



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

KEYLA RUHAMA LUCENA SOARES

**O SERVIÇO SOCIAL FRENTE AO CONTEXTO DE
CONTRARREFORMA DA SAÚDE BRASILEIRA: IMPACTOS E
DESAFIOS**

CAMPINA GRANDE

2015

KEYLA RUHAMA LUCENA SOARES

**O SERVIÇO SOCIAL FRENTE AO CONTEXTO DE CONTRARREFORMA DA
SAÚDE BRASILEIRA: IMPACTOS E DESAFIOS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª. Ma. Thaisa Simplicio Carneiro Matias.

CAMPINA GRANDE

2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA SETORIAL CIA1 – UEPB

S676s Soares, Keyla Ruhana Lucena.
Serviço social frente ao contexto de contrarreforma da saúde brasileira: impactos e desafios / Keyla Ruhana Lucena Soares. – 2017.
28 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais e Aplicadas, 2017.
“Orientação: Profa. Ma. Tháisa Simplicio Carneiro Matias, Departamento de Serviço social”.

1. Serviço social. 2. Contrarreforma. 3. Políticas públicas. 4. Política de saúde. 5. Assistência social. I. Título.

21. ed. CDD 362.2

KEYLA RUHAMA LUCENA SOARES

**O SERVIÇO SOCIAL FRENTE AO CONTEXTO DE CONTRARREFORMA
DA SAÚDE BRASILEIRA: IMPACTOS E DESAFIOS.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Curso de graduação em Serviço Social da
Universidade Estadual da Paraíba, em
cumprimento à exigência para obtenção do
título em Bacharela em Serviço Social.

Aprovado em 03/12/2015

Nota: _____ (_____)

BANCA EXAMINADORA

Thaís Simplicio Carneiro Matias

Prof.^a Ma. Thaís Simplicio Carneiro Matias
Orientadora

William Almeida de Lacerda

Prof. Ms. William Almeida de Lacerda
Examinador

Glaucineith C. de Albuquerque Lima

Ma. Glaucineith Cavalcante Albuquerque Lima
Assistente Social
Examinadora

CAMPINA GRANDE

2015

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por ter me dado o dom da vida, me permitindo chegar até aqui e que não me fez fraquejar diante dos momentos difíceis.

A minha amada filha Ana Lorena que veio como um presente de Deus no segundo ano dessa jornada acadêmica, me tornando uma mulher mais forte para enfrentar os enalços da vida.

Às amizades conquistadas nesse período. A cada uma dessas pessoas que tenho um carinho especial respeitando suas qualidades e defeitos. Não posso deixar de agradecer a uma amiga que vem junto comigo desde o primeiro momento dessa jornada, Maria de Fátima, como também às demais que ao longo do curso fui me afeiçoando e, juntas, passamos por momentos que jamais serão esquecidos.

Aos professores pelo conhecimento transmitido e, em especial, a minha orientadora Thaisa Simplicio pela paciência e comprometimento comigo enquanto orientanda.

À banca examinadora composta por Glaucineth Cavalcante Albuquerque Lima e William Almeida de Lacerda por participarem deste importante momento da minha formação profissional com ricas contribuições para este trabalho.

RESUMO

A contrarreforma do Estado traz vários impactos para as políticas públicas e entre estas a saúde, que enfrenta um processo de negação de direitos já conquistados, impactando no cotidiano profissional de diversas categorias, como a dos assistentes sociais. Este trabalho tem como objetivo apresentar um esboço de reflexões a respeito da contrarreforma do Estado e seus rebatimentos na política de saúde e, por conseguinte, nas condições e relações de trabalho do assistente social inserido nesse campo de atuação, analisando como o Serviço Social vem sistematizando a sua prática nesse contexto de contrarreforma da saúde brasileira. Para tal ação foi realizada uma pesquisa bibliográfica e também uma busca e análise dos anais do último Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS – 2013). Nessa perspectiva procuramos evidenciar a trajetória da saúde, como também do Serviço Social brasileiro nas últimas décadas. Por fim foram analisados de forma crítico-analítica os trabalhos apresentados no último CBAS, analisados 10 (dez) trabalhos, sendo estes relatos de experiência. O que nos leva a conclusão que muitas são as dificuldades postas ao assistente social para efetivar a sua prática, como por exemplo, podemos citar a autoafirmação profissional do assistente social perante outros profissionais.

Palavras Chave: Serviço Social. Contrarreforma da Saúde. Políticas públicas. Negação de direitos.

ABSTRACT

The contrarreforma the State brings multiple impacts to the public policies and between these health, which is facing a process of denial of rights already won, impacting on their daily routine of various categories, such as social workers. This work aims to present an outline of its thoughts about contrarreforma the State and its impact on health policy and, therefore, under the conditions of work and labor relations of the social worker inserted in this field of activity, analyzing how the Social Service has been systematizing its practice in this context of contrarreforma of Brazilian health. For such action has been carried out a literature search and also a search and analysis of the history of the last Brazilian Congress of Social workers (CBAS - 2013). From this perspective we try to show the trajectory of health, as well as the Social Service Brazilian in recent decades. Finally were analyzed from a critical-analytical studies presented in last CBAS, analyzed 10 (ten) work, being these experience reports. WHICH leads us to the conclusion that there are many other problems put the social assistant to execute its practice, as an example, we can mention the autoafirmação professional social worke professionals.

Keywords: Social Service. Counter Health. Public policies. Rights denial.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. A CRISE ESTRUTURAL DO CAPITAL E OS REBATIMENTOS NA POLÍTICA DE SAÚDE: APONTAMENTOS SOBRE O CONTEXTO BRASILEIRO	7
3. A TRAJETÓRIA DA SAÚDE A PARTIR DA DÉCADA DE 1980.....	11
4. UMA INCURSÃO NO SERVIÇO SOCIAL A PARTIR DO MOMENTO DA INTENÇÃO DE RUPTURA E SUA ATUAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE	15
4.1- A prática do Serviço Social nos trabalhos publicados no Congresso Brasileiro De Assistentes Sociais	24
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS	28

1. INTRODUÇÃO

O SUS é considerado uma das grandes conquistas da década de 1980 quando nos referimos às políticas públicas, conquistas essas que decorreram da luta de diferentes setores da sociedade.

Entretanto no decorrer dos anos de 1990 a contrarreforma do Estado trouxe para as políticas públicas muitas barreiras que impedem sua efetivação. No caso da saúde, estas se refletem em ações explicitamente contrárias aos ideais da reforma sanitária e aos princípios dos SUS, a exemplo da falta da universalização dos serviços e a desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde.

Essas mudanças provocadas pelo avanço da política econômica e o aprofundamento da questão social trazem impactos para às profissões e, dentre elas, ao Serviço Social. Especificamente para os (as) assistentes sociais esses impactos vão afetar sua formação profissional, nas condições de trabalho e no exercício profissional frente às demandas do cotidiano de trabalho.

O projeto ético-político da profissão vem sendo construído no decorrer dos últimos trinta anos e tem na questão social a base de sua fundamentação. A saúde, ou a falta dela, é uma das expressões da questão social que atinge grande massa da população e a cada dia vem se apresentando como uma importante área de atuação do assistente social nas últimas décadas.

Diante do exposto surgiu a necessidade de analisar como o Serviço Social vem sistematizando a sua prática diante desse contexto de contrarreforma da Saúde no Brasil.

O interesse de abordar essa temática surgiu durante o período do estágio curricular, que aconteceu no Serviço Municipal de Fisioterapia de Campina Grande – PB, entre o mês de Junho de 2013 ao mês de agosto de 2014. Foi nesse momento que aumentou a inquietação para entender como os (as) profissionais do Serviço Social estão direcionando a sua prática nos mais diversos campos de trabalho que o setor de saúde oferece. Se a sua prática estaria voltada para questões mais pontuais e institucionais ou respaldados no projeto da reforma sanitária brasileira e no projeto profissional (hegemonicamente defendido pela categoria desde meados dos anos 1990).

Para elaboração desse trabalho, recorreremos a diferentes autores de relevância que tratam esta temática, foram abordados os temas: os rebatimentos da crise estrutural do capital para as políticas públicas, a trajetória da política de saúde a partir da década de 1980, as conquistas do

Serviço Social a partir do momento de intenção de ruptura, enfocando em seguida os desafios encontrados na área da saúde. Além disso, para a nossa pesquisa empírica, nos debruçamos sobre os trabalhos publicados no último Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (realizado em 2013), na cidade de Águas de Lindóia/SP, com o intuito de analisar por diferentes ângulos como está se dando a atuação profissional diante desse contexto de contrarreforma da saúde no Brasil.

Deste modo, este artigo está estruturado de maneira que, no segundo item, traz uma incursão na história, enfocando as crises e o crescimento do capital, como também os impactos que essas crises cíclicas trazem para as políticas públicas.

O terceiro item discorre sobre a trajetória da saúde a partir da década de 1980, citando as lutas e desafios para conquista desse direito no contexto do SUS e os embates sofridos para legitimação dessa conquista, perpassando pelos governos e os impactos e avanços que estes trouxeram no âmbito da saúde.

Já o quarto item traz a trajetória histórica do Serviço Social, a partir da intenção de ruptura com o serviço social tradicional e os rebatimentos desse momento para a categoria e as novas demandas para profissão. Dando continuidade à discussão, traremos um subitem no qual foi realizada uma pesquisa nos anais do último CBAS, para abordarmos as considerações finais e apresentarmos as referências utilizadas para esta construção teórica.

2. A CRISE ESTRUTURAL DO CAPITAL E OS REBATIMENTOS NA POLÍTICA DE SAÚDE: APONTAMENTOS SOBRE O CONTEXTO BRASILEIRO

Para que possamos entender os rebatimentos da crise do capital para as políticas sociais, é necessário que façamos uma incursão na história a partir da Segunda Guerra Mundial, que deixou o mundo devastado economicamente.

Após a Segunda Guerra Mundial, que teve seu fim em 1945, os Estados Unidos, encontrou através da política keynesiana (na qual o Estado deve intervir na economia, aliada ao modo da prática fordista de produção e consumo em massa) uma nova forma de crescimento econômico, elevando o consumo dos trabalhadores que também passaram a contar com direitos sociais. Foi um período de grande crescimento econômico que ficou conhecido como “a idade de

ouro do capitalismo”, que se arrastou até o final da década de 1960, entrando numa crise na década de 1970, conhecida como a “crise estrutural do capital¹”.

No final dos anos 1970 alguns países do mundo adotaram as ideias neoliberais nos seus governos, consistindo numa renovação da experiência do liberalismo burguês do século XVIII. Para o capital continuar tendo lucro teria que se reinventar, e foi o que aconteceu: essa reinvenção ocorreu através de uma nova forma de produção (toyotismo²) aliada aos ideais neoliberais, com o Estado pouco interventor na economia.

Essa reestruturação do capital trouxe grandes impactos para as esferas da sociedade dos países que o adotaram, como: desemprego estrutural, desmonte dos direitos sociais, fragmentação dos movimentos sociais, crescimento de empregos informais, entre outros. Neste sentido, as características mais marcantes desse novo sistema são a flexibilização do trabalho e o agravamento das expressões da questão social³.

Além disso, cumpre destacar que essa nova forma de acumulação é caracterizada pelo crescimento e acumulação do capital financeiro e quem dita as ordens desse novo estágio de desenvolvimento são organismos internacionais como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BM), que destinam aos países em desenvolvimento, políticas marcadas por privatizações de empresas estatais e uma reforma avassaladora do Estado, para alguns autores seria uma contrarreforma do Estado. (MOTA, 2009).

Deste modo, podemos afirmar que “o propósito do neoliberalismo é combater as políticas macroeconômicas de matriz keynesiana e o combate à garantia dos direitos sociais, defendendo como meta a estabilidade monetária”. (PEREIRA; SILVA; PATRIOTA, 2006, p. 9).

No Brasil, o receituário e os respectivos impactos da política neoliberal chegaram mais tardiamente, comparados a outros países (no nosso caso, a partir da década de 1990), depois de

¹ Segundo Mészáros (2011), o sistema do capital passa por crises cíclicas, mas ao final da década de 1960 o capital entrou numa crise estrutural e prolongada, levando a falência de um dos mais sucedidos sistemas estatais de controle do capital. A crise do capital teve dimensões globais interferindo em diversos campos da sociedade.

² De acordo com Antunes e Alves (2004), o toyotismo é uma forma de produção na qual ocorre a racionalização do trabalho instaurado sob o capitalismo manipulatório e constitui-se através do engajamento do trabalho assalariado na produção do capital. Tem como características a mundialização do capital, a captura da subjetividade operária, a subsunção do trabalho ao capital, o desenvolvimento de tecnologias microeletrônicas capazes de promoverem um salto na produtividade do trabalho, etc.

³ Segundo Iamamoto e Carvalho (2009), a questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo o seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e repressão.

ter passado por um processo de redemocratização, que sucedeu a um período de restrições, devido ao Regime Militar imposto na década de 1960⁴.

A década de 1980, para o Brasil, foi marcada por movimentos democráticos que buscavam a garantia de direitos em vários âmbitos, através da luta de várias camadas da sociedade. Muitos avanços foram obtidos e colocados no marco legal com a promulgação da Constituição Federal de 1988. Podemos citar como conquistas a incorporação da ideia de Seguridade Social⁵, formada pelo tripé saúde, previdência e assistência. Essas conquistas possibilitaram um maior acesso da população aos serviços públicos.

De acordo com Mota (2009), quando nos referimos à Seguridade Social no pós 1988, diferentemente dos países desenvolvidos, o acesso aos benefícios sociais não ocorreu de forma universal, porque o nosso país apresentava alguns traços comuns aos países subdesenvolvidos, a exemplo do mercado de trabalho excludente, da pauperização da população, distribuição de renda desigual e algumas fragilidades no aparelho estatal. Mesmo diante dessa característica da Seguridade Social, podemos afirmar que a população teve um grande avanço nas conquistas sociais, alcançado através da luta de vários setores da sociedade.

Apesar de a supracitada década ter sido marcada por grandes conquistas sociais, no plano econômico não se teve avanços esperados. Ao contrário, a economia dava sinais de crise ocasionada pelo aprofundamento da dívida externa, pela disparidade na distribuição de renda e pela explosão de juros e da inflação. Entretanto, a política neoliberal se apresentava como solução para os problemas financeiros do país, conforme analisou Borlini (2010).

Este contexto de contrarreforma do Estado brasileiro trouxe o desmonte das conquistas sociais alcançadas na década anterior, de modo que tal padrão de acumulação trouxe um novo cenário para o país, cujas consequências atingiram todas as áreas da sociedade, uma vez que, de acordo com Mota (2009, p. 41),

² O regime ditatorial que passou a comandar o país após um golpe militar (em 1964) proporcionou um retrocesso nos direitos sociais da população, principalmente nos direitos políticos, proibindo a liberdade de expressão e de manifestação que fossem contra a esse regime. Esse período foi marcado por exílios, prisões, torturas e mortes. Na primeira metade da década de 1970 esse regime começou a dar sinais de crise e com o seu fim o povo passou a exercer novamente seu poder de mobilização e manifestação, os trabalhadores também puderam se organizar politicamente, através de seus sindicatos, ações que até então eram reprimidas. Sobre tal contexto e seu legado, o leitor poderá recorrer a obras como Netto (2014) e Telles e Safatle (2010).

⁵ A Constituição Federal de 1988 veio legitimar a Seguridade Social no seu Art. 194, que diz que “A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. (BRASIL. CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988, p. 40).

Essa recomposição do processo de acumulação incide na reestruturação dos capitais, nos processos de trabalho, na organização dos trabalhadores, no direcionamento da intervenção estatal (...) [assim sendo] o capital financeiro vai construindo novas estratégias de relacionamento entre o Estado, a Sociedade e o Mercado.

Diante desse contexto, muitas mudanças vêm ocorrendo dentro do Estado, de modo que as políticas sociais e a própria Seguridade Social foram também fortemente marcadas pelos efeitos dessa nova fase do capital. Assim, o Brasil passou por um período de conquistas sociais na década de 1980, em seguida na década de 1990 passou por uma fase de retrocessos com o avanço do neoliberalismo.

Nos anos que correspondem aos mandatos do governo Lula (mais especificamente no segundo mandato – de 2007 a 2010), o Brasil passou por uma nova fase marcada pela combinação entre crescimento econômico e desenvolvimento social. Trata-se do novo-desenvolvimentismo (neodesenvolvimentismo ou, ainda, social-liberalismo), que apareceu como uma terceira via, pois é uma mistura de traços do neoliberalismo, no que se refere ao crescimento econômico e, ao mesmo tempo, propõe um desenvolvimento social com a promoção da igualdade e justiça social.

De acordo com os neodesenvolvimentistas, a igualdade de oportunidades se daria através da educação, mas segundo Silva (2013), essa educação não está voltada para emancipação humana e sim para reproduzir a lógica do capital, ou seja, é uma educação direcionada ao desenvolvimento de habilidades para produção de mercadorias. Emancipação humana esta que é vista por Tonet (2007, p. 22) como “o patamar mais elevado possível de liberdade humana e que expressa uma forma de sociabilidade em que todos os seres humanos, todos os indivíduos podem se realizar como indivíduos humanos plenamente livres”.

Essa ideologia desenvolvimentista propagada na América Latina neste novo século traz um novo cenário para os países que a vivencia como é o caso do Brasil. Trazendo um novo direcionamento para as políticas públicas, como também um consenso em torno dessa ideologia, sendo vista como uma “alternativa” (terceira via) diante do “imutável” sistema que vivemos, mas configurando-se como reafirmação da direita para o social e esquerda para o capital, nos termos de Neves (2010).

Como em todas as políticas sociais, a saúde também é marcada pela ideologia neodesenvolvimentista, a partir do governo Lula. Mas antes de chegar nessa fase que perpassou a saúde vamos fazer uma incursão na trajetória da política de saúde.

3. A TRAJETÓRIA DA SAÚDE A PARTIR DA DÉCADA DE 1980

Uma das principais conquistas sociais que tivemos na década de 1980 foi na saúde. Com a reorganização dos movimentos populares uma das bandeiras levantadas foi a da saúde, alvo da insatisfação de grande camada da população devido ao modelo vigente, marcado pela exclusão ao acesso, por práticas assistencialistas e curativas e com o fortalecimento do setor privado.

No Brasil a mobilização popular resultou no Movimento Sanitário que teve início em 1978 e foi crescendo, até que em 1985, membros desse movimento foram ocupar posições importantes no sistema nacional de saúde, trazendo mudanças nessa política. E alguns anos depois o direito à saúde foi legitimado na Carta Magna⁶.

Outra conquista marcante foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, no governo de José Sarney, “para assegurar a universalização do direito à saúde, como um sistema regionalizado e hierarquizado, com gestão descentralizada, contando com a participação da comunidade e visando o atendimento integral das necessidades de saúde⁷” (RODRIGUES; SANTOS, 2009, p. 98).

Apesar de a Constituição Federal trazer a saúde como direito de todos e dever do Estado, esse direito ainda permaneceu sendo negado por vários motivos, um deles é que o país vinha de um processo diferente de atenção à saúde do que estava sendo proposto no momento. As dificuldades eram muitas para fundamentação desses avanços legais, tanto porque a rede de atendimento à saúde era muito limitada, quanto os profissionais não estavam capacitados para atender a população como usuários de um serviço que é garantido a eles como um direito fundamental.

⁶ O artigo 196 da Constituição vem trazer: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (BRASIL. CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988, p. 41).

⁷ Em agosto de 1990 o SUS foi regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS). Em agosto de 1990 foi aprovada a primeira versão da LOS, através da Lei 8.080, que sofreu vários vetos por parte do então Presidente da República Fernando Collor de Mello, nos quesitos que falam do financiamento e do controle social. Em dezembro do mesmo ano foi aprovada a Lei 8.142, recuperando alguns vetos da primeira. A Lei 8.080/90 dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e ainda regula as ações, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde em todo o país. Já a Lei 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Além disso, mal o SUS começou a engatinhar já foi “atropelado”, de modo que o processo de democratização ou universalização começou a ser destruído para dar início ao projeto privatista. Em contrapartida ao projeto de Reforma Sanitária o projeto privatista, favorecido pela política neoliberal e articulado ao mercado

Tem como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. (MOTA, 2009, p. 101).

O Governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) consolidou a política neoliberal de forma mais clara e devastadora sobre as políticas sociais, em especial sobre o SUS, sendo legitimada a contrarreforma do Estado na área da saúde. Outra característica marcante foi a criação ou transformação de instituições em Organizações Públicas Não Estatais ou Organizações Sociais (OS), pois estas seriam capazes de gerir os serviços como saúde e educação, com os recursos dos cofres públicos. Destarte, cumpre destacar que “outra forma de conceituar a reforma do Estado em curso, é entendê-la como um processo de criação ou de transformação de instituições, de forma a aumentar a governança e a governabilidade” (PEREIRA, 1997, p. 19).

Resumidamente, podemos inferir que o governo FHC foi marcado pelo desmonte das políticas sociais, principalmente na saúde, pois priorizava o setor privado, ficando o SUS como uma “alternativa pobre para os pobres”.

O SUS, apesar de ser uma conquista de peso na política em destaque, não abarcavam os ideais do Projeto de Reforma Sanitária. Ao longo do tempo seu projeto original foi sofrendo cortes: tomando como exemplo a NOB de 1996, que contempla além dos princípios neoliberais, propostas de documentos do Banco Mundial, que segundo Soares (2010) são elas: plena responsabilização dos municípios pelos pacotes básicos de saúde; propostas de os municípios assumirem a função de gestores da política de saúde. Assim, de forma “homogênea”, foi apresentada uma normatização contendo princípios da Reforma Sanitária e também da contrarreforma.

Após os dois mandatos de FHC, a eleição de Luís Inácio Lula da Silva (2002) parecia ser a solução para alguns setores da sociedade, a exemplo da saúde, nosso foco. Esse governo parecia ser o ideal para resgatar os ideais da Reforma Sanitária que nos últimos anos ficaram “adormecidos”, mesmo tendo representantes em altos cargos do governo.

Um fato que demonstrava que haveria mudanças significativas na política da saúde foi o então presidente nomear Humberto Costa, uma liderança dentro do Movimento Sanitário, para dirigir o Ministério da Saúde, mas o que aconteceu foi uma continuidade de medidas neoliberais que já vinham em curso do governo anterior e, de acordo com Borlini (2010), novamente foi dada prioridade à política econômica em detrimento do social, tendo como prioridade o pagamento da dívida externa, cortando investimentos da área social.

Um fato interessante que ocorre no Governo Lula é a subordinação, inclusive dos líderes do Projeto da Reforma Sanitária, que como outros setores do governo, não só na saúde, passam a crer no discurso que não há recursos suficientes para o financiamento da saúde, e a solução que resta para o SUS é *reatualizá-lo*, acabando por tentar viabilizar o “SUS possível” em detrimento do SUS legal (SOARES, 2010).

De acordo com Soares (2010), os limites encontrados na política econômica passaram a serem vistos como realidade imutável e o que restou para as políticas públicas foi o planejamento e execução de acordo com o orçamento restrito.

No que se refere ao primeiro mandato do governo Lula (2003-2006) podemos citar como avanço, comparado ao governo antecessor à volta de questões da Reforma Sanitária que tinham sido abandonadas anteriormente. Mas também tiveram continuidades de alguns aspectos tipicamente neoliberais, como a precarização no atendimento, a focalização, a terceirização e o desfinanciamento. Outra ação de continuidade foi o repasse da gestão de entidades públicas para terceiros. Como exemplo podemos citar os Hospitais Universitários (HUs), que através de pareceres técnicos consideraram essas instituições mal geridas, e para o governo uma solução viável para o problema seria a privatização dessas instituições. ((BRAVO; MENEZES, 2010)

Além dos aspectos acima elencados, destacamos o crescimento da participação popular através de Conselhos e Conferências, apesar de ser um aspecto que ainda precisa de melhorias. Essas melhorias seriam no sentido de que os usuários dos serviços de saúde tivessem mais conhecimento para poder participar de forma mais efetiva desses canais de participação, visando à transparência do serviço, a fiscalização e a qualidade dos serviços prestados, bem como podendo influenciar mais na formulação de políticas que favoreçam os setores sociais representados por eles, além de participar de maneira mais efetiva na construção das ações em saúde.

Um evento importante que aconteceu durante o segundo mandato do governo Lula foi a 13ª Conferência Nacional de Saúde, considerado o maior evento com a participação social no país. Nessa ocasião, um dos temas principais foi o projeto de Fundação Estatal de Direito

Privado, juntamente com a questão da legalização do aborto. Em todos os grupos presentes como também na plenária final, ambos os temas foram reprovados. (BRAVO; MENEZES, 2010), apesar de ser iniciadas pelo governo ações neste sentido.

Ainda de acordo com Bravo e Menezes (2010) o que fica claro é que a participação popular não foi respeitada, posto que o então Ministro da Saúde José Gomes Temporão continuou defendendo e mantendo, o projeto de Fundação Estatal de Direito Privado no programa Mais Saúde. Isso se caracteriza como uma ameaça ao princípio de participação popular.

Podemos concluir que nos dois mandatos do governo Lula se manteve os dois projetos em disputa: o privatista e o democrático. Apresentando avanços em alguns pontos e retrocessos ou continuidades, noutros.

Também podemos inferir que o governo da então Presidente Dilma Rousseff (cujo mandato iniciou em 2011 e foi reeleita em 2014) é uma continuidade do seu antecessor, pelo menos no que se refere aos pontos ora mencionados.

Podemos citar como um dos principais programas do seu primeiro mandato na área da saúde, o Programa Mais Médicos. Segundo o Portal da Saúde (BRASIL, 2013), esse programa faz parte de um pacto para melhoria do atendimento aos usuários do SUS, que prevê mais investimentos em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde, além de levar mais médicos para regiões onde há escassez e ausência de profissionais. Com a convocação de médicos para atuar na atenção básica de municípios com maior vulnerabilidade social e Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). A iniciativa prevê também a expansão do número de vagas de medicina e de residência médica, além do aprimoramento da formação médica no Brasil.

Segundo o Programa de Governo⁸ da então presidente Dilma Rousseff (2015-2018) apresentado nas eleições de 2014, podemos mencionar como propostas o fortalecimento de uma política macroeconômica sólida, mais eficácia no combate à inflação; incentivo ao crescimento econômico e social cada vez maior; reforma política com intuito de resolver as distorções do sistema representativo (através da participação popular) e melhorias na representatividade política, aprimorando o sistema eleitoral, tornando a política mais transparente.

Na área de saúde esse governo reafirma o compromisso com o fortalecimento e aprimoramento do SUS e traz como propostas a expansão do Programa Mais Médicos; a

⁸ As propostas citadas são de acordo com o Programa de Governo da então reeleita Presidente Dilma Rousseff, referente ao processo eleitoral do ano de 2014 e encontra-se disponível em: <https://www.pt.org.br/wp-content/uploads/2014/07/Prog-de-Governo-Dilma-2014-INTERNET1.pdf>. Acessado em 06/11/2014.

ampliação da rede de Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) destinadas ao atendimento de emergências de baixa e média gravidade; a extensão das redes de atendimento especializado, com a qualificação dos serviços hospitalares; o fortalecimento e a universalização do SAMU e a ampliação do acesso da população a medicamentos.

O que fica claro diante do plano de governo mencionado é que há um comprometimento maior com fortalecimento da política econômica em detrimento das outras esferas de sua atuação, como nos casos das políticas públicas, principalmente ao que se refere ao programa de governo referente à saúde.

De acordo com Soares (2010, p. 55), “a contrarreforma na política de saúde segue as tendências de assistencialização e de mercantilização da seguridade social, seus serviços e direitos sociais, possibilitando uma profunda precarização da política pública, conforme as orientações do Banco Mundial”. Neste caminho, podemos afirmar que a transformação ou refuncionalização dos princípios do SUS constitucional vem ocorrendo desde o governo FHC, mas foi nos governos petistas que se consolidou essa prática.

São nessas novas demandas, provenientes da refuncionalização do SUS, que a prática do Serviço Social se torna cada vez mais necessária, exigindo do profissional competência e conhecimento de suas atribuições, para que este não fique apenas reproduzindo a lógica individualista, curativa e predominantemente assistencial e burocrática que o sistema impõe e questão esta sobre a qual versaremos a seguir.

4. UMA INCURSÃO NO SERVIÇO SOCIAL A PARTIR DO MOMENTO DA INTENÇÃO DE RUPTURA E SUA ATUAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE

Para uma análise sobre a atuação do Serviço Social brasileiro na atualidade e suas demandas é necessário rever sua trajetória histórica, a partir de um momento importante para profissão que foi a intenção de ruptura com o serviço social tradicional e os rebatimentos desse momento para a categoria, como também para as formas de atuação diante das novas demandas. Estas são decorrentes, principalmente, do modelo econômico, que acentua as expressões da questão social, fazendo crescer a necessidade de políticas sociais e da atuação de profissionais comprometidos com a grande massa da população.

Desde os anos finais da década de 1960 quando surge na América Latina o Movimento de Reconceituação, mais precisamente em 1965, o conservadorismo dentro do Serviço Social passou a ser questionado de maneira mais sistemática no interior da categoria profissional: direcionaram uma crítica ao papel político da profissão e ao seu conservadorismo, requerendo-se uma intervenção mais comprometida com as classes subalternas⁹.

Apoiada na tradição marxista essa perspectiva criticou o Serviço Social tradicional e seus suportes teóricos e metodológicos. Emergindo no período pré-ditadura a intenção de ruptura apenas se consolidou na década de 1980, devido ao processo de redemocratização do país. Esse movimento ganhou força por colocar o Serviço Social ao lado das demandas das classes trabalhadoras.

Um marco importante nesse processo foi o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), conhecido como Congresso da Virada¹⁰. Desde a década de 1960, como exposto, o Serviço Social tradicional começou a ser questionado, mas foi nesse momento que se teve as possibilidades reais para articulação com os movimentos sociais em prol da construção do projeto profissional. A apropriação da teoria de Marx foi de extrema importância, pois contribuiu para o amadurecimento teórico, ético e político da profissão o que possibilitou também o fortalecimento no processo de reorganização das entidades da categoria.

Foi o momento em que a categoria assumiu definitivamente o seu compromisso com os ideais dos trabalhadores, negando o conservadorismo, ainda que este mantenha-se na categoria atualmente. Segundo Netto (1999) o projeto ético-político conquistou hegemonia no Serviço Social na década de 1990, mas isso não significa que ele foi único dentro da categoria profissional e que esteja “consumado”, pois ainda há tendências conservadoras ou neoconservadoras.

Na década de 1980, grande parte dos assistentes sociais passou a ser influenciada pelas aspirações democráticas dos movimentos sociais, essa década também foi marcante para as organizações políticas, através dos sindicatos, tanto para o Serviço Social como para outras

⁹ Vale ressaltar que nesse momento o mundo passou por uma crise no capitalismo, sucedida de um crescimento econômico decorrente do pós-guerra. Essa crise fez acentuar as desigualdades sociais e conseqüentemente as mobilizações das classes subalternas. No caso do Brasil, devido ao período de Ditadura Militar, apenas no decorrer do final da década de 1970 e início de 1980, que teve ênfase esse movimento que ficou conhecido como intenção de ruptura. Para maiores esclarecimentos acerca deste processo, o leitor poderá recorrer a Netto (2004; 1996).

¹⁰ O III CBAS realizado em setembro de 1979 em São Paulo, foi promovido pelo Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS), conhecido hoje como Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). Ficou conhecido como “Congresso da Virada” por ser um momento de ruptura com o conservadorismo na profissão, assumindo o compromisso com os interesses da classe trabalhadora.

categorias profissionais. O compromisso com a classe trabalhadora fez surgir valores que dariam sustentação ao projeto ético-político da profissão e pela primeira vez surgiu dentro da categoria um projeto profissional contrário aos das classes do poder.

Segundo Netto (1999), o projeto ético-político do Serviço Social tem como princípio o reconhecimento da liberdade como valor central, ou seja, a possibilidade de escolhas entre alternativas concretas, disso decorre o compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais. Mas para esse projeto profissional ser efetivado é necessário que ele esteja vinculado a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem exploração e sem classes.

Uma observação que merece ser feita, pois, é que esse projeto profissional tem uma característica importante, ele não está voltado apenas à defesa dos profissionais da categoria, mas sim, e principalmente demonstra um compromisso com a coletividade.

Neste caminho, o Serviço Social construiu um projeto profissional crítico e inovador baseado na tradição marxista, vinculado à perspectiva de emancipação humana. Esse projeto é materializado pelo Código de Ética (1993), pela Lei de Regulamentação da Profissão (1993) e pelas Leis de Diretrizes Curriculares (1996).

Tal vinculação com a Teoria Social de Marx ocorreu na transição dos anos de 1970 para 1980, quando o Serviço Social legitimou-se academicamente, com os cursos de pós-graduação, e foi nesse terreno que ganhou força a produção de conhecimento e a realização de pesquisas¹¹. Assim a profissão buscou uma ruptura com o conservadorismo na profissão, tanto na prática quanto teoricamente.

É a partir disso que se tem a base para construção do Código de Ética de 1986. Esse Código foi de grande valia para fortalecer a direção sociopolítica do projeto profissional articulado aos órgãos representativos da profissão, reafirmando o compromisso com a classe trabalhadora e mais uma vez negando o conservadorismo profissional, ao passo que se compromete com os interesses dos usuários dos serviços sociais, e para isso exigindo dos profissionais, competência teórica e técnica para atuação.

A conjuntura de democratização da sociedade brasileira nos anos 1980 foi favorável a esse avanço, pois, como vimos, a mudança do CE ocorreu no contexto de reorganização

¹¹ Este indiscutível avanço e reconhecimento pelos próprios órgãos de fomento no país, como o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível superior (CAPES), vem acarretando o fortalecimento e avanços do Serviço Social como profissão e área do conhecimento vinculados às demandas e interesses da classe trabalhadora. A este respeito, conferir Mota (2014).

política dos trabalhadores, dos movimentos sociais e da categoria profissional, propiciando a sua politização e seu amadurecimento teórico. (BARROCO; TERRA, 2012, p. 48).

Por um lado o Código de 1986 foi um avanço no que se refere à dimensão política da profissão, marcando o rompimento com o conservadorismo e o compromisso com a classe trabalhadora, por outro não contemplou outras dimensões, que até então não tinham sido incorporadas aos debates da profissão.

Com a consolidação do projeto profissional do Serviço Social, como também outras conquistas alcançadas na década de 1980, a exemplo da Constituição Federal de 1988, houve a necessidade de aprimorar os avanços contemplados no Código de 1986, para adequá-los ao contexto da sociedade de forma a dar solidez à atuação profissional. Daí a necessidade de revisão do Código de 1986 que desencadeou o de 1993.

Segundo Barroco e Terra (2012, p. 49), “A reformulação do CE de 1993 ocorreu, portanto, em um cenário de enfrentamento do neoliberalismo, em meio ao surgimento da questão ética como tema de mobilização política da sociedade.” Assim o Código de Ética (CE) de 1993 manteve algumas conquistas obtidas no Código de 1986, porém foi um aprimoramento do mesmo, trazendo para ordem do dia a questão da ética. Além disso, é digno de nota que a participação ativa de assistentes sociais de todo o Brasil possibilitou um grande debate dentro da categoria, permitindo que este novo código expressasse as aspirações desses profissionais¹².

Em junho de 1993 foi regulamentada a profissão do assistente social, através da Lei de Nº 8.662/93 que vem trazer toda normatização para atuação profissional, definindo competências e atribuições privativas do assistente social. Em 26 de agosto de 2010, a Lei de Nº 12.317 veio dispor sobre a duração da jornada de trabalho do assistente social, que passa a ser de trinta horas semanais.

Destaca-se também na década de 1990 a construção de outro documento que dá materialidade ao projeto ético-político: as Diretrizes Gerais para os Cursos de Serviço Social. Estas expressam a base comum para a formação profissional, sendo referência para as instituições de ensino.

¹² Esse código, vigente até os dias atuais foi instituído pelo Conselho Federal de Serviço Social, através da Resolução e N. 273, de 13 de março de 1993. Contém uma série de princípios, deveres, direitos e proibições que orientam a atuação profissional. São onze os princípios, que estão interligados. Possibilita respostas para o exercício profissional, mesmo diante das barreiras impostas pela ordem social vigente.

A proposta de Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social foi construída coletivamente pelos assistentes sociais brasileiros, a partir de 1993, para revisão do Currículo Mínimo de 1982. A proposta foi aprovada na Assembleia Geral da Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABESS), realizada em novembro de 1996 no Rio de Janeiro, de modo que

O processo de construção deste Currículo Mínimo para o Curso de Graduação em Serviço Social, nos conduziu a concebê-lo tendo como centralidade a Questão Social, entendida no âmbito da produção e reprodução da vida que tem no trabalho o seu elemento fundante. Esta perspectiva articula organicamente profissão e realidade. (ABESS/CEDEPSS, 1996, p. 04).

Outro processo que colaborou para implantação das Diretrizes Curriculares foi a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação de 1996. As novas Diretrizes Curriculares estabeleceram um patamar comum no ensino em Serviço Social, de modo a acompanhar as profundas transformações que vem ocorrendo.

Todos esses avanços dentro da profissão no decorrer dos anos 1980 e 1990 só foram possíveis pelo momento em que o país se encontrava, pois não somente ocorreram avanços dentro da profissão como também o Brasil passava por avanços nos marcos legais, através da Constituição Federal de 1988 e outros aparatos legais, dos quais podemos citar a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) (1993), SUS (1990), o Estatuto do Idoso (2003), O Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) (1990), etc.

Segundo Bravo e Matos (2012) o processo de renovação do Serviço Social teve influências da conjuntura da época, mas não houve o debate direto com outros movimentos, como o da Reforma Sanitária, pois o Serviço Social passava por um momento de revisão interna (momento da intenção de ruptura).

Assim pelo fato de o Serviço Social não está engajado ao Movimento de Reforma Sanitária, por está passando por um momento de mudança dentro da categoria isso fez com que, especificamente na saúde, o exercício profissional não tivesse grandes avanços.

É a partir dos anos de 1990 que o Serviço Social incorpora os ideais da Reforma Sanitária através dos princípios do SUS. Mas segundo Bravo e Matos (2012) o que ocorre é uma incorporação dos princípios, mas numa apropriação.

Podemos inferir que um dos principais motivos para efetivar tanto o projeto ético-político do Serviço Social, quanto o Projeto de Reforma Sanitária seria a conjuntura desfavorável que se sobrepôs o país a partir de década de 1990.

Nos anos que o projeto neoliberal se consolidou no país, houve uma clara disputa entre dois projetos políticos na área da saúde, o projeto privatista e o projeto da Reforma Sanitária¹³, de modo que ambos passaram a requisitar do Serviço Social atuações distintas. O projeto privatista requer do (a) assistente social, uma atuação voltada para o mercado, ou seja, uma atuação que reproduza a lógica mercantilista com o predomínio de práticas burocratizadas, individualistas e focalizadas, defendendo a lógica do mercado. Já o projeto da Reforma Sanitária traz demandas para a profissão que mais se aproximam com os ideais do seu projeto profissional.

Podemos dizer que há uma aproximação entre o projeto ético-político do Serviço Social e o projeto de Reforma Sanitária, ambos construídos no processo de democratização da sociedade brasileira na década de 1980 e que, de certa forma, buscam contribuir com a construção de uma nova ordem societária, livre de exploração e dominação. Mas com a conjuntura atual torna-se cada vez mais desafiante a implementação desses dois projetos, uma vez que eles só seriam efetivados na sua plenitude numa sociedade diferente da que estamos vivenciando.

Por esse Projeto de Reforma Sanitária ter semelhanças com o projeto profissional dos assistentes sociais cabe ao Serviço Social buscar meios e formular estratégias para serem utilizadas nos serviços do setor em tela para que se efetive o direito à saúde, atentando para o fato de que o trabalho do assistente social que queira ter como orientação o projeto ético-político profissional tem de estar articulado ao projeto da reforma sanitária.

Os (as) assistentes sociais devem estar sempre questionando as demandas da instituição a qual estão inseridos, principalmente aquelas que ferem os direitos conquistados pela população, buscando sempre consolidar um trabalho no cotidiano que esteja em defesa dos direitos dos usuários e não apenas da instituição.

É neste sentido que o fortalecimento do projeto ético-político profissional é um processo contínuo que deve ir se consolidando no cotidiano de trabalho, isso é possível através do

¹³ “O Projeto de Reforma Sanitária, construído na década de 1980, tem como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde (SUS) e foi fruto de lutas e mobilização dos profissionais de Saúde, articulados ao movimento popular. Tem como preocupação central assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde. Como aspectos significativos destacam-se: democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, melhoria da qualidade dos serviços com adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações. Sua premissa básica consiste na Saúde como direito de todos e dever do Estado”. (BRAVO, 2009, p. 2).

combate às práticas que trazem para a vida social dos indivíduos uma situação de descaso e negação dos direitos.

Um movimento que cabe aqui destacar é a mobilização de assistentes sociais que lutam contra a privatização da saúde no Brasil. Essa articulação vem ocorrendo desde 2010 quando é criada a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde (FNCPS) que tem por objetivo resistir aos processos da privatização no país. Segundo Ximenes (2013), a partir de 2007 há uma mudança no contexto das políticas do governo, ocorre uma “repolitização regressiva da política”. Ou seja, houve uma reformulação das políticas do governo e diante disso os sujeitos políticos coletivos também passam por mudanças. Essa nova conjuntura traz um grande desafio, pois atualmente é predominante essa tendência através dos novos modelos de gestão que surgem para o serviço público como a solução dos problemas, o que causa uma inversão dos princípios do SUS.

Por outro lado, para uma prática eficaz na saúde coerente com o direcionamento hegemônico da categoria dos (as) assistentes sociais é necessário, entre outras coisas, que o (a) profissional tenha conhecimento das particularidades da sua atuação dentro da instituição que desenvolverá o seu trabalho.

O (a) assistente social deve voltar a sua prática para o desvelamento das condições de vida dos sujeitos e para isso é necessário o contato mais direto com os usuários dos serviços de saúde. É essa aproximação somada às devidas mediações com o modo de produção e reprodução social que permitem impulsionar ações inovadoras no sentido de reconhecer e atender tais demandas. Através disso que os assistentes sociais vão poder encontrar estratégias para enfrentamento das demandas nessa área e não apenas ficar reproduzindo a lógica da instituição.

É a capacitação permanente que possibilita ao profissional romper com a prática rotineira, acrítica e burocrática, e buscar, a partir da investigação da realidade a que estão submetidos os usuários dos serviços de saúde, a reorganização da sua atuação, tendo em vista as condições de vida dos mesmos e os referenciais teóricos e políticos hegemônicos na profissão, previstos na sua legislação, e no projeto de Reforma Sanitária. (CFESS, 2010, p. 69).

Muitos autores mencionam que há um discurso entre os profissionais sobre as inquietações decorrentes da imprecisão na prática profissional na área da saúde o que provoca uma desqualificação do serviço social nessa área de atuação¹⁴. O que seria contraditório, pois ao mesmo tempo em que cresce essa discussão sobre a particularidade da atuação do assistente

¹⁴ Referente a esse assunto o leitor pode recorrer a Matos (2013), Costa (1998) e Bravo et al (2012).

social na saúde e a sua falta de precisão técnica, também aumenta a demanda por esses profissionais nesses serviços¹⁵.

No caso dessa área em foco, como já mencionado, a implantação do SUS trouxe uma nova organização nos serviços de saúde oferecidos à população, que de um lado atende algumas reivindicações do Projeto de Reforma Sanitária, e do outro, os nega.

É na reorganização da saúde, através do SUS, e com as lacunas deixadas pela sua não implementação que surgem novas demandas para os profissionais da saúde e entre eles os (as) assistentes sociais.

Diante da necessidade de qualificar o trabalho na saúde é que foi criado pelo conjunto CFESS/CRESS em 2010 e após uma série de debates pela categoria um documento intitulado de “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde” com o objetivo de orientar a intervenção dos (as) profissionais de Serviço Social nessa área.

Foi desenvolvido para responder os anseios da categoria em torno de orientações gerais sobre as respostas profissionais a serem dadas pelos (as) assistentes sociais às demandas identificadas no cotidiano do trabalho no setor saúde e àquelas que ora são requisitadas pelos usuários dos serviços, ora pelos empregadores desses profissionais no setor saúde. (CFESS, 2010).

Esse documento apresenta as atribuições e competências do (a) assistente social, além de fazer uma discussão sobre sua intervenção na área da saúde, esclarece questões polêmicas sobre a intervenção profissional, ou seja, se algumas ações desenvolvidas por esses (as) profissionais são mesmo de sua competência.

Os parâmetros para atuação de assistentes Sociais na Saúde foi organizado a partir de quatro eixos de ação a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais e devendo ser orientadas à luz do projeto profissional do Serviço Social.

O *Atendimento direto aos usuários* ocorre nos espaços de atuação profissional na saúde. As ações desenvolvidas para esse atendimento se dão através das ações socioassistenciais, das ações de articulação interdisciplinar e das ações socioeducativas.

As *ações socioassistenciais* são as principais demandas para o Serviço Social. A reorganização do SUS traz novas necessidades para a população usuária, como também requisições crescentes para os assistentes sociais. Costa (1998) cita como tais: crescente

¹⁵ Tais inquietações reforçam o velho jargão de que “na prática a teoria é outra”. A este respeito, o leitor poderá recorrer a Forti e Guerra (2013).

demanda da população em busca do direito a saúde; pouca oferta dos serviços oferecidos, não abrangendo toda a população e ferindo o princípio de universalização pregado pelo SUS; efetividade nos mecanismos de controle e participação social e a administração da demanda reprimida. Essas, como outras demandas refletem no cotidiano dos serviços e requisitam do assistente social resolutividade para tais problemas.

Para os profissionais comprometidos com o projeto ético-político essas ações devem ultrapassar o caráter imediato e ao mesmo tempo instigar os usuários a uma reflexão de suas reais condições de vida, ao passo que se organizem e se mobilizem na luta em defesa dos seus direitos.

As ações de articulação em equipe são necessárias, pois permite o profissional conhecer a partir de diferentes ângulos as necessidades do usuário. Também é de extrema importância que os demais profissionais da equipe tenham conhecimento das atribuições do assistente social.

E por fim *as ações socioeducativas* que se trata da socialização de informações para os usuários, seja de forma individual ou coletiva, nos serviços de saúde ou fora dele. Nesse tipo de ação é necessário que não seja apenas o repasse de informações de forma vertical, mas provocar a participação da população de forma crítica, para que estes conheçam a realidade em que estão inseridos, tornando-os capazes de colaborar coletivamente na construção de estratégias a serem utilizadas.

Para tais ações é fundamental a investigação, o planejamento, a mobilização e a participação social dos usuários para a garantia do direito à saúde, bem como a assessoria para a melhoria da qualidade dos serviços prestados e a supervisão direta aos estudantes de Serviço Social.

Mobilização, participação e controle social envolvem um conjunto de ações voltadas para a mobilização e participação social de usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais em espaços democráticos de controle social (conselhos, conferências, fóruns de saúde e de outras políticas públicas) e nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde. As atividades realizadas têm por objetivo contribuir na organização da população e dos usuários enquanto sujeitos políticos, que possam inscrever suas reivindicações na agenda pública da saúde.

Investigação, planejamento e gestão: a descentralização das políticas sociais vem requisitando aos profissionais de Serviço Social a atuação nos níveis de planejamento, gestão e coordenação de equipes, programas e projetos. Tal atuação deve ser embasada pela realização de

estudos e pesquisas que revelem as reais condições de vida e as demandas da classe trabalhadora, além dos estudos sobre o perfil e situação de saúde dos usuários. Considera-se importante a inserção dos assistentes sociais nos espaços de gestão e planejamento e a realização de investigação, tendo como diretriz o projeto ético-político profissional.

Assessoria, qualificação e formação profissional: visam o aprimoramento profissional, com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços prestados aos usuários. Envolve a educação permanente dos trabalhadores de saúde, da gestão, dos conselheiros de saúde e representantes comunitários, bem como a formação de estudantes da área da saúde e residentes, como também a assessoria. Podem ser realizadas atividades para cada área profissional, como programações que visem à qualificação da equipe de saúde, na perspectiva de um trabalho interdisciplinar. As atividades de formação profissional envolvem a criação de campo de estágio, supervisão de estagiários. A assessoria é uma ação desenvolvida por um profissional com conhecimento da área que toma a realidade como objeto de estudo e detém uma intenção de alterá-la, pode ser prestada ao profissional, à gestão para formulação de políticas sociais e aos movimentos sociais. Pode ser uma atribuição privativa do assistente social ou uma competência do profissional. Como atribuição privativa, o assistente social desenvolve assessoria na matéria “Serviço Social” e só pode ser prestada por um profissional graduado na área.

4.1- A prática do Serviço Social nos trabalhos publicados no Congresso Brasileiro De Assistentes Sociais

Para dar embasamento a nossa discussão foi feita uma busca e análise nos artigos publicados no 14º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, realizado em Águas de Lindóia – SP, dos dias 14 a 18 de Outubro de 2013. Teve como temática: Impactos da crise do capital nas políticas sociais e no trabalho do/a assistente social.

Analisando os trabalhos apresentados, enfocando no eixo temático da Saúde, vimos que dos 120 trabalhos apresentados dentro dessa temática, 31 tratam de alguma forma de atuação do Serviço Social nesse campo. Desse número 10 são relatos de experiência e os demais tratam de pesquisas.

Em alguns dos trabalhos analisados o que já se coloca como desafio é a autoafirmação profissional, ou seja, inserir o assistente social num espaço sócio ocupacional multidisciplinar e

delimitar sua atuação junto à equipe e os usuários, esclarecer para estes, como também para o gestor das suas atribuições e competências. Podemos inferir que um dos principais motivos para isto é por que numa equipe multidisciplinar, o assistente social se relaciona com profissionais que desenvolvem um trabalho mais palpável, mais objetivo, o que torna a atuação do Serviço Social algo “abstrato”.

Outros dilemas e desafios ainda são postos, como o cuidado para não cair apenas na execução terminal da política social de saúde, pois o sistema vigente constantemente requer ações apenas pautadas no indivíduo e não na mobilização social e ampliação de direitos. Sendo assim, cabe ao referido profissional ter uma consciência crítica, comprometido com os valores e princípios do Código de Ética da profissão para evitar práticas individualistas que vão de encontro com o que prega a SUS. O assistente social deve ter consciência que atua num terreno onde estão permeadas as contradições entre a ordem capitalista e a lutas das classes trabalhadoras.

As expressões da questão social também provocam a indagação do papel do assistente social frente às particularidades individuais e coletivas do sujeito na sua inserção social e familiar.

Em outros artigos analisados constata-se que o trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais é com vistas na democratização no acesso às informações acerca dos direitos dos usuários, desenvolvendo atividades em consonância com os Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Saúde.

Também vimos como desafio para o assistente social dar respostas efetivas às várias demandas que lhe são requisitadas, uma vez que suas condições de trabalho mudam no mesmo ritmo em que mudam as demandas dos usuários. E uma grande dificuldade apontada por profissionais é facilitar o processo de mobilização, adesão aos movimentos sociais, e o incentivo à participação em instâncias coletivas.

Outro embate apontado é nas parcerias público-privadas que exigem conhecimento e intervenção profissionais que acaba por se tornar uma contradição, pois ora o profissional atua na esfera pública, ora atende a esfera privada, colocando-se em constante conflito ético para com a materialização do projeto ético-político da profissão em seu cotidiano de trabalho.

Outra dificuldade para um bom desenvolvimento das atribuições do (a) assistente social são as tarefas burocráticas e administrativas que são postas a este e que lhe demanda a maior

parte do seu tempo de trabalho. É assim que o Serviço Social trabalha atualmente em algumas instituições, buscando respostas imediatas a situações de emergências que são definidas pela instituição e não pelo seu planejamento crítico e comprometido com os usuários.

É importante sinalizar também a introdução das Organizações Sociais (OSs) nas instituições públicas. Estas são responsáveis não só pela gestão da unidade em si, mas também pela gestão dos trabalhadores, assumindo uma intensificação do ritmo da jornada de trabalho com a lógica de empresa privada. Com a autonomia para contratar e demitir os profissionais, esse modelo de gestão gera grande rotatividade destes e prejudica um trabalho mais sistemático e de intervenção de uma equipe junto à população atendida.

Assim esse contexto de precarização das relações de trabalho reflete diretamente na atuação profissional dos assistentes sociais, tornando-se necessário e urgente criarem estratégias de enfrentamento a esse trabalho desarticulado e fragmentado do Serviço Social.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho buscou apresentar uma breve reflexão sobre as mudanças que vêm ocorrendo na sociedade brasileira com o advento da contrarreforma do Estado e seus rebatimentos na política de saúde. Nesse contexto também presenciamos um cenário de empobrecimento da população, aumento do desemprego e subemprego, desmonte dos direitos e políticas sociais universais.

Por conseguinte, essa conjuntura também traz consequências para os profissionais de saúde, sobretudo para o assistente social, que vê cada vez mais os serviços públicos terem recursos escassos, afetando diretamente a população usuária que recebe um atendimento precário, e tendo este profissional, portanto, que trabalhar com péssimas condições e relações de trabalho.

A partir deste esboço de reflexões a respeito dessas mudanças que vem ocorrendo em especial sobre os serviços de saúde, podemos observar que presenciamos um cenário nada favorável para os trabalhadores. Por outro lado, limites e possibilidades estão postos para o cotidiano profissional do assistente social.

O assistente social, como profissional assalariado que vende sua força de trabalho especializada, também sofre as consequências do desmonte dos direitos sociais, tanto no cotidiano do trabalho, que tem suas ações limitadas com a escassez de recursos para atender as demandas dos usuários, como também em sua própria relação e condição de trabalho que passa a ficar cada vez mais precarizada.

Sendo assim, o exercício da profissão Serviço Social requer um profissional com competência para ir além das rotinas estabelecidas pela instituição, capaz de analisar a realidade e propor projetos à instituição, defendendo seu campo de atuação, qualificações e atribuições privativas do assistente social. Essas propostas devem estar em consonância com o projeto profissional do Serviço Social. Entretanto, é necessário compreender que o projeto ético-político do Serviço Social se depara com os limites postos pela sociedade hoje, pelas condições que o mercado de trabalho lhe impõe e pelo grau de politização dos trabalhadores.

REFERÊNCIAS

ABESS/CEDEPSS. Currículo Mínimo para o Curso de Serviço Social: Aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 8 de novembro de 1996. Rio de Janeiro: ABESS/CEDEPSS, 1996.

ANTUNES, Ricardo; ALVES, Giovanni. Educ. Soc., Campinas, vol. 25, n. 87, p. 335-351, maio/ago. 2004. Disponível em <http://www.cedes.unicamp.br>

BARROCO, M. L. S.; TERRA, S. H. Código de Ética do/a Assistente Social: Comentado. São Paulo: Cortez, 2012.

BEHRING, E. R. Fundamentos da Política Social in Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 4ª ed. Brasília: Cortez, 2009.

BORLINI, Leandra Maria. Há pedras no meio do caminho do SUS: os impactos do neoliberalismo na saúde do Brasil in IV Encontro Nacional de Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), v. 9, n. 2, 2010. Textos & Contextos: Porto Alegre. P. 321-333.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado, 1988.

BRASIL. Portal da Saúde. Disponível em: <<http://www.gov.org.br>> Acesso em 19 de outubro de 2014.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. de, [et al] A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões in Movimentos Sociais, Saúde e Trabalho. Rio de Janeiro: ENSP/ FIOCRUZ, 2010.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de, [et al]. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate in Saúde e Serviço Social. 5ª ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal in XIX Seminário Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social. El Trabajo Social en la coyuntura latinoamericana: desafíos para su formación, articulación y acción profesional. Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador. 4-8 de octubre 2009.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Brasília: CFESS, 2010.

MÉSZAROS, István. A Crise estrutural do Capital. 2ª ed. São Paulo: Boitempo, 2011. 155p.

MOTA, A. E. *Seguridade Social Brasileira: desenvolvimento histórico e tendências recentes in Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. 4ª ed. Brasília: Cortez, 2009.

_____. *Serviço Social Brasileiro: profissão e área do conhecimento*. Revista *Katálysis*, Florianópolis, v. 16, n. esp., p. 17-27, 2013.

NETTO, José Paulo. *A Construção do Projeto Ético-Político Profissional frente à crise contemporânea (Curso e Capacitação em Serviço Social e Política Social – módulo I)*. Brasília: CFESS/ ABEPSS/ CEAD, 1999.

PEREIRA, J. D; SILVA, S.S. de S; PATRIOTA, L. M. *Políticas Sociais no contexto neoliberal: focalização e desmonte*. V. 5, n. 3, 2006. Disponível em: <<http://www.revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/64/56>>. Acessado em 28/09/2014.

PEREIRA, Luís Carlos Bresser. *A Reforma do Estado dos anos 90: Lógica e Mecanismos de Controle*. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997.

RODRIGUES, P. H.; SANTOS, I. S. *Saúde e Cidadania: uma visão histórica do SUS*. São Paulo: Atheneu, 2009.

SOARES, Raquel Cavalcante. *A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao serviço social*. 2010. 209 folhas. Tese (Doutorado) – Curso de Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2011.

SILVA, Alessandra Ximenes da. *Lutas sociais e contradições dos sujeitos políticos coletivos no processo da reforma sanitária brasileira*. 2013. 252 f. Tese (Doutorado) - Curso de Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013.

TONET, Ivo. *Um Novo Horizonte para a educação in: I Congresso de Ontologia do ser Social e Educação*, 2007, São José do Rio do Preto – SP. Anais... São José do Rio Preto, 2007.