da equidade do serviço, sendo este um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. A rede de serviço deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida.

A realidade apresentada pelos usuários se mostrou coerente no sentido de perceber no SUS um sistema que vem se ressignificando, pois ao seres indagados sobre a existência e permanência de grandes filas de espera, a maioria conseguiu entender que há atendimentos especializados em que a população pode ter acesso e mesmo as filas de espera são resultado da grande demanda atual.

Essa questão consegue reafirmar o entendimento em torno da universalidade como um direito, representando assim uma aproximação com as reivindicações sociais pensadas e desenvolvidas no início da implantação do sistema, anulando o modelo excludente anterior que somente os contribuintes da previdência social tinham direito à assistência à saúde. Para Roncalli (2003, p. 34):

A cidadania, antes regulada, passa a se aproximar mais do princípio de cidadania plena e, pelo menos com relação à saúde, todos os indivíduos passaram a ter esse direito, garantido pelo Estado. O conceito de universalidade é uma consequência direta de uma discussão mais ampla sobre o direito à saúde. Importante ressaltar que direito à saúde não significa, necessariamente, direito à assistência à saúde; em verdade a última está incluída na primeira (RONCALLI, 2003, p. 34).

O entendimento desse aspecto se mostrou presente durante as rodas de conversas, principalmente quando foi discutida a relevância do SUS para a população. A maioria dos participantes destacou que é fácil entender o que está acontecendo com a política de saúde, sendo que o grande problema atual é de natureza econômica, o que tem levado o Estado a suprimir investimentos.

É um ponto de extrema relevância para o entendimento sobre o que vem acontecendo com o Sistema Único de Saúde, uma vez que não é de hoje que este vem sofrendo mudanças e supressões no sentido de anular princípios como a universalidade e a integralidade, além da garantia da saúde como direito de cidadania.

Para Campos (1997) há um paradoxo na implantação e manutenção do SUS porque há uma clara dominância do projeto neoliberal no dia a dia da ação governamental, ao mesmo tempo em que ocorrem ações que apontam para outro sentido.

O fato é que o Estado já vem implantando diversas medidas que são reflexo do projeto neoliberal como, por exemplo, a terceirização dos serviços, o abandono do concurso público em muitas modalidades de contratação e a precarização das relações de trabalho como as formas de contratação das equipes de saúde na família (RONCALLI, 2003).

Nas rodas de conversas com os usuários, percebeu-se que há uma percepção acerca da precariedade dos atendimentos, talvez fruto dessas ações neoliberais. Foram citadas questões como “apadrinhamento” e aproximação com conhecidos que têm acesso mais rapidamente ao sistema. É uma questão que fere os princípios da universalidade e integralidade que norteiam o SUS.

Ao final dos encontros, alguns usuários ainda colocaram questões como as dificuldades de acesso aos transportes, além do tratamento fora de domicílio (TFD) bem como o acesso aos medicamentos excepcionais adquiridos através do Centro Especializado de Dispensação de Medicamentos Excepcional (CEDMEX). São questões que ainda precisam ser ajustadas para que assim possa ser possível dispor de uma rede de atendimento capaz de assegurar a cobertura da demanda atual de pacientes que precisam do sistema gratuito.

Ainda dentro dessa dinâmica de discussão, abordou-se o trabalho do assistente social nas unidades de saúde, tentando esclarecer como se dá a atuação desse profissional nos atendimentos. Foram expostos conceitos que levaram os participantes a entenderem a assistência social como um espaço de eficiência e responsabilidade tendo como possibilidade de intervenção, a informação, o encaminhamento e o incentivo para que os pacientes possam ser orientados a procurarem seus direitos.

Foi possível destacar também que no HUAC e em demais instituições da área de saúde, o assistente social comparece às alas e leitos, ministra palestras, promove rodas de conversas, realiza visitas domiciliares no intuito de conhecer a realidade da família e as condições de vida em que vivem para contribuir na identificação dos possíveis causas de adoecimento dos usuários, acompanha estágios no setor de Serviço Social, sempre está se articulando com a equipe médica e administrativa da instituição em prol dos interesses dos usuários, orienta e encaminha a família para programas sociais.

Esse aspecto é relevante porque se torna necessário compreender os processos de trabalho em que o assistente social se insere enquanto profissional promotor do bem-estar através da viabilização de ações que possam se caracterizar dentro de um atendimento humanizante em que a perspectiva de seguridade social seja pautada em um projeto ético-político coletivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho do assistente social é pautado na defesa dos direitos sociais, refletindo diretamente na promoção da melhoria de vida dos sujeitos através da viabilização de acesso aos serviços públicos. É uma questão que rebate diretamente na saúde, orientando os sujeitos para questões que versem sobre a qualidade das condições de oferta e efetivação dos atendimentos.

É uma atuação profissional que aponta para um grau de relevância acerca do processo saúde/doença dos sujeitos, devendo possibilitar um diálogo efetivo entre esferas sociais, econômicas e políticas, garantindo que todos tenham acesso ao direito primordial da saúde pública.

Através desse estudo, foi possível compreender, mediante a realidade observada, que a ação do assistente social é de extrema relevância para o contexto da saúde pública porque estabelece um elo capaz de articular demandas e atendimentos de forma a assegurar para os sujeitos, o acesso ao conhecimento, às formas de prevenção e ao contato com os demais profissionais de saúde, estabelecendo a viabilização dos acessos, cada vez mais necessários para a população.

É um exercício profissional marcado por desafios, mas que precisa ser efetivado e bem refletido, sobretudo porque dele dependem milhares de usuários, o que só amplia as complexidades em torno da atuação da assistência social.

Assim sendo, é possível destacar que o Projeto de Intervenção contribuiu para o aprofundamento da temática, proporcionando reflexões pertinentes em torno da forma como o assistente social deve desenvolver seu trabalho, quais perspectivas éticas devem atender e como deve refletir em torno de sua relevância social na promoção e preservação de direitos humanos.

REFERÊNCIAS

BEHRING, E. R. Acumulação capitalista, fundo público e política social. In: BOSCHETTI, I. et al.(org.). **Política social no capitalismo**: tendências contemporâneas. 2. ed. São Paulo: Cortez; 2009.p. 44-63.

BRASIL, Ministério da Saúde: **políticas de formação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde: **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília: 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza. Gestão Democrática na Saúde: o potencial dos conselhos. In: BRAVO, Maria Inês Souza & PEREIRA, Potyara A. P. (Orgs.). **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 220p, 1997.

FALEIROS, V. de P. Questão Social: questões presentes para o futuro. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo. n. 50, p. 9-39, 2000.

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

JÚNIOR, F. Batista. Políticas de saúde no sistema único de saúde. *In*: BRAVO, M^a Inês Souza e MENEZES, Juliana S. B. de A. **A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização**. Rio de Janeiro: REDE Sirius, 2014.

KRUGER, T. R. et al. **Plano de trabalho do serviço social da residência multiprofissional em saúde da família**. Florianópolis: UFSC, 2009.

MENDES, Áquilas. A saúde pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do capitalismo? **Saúde Social**. São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 66-81, 2015.

MENICUCCI, T. M^a Gonçalves. A política de saúde no governo Lula. **Saúde social**. São Paulo, v. 20, n.2, p. 522-532, 2011.

MOSCON, Nelize e KRUGER, R. **O serviço social na atenção básica e o acesso aos serviços de saúde**. *In*: Revista Saúde Pública. Florianópolis V. 3, n. 2, jul/dez - 2010, p. 88-98.

MIOTO, R. C. T. e NOGUEIRA, V. M.R. **Política social e serviço social: os desafios da intervenção profissional**. *In*: Revista Katál. v. 16, n. esp. p. 61-71. Florianópolis, 2003.

OLIVEIRA, Rafael da Cruz e BATISTA, Francisco E. Bastos. Políticas públicas de saúde no Brasil: história e perspectivas do Sistema Único de Saúde. **Pesquisa e Inovação**. Palmas – TO, v.1,p. 13-20, 2012.

RONCALLI, A.G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. *In*: Antonio Carlos Pereira (Org.). **Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: ARTMED, 2003. Cap. 2. p. 28-49. ISBN: 853630166X.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Razões da Desordem**. Rio de Janeiro: ROCCO, 1993.

SARRETA, F.O. Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS. **Cultura Acadêmica**. São Paulo, 2009. 248 p. ISBN 978-85-7983-009-9. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em 19/02/2016.

SILVA, Elizângela S. e MOURA, Viviane G. Gonçalves. Crise capitalista e política de saúde pública: tendências atuais pertinentes à saúde mental brasileira. **Revista Políticas Públicas**. São Luiz, v.16, n.1, p. 103-115, jan/jun. 2015.

SILVA, Fernando e MAHAR, Dennis. **Saúde e Previdência Social: uma análise econômica**. Rio de Janeiro, IPENINPS, Coleção Relatórios de Pesquisa, n° 21, 19p6, 1996.

SOARES, Raquel Cavalcante. A Contrarreforma na Política de Saúde e o SUS Hoje: impactos e demandas ao Serviço Social. **Tese** (Doutorado em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco - UFPE), 2010.

SOUZA, Rodriane de Oliveira. *Serviço Social na Saúde: contribuições políticas e profissionais ao exercício do controle social*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro, ESS/UFRJ, 2002.

SPOSATI, Aldaíza et al.. **A assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras**: uma questão em análise. 9^o. ed.. São Paulo: Cortez, 2007. 112 p.

TENENBLAT, Mably J. T. financeirização do capital e questão social no contexto do novo desenvolvimento. **Serviço social**. Brasília, v.16, n.35, p. 327-353, jul/dez. 2014.