



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

LEONARDO RODRIGUES CAVALCANTI

**REFORMA CONSERVADORA DO ESTADO E POLÍTICA DE SAÚDE:
rebatimentos sobre as condições de trabalho do profissional de Serviço Social**

**CAMPINA GRANDE, PB.
Dezembro/2014**

LEONARDO RODRIGUES CAVALCANTI

**REFORMA CONSERVADORA DO ESTADO E POLÍTICA DE SAÚDE:
rebatimentos sobre as condições de trabalho do profissional de Serviço Social**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC),
apresentado ao Curso de Graduação em
Serviço Social da Universidade Estadual da
Paraíba (UEPB), Campus I, em cumprimento
às exigências para obtenção de título de
Bacharelado em Serviço Social.

Orientadora: **Profa. Dra. Cleomar Campos
da Fonseca**

**CAMPINA GRANDE, PB
Dezembro/2014**

É expressamente proibida 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 da dissertação.

C376r Cavalcanti, Leonardo Rodrigues
Reforma conservadora do estado e política de saúde
[manuscrito] : rebatimentos sobre as condições de trabalho do
profissional de serviço social / Leonardo Rodrigues Cavalcanti. -
2014.
30 p.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço
Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências
Sociais Aplicadas, 2014.
"Orientação: Profa. Dra. Cleomar Campos da Fonseca,
Departamento de Serviço Social".

1. Contra reforma do estado 2. Política de saúde. 3.
Estratégia saúde da família 4. Condições de trabalho 5. Serviço
social. I. Título. 21. ed. CDD 361.61

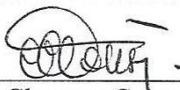
REFORMA CONSERVADORA DO ESTADO E POLÍTICA DE SAÚDE:
rebatimentos sobre as condições de trabalho do profissional de Serviço Social

LEONARDO RODRIGUES CAVALCANTI

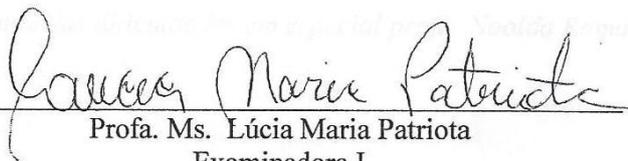
Trabalho de Conclusão de Curso (TCC),
apresentado ao Curso de Graduação em
Serviço Social da Universidade Estadual da
Paraíba (UEPB), Campus I, em cumprimento
às exigências para obtenção de título de
Bacharelado em Serviço Social.

Aprovada em 11 / 12 / 2014

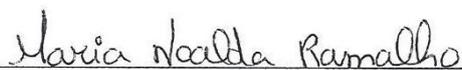
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Cleomar Campos da Fonseca
Orientadora:



Prof. Ms. Lúcia Maria Patriota
Examinadora I



Prof. Dra. Maria Noalda Ramalho
Examinadora II

CONCEITO FINAL: 8,5

AGRADECIMENTOS

- *A Deus primeiramente, minha família que sempre me incentivou a continuar meus estudos, mesmo depois de vários anos afastado da sala de aula, em especial minha mãe Socorro Rodrigues, minha irmã Luciana Rodrigues e minha esposa Lila e filha Vitória;*
- *À minha orientadora Cleomar Fonseca, pela sua compreensão, paciência e pelos seus ensinamentos;*
- *Às professoras convidadas da banca Lúcia Patriota e Noalda Ramalho;*
- *À minha supervisora de campo Luzimar Lacerda, a quem estimo muito pela profissional e pessoa generosa que ela é verdadeiramente;*
- *À equipe da UBSF José Pinheiro I, que me acolheu durante meu estágio;*
- *A meu amigo Rogério Freire e Thayana Santiago que me ajudaram na revisão do texto;*
- *A minhas(os) colegas de turma (inesquecíveis) e também o 4º ano B, noite, em especial Joselly, Fatinha, Mônica, Tatiana e Fabíola que me acolheram carinhosamente;*
- *A minhas colegas de estágio: Ioneide, Cris Kênia e Gilmana que me aturaram;*
- *A todos que torceram por mim em seu silêncio;*
- *E, por último, e não menos importante, meu agradecimento aos meus mestres e mestras que contribuíram com meu crescimento intelectual e pessoal, que me incentivaram a não desistir de lutar diante das dificuldades em especial profa. Noalda Ramalho.*

REFORMA CONSERVADORA DO ESTADO E POLÍTICA DE SAÚDE: rebatimentos sobre as condições de trabalho do profissional de Serviço Social.

LEONARDO RODRIGUES CAVALCANTI

RESUMO

O presente artigo tem por objeto de análise, as condições de trabalho do profissional de Serviço Social na Estratégia Saúde da Família. Os objetivos que o nortearam foram: analisar as reais condições de trabalho que o profissional de Serviço Social dispõe na Estratégia Saúde da Família – José Pinheiro I, consideradas num quadro mais abrangente de contrarreforma do Estado e de seus rebatimentos sobre a Política de Saúde; refletir criticamente em torno do processo de reforma conservadora do Estado e identificar as condições de trabalho do assistente social na UBSF José Pinheiro I. A discussão parte de uma reflexão crítica acerca desse processo de reforma conservadora do Estado. A metodologia proposta envolveu a pesquisa de campo, com a utilização de entrevista semiestruturada junto ao Assistente Social que atua na citada UBSF. Os dados coletados foram analisados através da técnica de análise de conteúdo, o que permitiu perceber, no tocante às condições de trabalho, os seguintes aspectos: dupla jornada de trabalho, configurada através do desenvolvimento de atividades em mais de uma Unidade de Saúde; em decorrência, dificuldade de realização de um trabalho mais sistemático, de alcance mais duradouro o que contribui para a construção de respostas profissionais imediatistas, focalizadas e individualizadas; discriminação salarial que privilegia uma categoria profissional em detrimento das demais; precárias condições físicas das Unidades de Saúde, comprometendo o exercício profissional. Todos, aspectos que traduzem a presença do receituário neoliberal na condução do Estado e das políticas sociais e, na saúde, a reafirmação do modelo curativista.

PALAVRAS-CHAVE: Contrarreforma do Estado. Política de Saúde. Estratégia Saúde da Família. Condições de Trabalho. Serviço Social.

ABSTRACT

This work is reviewed, the professional working conditions of social work in the Family Health Strategy - BFHU -. José Pinheiro I, taking as a parameter to this analysis, the repercussions of the State contrarreforma on Health Policy The objectives that guided the work in question were to assess the actual working conditions that professional Social Work offers in the Family Health Strategy - José Pinheiro I, considered a more comprehensive picture of contrarreforma the state and its repercussions on Health Policy; critically reflect around the conservative reform process of the state and identify the working conditions of social workers in BFHU José Pinheiro I. The discussion part of a critical analysis of conservative reform process of the state. The proposed methodology involved field research, with the use of semi-structured interview with the social worker engaged in the quoted BFHU. The collected data were analyzed through content analysis technique, which allowed realize, as regards working conditions, the following: double shifts, set by developing activities in more than one health unit; as a result, the difficulty in implementing a more systematic work, more lasting achievement which contributes to building professionals sighted, focused and individualized responses; wage discrimination that favors a professional category at the expense of others; poor physical condition of the Health Units, committing professional practice. All aspects that reflect the presence of the neo-liberal prescriptions in the conduct of the State and social policies and in health, reaffirming the curative model.

KEYWORDS: Counter the state. Health policy. Health Strategy. Working Conditions. Social Service.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	07
2 - A REFORMA CONSERVADORA DO ESTADO	09
3 - A POLÍTICA DE SAÚDE NO CONTEXTO DE REFORMA DO ESTADO	12
3.1 - A estratégia saúde da família: universalização em questão	15
4 - SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: determinantes das condições de trabalho do assistente social	17
5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
REFERÊNCIAS	23
APÊNDICES	26
ANEXOS	30

1 - INTRODUÇÃO

Desde o seu surgimento, o Serviço Social atua no âmbito das políticas sociais, sejam elas implementadas pelo poder público ou pelo setor privado, mantendo-se a esfera pública como a que mais emprega assistentes sociais em todo o Brasil. Nesta perspectiva, a área de saúde incorpora este profissional, em suas instituições e serviços, desde a década de 1930, cuja intervenção era marcadamente doutrinária e caritativa, com foco voltado ao “ensinamento” de hábitos de higiene aos usuários, principalmente nos serviços de saúde emergenciais prestados em hospitais e tendas. Com o processo histórico de amadurecimento teórico-metodológico da profissão, a atuação profissional assumiu outra direção, desta vez voltada para o fortalecimento dos direitos socialmente conquistados pelos trabalhadores. Os assistentes sociais passaram a integrar equipes multiprofissionais e a participar do planejamento, administração e execução dos serviços prestados à população usuária.

É, pois, em decorrência desta histórica inserção profissional, que a saúde pública constitui-se um dos campos de formação de futuros assistentes sociais, estimulando a busca pelo conhecimento acerca das mais variadas manifestações desta inserção. É assim, que diante da experiência de estágio supervisionado vivenciada junto a Estratégia Saúde da Família- ESF – José Pinheiro I¹, localizada na cidade de Campina Grande – PB, surge o interesse em estudar as condições de trabalho do citado profissional, levando em consideração o atual contexto no qual se insere a política de saúde e os seus rebatimentos sobre tais condições.

Essa experiência apontou para questionamentos acerca da política de saúde e suas inflexões sobre as demandas da população, mais particularmente, sobre o desenvolvimento do trabalho do profissional de Serviço Social, tendo em vista a influência da programática neoliberal sobre os programas e ações da saúde pública e o projeto profissional que norteia a profissão, pautado no reforço aos direitos dos usuários. Quais as expressões reais dos rebatimentos da contrarreforma do Estado sobre a Estratégia Saúde da Família e sobre as

¹ A UBSF José Pinheiro I, foi inaugurada em outubro de 2006, e funciona ao lado do complexo Olímpico Plínio Lemos, em Campina Grande - PB. Possui duas Equipes de Saúde prestando atendimento a cerca de 8.000 mil usuários dos bairros de: José Pinheiro, Santo Antônio, Vila Castelo Branco e Monte Castelo. Sua estrutura física conta com uma sala de imunização (vacinação); uma de almoxarifado; um auditório; uma sala de recepção; dois banheiros para os usuários e um para os funcionários; uma sala de curativo; uma copa; uma sala de triagem; uma de esterilização; dois consultórios de enfermagem; dois consultórios médicos; um consultório odontológico; uma farmácia e uma sala de nebulização. No total são 18 (dezoito) salas.

condições de trabalho do profissional de Serviço Social? Esta dupla indagação norteou a pesquisa realizada.

Tratar das condições de trabalho do profissional de Serviço Social no campo da saúde pública, nos remete à uma necessária discussão da própria política de saúde, cada vez mais penalizada com a contenção de gastos pelo Estado brasileiro que adotou um modelo de política neoliberal nos últimos anos, com políticas públicas cada vez mais seletivas, focalizadas e excludentes.

São visíveis as dificuldades e desafios pelas quais passam as instituições públicas de saúde, realidade que acaba por agravar as já precárias condições de vida daqueles que só dispõem dos serviços públicos para buscar atendimento às suas necessidades mais imediatas. Este quadro é enfrentado todos os dias pelo profissional de Serviço Social. Trabalhando com políticas minimalistas de um lado e com o aprofundamento dos problemas sociais de outro, o assistente social é demandado em direções antagônicas: o patronato solicita “rigor” na “seleção” dos usuários pobres que “podem” acessar os serviços sociais e os usuários trabalhadores, por sua vez, demandam o direito a ter direitos. As respostas que os profissionais constroem se encontram condicionadas às determinações da realidade mais ampla e às opções teórico-metodológicas e ético-políticas que os sujeitos fazem, mas não o fazem com autonomia das condições objetivas sobre as quais se desenvolve a intervenção profissional, dentre elas, as condições de trabalho.

A possibilidade de apreensão das implicações deste processo permite destacar a relevância teórico-metodológica do estudo em questão, à medida que visa contribuir com as reflexões acerca da inserção do assistente social em espaços sócio ocupacionais, a partir da relação com seus determinantes.

Dentre os objetivos perseguidos, destacam-se: analisar as reais condições de trabalho que o profissional de Serviço Social dispõe na Estratégia Saúde da Família – José Pinheiro I, consideradas num quadro mais abrangente de contrarreforma do Estado e de seus rebatimentos sobre a Política de Saúde; refletir criticamente em torno do processo de reforma conservadora do Estado e identificar as condições de trabalho do assistente social na UBSF José Pinheiro I.

Para atingir os objetivos propostos foi utilizada a pesquisa exploratória, com a realização de entrevista semiestruturada, capaz de possibilitar a captação do livre pensamento do profissional entrevistado. Foi associada ainda, a observação participante e o diário de campo para subsidiar o conhecimento da realidade investigada.

Cabe ressaltar que foi feito uso do gravador, objetivando um melhor registro da fala. Tais instrumentos foram aplicados no mês de junho de 2014, junto ao profissional de Serviço Social da ESF – José Pinheiro I.

Todos os procedimentos de coleta dos dados obedeceram aos requisitos do Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Estadual da Paraíba, conforme parecer em anexo. O entrevistado foi antecipadamente, informado sobre os objetivos da pesquisa, para em seguida proceder à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que autoriza a coleta e análise das informações, sendo-lhes assegurados todos os direitos, conforme estabelecido na Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). As informações foram submetidas à técnica de análise de conteúdo objetivando a apreensão crítica da fala do entrevistado.

Para dar conta da discussão pretendida o presente artigo foi estruturado da seguinte forma: no primeiro momento foi feita uma breve caracterização sobre a crise capitalista e suas expressões no processo de reforma conservadora do Estado.

No segundo momento e já em decorrência da discussão inicial, procurou-se refletir acerca da política de saúde e da sua Estratégia Saúde da Família (ESF), inseridas neste processo de contrarreforma do Estado, cujos rebatimentos atingem a prestação de serviços à população e a consolidação da universalização dos serviços.

Por fim, priorizou-se a discussão em torno da inserção e desenvolvimento do Serviço Social na área da saúde, com enfoque para a identificação dos elementos conjunturais que rebatem sobre as condições de trabalho do Assistente Social.

2- A REFORMA CONSERVADORA DO ESTADO NO CONTEXTO DA CRISE CAPITALISTA

Tratar das condições de trabalho dos profissionais de Serviço Social no campo da saúde pública, nos remete à necessária discussão da própria política de saúde, inserida em um determinado contexto sócio histórico, qual seja o de uma sociedade capitalista em crise, cujas expressões se espraiam por todos os espaços da vida social, atingindo as dimensões objetivas e subjetivas da vida dos indivíduos.

A crise mencionada diz respeito à crise do próprio capital, em sua incessante busca pela garantia da lucratividade extraída da mais valia produzida pelo trabalhador. Encontrar novos mecanismos de exploração da força de trabalho para manter ou até mesmo aumentar a taxa de lucro, provoca significativas alterações na forma de produção de mercadorias, no

mundo do trabalho; no papel do Estado e das políticas sociais. Tais alterações rebatem no agravamento das desigualdades sociais, aumentando o desemprego, a fome e a miséria.

Em se tratando do Estado, tem-se o seu redimensionamento, no sentido da redução do seu papel na garantia de direitos sociais, em contraposição ao fortalecimento do mercado na exploração de bens e serviços. Reduzem-se investimentos públicos no setor público alimentando a ideologia da ineficácia do Estado, suas instituições e políticas sociais.

Este discurso reforça a necessidade de uma reforma do Estado, no sentido de torná-lo “mais eficiente”, nos moldes de uma empresa privada. O que deixa de ser revelado é que o padrão de “eficiência” sugerido, implica em negação dos direitos de cidadania, conquistados pelos trabalhadores, através de suas lutas contra a exploração e a opressão.

No Brasil, de acordo com Behring e Boschetti (2011), ao longo dos anos de 1990, propagou-se na mídia nacional e nos meios políticos e intelectuais, uma avassaladora campanha em torno de reformas em todos os setores.

O projeto neoliberal² deu suporte ao engendramento de políticas públicas, iniciado no governo de Fernando Collor de Melo, que passaram a ser direcionadas para o bem estar do mercado, em detrimento do investimento na área social. Planos econômicos foram implementados visando à estabilidade da moeda; o pagamento da dívida externa; o avanço das privatizações, incluindo inclusive, empresas estatais que foram vendidas por um valor bem abaixo do mercado; a redução dos gastos públicos e o direcionamento das políticas sociais para a focalização e a seletividade da pobreza.

As reformas implementadas ressaltam a crise econômica e social que se abateu sobre o Brasil desde a década de 1980, reconfigurando a seguridade social e demais políticas, em função da negação dos direitos conquistados pelos trabalhadores, na Constituição Federal de 1988.

2 Podemos definir o neoliberalismo como um conjunto de ideias políticas e econômicas cujo eixo central consiste na defesa da não participação do Estado na regulação da economia. De acordo com esta ideologia, deve haver total liberdade de comércio (livre mercado), pois isto garante o crescimento econômico e o desenvolvimento social de um país. A Escola Monetarista do economista Milton Friedman, nos anos 1970, foi uma das divulgadoras das ideias neoliberais, tidas como solução para a crise que atingiu a economia mundial em 1973, provocada pelo aumento excessivo no preço do petróleo. São princípios básicos do Neoliberalismo: mínima participação estatal nos rumos da economia; pouca intervenção do governo no mercado de trabalho; política de privatização de empresas estatais; livre circulação de capitais internacionais; ênfase na globalização; abertura da economia para a entrada de multinacionais; adoção de medidas contra o protecionismo econômico; desburocratização do Estado: leis e regras mais simplificadas para facilitar o funcionamento das atividades econômicas; diminuição do tamanho do Estado, para torná-lo mais eficiente; posição contrária aos impostos e tributos excessivos; aumento da produção, como objetivo básico para atingir o desenvolvimento econômico; regulação dos preços deve estar subordinada à lei da oferta e da procura; defesa das leis da economia capitalista. Disponível em: <http://www.suapesquisa.com/>. Acesso em: 22 nov. 2013.

A proposta de contrarreforma se intensifica com as formulações de Bresser Pereira, quando esteve à frente do Ministério da Administração e da Reforma do Estado (MARE). Segundo Behring e Boschetti (2011) o principal documento orientador desse processo foi o Plano Diretor de Reforma do Estado (PDRE/MARE, 1995). Esse documento formalizava a reorganização administrativa do Estado Brasileiro e indicava tarefas à sociedade civil, mediante a criação de organizações sociais, regulamentadas por lei, sem, contudo, imputar ao Estado obrigações relacionadas à prestação de serviços públicos historicamente de responsabilidade estatal.

De acordo com as autoras supracitadas, vivencia-se na década de 1990, após a instituição do plano Real, em 1994, uma transformação importante, evidenciada no desmonte do bem público e na responsabilização da sociedade civil, colocando sobre ela, a tarefa de fornecer serviços antes sob a tutela do Estado. Este, por sua vez, passa por uma espécie de reformatação e adaptação passiva à lógica do capital, definida por fatores estruturais e conjunturais externos e internos à realidade do próprio país e pela disposição política da coalizão de centro-direita protagonizada por Fernando Henrique Cardoso.

Tal reformatação foi possível a partir de algumas condições gerais, que antecedem os anos 1990: a crise econômica dos anos de 1980 e as marchas e contramarchas do processo de democratização do país (LESBAUPIN, 1999 e TAVARES, 1999 *apud* BEHRING e BOSCHETTI, 2007, p.152).

Segundo Drible (1993), citada por Behring e Boschetti (2011, p.155), identifica-se uma forte tendência à desresponsabilização pela garantia dos direitos de cidadania – em nome da qual se faria a tal “reforma” -, refletida no desprezo pelo padrão constitucional de seguridade social, em detrimento do crescimento da demanda social, decorrente do aumento do desemprego e da pobreza, aprofundados pela macroeconomia do Plano Real.

As formulações das políticas sociais foram conduzidas por uma lógica de adaptação ao novo contexto social pelo qual passara o Brasil, cujo pensamento neoliberal assume a trinomia da privatização, focalização/seletividade e descentralização (correspondendo esta última à “desresponsabilização” acima referida).

O incremento do ideário neoliberal concorre para o acirramento das desigualdades sociais, o aumento do desemprego, da pobreza, a hipertrofia dos direitos sociais e trabalhistas, o aumento da violência e da criminalidade que ronda a sociedade.

Borlini (2010) *apud* Elias [sd] diz que as políticas sociais sob a regência do ideário neoliberal, voltam-se para o fortalecimento de interesses mercadológicos mediante a oferta de

programas focalizados na extrema pobreza. Borlini (2010, *apud* ELIAS, sd, p. 325) destaca como características deste ideário:

A dependência de recursos externos expressos sob a forma de ‘pacotes’ que os governos devem aceitar; o caráter transitório de seus programas, [...]; a baixa cobertura desses programas cujo caráter focalizado supõe grupos mais vulneráveis; a substituição de agentes públicos estatais por organizações comunitárias não governamentais que não detêm critérios definidos de acesso, [...]; a terceirização na contratação de pessoal e serviços privados, [...] e a substituição da universalidade pela focalização.

Percebe-se, então, que as políticas implantadas ao longo da história recente do Brasil têm como característica principal atender uma demanda nascente de maneira imediatista e insuficiente. O modelo imposto não atende às necessidades da população, e ainda funciona como reforço à subserviência político-ideológica dos indivíduos.

O Estado reformulado persegue, pois, os objetivos de retirada dos direitos sociais dos trabalhadores, em contrapartida à preservação dos interesses dos capitalistas. Para tanto, busca respaldo em leis, políticas, programas, projetos e ideias que possam disseminar a cultura do subjetivismo e do individualismo, enquanto “alternativas” capazes de retirar – com “esforço próprio” – homens e mulheres da situação de pobreza. Ou seja, do direito coletivo se transita para a defesa do cidadão responsável pelas suas próprias escolhas e, nesta condição, se põe à sua disposição uma série de medidas “ofertadas” pelo Estado e pelo mercado. Através do primeiro, o referido cidadão encontrará serviços sucateados, de qualidade e alcance questionáveis. Já através da ação do segundo e, mediante a compra e a venda de mercadorias (entendam-se serviços sociais), o indivíduo encontra a promessa de maior eficiência e eficácia nos “produtos”, associada à perda da sua condição de sujeito de classe.

Este “investimento” neoliberal no Estado e nas políticas sociais refletem na política de saúde, que como as demais, não tem se efetivado como universal e de qualidade, fato que se expressa nas precárias estruturas materiais, físicas e humanas dos serviços. O próximo item tentará refletir acerca desta realidade.

3 - A POLÍTICA DE SAÚDE NO CONTEXTO DE REFORMA DO ESTADO

No campo da saúde pública, o receituário neoliberal reforça a função de uma política compensatória e apêndice do setor privado, contrariando toda a luta e as conquistas alcançadas pelos trabalhadores e usuários desta área, durante os anos de 1980.

Neste período, a pressão popular, resultante do Movimento pela Reforma Sanitária, buscou melhoria na efetivação dos direitos à saúde e forçou o governo a considerar as

reivindicações postas. Da mesma forma, o parlamento foi pressionado a aprovar o texto constitucional de 1988, que incluía grande parte das propostas dos sanitaristas, a exemplo do direito universal à saúde e do dever do Estado em prover este direito; da integralização e a descentralização dos serviços prestados; da participação complementar do setor privado; da participação e do controle popular. Apesar das conquistas, é necessário ressaltar que o setor privado, principalmente, aquele vinculado à indústria farmacêutica, manteve sua influência sobre a conduta do Estado nos rumos da política pública de saúde. Acerca do movimento democrático na saúde, Sérgio Arouca (1998)³ afirma:

[...] A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado.

Bravo (2007) destaca como uma das expressões deste processo de luta, a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), em março de 1986, na cidade de Brasília-DF, cujo tema principal versou sobre: a saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; a reformulação do Sistema Nacional de Saúde, em consonância com os princípios de integração orgânico institucional: descentralização, universalização e participação e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estados, Municípios e Territórios) na prestação de serviços de saúde e o financiamento setorial (BRAVO, 2007).

A autora citada, afirma ainda que a 8ª CNS representou um marco histórico a ser lembrado, pois envolveu a sociedade na discussão sobre a saúde, além de sua parcela de contribuição na sociedade vigente. Os debates saíram dos seus fóruns específicos e foram para as entidades representativas da sociedade civil: sindicatos, associações de moradores, associações profissionais de saúde, partidos políticos, apresentando como reivindicações a criação de um sistema único de saúde, bem como a efetivação de uma reforma sanitária⁴.

³ Citação retirada de www.ministeriodasaude.gov.br/sanitarista.

⁴ O termo “Reforma Sanitária” foi usado pela primeira vez no país em função da reforma sanitária italiana. A expressão ficou esquecida por um tempo até ser recuperada nos debates prévios à 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, introduzindo uma nova ideia na qual o resultado final era entendido como a melhoria das condições de vida da população. No início das articulações, o movimento pela reforma sanitária não tinha uma denominação específica. Era um conjunto de pessoas com ideias comuns para o campo da saúde. Em uma reunião na Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) em Brasília, esse grupo de pessoas, entre os quais estava Sergio Arouca, foi chamado de forma pejorativa de “partido sanitário”. Disponível em: <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>- Acesso em: 01 dez. 2013.

A garantia da saúde como direito universal colocou uma questão relevante no bojo das discussões: o conflito presente entre o papel do Estado, como garantidor de direitos sociais e o papel do sistema privado, que visa à extração do lucro na prestação dos serviços, operando primordialmente, mediante o critério da seletividade excludente. Tal conflito revela, a real função do Estado nesta relação entre o público e o privado, qual seja, a de mero administrador do bem público sob a predominância dos interesses do mercado/setor privado. Neste sentido, afirmam Bravo e Matos (2008) que esta real função vai de encontro ao projeto da reforma sanitária e só reforça a precarização dos serviços públicos em saúde, em detrimento do crescimento e investimento em clínicas, hospitais, laboratórios e planos privados de saúde.

A luta dos trabalhadores pelo direito universal à saúde pública resultou no registro do Sistema Único de Saúde, o SUS⁵, no texto Constitucional de 1988, mais tarde regulamentado através da Lei Orgânica da Saúde⁶. Tal registro não tem sido por si só, suficiente para concretizar a efetivação dos princípios democráticos no direito à saúde. Aprofunda-se cada vez mais, o hiato entre a intenção e o que realmente se efetiva. A Carta Magna ficou restrita a uma petição de princípios e a realidade reveladora da desumanização dos serviços de saúde que chegam à população pobre. A proposta do SUS sinaliza numa direção contra hegemônica aos preceitos neoliberais.

A contrarreforma do Estado é responsável pelos sucessivos cortes no orçamento das políticas sociais, dentre elas a de saúde. Faltam leitos hospitalares, ambulâncias para os atendimentos de emergência, medicamentos de uso contínuo. Sobram filas para ter acesso a consultas e exames especializados, retardando o diagnóstico e o tratamento de doenças, muitas vezes, curáveis em sua fase inicial de manifestação. Como se isso já não fosse suficientemente desumano, os usuários e trabalhadores do sistema público de saúde convivem com estruturas físicas precárias, equipamentos desativados e/ou quebrados, condições de trabalho insatisfatórias, número de profissionais aquém das necessidades da população etc.

Ainda como expressão desta conjuntura e da lógica neoliberal de “enxugamento” do Estado, o poder público tem concedido à iniciativa privada a gestão de seus serviços. Na área da saúde, tal concessão vem ocupando os espaços dos hospitais universitários e/ou dos

⁵ Criado em 1988, pela Constituição Federal, e regulamentado pela Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, para ser o sistema de saúde de todos os brasileiros, o SUS surgiu com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população. Mais do que oferecer a medicina curativa, ele se propõe a promover a saúde, com prioridade às ações preventivas e democratização das informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos a sua saúde. O SUS constitui um projeto social único que se materializa por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde da população.

⁶ A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990), sancionada em 1990, regula as ações e serviços de saúde em todo o território nacional e estabelece, entre outras coisas, os princípios, as diretrizes e os objetivos do Sistema Único de Saúde.

hospitais estaduais e municipais não universitários, mas públicos. A institucionalização da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, é uma das expressões do privado controlando o bem público. Criada pela Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011⁷, a citada Empresa surge como “alternativa” para centralizar e reordenar os serviços prestados pelos hospitais universitários em todo o país. Trata-se, na verdade, de uma terceirização ou uma privatização enviesada. Na Paraíba, assim como em todo o Brasil, a comunidade universitária apoiada por outros segmentos da sociedade civil, vem se posicionando contrária à ingerência da iniciativa privada no comando dos hospitais universitários, a exemplo do Hospital Universitário Alcides Carneiro⁸ em Campina Grande. Em se tratando da Prefeitura do referido município, tem-se o Projeto de Lei 5.277/2013, que trata da Gestão Pactuada⁹, que permite a terceirização dos serviços municipais de saúde, se alinhando a mesma lógica introduzida pelo governo federal.

Este é o contexto em que se inserem profissionais de Serviço Social na área da saúde pública. Inserção desafiadora: de um lado a profissão se coloca em defesa dos valores democráticos e dos interesses dos seus usuários; de outro, convive com a execução de políticas essencialmente, minimalistas, burocráticas e segmentadoras, orientadas muitas vezes, por interesses privatistas. Exemplo de tais características é possível identificar a Estratégia Saúde da Família. Formulada para ser a “porta de entrada” da universalização da saúde, a ESF vem se concretizando muito mais a partir do privilégio da lógica da ausência de direitos, do que o seu contrário. Vejamos a seguir, uma rápida reflexão em torno da citada Estratégia.

⁷ Essa Lei acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências.

⁸ Inaugurado em 20 de dezembro de 1950 como Hospital Regional Alcides Carneiro, para prestar assistência médica aos Funcionários Públicos Federais do extinto Instituto de Previdência Social. Desde sua fundação, tornou-se centro de referência ao ensino e à assistência médica no Nordeste. A partir deste hospital surgiu o embrião do que seria a futura Faculdade de medicina de Campina Grande, hoje, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS/UFCG. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/hualcide.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2014.

⁹ O 'Programa de Gestão Pactuada' deverá disciplinar a atuação entre a Prefeitura de Campina Grande, por meio de suas secretarias municipais e autarquias, e as entidades denominadas como Organizações Sociais (OS) e das entidades privadas. Segundo a prefeitura, essa parceria permitiria a descentralização do controle na prestação de serviços públicos, a implantação da gestão participativa, redução nos custos e maior transparência na utilização de recursos. Disponível em: <http://g1.globo.com/pb/paraiba/noticia/2013/08/camara-aprova-gestao-pactuada-da-saude-publica-em-campina-grande.html>. Acesso em: 10 nov. 2014. Acesso em: 22 nov. 2014.

3.1 – A estratégia saúde da família: universalização em questão

É na conjuntura já aludida, de políticas focalizadas que se instituiu o Programa Saúde da Família (PSF)¹⁰, no Brasil conhecido hoje como "Estratégia da Saúde da Família" (ESF), decorrente da noção de que não se trata apenas de um "programa", mas de uma política de atenção básica. Iniciada em 1994, foi proposta pelo governo federal aos municípios, com o objetivo de implementar a atenção primária. Segundo Escorel et al (2007, p. 164-165), esta iniciativa representa:

[...] um marco na incorporação da estratégia de atenção primária na política de saúde brasileira. A doutrina de cuidados primários de saúde da conferência de Alma-Ata já havia, anteriormente, influenciando a formulação das políticas de saúde no Brasil [...] e seus princípios foram traduzidos no novo modelo de proteção social em saúde instituído com o SUS. Contudo, uma política específica, nacional, de atenção primária para todo o país nunca havia sido formulada, ainda que diversas experiências localizadas tenham sido implementadas de modo disperso. Surgido em 1994 e inicialmente voltado para estender a cobertura assistencial em áreas de maior risco social, o PSF aos poucos adquiriu centralidade na agenda governamental.

A busca pela reorientação do modelo assistencial visa superar a predominância do padrão hospitalocêntrico, o que implica em uma mudança cultural importante tendo a família como elemento central da atenção básica, vista como a porta de entrada para se chegar aos lugares em que o modelo hospitalar não consegue atender. Ainda de acordo com Escorel et al (2007, p.165), a partir de 1999, esta estratégia passou a apresentar novos contornos:

[...] passou a ser considerada pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, com vistas a reorientar o modelo assistencial e imprimir uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde [...]. A estratégia de saúde da família incorpora os princípios do SUS e se aproxima dos pressupostos da atenção primária em saúde dimensionados por Starfield [...] (primeiro contato, longitudinalidade, abrangência do cuidado, coordenação e orientação à família e às comunidades), buscando romper com a noção de uma atenção de baixo custo simplificada. O modelo preconiza uma equipe de saúde da família de caráter multiprofissional (médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde e mais tarde o assistente social) que trabalha com definição de território de abrangência, a descrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área. Pretende-se que a unidade de saúde da família constitua a porta de entrada ao sistema local e o primeiro nível de atenção, o que supõe a integração à rede de serviços mais complexos.

¹⁰ A denominação do Programa e suas características modificam-se nos anos 2000. De Programa à Estratégia de Saúde da Família, inserida no modelo assistencial do SUS, apresenta como objetivo a oferta de serviços no nível da atenção básica em saúde para toda população, de acordo com os princípios da integralidade e universalidade do SUS.

O objetivo deste modelo segundo o discurso oficial é conectar os serviços de saúde, fazendo uma ponte entre a atenção básica de cunho generalista e os serviços de alta complexidade que exigem um aparato técnico mais especializado.

Em Campina Grande a ESF passa a funcionar a partir de 1994, tendo como norte a experiência de Cuba e da cidade de Niterói, no Rio de Janeiro. Essa nova experiência trouxe, mesmo que de forma insipiente, novos ares para saúde do município. Guimarães (2004 *apud* SILVA, 2009, p. 4), ressalta:

É importante destacar que a implementação da estratégia no município se deu de forma lenta, permeada pelo confronto entre as distintas forças políticas: as organizações profissionais e dos usuários e os diferentes gestores municipais. Um marco na história da ESF local foi o compromisso de seus profissionais com a saúde pública, com intuito de melhorar a qualidade de vida da população que vivia em condições subhumanas.

Segundo o Ministério da Saúde, a Unidade Básica Saúde da Família (UBSF) caracteriza-se como porta de entrada do sistema local de saúde (BRASIL, 1997). No entanto, embora a filosofia da ESF seja da promoção e prevenção, o que vem concretizando-se são serviços curativistas e imediatistas, com a atuação mínima do Estado, acentuada nos últimos anos. De acordo com Vasconcelos e Carneiro (2011, p.185):

Diversas críticas são direcionadas a Unidade Saúde da Família também conhecida como Estratégia Saúde da Família, como a forma de contratação de profissionais; o grande número de famílias sob responsabilidade de cada equipe; que sobrecarregaria os(as) profissionais de demanda por atendimento clínico, comprometendo a priorização da vigilância em saúde; as fragilidades na formação acadêmica, que ainda não estariam em consonância com o novo paradigma sanitário; a disparidade de salários entre os(as) profissionais, que privilegia o médico em detrimento das demais profissões da saúde, entre outras.

Pensar em um sistema de saúde que atenda de forma eficaz a população que dele necessita, é vislumbrar um aparato econômico e humano preocupado com o social e não com o financeiro. Preocupação incompatível com a minimização do papel do Estado no investimento em políticas públicas. A universalização é esvaziada em seu sentido democrático e popular, e é travestida em universalização da pobreza, da miséria e do descumprimento dos direitos sociais. O que era uma questão central tornou-se secundária, ou melhor, “desnecessária” ao fortalecimento dos interesses do mercado capitalista.

A realidade da ESF foi a que motivou a realização da pesquisa sobre as condições de trabalho do Assistente Social, foco da abordagem do próximo item.

4 – SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: determinantes das condições de trabalho do Assistente Social

É no cenário conflituoso, rapidamente situado anteriormente, que o assistente social se insere, sendo exigido dele, respostas que considerem as demandas dos usuários dos serviços de saúde e as que provêm do demandante da sua força de trabalho. Tais demandas, através de um complexo de mediações, se articulam aos distintos projetos de saúde – o da reforma sanitária e o privatista. Para Bravo (2007) *apud* Matos (2009, p. 206), tais projetos vêm requisitando diferentes funções para o Serviço Social. Em se tratando do projeto privatista, tem-se o foco em demandas relacionadas à:

[...] seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizatória dos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e do predomínio de práticas individuais. [Já] o projeto de reforma sanitária vem apresentando, como demandas [...] as seguintes questões: busca de democratização do acesso às unidades de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã.

As funções relacionadas à intervenção dos assistentes sociais, quer no âmbito da saúde pública ou privada, solicitam destes profissionais um conhecimento teórico-metodológico e ético-político, capaz de dar conta da análise histórico-crítica da realidade, bem como das possibilidades de respostas às demandas postas, a partir de um projeto profissional e societário. Conhecimento que, permita a ultrapassagem do agir meramente técnico e mecânico, reproduzidor acrítico de um padrão societário dominante.

Para esta intervenção profissional, concorrem ainda as condições de trabalho em instituições públicas ou privadas. Frente a um contexto de aprofundamento da precarização do trabalho e de esgotamento de um padrão de proteção social universal, os desafios à construção de respostas profissionais condizentes com o reforço aos interesses dos usuários das políticas sociais, tornam-se frequentes e reclamam destes profissionais uma postura vigilante em relação à direção das demandas que lhe chegam, assim como das respostas que constroem.

Em se tratando do assistente social entrevistado, as expressões destas condições de trabalho traduzem a precarização acima aludida: este profissional além de atender a duas equipes profissionais dentro de uma mesma Unidade de Saúde, ainda complementa sua carga horária em outras Unidades Básicas, distribuídas no mesmo bairro da Cidade, o que compromete a realização de um trabalho mais sistemático, a médio ou a longo prazos.

Cada equipe de atenção básica de saúde, possui em média de 3500 a 4000 (três mil e quinhentas à quatro mil) pessoas que deve atender e cada agente comunitário tem sob sua responsabilidade, o atendimento de cerca de 750 (setecentos e cinquenta) pessoas.

Além desta alta demanda, existem áreas sem cobertura da UBSF, ou seja, não existem equipes de saúde para atender a tais áreas, sobrecarregando as equipes já existentes e mais próximas, conduzindo ao comprometimento da qualidade e do alcance do atendimento prestado.

Tais condições acabam por impor respostas profissionais mais imediatistas e focalizadas, que em última instância, são funcionais ao modelo de política social da estratégia neoliberal. O desvelamento destas condições, mediante um arsenal teórico-metodológico histórico-crítico poderá contribuir para a clareza ético-política na construção das respostas profissionais, demarcando as opções ideopolíticas dos sujeitos.

Trata-se de uma intervenção profissional desafiada quer pelas condições objetivas e subjetivas da realidade, consequentemente, do trabalho, quer pelas demandas dos usuários, antagônicas às do Estado e das políticas sociais em tempos de contrarreforma.

Relacionando-se às condições objetivas, o profissional entrevistado ressalta, por exemplo, a questão salarial:

[...] Com relação à parte financeira e salarial, [...] conseguimos no ano passado a isonomia salarial. Hoje o piso salarial de todos os profissionais das diversas áreas: médico, enfermeira, odontólogo, assistente social é igual, sendo que o médico recebe a mais como gratificação. [...] Em termos de Campina Grande é um bom salário oferecido, mas, ainda não é o ideal pela responsabilidade que nós temos na Saúde da Família. E mais, com a nova gestão municipal (Romero Rodrigues) o plano de cargos e carreira não foi aceito como foi apresentado, então a própria especialização não conta, o que era para garantir um ganho financeiro a mais pelo nível de formação. A luta é contínua!

A Resolução CFESS nº 467/2005 de 17 de março de 2005, que institui a Tabela Referencial do Serviço Social, em seu art. 1º, parágrafo 1º, afirma que o profissional graduado, sem vínculo empregatício, deverá receber não menos que R\$65,00 (sessenta e cinco reais) pela hora técnica trabalhada. Então, mesmo levando em conta a inexistência de vínculo empregatício, pode-se concluir que, se um profissional dispuser de uma carga horária de 30 (trinta) horas semanais, em um mês de 4 (quatro) semanas, ele deve receber R\$7.800,00 (sete mil e oitocentos reais) pelo mês trabalhado.

A discriminação salarial entre categorias profissionais submetidas a um mesmo tipo de relação contratual é funcional ao estímulo da competitividade, que por sua vez, mascara a identificação das condições comuns entre os contratados, dificultando o reconhecimento da

condição de trabalhador assalariado na qual todos se encontram. O não reconhecimento desta condição fragiliza a organização coletiva em defesa dos direitos do trabalho.

Na área da saúde, tal discriminação respalda a tradicional diferenciação entre médicos e demais categorias profissionais, reforçando a histórica e conservadora compreensão da relação saúde-doença cujo domínio teórico “pertence” ao saber médico, desqualificando e desconsiderando a presença de um conjunto de determinantes nesta relação, que por sua vez, só pode ser apreendida por uma abordagem que considere a totalidade do fenômeno e não simplesmente, aspectos isolados deste.

Ainda em relação às condições de trabalho, o desenvolvimento do Estágio Supervisionado em Serviço Social junto à Unidade Básica de Saúde da Família – José Pinheiro I, permitiu a convivência cotidiana com as precárias condições físicas da Instituição e os escassos recursos humanos disponíveis para o atendimento de uma demanda considerável da população referenciada pela citada Unidade.

A indisponibilidade de um espaço físico adequado ao atendimento dos usuários da unidade de saúde supracitada é destacada na fala da entrevistada: “[...] nós não temos sala nessa unidade de saúde, embora nós trabalhemos atualmente com duas equipes de saúde”.

O Código de Ética do Assistente Social (1993), estabelece em seu art. 7º, alínea “a” que, constituem direitos do assistente social: dispor de condições de trabalho condignas seja em entidade pública ou privada, de forma a garantir a qualidade do exercício profissional.

Barroco e Terra (2012) corroboram este direito, afirmando que é condição obrigatória para realização de qualquer atendimento ao usuário de Serviço Social a existência de espaço físico em condições satisfatórias e suficientes para abordagens individuais ou coletivas, conforme as características dos serviços prestados, nos termos que estabelece a Resolução CFESS n. 493, de 21 de agosto de 2006, que destaca como requisitos à existência do referido espaço: a) iluminação adequada ao trabalho diurno e noturno, conforme a organização institucional; b) recursos que garantam a privacidade do usuário naquilo que for revelado durante o processo de intervenção profissional; c) ventilação adequada a atendimentos breves ou demorados e com portas fechadas e espaço adequado para colocação de arquivos para a adequada guarda de material técnico reservado.

Na ausência de espaço físico próprio e adequado ao trabalho do Assistente Social, este profissional se vale de espaços improvisados (salas de outros profissionais) para o atendimento aos usuários. Além disso, o material de expediente disponível é insuficiente, caso haja necessidade de material extra, não só o Assistente Social, mas também todos os demais

profissionais devem providenciar, desde que o façam mediante uso de recursos próprios. A mesma situação ocorre quanto ao uso de transporte para alguma atividade fora do espaço físico da Unidade Básica. O relato da profissional indica: “[...] se precisarmos sair, ou você vai de ônibus, a pé ou no seu próprio transporte com a despesa do próprio bolso”.

Nas falas que seguem, nota-se a indignação pelo descaso do poder público com os profissionais da área de saúde, que se dedicam para desempenhar um bom trabalho, mas são pouco valorizados pelo Estado, cuja lógica predominante é a da minimização de recursos e investimentos no bem público e da superexploração do trabalhador. Por outro lado, as falas também refletem uma espécie de busca de saídas individualizadas frente às dificuldades encontradas no desenvolvimento do trabalho profissional:

[...] A luta continua pelo plano de cargos e carreira, [que considere] o tempo de serviço, além do desempenho, [da] escolaridade e [da] qualidade do serviço, pois não quer dizer que você produzindo muito você esteja fazendo com qualidade um bom trabalho. Para se ter qualidade é preciso melhorar as condições de trabalho e a luta ainda é, pelo menos, pela sala do assistente social, para que possamos nos organizar e atender melhor o nosso usuário e não ficarmos dependendo da ausência de algum profissional para termos um espaço. [Quanto à necessidade de uso de transporte], fazemos com nosso próprio recurso, para não perdermos tempo à espera de um carro. Consequentemente, isso acaba comprometendo o nosso salário porque se você quiser fazer um trabalho diferenciado, o gasto é seu e a instituição não oferece uma infraestrutura para você fazer algo a mais, um plus.

Essa realidade não diz respeito somente ao município de Campina Grande, envolve todo o contexto do serviço público, em todas as esferas administrativas, na medida em que se trata de um projeto de classe, demarcado por diretrizes neoliberais: presença mínima do Estado para o social e máxima para o mercado, resultando em políticas públicas mirradas e paliativas para os pobres, com características bem conhecidas como a seletividade e a focalização em populações mais pobres.

O receituário neoliberal reconduz o modelo assistencial curativista ao centro da atenção em saúde, mesmo em níveis de atendimento cujo foco deveria ser a promoção e a prevenção. O relato da profissional traduz esta realidade, quando a mesma faz referência ao que move os usuários na busca por atendimento na UBSF:

[...] Uma questão da própria estratégia, da filosofia do trabalho que vem se perdendo, é porque a estratégia era para estar atendendo mais em nível de promoção e prevenção, para que a pessoa procure a unidade antes de ficar doente, e o que está acontecendo é que a comunidade já chega doente, isso numa realidade em nível de Brasil, e Campina Grande não é tão diferente da realidade nacional. A ESF está mais a nível ambulatorial e atendimento clínico do que deveria ser, que são as ações de promoção e prevenção e o que vemos é sempre recorrente, os mesmos casos. Se você não faz um trabalho de prevenção, de promoção, essas pessoas irão continuar adoecendo e morrendo e sempre serão as mesmas pessoas que vem, porque temos um contingente de pessoas cadastradas que nunca vieram na unidade de saúde, isso

porque ainda existe a ideia de procurar a saúde quando está doente. Então, quando ela chega na unidade de saúde doente, a indicação é que vá para a rede hospitalar, as pessoas ainda não entendem que precisam vir a unidade enquanto estão com saúde para serem acompanhadas. Alguns casos em que chegam doentes, com gravidade, é acolhido aquela demanda no ambulatório, mas esse acaba sendo o que chamamos de intercorrências, não são casos de consultas agendadas, são aquelas em que a pessoa chega com febre, vômito, e acaba sendo hoje o maior número de atendimentos das unidades, uma demanda que não é interessante, que não deveria existir.

Outro elemento que favorece a descaracterização da Estratégia Saúde da Família é a burocracia institucional. Solicitações que deveriam ser encaminhadas em pouco espaço de tempo, levam dias e até meses para serem atendidas. A premissa que a ESF constitua a porta de entrada do sistema de saúde, cai por terra diante da implicação de questões relacionadas entre si: a falta de investimentos necessários para atender a demanda da população usuária e a burocracia que serve à seleção da pobreza, afastando e alimentando a descrença da população no serviço público.

Finalizando, a entrevistada elenca o que ela identifica como desafios à ESF:

[...] cabe ao poder público, ver quais são as deficiências que existem, se é estrutura, melhorar a estrutura, se é de funcionário, dar capacitação, formação, fazer atualização, porque a saúde está sempre trazendo inovações que precisam que o profissional esteja antenado, capacitado para esse novo cuidado, porque hoje não é necessário ter tecnologias duras (equipamentos caros), quando se fala em ESF, você trabalha tecnologias leves, como o acolhimento, a escuta, tudo isso que deveria fazer parte do cotidiano dos profissionais, também deve ser investido como formação [...]. Não adianta cobrar de um funcionário uma escuta qualificada, quando muitas vezes ele não sabe sequer o que é isso. Precisa ter investimento em educação permanente em saúde, onde as equipes estão sempre se qualificando, sempre se avaliando para ver onde está sua deficiência, o que precisa ser melhorado.

A fala parece indicar que as saídas para a melhoria da ESF são puramente endógenas: estrutura das Instituições e formação permanente do corpo de funcionários. O endogenismo como alternativa principal para o enfrentamento de limites estruturais pode conduzir ao reforço da aparência dos dados da realidade em detrimento da busca pelos elementos essenciais que a determinam. Em última instância, este recurso favorece a escolha por saídas individualizantes que redundam no fortalecimento da estratégia neoliberal.

O SUS e sua estratégia “Saúde da Família” só conseguirão ser concretizados a partir dos seus princípios basilares, caso suas limitações sejam enfrentadas de forma coletiva e consideradas em sua totalidade.

5 - Considerações Finais

No presente artigo procurou-se analisar os rebatimentos da contrarreforma do Estado sobre a ESF, mais especificamente, sobre as condições de trabalho do assistente social que atua nesta área.

Embora a filosofia do SUS enfatize a promoção e a prevenção em saúde e a ESF como sendo a porta de entrada dos serviços do Sistema Único sob tais diretrizes, o que vem se concretizando de fato, é a predominância de um modelo assistencial curativista, amplamente criticado pelo Movimento em defesa de uma Reforma Sanitária democrática. Este modelo assistencial segue associado a ações imediatistas e a uma atuação mínima do Estado no que diz respeito ao investimento e à oferta de serviços universais e de qualidade. O Estado mínimo do ideário neoliberal confronta-se com a garantia de direitos sociais conquistados com muita luta pelos movimentos sociais e, em alguma medida, homologados na Carta Magna do país de 1988.

Nos impactos da contrarreforma do Estado sobre a garantia de direitos sociais, não se pode esquecer das garantias ao trabalho e ao trabalhadores. Ao atingir as políticas sociais no sentido de alterar negativamente a sua capacidade resolutiva, tais impactos atingem na mesma proporção, as condições de trabalho daqueles que lidam com as políticas sociais, dentre eles, o assistente social. Foco da pesquisa que alimenta este artigo, o destaque às condições de trabalho sob a lógica minimalista, pode ser indicado a partir dos seguintes aspectos: dupla jornada de trabalho, caracterizada pelo desenvolvimento de atividades em mais de uma Unidade Básica de Saúde, o que compromete a efetivação de um trabalho mais sistemático, de alcance mais duradouro e menos efêmero; em decorrência, prevalece a tendência à formulação de respostas profissionais imediatistas, focalizadas e individualizadas; discriminação salarial entre categorias da saúde, retraduzindo a velha e conservadora concepção do processo saúde-doença fundamentada na lógica curativista; precariedade das instalações físicas das Unidades de Saúde, comprometendo o adequado exercício profissional e conseqüentemente, o atendimento aos usuários etc.

Tais aspectos reafirmam a presença das marcas do receituário neoliberal na condução do Estado e das políticas sociais e, não é possível tratar de condições de trabalho sem considerar estas marcas. Tal consideração permitirá que profissionais e usuários construam respostas coletivas ao fortalecimento do SUS, à garantia de serviços universalizantes e de qualidade, bem como à garantia de condições dignas de trabalho para os trabalhadores, que

devem envolver, questões salariais, jornada de trabalho, condições físicas, materiais e humanas das Instituições.

REFERÊNCIAS

AROUCA, S. **Reforma Sanitária.** 1998. Disponível em: <<http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.htm>> Acesso em: 01 dez. 2013.

BARROCO, Maria Lucia Silva. TERRA, Sylvia Helena. **Código de Ética do/a Assistente Social comentado/** Conselho Federal de Serviço Social- CFESS, (organizador). 1ª ed. São Paulo: Cortez. 2012.

BEHRING, Elaine Rossetti. BOSCHETTI, Ivanete. **Biblioteca Básica/ Serviço Social Política Social** fundamentos e história. 9ª Ed.- São Paulo: Cortez. 2011.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa.** Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL, Ministério da Saúde: **Saúde da Família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/>>. Acesso em: 15 set. 2014.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária:** lutas sociais e práticas profissionais. 2ª Ed. São Paulo: Cortez. 2007.

BRAVO, MATOS, M.C. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: **Serviço social e saúde:** formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez. 2008.

BRAVO, Maria Inês Souza. As Políticas de Seguridade Social Saúde. In: **CFESS/CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social.** Brasília: UnB-CEAD/ CFESS, 2000. A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica. In: *Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio.* Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

CFESS. PARÂMETROS PARA ATUAÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília: CFESS, 2010.

CFESS. RESOLUÇÃO CFESS Nº 467/2005 de 17 de março de 2005. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/467-2005.pdf>> Acesso em: 03 nov. 2014.

CFESS. RESOLUÇÃO CFESS nº 493/2006 de 21 de agosto de 2006. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao_493-06.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2014.

CFESS. TABELA DE HONORÁRIOS DO SERVIÇO SOCIAL. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/467-2005.pdf>> Acesso em: 03 nov. 2014.

ELIAS, P. E. Políticas de saúde: Reforma ou contra -reforma: algumas reflexões sobre as políticas de saúde no Brasil. Disponível em: <<http://www.saudepublica.bvs.br/itd/legis/curso/pdf/a08.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2014.

ESCOREL, Sarah. GIOVANELLA, Ligia. MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. SENNA, Mônica de Castro Maia. **Revista Salud Publica** ano 21(2), 2007. Disponível em: <www.scielosp.org/>. Acesso em: 20 nov. 2013.

Gestão pactuada. Disponível em: <<http://g1.globo.com/pb/paraiba/noticia/2013/08/camara-aprova-gestao-pactuada-da-saude-publica-em-campina-grande.html>> Acesso em: 10 nov. 2014.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. Ed. – São Paulo. Atlas, 2008.

Hospital Alcides Carneiro. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/hualcide.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2014.

Introdução ao Neoliberalismo. Disponível em: <<http://www.suapesquisa.com/>>. Acesso em: 22 nov. de 2013.

IAMAMOTO, Marilda Vilela e CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil** -17. ed. São Paulo: Cortez; [Lima, Peru]: CELATS, 2005.

_____, Marilda Vilela. A Questão Social no capitalismo. In: **Temporalis/ABEPSS**. Ano 2, n.3 (jan./jun. 2001). Brasília: ABEPSS, Grafile, 2001.

MATOS, Gustavo G. **Comunicação Empresarial sem complicação**: como facilitar a comunicação na empresa, pela via da cultura e do diálogo. 2. ed. (Revisada e Ampliada). Barueri, São Paulo: Manole, 2009.

MINAYO, M.C.S. (org.) **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis/RJ: Vozes, 2001.

MOTA, Ana Elizabete. (Orgs). **Serviço Social e Saúde** Formação e trabalho profissional. 4ª ed.- São Paulo. Cortez; Brasília< DF: OPAS, OMS Ministério da Saúde 2009. p. 205-206.

Neoliberalismo. Disponível em: <<http://www.suapesquisa.com/>> Acesso em: 22 nov. 2013.

Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2013.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil**: Uma pequena revisão. Cuiabá, MT, 2005. Disponível em: <www.saude.mt.gov.br/arquivo/2165>. Acesso em: 15 ago. 2014.

Reforma Sanitária. Disponível em: <<http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>>. Acesso em: 01 dez. de 2013.

SAÚDE. Disponível em: <<https://pt.wikipedia.org/>>. Acesso em: 20 nov. de 2013.

SILVA, Cristiana Carla. **SERVIÇO SOCIAL E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**: uma análise sobre a experiência de Campina Grande-PB. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIV/eixos/12_seguridade/servico-social-na-equipe-basica-da-estrategia-saude-da-familia.pdf> Acesso em: 10 nov. 2014.

SODRÉ, Francis. **Serviço Social e o campo da saúde:** para além de plantões e encaminhamentos. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 103, p. 453-475, jul./set. 2010. Disponível em: <www.scielo.br/> Acesso em: 10 out. 2014.

SOUZA, M.A.S.L de. Trabalho em saúde: as (re) configurações do processo de desregulamentação do trabalho. In DAVI, J. et al (org). **Seguridade Social e Saúde: Tendências e Desafios.** Campina Grande. PB. Eduepb. 2ª ed. 2011. p. 147-170.

VASCONCELOS, K.E.L. CARNEIRO, T.S. Saúde da Família em foco: uma análise da realidade de Campina Grande/PB. In DAVI, J. Et. al (org). **Seguridade Social e Saúde: Tendências e Desafios.** Campina Grande. PB. Eduepb. 2ª ed. 2011. P 175 – 196.

APÊNDICE I

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM O PROFISSIONAL DE SERVIÇO SOCIAL

- 1) De quais condições de trabalho (físicas, materiais, financeiras e salariais) você dispõe nesta Unidade Básica, para a realização das suas atividades profissionais?
- 2) Tais condições condizem com as suas expectativas? Justifique.
- 3) Qual a sua avaliação sobre estas condições de trabalho?
- 4) Como você avalia o contexto atual em que se insere a ESF no Brasil e mais especificamente na atual gestão municipal de Campina Grande?
- 5) Na sua concepção, de que forma este contexto rebate sobre a ESF?
- 6) Na sua opinião, qual deve ser o papel do poder público no desenvolvimento da ESF?
- 7) No seu entendimento, que desafios a ESF enfrenta no contexto atual?

APÊNDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa: **REFORMA CONSERVADORA DO ESTADO E POLÍTICA DE SAÚDE**: rebatimentos sobre as condições de trabalho do profissional de Serviço Social.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho “Reforma Conservadora do Estado e Política de Saúde: rebatimentos sobre as condições de trabalho do profissional de Serviço Social” terá como objetivo geral - Analisar as condições de trabalho do profissional de Serviço Social na Estratégia Saúde da Família – José Pinheiro I, a partir dos rebatimentos da contrarreforma do Estado sobre a Política de Saúde.

Ao voluntário só caberá a autorização para a entrevista e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

À pesquisadora caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

O(a) voluntário(a) poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao (a) voluntário (a) e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 8803 4836, com Cleomar Campos da Fonseca.

Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com a pesquisadora, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Os termos encontram-se em parte anexados.

Recomendações: Estando o presente Projeto de Pesquisa com fim destinado para Trabalho de Conclusão de Curso concorde recomendações e Protocolo do CEP UEPB, bem como conforme a Resolução de n. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, foram atendidas as exigências. Não há mais o que recomendar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: O presente estudo encontra-se sem pendências, devendo o mesmo prosseguir com a execução na íntegra de seu cronograma de atividades.

Campina Grande, PB. 27 de maio de 2014.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA/
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Prof.^a Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa