



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

AMANDA DA SILVA

A contrarreforma da saúde e os impactos na prática profissional do assistente social na Estratégia Saúde da Família: Uma Análise da Produção Acadêmica do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba

**CAMPINA GRANDE - PB
2018**

AMANDA DA SILVA

A contrarreforma da saúde e os impactos na prática profissional do assistente social na Estratégia Saúde da Família: Uma Análise da Produção Acadêmica do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a. Ma. Sandra Amélia Sampaio Silveira

**CAMPINA GRANDE - PB
2018**

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

S586c Silva, Amanda da.

A contrarreforma da saúde e os impactos na prática do assistente social na estratégia saúde da família de campina [manuscrito] : análise da produção acadêmica do curso de serviço social da universidade estadual da paraíba / Amanda da Silva. - 2018.

74 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2018.

"Orientação : Profa. Ma. Sandra Amélia Sampaio da Silveira, Departamento de Serviço Social - CCSA."

1. Estratégia saúde da família. 2. Serviço social. 3. Contrarreforma. 4. Prática profissional. 5. Assistente social. I. Título

21. ed. CDD 362

AMANDA DA SILVA

A contrarreforma da saúde e os impactos na prática profissional do assistente social na Estratégia Saúde da Família: uma análise da produção acadêmica do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba

Aprovada em: 04/07/2018.

BANCA EXAMINADORA

Sandra Amélia Sampaio Silveira

Prof.^a Ma. Sandra Amélia Sampaio Silveira (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Thereza Karla de Souza Melo

Prof.^a Ma. Thereza Karla de Souza Melo
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Kathleen Elane Leal Vasconcelos

Prof.^a Dra. Kathleen Elane Leal Vasconcelos
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

A minha mãe, pelos esforços para me dar uma
educação digna.

AGRADECIMENTOS

Ao terminar este trabalho pude reafirmar que o conhecimento é algo que se constrói coletivamente e não de forma solitária, por isso não poderia deixar de expressar a minha gratidão a todos que me ajudaram a chegar até aqui.

Inicialmente agradeço aos professores que passaram por mim até o ensino médio que me incentivaram a acreditar que fazer um curso superior era possível, especialmente a professora Marluce por todo apoio.

A minha mãe, pessoa mais importante da minha vida, por todo seu amor e dedicação, proteção e ensinamentos.

Ao meu irmão Elisson, que mesmo distante se faz presente, sendo um companheiro e me dando apoio sempre que preciso.

Aos meus primos Janilson e Rennale, pela amizade, companheirismo e apoio incondicional.

Aos colegas da turma 2013.1 por todo o conhecimento compartilhado, todas as vivências e aprendizado.

Agradeço em especial a colega Rayssa, pela amizade e companheirismo, paciência, sendo presente quando eu mais precisei, aquela que foi meu pilar de sustentação na turma.

Aos amigos Marcela, Jarbas e Donizete, que conheci na turma de serviço social que se tornaram companheiros de vida e luta, mesmo seguindo caminhos diferentes profissionalmente, apesar da distância física vocês são sempre presentes.

As amigas Claudineide, Valquíria Lúcia, Eva Dizia (Evinha), que também compõem o grupo das pessoas que conheci no curso, por todo o apoio, pelos conselhos e ensinamentos, nos momentos que achei que não conseguiriam vocês foram a coragem que eu precisava. Aprendi amar também as famílias de cada uma.

As professoras Patrícia, Socorro Pontes, Sheila, Jordeana e Cleomar, por todos os ensinamentos e por mostrarem que mesmo que seja difícil é preciso acreditar em mundo melhor.

Aos componentes do meu processo de estágio, Alessandra (supervisora acadêmica), Nara Rúbia (supervisora de campo) e aos colegas Cláudia, Géssica e Girlan.

A professora Cristina, pela oportunidade de encontro na experiência de pibic.

Aos professores Francisco e Kathleen, pela troca de conhecimento na realização da monitoria nos componentes de teoria sociológica e tópicos especiais em saúde respectivamente.

A minha querida Sandra, professora que aprendi admirar desde o primeiro dia de ingresso no curso, na primeira aula da graduação, por ser apoio e carinho constante e espalhar doçura por onde passa. Pelo conhecimento compartilhado no pibic. Sou grata por ter me guiado tão bem na construção desse trabalho, sem suas contribuições não teria sido fácil.

A banca examinadora formada pelas professoras Thereza e Kathleen aos quais tenha grande admiração, pela leitura, sugestões e contribuições a esse trabalho.

Por fim, o meu maior agradecimento a Deus, Amigo meu, Amado meu, O teu amor me conquistou, Tua ternura me alcançou. Que poderei retribuir por tudo aquilo que fez em mim? Grata sou por ter me permitindo vivenciar tantos aprendizados e conhecer tantas pessoas especiais. Mesmo em um ambiente que é contraditório falar de Deus, durante esses anos foi reafirmado em mim o pensamento como não Te adorar, me entregar, corresponder o teu amor. Todo louvo a Ti, Aquele que tudo em mim realizou.

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família vem se estruturando como eixo da mudança assistencial na saúde no Brasil. Nesta perspectiva, o município de Campina Grande foi um dos pioneiros na implantação da referida estratégia, quando o Ministério da Saúde lançou, na década de 1990, o Programa Saúde da Família, num contexto em que o Brasil adere à política macroeconômica neoliberal. O trabalho em tela resulta de uma pesquisa sobre a relação entre a contrarreforma da saúde e os impactos na prática do assistente social no espaço ocupacional da Estratégia Saúde da Família (ESF), no referido município, motivada pela experiência de estágio obrigatório em serviço social realizado na Unidade Básica de Saúde Wesley Cariri Targino no Bairro Nova Brasília- CG. O objetivo central que guiou o estudo foi analisar como a relação entre a contrarreforma na saúde e seus impactos na prática do assistente social é abordada nos Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC's) de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Os objetivos específicos foram: mapear os TCC's que se dedicaram a trabalhar a ESF; discutir as tendências sobre a contrarreforma da saúde; identificar a configuração da prática do assistente social; discutir os impactos do processo de contrarreforma na prática do assistente social. Para tanto, realizamos uma pesquisa documental nos TCC's do Curso de Serviço Social produzidos no período de 1999 a 2016, totalizando 125 trabalhos, dos quais definimos uma amostra de 37 TCC's, tendo como critério amostral aqueles que se detinham sobre a prática profissional. Como principais resultados identificamos que 27% dos TCC's analisados não faziam menção nenhuma a política de saúde e os que, por sua vez, abordaram a contrarreforma da saúde, destacaram a presença do modelo neoliberal na política de saúde brasileira. No tocante à prática do Serviço Social, há registros de precarização e aumento da cobrança por produtividade na ESF, que atrapalha o trabalho do assistente social voltado para as necessidades dos usuários. Verificamos que os trabalhos não apresentam relação entre o contexto da política de saúde e a prática profissional e que não há discussão da relevância do trabalho do assistente social na ESF, como profissional que pode realizar uma atuação pautada na concepção ampla de saúde.

Palavras-Chave: Estratégia Saúde da Família; Serviço Social; Contrarreforma; Prática Profissional.

ABSTRACT

The Family Health Strategy has been structured as the axis of health care change in Brazil. In this perspective, the municipality of Campina Grande was one of the pioneers in the implementation of the strategy, when the Ministry of Health released, in the 1990, the Family Health Program, in a context where the Brazil adheres to neoliberal macroeconomic policy. The work on the screen results from a research on the relationship between the counter-reform and health impacts in the practice of social worker in the occupational space the Family Health Strategy (FHS), in that municipality. Motivated by the experience of compulsory traineeship in social service performed at the Wesley Cariri Targino Basic Health Unit in Bairro Brasília-CG. The central objective that guided the study was to examine there relationship between the counter-reform in the health and its impact on the practice of social worker's approached in the studies of conclusion of course (TCC's) social service at the State University of Paraíba. The specific objectives were: to map the TCC's that dedicated themselves to working the FHS; discuss trends on the counter-reform in health; identify the configuration of social worker; discuss the impacts of the process of counter-reform in the practice of social worker. To this end, we conduct a documentary research in TCC's Social Service Course in the period of 1999 to 2016, a totaling 125 studies, of which we define a sample os 37 TCC's sampling criterion, as those who held on to professional practice. As the main results identified that 27% of TCC's analised didn't mention any health policy, those who by your time, approached the counter-reform of health noted the presence of the neoliberal model in brazilian health policy. Regarding the practice of Social Service records precariousness and increased recovery by productivity In the ESF, that disrupts the social worker's work focused on the needs of users. We verified that the studies don't present relationship between health policy context and professional practice and that there is no discussion of the relevance of the social worker's work in the ESF, as a professional that can perform a guided action in the broad conception of health.

Keywords: Family Health Strategy, Social Worker, Couter-reformin, Professional Practice.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AS	Assistente Social
BM	Banco Mundial
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensão
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CCS	Conselho Comunitário de Saúde
CF	Constituição Federal
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DRU	Desvinculação da Receita da União
EAD	Educação a Distância
EC	Emenda Constitucional
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIES	Fundo de Financiamento Estudantil
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional
FUNRURAL	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
IAP	Institutos de Aposentadoria e Pensão
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
MARE	Ministério de Administração da Reforma do Estado
MS	Ministério de Saúde

NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OPAS	Organização Pan - Americana de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNS	Plano Nacional de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PROUNI	Programa Universidade Para Todos
PT	Partido dos Trabalhadores
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SAB	Sociedade Amigos do Bairro
SDUS	Sistema Descentralizado Unificado de Saúde
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINASC	Sistema de Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	BREVE HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	15
2.1	A POLÍTICA DE SAÚDE NA DÉCADA DE 1970.	15
2.2	O MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	18
2.3	A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO PROPOSTA DE REORIENTAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE	22
3.	A CONTRARREFORMA DO ESTADO E SUAS IMPLICAÇÕES NA POLÍTICA DE SAÚDE.....	27
3.1	A CONTRARREFORMA DO ESTADO BRASILEIRO	27
3.2	O PROCESSO DE CONTRARREFORMA DA POLÍTICA DE SAÚDE	33
3.3	E OS PRINCÍPIOS DO SUS NESSA HISTÓRIA.....	35
3.4	A POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA NO CONTEXTO DA CONTRARREFORMA	36
4.	SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: CONSIDERAÇÕES ACERCA DA INSERÇÃO NESTA ÁREA E A CONFIGURAÇÃO DA PRÁTICA NO ATUAL CONTEXTO DE CONTRARREFORMAS.....	38
4.1	A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE E ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A PRÁTICA	38
4.2	O SERVIÇO SOCIAL EM MEIO AO PROCESSO DE CONTRARREFORMA NA SAÚDE	43
5.	A CONTRARREFORMA NA SAÚDE E SEUS REBATIMENTOS NA PRÁTICA PROFISSIONAL NA ESF: UMA ANÁLISE A PARTIR DOS TCC'S DO CURSO DE SERVIÇO DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA	45
5.1	CONSIDERAÇÕES SOBRE AS TENDÊNCIAS DA CONTRARREFORMA NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL E O CURSO DE SERVIÇO SOCIAL DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA.	45
5.2	A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE CAMPINA GRANDE.....	48
5.3	O SERVIÇO SOCIAL NA ESF DE CAMPINA GRANDE - PB	49

5.4	O CAMINHO METODOLÓGICO E OS RESULTADOS ENCONTRADOS..	52
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
7.	REFERÊNCIAS	62
	APÊNDICE I – FICHA DE LEITURA.....	70
	APÊNDICE II - Relação dos TCC's Pesquisados	71

1. INTRODUÇÃO

No fim dos anos 1970, o capitalismo passa por mais uma crise de superprodução, com o esgotamento dos chamados 30 anos gloriosos do capital(MANDEL,1990). Neste contexto, como tentativa de modificar o rumo da crise, as ideias neoliberais ascendem mundialmente, o que representou uma ofensiva à classe trabalhadora ao romper com o padrão welfare state de políticas sociais desenvolvidas e ao empreender uma reestruturação produtiva e flexibilização dos direitos sociais conquistados até então.

No Brasil, a partir da década de 1990, observa-se a adesão aos princípios e políticas econômicas neoliberais, sob o discurso de reforma do Estado, reorganizando os serviços, pautado na diminuição do tamanho da estrutura estatal. Porém, o que ocorre é o deslocamento do Estado em prol dos interesses do capital, configurando-se, assim, como uma contrarreforma.

Esse processo acaba por afetar as políticas sociais, que terão como características a focalização, flexibilização e o subfinanciamento. Na saúde, desde a década de 1990, ocorrem inflexões do processo de contrarreforma do Estado, porém apresenta algumas particularidades, tendo em vista que não se explicitou como projeto de governo (SOARES, 2010). As mudanças ocorridas na saúde foram feitas por dentro do sistema, com o discurso de aprimoramento da sua estrutura, como por exemplo, os modelos alternativos de gestão das instituições públicas.

As mudanças propostas para as políticas setoriais e a seguridade social como um todo tem como objetivo o favorecimento do setor privado. Para tanto, são lançadas estratégias políticas baseadas em discursos de competência e eficiência, pautados em princípios neoliberais que, por sua vez, causam danos à classe que vive do trabalho.

O processo de contrarreforma repercute na categoria de assistentes sociais na condição de trabalhador, por meio de vínculos precarizados de trabalho. Há o aumento e diversificação das expressões da questão social nas demandas direta e indiretas que são postas para o profissional, havendo a redução dos recursos para a prática do profissional, que tem a qualidade subordinada à quantidade em meio a lógica do produtivismo.

Dessa forma, as propostas para organização da política de saúde nesse período influenciam a prática dos profissionais de saúde, como o assistente social. Observa-se que a inserção de novos elementos e instrumentos de gestão no espaço das unidades de saúde, mesmo com um discurso de progresso e desenvolvimento, acaba por fortalecer a permanência

de velhas práticas não superadas e reprodutoras do modelo de atenção à saúde prioritariamente assistencial, curativo e individualista. (SOARES, 2010).

Tendo em vista que as condições de precariedade do trabalho em saúde manifestam-se de duas formas, quais sejam, nos vínculos e nas condições de trabalho, e que os profissionais dos três níveis de atenção estão submetidos a esta realidade, a pesquisa em tela teve como objetivo principal analisar como a relação entre a contrarreforma na saúde e seus impactos na prática do assistente social na ESF é abordada nos Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC's) de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Os objetivos específicos que nortearam o estudo foram: mapear os TCC's produzidos sobre o tema; discutir as tendências sobre a contrarreforma da saúde; identificar a configuração da prática do assistente social; e discutir os impactos do processo de contrarreforma na prática do assistente social.

O interesse pela temática surgiu durante a realização do Estágio Curricular Obrigatório desenvolvido durante os anos de 2015 e 2016, na unidade de saúde da família Wesley Cariri Targirno localizada no bairro Nova Brasília em Campina Grande, quando nos deparamos com uma série de dificuldades para a realização do trabalho do assistente social. Também motivaram o interesse pela pesquisa a participação no NUPEPS como aluna bolsista do PIBIC e a realização de monografia no componente curricular tópicos especiais em saúde.

As ações da profissional de serviço social concentravam-se em atendimentos individuais, os demais profissionais também apresentava posturas que reafirmava práticas antigas do modelo médico-privatista predominante na saúde até a década de 1980, quando começa a se gestar um novo paradigma de atenção pautado nos princípios do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB).

O trabalho do assistente social concentrava-se nas demandas emergenciais. Diante das diversas situações que os usuários chegavam a unidade, por vezes impossíveis de serem atendidos no contexto da atenção básica, buscava-se responder por meio de mediações intersetoriais entre os três níveis de atenção.

Diante desse contexto optamos por um estudo que possibilitasse o entendimento da prática do assistente social em meio à contrarreforma da saúde no espaço da ESF, por meio do método crítico dialético. Considerando o estágio supervisionado como espaço privilegiado de articulação das três dimensões da prática profissional, quais sejam, técnico-operativa, ético-política, teórico-metodológica, escolhemos a pesquisa documental tendo como fonte os TCC's produzidos no curso de serviço social durante os anos 1999 ano que começa a serem produzidos trabalhos sobre esse campo de estágio à 2016 quando fechamos a nossa amostra.

O trabalho foi estruturado da seguinte forma: no primeiro capítulo discutiremos como a saúde no Brasil se configurava até a década de 1980, pautada na fragmentação da atenção em meio a um modelo dicotômico de assistência, bem como trataremos sobre o surgimento do Movimento de Reforma Sanitária, qual contexto está inserida a forma como se organizava a saúde no país e o processo de constitucionalização do Sistema Único de Saúde – SUS. Posteriormente, apresentaremos como se configura a ESF, um dos principais pilares de reorganização da saúde na década de 1990 no Brasil.

No capítulo segundo deste trabalho apresentaremos o processo de contrarreforma do Estado, que começa no país na década de 1990, em meio ao contexto de mudança da ordem mundial capitalista, que se inicia na década de 1970, situando como a saúde sofre implicações desse processo.

Continuando nosso estudo, no capítulo três discutiremos o serviço social na área da saúde, abordando a inserção da categoria na área e como se configura a prática profissional, como também os desafios no contexto da contrarreforma da saúde.

No capítulo quatro discorreremos sobre a formação profissional e o cenário da pesquisa, a ESF de Campina Grande. Como nosso objetivo é discutir a prática do assistente social, apresentaremos a inserção do mesmo nesse espaço e teceremos considerações sobre seu cotidiano de trabalho. Por fim, apresentaremos os resultados encontrados e a discussão.

2. BREVE HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Neste capítulo realizaremos a análise da configuração da política de saúde no Brasil, apresentando, de forma breve, como até a década de 1980 a atenção à saúde no país era organizada de forma dicotômica e fragmentada, para posteriormente situarmos o Movimento de Reforma Sanitária (RSB) e o processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), como também a partir da década de 1994 a Estratégia Saúde da Família vem se configurando como proposta norteadora da reorganização da política de saúde no contexto de mudança de paradigma nessa área.

2.1 A POLÍTICA DE SAÚDE NA DÉCADA DE 1970

As configurações da política de saúde no Brasil foram se constituindo ao longo do tempo pela relação do processo histórico-social, sendo influenciada por contextos políticos nacionais e também internacionais, determinados pela organização da sociedade, havendo alterações sobre o significado da conceção de saúde e dos modelos de atenção a mesma. Até o final dos anos 1980, a política de saúde nacional era marcada pela centralização administrativa, dividida entre saúde pública e assistência médica previdenciária, sendo norteada pelo modelo biomédico¹ (VASCONCELOS; SCHMALLER, 2011).

O setor de **saúde pública** se configurava como um sistema que consistia em uma política de saneamento esporádica em períodos de epidemias e se resumia a espaços de circulação de mercadorias, a limpeza dos portos, procurando, assim, erradicar e controlar as doenças que porventura pudessem prejudicar a economia. As ações eram “militaristas,” combatendo as doenças de massas e com estilo repreensivo sobre os corpos individual e social (MENDES, 1999).

Já o subsistema da **medicina previdenciária**, por sua vez, começa com as Caixas de Aposentadoria e Pensões,² as quais se expandiram nos anos de 1930 (PAIM, 2009). Neste

¹ O modelo hegemônico na saúde, o biomédico norteado pelo paradigma Flexner foi formulado, implementado e fortalecido no decorrer do século XX, o qual valoriza a especialidade médica, a abordagem curativa individual e o ambiente hospitalar. Segundo Vasconcelos (2013), o modelo biomédico passa a ser orientado pelos interesses de um ávido mercado lucrativo: em lugar de responder às necessidades da saúde da população, tem como horizonte os interesses do lucro e da acumulação capitalista.

² O marco da previdência social brasileira, foi a aprovação da Lei nº 4.682 que criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's). As CAP's começaram a se organizar nas empresas por meio de contratos compulsórios e sob forma contributiva, tinham como função a prestação de benefícios (pensões, aposentadorias) e a assistência médica. (COHN; ELIAS, 2003). Em 1933 as CAP's foram substituídas pelos IAP, mudando a organização que passou a ser por meio da categoria e o controle por meio de representantes do governo. Em

período foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), organizados por categorias profissionais.

Esses dois modelos não surgiram ao mesmo tempo, mas de acordo com as necessidades de organização da política de saúde, estruturando-se de maneira isolada e paralela, não havendo ligação. Por vezes, algumas ações eram realizadas pelos dois subsistemas, ocasionando um desperdício de recursos (PAIM, 2009).

Na década de 1970, o quadro das políticas sociais era preocupante, a taxa de mortalidade infantil e os dados da saúde estavam piores que no período anterior (BRAVO, 2007). Em resposta às críticas direcionadas aos serviços de saúde foram formuladas respostas de cunho modernizante e racionalizador, imprimindo as seguintes características ao setor saúde até o início do decênio de 1980: a) Extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população rural; b) Orientação da política nacional de saúde para o privilégio da prática curativa individual assistencialista e especializada, em detrimento de medidas de saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo; c) aparente paradoxo: a crescente intervenção estatal, através da previdência social atuando como reguladora do mercado de produção e consumo dos serviços de saúde, que desenvolveu um padrão de organização da prática médica orientado para a lucratividade, favorecendo os produtos privados destes serviços; d) Criação de um complexo médico industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos; e) diferenciação da prática médica em função da clientela, mas especificamente em função dos requisitos do processo produtivo no qual as diferentes frações da classe trabalhadora se inserem (PAIM, 1986).

Com o II Plano Nacional de Saúde (PNS) foram estabelecidas novas estratégias de planejamento social, em que tiveram início as chamadas políticas racionalizadoras (PAIM, 2007). Tais políticas incorporam a ideologia do planejamento de saúde como parte de um projeto de reforma de cunho modernizante e autoritário. Esta foi a resposta do Estado brasileiro à crise sanitária do “milagre econômico”, seja em relação às dificuldades de acesso aos serviços de saúde, seja no que se refere às condições de saúde, com o aumento da

1966 inicia-se o terceiro momento da política de saúde previdenciária, quando os IAPs são unificados dando origem ao Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). A criação do INPS, em 1966, configurou uma medida de racionalização administrativa sem alterar a tendência do período anterior de expansão dos serviços, em particular da assistência médica, e cobertura previdenciária. Dessa forma centralizada e unificada no INPS, a previdência passou a ter função assistencial e redistributiva, ainda que esta estivesse limitada ao contingente de trabalhadores sem carteira assinada. (SCOREL, 2012).

mortalidade infantil, epidemia dos acidentes de trabalho, recrudescimento de endemias e a questão da meningite.

Nesse particular, destacamos que mesmo permanecendo o enfoque no modo assistencial-privatista, com a multiplicação do número de clínicas, hospitais e faculdades de medicina privadas, houve nesse momento expansão dos serviços de saúde além dos grandes centros e para as localidades rurais. Em 1971, foi criado o Programa de Assistência ao trabalhador rural (PRORURAL), que destinava-se fundos específicos para a manutenção do fundo de assistência ao trabalhador rural (FUNRURAL). As campanhas sanitárias destinadas a combater a epidemias como malária e varíola ficavam na responsabilidade da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), criada em 1969. Este órgão tinha a maior penetração na área rural do País(ESCOREL, 2012).

Na VII Conferência Nacional de Saúde, em 1980, foi apresentado o Programa Nacional de Serviços Básicos em saúde PREV-Saúde, apelando para a “participação social” e prometendo o resgate da “dívida social” para com os excluídos do processo de desenvolvimento brasileiro. (PAIM, 2007).

O PREV-Saúde era eminentemente um programa de serviços básicos de saúde e estabelecimento de uma rede regionalizada e hierarquizada. Tinha um componente importante de investimentos no nível primário de atenção e preservava de forma significativa a rede hospitalar privada. Ademais, outro projeto instituído foram as Ações Integradas de Saúde (AIS), implantadas em 1982, que davam ênfase na atenção primária e visavam a integração das instituições públicas de saúde mantidas pelas diferentes esferas do governo em rede regionalizada e hierarquizada. (RODRIGUES NETO, 2003)

Paim (2007) argumenta que, apesar do caráter racionalizador desses projetos para a saúde, foi criado um cenário que permitiu o desenvolvimento do Movimento de Reforma Sanitária, principalmente por que vários militantes importantes na luta pela democratização da saúde nesse momento assumiram coordenações dos departamentos do setor saúde, permitindo abrir um espaço de resistência e abertura para a reorientação do modelo de atenção à saúde.

2.2 O MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O que ficou conhecido como Reforma Sanitária Brasileira (RSB) foi um projeto amplo em defesa da vida, que tinha como premissa uma saúde universal e que deveria ser justamente essa área que deveria tomar a frente do projeto de mudança na sociedade. A reforma sanitária não foi uma experiência isolada no Brasil³, pois ocorreram neste mesmo período várias experiências de reformulação normativa e institucional no campo da assistência à saúde, em países como a Itália, a Espanha, Portugal (COHN, 1989).

A RBS é uma reforma social e não setorial, ou seja, apenas na área da saúde. Não se confunde com as orientações das organizações internacionais, como Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Banco Mundial (BM) (PAIM; TEIXEIRA, 2007 apud SILVA, 2014). Também não se limita a políticas estatais e não trabalha com questões específicas como saneamento e a questão ambiental. A RSB nasceu da população, sendo uma reforma da sociedade. (PAIM, 2012a)

Arouca (1988) defendia uma totalidade de mudanças, ou seja, um processo de transformação da situação sanitária com quatro dimensões: específica, institucional, ideológica e de relações. Vejamos:

A dimensão específica: como o campo da dinâmica do fenômeno saúde/doença nas populações, que se expressa pelos indicadores disponíveis, como o coeficiente da mortalidade infantil, expectativa de vida etc, pela experiência acumulada pela comparação com o nível de saúde já alcançado por outras populações, etc. A dimensão institucional: como o campo das instituições que atuam no setor (públicas, privadas, beneficentes) da produção de mercadorias de equipamentos, a formação de recursos humanos. Este campo é mais tradicionalmente definido como sistema e setor saúde. A dimensão ideológica: em que há valores, juízos, concepções, preconceitos que representam à expressão simbólica e histórica de uma dada situação sanitária. A dimensão das relações: num dado momento histórico, a organização social e produtiva de uma sociedade leva a que a produção, distribuição e apropriação das riquezas de forma a determinar situações de risco e de possibilidades ao fenômeno saúde e doença (AROUCA, 1988 apud PAIM 2012a p.12).

Paim e Almeida Filho (2014) explicam o ciclo de desenvolvimento da RSB da seguinte forma: **ideia-proposta-projeto-movimento-processo**. O momento **ideia** é marcado pela obra “Dilema Preventivista”, de Sérgio Arouca, em 1975, e pela criação do Centro Brasileiro de

³ A Reforma Sanitária Brasileira teve inspiração na experiência italiana principalmente nos escritos de Giovanni Berlinguer, em 1978 a obra do autor chegou ao Brasil e o relato sobre o processo de luta, conquista e implantação da Reforma Sanitária Italiana (MEDEIROS, 2015).

Estudos em Saúde (CEBES), que expressa a teoria que embasaria o movimento, como a determinação social do processo saúde doença⁴.

A **proposta** pode ser ilustrada pela apresentação do documento “A Questão Democrática na Área da Saúde”, durante o I Simpósio de Política de Saúde da Câmara dos Deputados, em 1979. Já nesse evento foi proposta a criação do SUS.

O **projeto** foi sistematizado na VIII CNS, que aconteceu em 1986, cujo relatório final apresentou a concepção de saúde como direito de todos e que, por sua vez, deveria ser garantida pelo Estado. O acesso à saúde foi defendido para além dos serviços institucionais do setor saúde. Questionou-se a estrutura desigual da sociedade, a concentração de renda e propriedade fundiária. Foi proposta a organização do sistema nacional de saúde e o financiamento do setor. (BRASIL, 1986)

O CEBES e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) prepararam a VIII Conferência Nacional de Saúde. Nesse momento lançaram textos que contemplaram os conceitos como determinação social da saúde-doença, além de noções como consciência sanitária, promoção e intersetorialidade (PAIM, 2012a). A VIII CNS tornou-se um divisor de águas na história das políticas públicas de saúde, pois após esse evento avanços significativos ocorreram, reconhecendo a saúde para além da ausência de doença e que deve ser assegurada como um direito pelo Estado de maneira efetiva, e não apenas formalmente no texto constitucional, conforme está explicitado no documento final. Vejamos:

O direito à saúde implica garantir trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos cidadãos sobre o processo e o ambiente de trabalho, alimentação para todos, moradia higiênica e digna, educação e formação, transporte, repouso lazer e segurança. (Relatório final da VIII CNS, 1986).

O **movimento**⁵ compreende a atuação do CEBES e os vários segmentos, como o movimento estudantil, movimento médico, movimento sindical. Os debates entre os diversos segmentos contribuíram para a ampliação da concepção de saúde e a defesa era pela democratização da saúde, compreendida como conjunto de práticas ideológicas (SILVA, 2014).

⁴ Essa direção da concepção de saúde como uma determinação social emerge na década de 1970, na América Latina, ficando conhecido como Medicina Social Latino Americana. Tem como característica o pressuposto teórico de que é preciso analisar as condições de saúde da população tendo em conta os componentes estruturais das sociedades capitalistas: Processo de trabalho, relações de produção, classe social e assim por diante.”A análise é através de uma multiplicidade de determinações, o que difere neste caso de fator de causa determinante, (...) a recente publicação (2008) dos relatórios sobre determinantes sociais da saúde da saúde pela OMS, traz um modelo analítico diferente, os determinantes são tomados como no sentido de fatores sociais que promovem saúde ou causam doença.” (CEBES, 2009 p.4)

⁵ Cabe mencionar que movimento significa processo, fenômeno, dinâmico e inacabado. (COHN, 1989).

Após a VIII CNS, foi criada a Comissão Nacional de Reforma Sanitária⁶, que tinha como finalidade analisar as dificuldades encontradas na rede nacional de saúde e sugerir opções para uma nova estrutura organizacional do sistema, examinar instrumentos de articulação entre os setores do governo que atuam na área da saúde, propor seu aperfeiçoamento e apontar mecanismos de planejamento plurianual no setor saúde. A CNRS foi formada após o lançamento da portaria integrada entre os ministérios da previdência, saúde e educação (RADIS, 1987). No entanto, o debate de preparação para a Constituinte não se desenvolveu de forma homogênea, uma vez que as ideias defendidas pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária era restrita ao setor saúde.

Antes da constituição do SUS, os ideais da RSB começam a se desenvolver através do programa de desenvolvimento de Sistemas Unificado e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS), que tinham o objetivo de contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das AIS. O programa foi criado em parceria pelos Ministérios da Previdência e da Saúde e aprovado em decreto pelo presidente. O documento contendo a proposta traçou parâmetros novos para reforçar as instâncias colegiadas das AIS e definiu a criação de distritos sanitários como parte de um conjunto de princípios definidos pela RSB, que vai desde a integralidade da atenção à saúde até o controle social do sistema, passando pela regionalização, hierarquização e descentralização dos serviços (RADIS, 1987). Contudo, com a redefinição dos papéis dos três níveis federais contendo maior repasse para o Estado, o que se viu desenvolver foi um projeto centralizado e com práticas clientelistas (PERET, 2001)

Uma das propostas do SUDS era a descentralização, entretanto o que de fato ocorreu foi a desconcentração do repasse e responsabilidades do governo federal para o nível local, delegando poder hierarquizado para a formulação de uma política de saúde regionalizada (COHN; ELIAS 2003). Na verdade, na forma como foi organizado, o poder ficou concentrado nas esferas estaduais, atado aos favorecimentos políticos partidários, dando prosseguimento à prática clientelista que favorecia a reprodução do assistencialismo. (COHN; ELIAS 2003)

Para Bravo (2007), a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988 representou, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país. A autora também destaca que durante a Assembleia Constituinte os interesses se aglutinaram em

⁶ A comissão contava com oito grupos técnicos, sendo: propostas para a constituinte, arcabouço institucional, saúde do trabalhador, financiamento do Sistema Nacional de Saúde, política de recursos humanos, informação em saúde, saneamento e meio ambiente. Durante todo o trabalho a CNRS tinha como base a proposta do relatório final da 8ª CNS (RADIS, 1987).

dois blocos, um contendo os representantes dos hospitais privados e das indústrias farmacêuticas e o outro contendo as forças do movimento de Reforma Sanitária.

A Carta Magna de 1988 significou uma grande conquista para a sociedade brasileira no tocante à saúde, que está definida no art.196 como:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

A saúde passa a constituir, junto com a previdência social e assistência social, um dos pilares da seguridade social, cuja concepção reconhece como competência do Estado capitalista – imbricado na sociedade – instituir e distribuir bens e serviços sociais categorizados como direitos da cidadania. (PEREIRA, 1988 p, 60 apud CARNEIRO 2011)

O SUS foi regulamentado a partir das leis 8.080 /90 e 8.142/90, que formam juntas a lei orgânica da saúde. A lei nº 8.080, de 19 de setembro, dispõe sobre as condições para a promoção, prevenção, proteção e recuperação de saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Detalha os objetivos do SUS, assim como as atribuições, os princípios e diretrizes de cada nível (federal estadual e municipal). (BRASIL, 1990)

No mesmo ano foi publicada a lei nº 8.142, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS considerando os espaços das conferências de saúde e dos conselhos e discutindo também sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros.

O SUS foi definido na lei 8.080/90 como o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012). Os princípios e diretrizes que orientam e organizam o sistema em tela estão divididos em doutrinários, sendo **universalidade, igualdade e integralidade**, e os organizativos, que são: **descentralização, hierarquização, regionalização, participação popular**.⁷

⁷**Universalidade:** Significa a garantia de todo e qualquer cidadão ao direito de acesso a todos os serviços de atenção à saúde. **Equidade** Todos tem direito a saúde sem distinção. **Integralidade:** Busca reconhecer a unificação da assistência à saúde em todos os níveis do sistema, através de um conjunto articulado de ações e serviços curativos e preventivos, individuais e coletivos. **Descentralização:** A administração da política de saúde deve acontecer em cada nível do governo (federal, estadual, municipal), privilegiando as necessidades locais. **Hierarquização:** A prestação dos serviços de saúde deve ter uma hierarquia conforme a complexidade da demanda. **Regionalização:** Configura como um processo técnico político relacionado à definição de recortes espaciais (regiões de saúde) para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde. **Participação Social:** Significa a gestão participativa da população na política de saúde, a garantia

As atividades do SUS são dirigidas tanto a atenção individual quanto a coletiva e são voltadas para a promoção da saúde, prevenção diagnóstica, tratamento e reabilitação de agravos e doenças. Também compreende as intervenções ambientais e as instituições de pesquisa e produção de insumos e medicamentos. (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012)

No decorrer dos anos 1990, o Ministério da Saúde lançou um conjunto de portarias chamadas Normas Operacionais acerca do SUS, tratando do financiamento e do processo de descentralização e municipalização, com objetivo de reforçar a regulamentação da direção nacional do SUS, contribuindo para a normatização e operacionalização das relações entre as esferas do governo que não eram previstas na lei orgânica saúde, sendo NOB-91, NOB-92-NOB-93, NOB 96. No início dos anos 2000 foram lançadas as Normas de Assistência à Saúde (NOAS), sendo NOAS/2001, NOAS/2002. (PAIM, 2009). Também é no ano 2000 que é aprovada a emenda constitucional nº 29 a qual vai tratar da lacuna do financiamento do SUS, que não estava prevista na lei orgânica. em 2006 o Pacto pela saúde é aprovado contendo uma série de reformas institucionais do SUS, e sendo dividido em pacto pela vida, pela gestão e em defesa do SUS. Em 2012 é aprovado o decreto 7.508, que regulamenta a lei 8.080/90, e a Lei complementar 141, que regulamenta a EC nº 29.

As NOB's lançaram as bases para a implementação e desenvolvimento da AB no país, que tem como proposta principal a ESF, tema sobre o qual nos deteremos a seguir.

2.3 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO PROPOSTA DE REORIENTAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Na década de 1970 a saúde se tornou uma preocupação global, tendo vários movimentos em torno dessa questão. O debate foi liderado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), ora com propostas inovadoras e progressistas, ora enfatizando um caráter minimalista às ações de saúde. As diretrizes estabelecidas são guiadas por princípios polissêmicos, como equidade e justiça social, promoção da saúde, os quais são termos e propostas com desdobramentos em benefício da classe trabalhadora, da população em geral, como também podem favorecer os interesses do capital (FORTES, 2015)

constitucional de que a sociedade civil organizada participará do processo de proposição, planejamento, avaliação e controle, através dos conselhos e das CNS. (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde⁸ ganha destaque na organização dos Sistemas de Saúde de vários países, constituindo um importante marco de contestação do modelo hegemônico. O debate ganha força com a realização da I Conferência Internacional de Cuidados e Atenção Primária à Saúde, que aconteceu em 1978, na cidade de Alma Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética. O evento foi organizado pela OMS e o Fundo das Nações Unidas (UNICEF) (AGUIAR, 2007).

A declaração elaborada em Alma Ata é um marco para a saúde, pois foi a primeira a definir saúde como direito de todos. Outro importante resultado do evento foi a reafirmação e a divulgação da meta “saúde para todos até 2000”. Ainda relacionou a condição de saúde com o desenvolvimento social e econômico (AGUIAR, 2007).

Assim, a proposta elaborada em Alma Ata é a base para a concepção ampla de APS, definindo que deve haver integralidade entre o sistema de saúde e a APS, apresentando como princípios fundamentais: a necessidade de enfrentar os determinantes sociais de saúde, acessibilidade e cobertura universais com base nas necessidades, participação comunitária, emancipação, ação intersetorial, tecnologias apropriadas e uso eficiente dos recursos (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Por sua vez, um ano após Alma Ata começa a ser formulada uma concepção restrita de APS, quando agências multilaterais, como o Banco Mundial e o UNICEF, entres outras, discutem a viabilidade e efetividade das propostas feitas em Alma Ata, considerando-as vaga e sem possibilidades de aplicabilidade. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

As concepções de APS geram um debate polissêmico, havendo no decorrer da história várias experiências e interpretações, que podem ser agrupadas da seguinte forma:

1. Programa focalizado e seletivo, com cesta restrita de serviços.
2. Um dos níveis de atenção, que corresponde aos serviços ambulatoriais médicos não especializados de primeiro contato, incluindo ou não amplo espectro de ações de saúde pública e de serviços clínicos direcionados a toda a população.
3. Abrangente ou integral como uma concepção de modelo assistencial e de organização do sistema de saúde conforme proposto em Alma Ata para enfrentar necessidades individuais e coletivas. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012 p.494.)

⁸ Desde o início do século XX que há várias experiências de Atenção Primária. A proposta que propõe a APS como coordenadora dos cuidados ofertados pelo sistema de saúde nasce com o Relatório Dawson que analisou os problemas do sistema de saúde inglês e foi um dos primeiros documentos a destacar a importância de centros primários de saúde para atender a população, em função de suas necessidades. (AQUINO ET AL,2014).

No Brasil⁹, as experiências de APS, desenvolvidas durante a década de 1970, foram focalizadas, baseadas nos movimentos de Medicina Integral, Medicina Comunitária e Medicina Preventiva. Nesse momento, o conceito de APS é uma atividade simplificada e relacionada apenas às áreas rurais com acesso de intervenção de baixa tecnologia e trabalhadores com conhecimento e treinamento precários, em oposição aos cuidados médico-hospitalares e de alta tecnologia (AGUIAR, 2007).

No contexto da RSB, que defendia uma reforma ampla do setor saúde e a integralidade da atenção, preocupando-se em romper com os paradigmas biomédicos e imprimir um novo modelo de atenção¹⁰. O PSF/ESF na organização do SUS se constitui um modelo de APS configurando como estratégia de reorganização da política de saúde. Contudo, destacamos que a ESF convive com outros modelos no interior do SUS. A configuração do SUS não rompeu propriamente com o modelo capitalista periférico de organização dos serviços de saúde (HEIMANN; MENDONÇA, 2005).

A ESF teve como antecedente a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, pelo MS, decorrente de uma experiência isolada no Ceará e, posteriormente, estendido para todo Nordeste no final de 1992, como estratégia de combate à epidemia de cólera. A região Norte também adere ao programa (PAULINO; BEDIN; PAULINO, 2009). O PACS é um ponto de partida para o enfoque na família como unidade das ações programáticas de saúde e para a introdução de noção de cobertura de área territorial. (VIENA; DAL VOZ, 1998 apud AGUIAR, 2007)

O PACS inseriu um novo profissional na área da saúde, que foi o Agente Comunitário de Saúde, que tem seu trabalho fora dos limites físicos da unidade de saúde, indo até à comunidade, fazendo o cadastramento das famílias, sendo responsável por aproximadamente 100 famílias de uma mesma região. O processo de trabalho criado para os ACS estabelecia que estes deviam estar vinculados a uma unidade de saúde e serem supervisionados por uma enfermeira. (VASCONCELOS; SCHMALLER, 2011)

Giovanella et al (2009) destaca que inicialmente esses programas respondiam ao processo de APS restrita. Nas palavras da autora:

A saúde da família, inicialmente voltada à extensão de coberturas, com foco em áreas de maior risco social e implantado a partir de 1994 como um programa

⁹A experiências de APS no Brasil, tem início na década de 1940, quando sobre orientação estadunidense controlada pela Fundação Rockefeller são implantadas medidas restritas, contrárias a proposta do Relatório Dawson de 1920. (SCOREL, 2012).

¹⁰ À maneira como as técnicas e as tecnologias intervêm na sociedade, a sistematização da organização dos serviços e atendimento de saúde entende-se como um modelo de atenção em saúde. (PAIM, 2012b).

paralelo “limitado, bom para os pobres e pobre como eles”, aos poucos adquiriu centralidade na agenda do governo, convertendo-se em estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde (GIOVANELLA ET AL, 2009 p.784).

O PSF/ESF como um modelo de atenção primária operacionalizado mediante estratégias/ações preventivas, promocionais de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos das equipes da saúde da família, comprometidas com a integralidade da assistência à saúde, focado na unidade familiar e consistente com o contexto sócio-econômico-cultural e epidemiológico da comunidade em que estão inseridas. (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006). “As ações e serviços se estruturam a partir do reconhecimento das necessidades da população apreendidas após o estabelecimento de um vínculo entre população e profissionais de saúde em contato permanente com o ambiente de um dado território.” (HEIMANN; MENDONÇA, 2005, p.484)

Segundo Heimann e Mendonça (2005), a trajetória do PSF/ESF pode ser dividida em quatro fases:

Fase de Emergência (1994-1995), quando o PSF é adotado como um dos pilares da política de Saúde, com o objetivo de reorganizar o SUS e aprofundar o processo de municipalização. No entanto, começa a entrar em vigor o projeto do MARE¹¹, que pressiona para a redefinição do papel do programa a partir das diretrizes dos organismos multilaterais. Nesse processo de rediscussão da responsabilidade pela assistência à saúde acaba que ficam conformados dois subsistemas: Atenção Básica e o da assistência hospitalar. (HEIMANN; MENDONÇA, 2005)

Fase de Fusão entre PACS e PSF (1995-1997): a cobertura do PSF e PACS começa a evoluir, no entanto, a novidade não estava no modelo de atenção, mas na gestão que se configurava como gerência privada, flexibilidade na contratação e na expansão dos serviços.

Fase de Expansão (1998-2002): em 1998 ocorre a publicação do manual para a organização da AB, que previa a ampliação das responsabilidades dos Estados e municípios com enfoque nas atribuições municipais.

Fase da Consolidação e Expansão planejada (2003-2010): em que predomina o Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família (PROESF) com proposta de financiamento internacional do Banco Mundial (BM) e com contrapartida do Ministério da Saúde.

¹¹ No ano de 1995 no governo de FHC, há abertura de um novo ministério .- O Ministério de Administração e Reforma do Estado, sobre a liderança de Bresser Pereira, é apresentado a população brasileira o Plano Diretor da Reforma do Estado. Processo que discutiremos no capítulo 2.

Em 2006, com a publicação da portaria nº 648, que define a política de Atenção Básica Nacional, sendo revista em 2011 pela portaria nº2488, são estabelecidas as diretrizes a serem seguidas no trabalho da ESF, sendo: I-território adstrito, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades; II-acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, estabelecendo mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento; III-adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização das equipes e a população adscrita; IV-coordenar a integralidade em seus vários aspectos; V-estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território (AQUINO ET AL, 2014)

Em 2008 foi criado o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), por meio da portaria nº 154. A lógica central é a de apoio a ESF, tendo o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica. (ROCHA ET AL 2011). Pautado na utilização da ferramenta de apoio matricial, busca assegurar retaguarda especializada às equipes da ESF, estando sua proposta em consonância com os princípios do SUS.

A expansão da ESF é acompanhada de grandes desafios, como a dificuldade de implementação nos grandes centros, baixos recursos e capacitação dos profissionais envolvidos, havendo, assim, a predominância da concepção de saúde hegemônica. (HEIMANN; MENDONÇA, 2005). Além disso, há a lógica de indução financeira e gerencial, que modifica a direção da política de saúde, afetando o desenvolvimento da ESF, como veremos a seguir.

3. A CONTRARREFORMA DO ESTADO E SUAS IMPLICAÇÕES NA POLÍTICA DE SAÚDE

No presente capítulo nos deteremos à análise do processo de contrarreforma, que começa a se configurar no Brasil na década de 1990 e consolida-se nos anos 2000, o qual ocorre em meio às transformações econômicas e sociais internacionais a partir da década de 1970, na ordem do capital, como também abordaremos quais as implicações na política de Saúde.

3.1 A CONTRARREFORMA DO ESTADO BRASILEIRO

Segundo Mandel (1990), o capitalismo havia entrado em uma crise de superprodução a partir dos anos 1970, em que há o esgotamento do período de expansão baseado no padrão de acumulação fordista, uma forte queda das taxas de juros, baixo crescimento econômico e endividamento do Estado. (MOTA, 2005 apud OLIVEIRA, 2011)

Como resposta à crise, a burguesia organizou uma série de medidas baseadas no neoliberalismo,¹² modelo econômico que defende um Estado mínimo, responsável apenas pela regulação, não devendo se ocupar de funções no setor produtivo e na prestação direta de serviços essenciais (saúde, educação). No entanto, o Estado não é indiferente à reprodução econômica do sistema capitalista, na verdade ele é motor essencial para o funcionamento desse sistema. Desde a vigência do neoliberalismo na década de 1980, não foi possível identificar a retirada do Estado da economia, mas ao contrário, assistiu-se a presença de favorecimento ao capital (MENDES, 2015). O que ocorre é o chamado Estado **mini-max**, que é mínimo para o trabalho com a flexibilização da produção e a destruição dos direitos sociais e o máximo para o capital com incentivos de crédito e repasse da prestação de serviços. (CORREIA, 2015)

No primeiro momento foi estabelecida a variante do neoliberalismo denominada receituário-ideal, que pregava uma intolerante doutrina de controle dos gastos públicos, arrocho salarial, abertura comercial e financeira, desmonte do Welfare State¹³ e de um amplo

¹² Nesse momento os liberais que desde a década de 1940 criticavam o Estado interventor ressurgiram com força apresentando o discurso dos liberais dos anos 30 com uma nova roupagem, a mão invisível era defendida de novo como capaz de organizar as economias nacionais e aumentar a taxa de lucro. (ANDERSON, 1995).

¹³ Durante os anos de 1940 sobre a base da teoria keynesiana, foram desenvolvidas políticas que focaram conhecida na expressão inglesa de Welfare State (estado de bem estar social) que são políticas sociais

processo de privatização, dentro daquilo que ficou consagrado nos anos 1990 como Consenso de Washington¹⁴ (CASTELO, 2013).

As recomendações denominadas de neoliberalismo ideal não alcançaram resultado esperado da retomada dos lucros. (ANDERSON, 1995). Além disso, começou um mal-estar generalizado a ser sentido pelas classes subalternas. Assim, em decorrência da correlação de forças do rumo dos programas de ajustes promulgados pelas agências multilaterais de desenvolvimento, o neoliberalismo passa por um segundo momento de ajustes, passando a conceber que o Estado teria como função a regulação das atividades econômicas e operacionalidade em parceria com o setor privado de “políticas sociais emergenciais focalizadas e assistencialistas, visando garantir as taxas de acumulação do capital e mitigar as expressões da questão social através do controle da força de trabalho e do atendimento de necessidades mínimas dos clientes” (CASTELO, 2013, p. 244).

Dessa forma, evidencia uma inflexão do pensamento hegemônico em relação ao debate sobre mercado e bem-estar social, na qual uma epistemologia de direita - maximização e otimização dos recursos, escassez relativa, capital humano – é captada e envernizada por uma ética de esquerda, com palavras de ordem como justiça social, solidariedade, filantropia e voluntariado. É neste momento que surgem teses chamadas de terceira via, um sincretismo entre mercado e o Estado. (CASTELO, 2008) Imaginariamente capaz de instaurar a justiça social, ou seja, as desigualdades socioeconômicas deixaram de ser uma solução para questões específicas do capitalismo e passaram a ser um dilema social a ser tratado pela burguesia e seus intelectuais.” (CASTELO, 2013, pág. 248)

Em virtude do modelo desenvolvimentista adotado pelos países latino americanos na década de 1980, incluindo o Brasil, foram contraídas dívidas com agências multilaterais, diante do declínio econômico e das alternativas estabelecidas pela burguesia para saída da crise. A dependência financeira com os países centrais fez com que os países devedores aderissem aos programas de ajustes fiscais, realizando cortes nas políticas sociais para efetuar pagamento das dívidas externas. Para Gomes (2012), a imposição dos países centrais para a composição das políticas sociais dos países latino-americanos consistiu no avanço do imperialismo, uma estratégia de repassar os problemas da recessão para a periferia para atender aos interesses da ideologia do capitalismo financeiro.

abrangentes, configurando um estado assistencial que garante saúde, educação, habitação, etc. Em padrões mínimos para toda população.

¹⁴ O Consenso de Washington foi um documento construído por economistas de diversas agências internacionais financeiras situadas em Washington, tais como FMI e o Banco Mundial(BM), o qual se configurou como um dos meios pelo qual a burguesia imprimiu sua direção política de classe as estratégias de enfrentamento da crise de 1980. (MOTA 2005 apud OLIVEIRA, 2011).

Para o Brasil em particular, as estratégias recomendadas foram as de que houvesse: a) rápida privatização das empresas do Estado (federais e estaduais), principalmente as de caráter estratégico (tais como telecomunicações e energia), para compor caixa para pagamento da dívida pública externa e interna; b) reformas constitucionais - sobretudo na área fiscal, para redução dos impostos sobre os capitais privados; c) desregulamentação dos aspectos econômicos em todas as instâncias; d) flexibilização dos direitos trabalhistas; e) redução dos investimentos estatais em políticas públicas básicas e f) reformas no aparato burocrático do Estado, a fim de reduzir gastos, incluindo aqueles em recursos humanos. (SAWYER, 2002 apud LEME, 2010)

A recepção ao ideário neoliberal aconteceu em momentos distintos e de acordo com a realidade de cada país latino americano. No Brasil, na década de 1980, diferente das orientações capitalistas mundiais, se apresentava um quadro social específico. O território tupiniquim “parecia escovar a história a contrapelo. Com o término do regime autoritário que havia se instalado desde 1964, as forças progressistas do país lutaram pela hegemonia no processo de transformação social necessários a uma nação que precisava se democratizar” (CASTELO, 2008). Tal mobilização parecia, a princípio, indicar uma nova direção ao país, todavia, contraditoriamente, no momento em que as forças progressistas imprimiram sua marca na CF de 1988, o executivo assume um caráter reacionário, depurando-se todos os elementos contestados que conquistaram seus postos no início do governo civil.

Destarte, na década de 1990, sob a égide do neoliberalismo no Brasil, não evidencia-se apenas uma reforma econômica, assim, o campo sociopolítico é afetado na mesma proporção. Corroboramos com o argumento de Behring (2008) de que as transformações ocorridas nesse período não se configuravam como uma reforma, como era definido pelos executores, mas se caracterizava em uma contrarreforma, porque reforma está ligada a conquista de direitos em decorrência da luta de classes, verifica-se, no entanto, o contrário, um forte ataque aos direitos dos trabalhadores.

Cronologicamente, a contrarreforma inicia-se no governo Collor, que, durante o tempo que estava no poder, privatizou 18 empresas estatais, por um montante de \$ 5.371.000 dólares, incluindo-se o valor de venda e dívidas transferidas, porém, não foi capaz de responder os anseios da burguesia brasileira, ocorrendo o agudizamento da crise da hegemonia da autocracia burguesa (MACIEL, 2011). Após dois anos de mandato, Collor foi deposto do cargo, no entanto, foi responsável por desencadear dois movimentos principais para a implementação do novo modelo econômico: o primeiro para consolidar a ideia de ineficiência do Estado, questionando seu papel e desqualificando a noção de público,

justificando a redução de sua intervenção na área social, tornando-o Estado mínimo; o segundo seria o desenvolvimento do mundo globalizado e da necessidade do Brasil abandonar a ideia de nacionalismo e globalizar-se a qualquer preço. (LEME, 2010)

Todavia, a contrarreforma do estado Brasileiro se consolida no governo de Fernando Henrique Cardoso, que continuou a política que vinha exercendo como ministro da fazenda no governo de Itamar Franco que assumiu a presidência com a saída de Collor. As propostas do governo de FHC estavam contidas no documento intitulado Plano Diretor da Reforma do Aparelho Estado, elaborado pela equipe do Ministério da Administração Federal de Reforma do Estado (MARE), sob a liderança de Bresser Pereira, principal intelectual da contrarreforma brasileira. Como argumento base para a necessidade de realização de uma reforma destacava-se a crise fiscal, ou seja, os gastos da administração brasileira eram maiores que a arrecadação, sendo necessária a realização do enxugamento das despesas do Estado. (BEHRING, 2008)

Além da crise fiscal são apresentadas outras premissas, tais como: o tamanho do Estado Intervencionista. Para Bresser Pereira, o Estado tinha se afastado do seu papel para atuar na esfera da produção, centralizando e concentrando funções que não conseguia dar uma resposta satisfatória, alegando, assim, que deveria ocorrer a transferência dessas funções para organizações públicas não-estatal e estabelecer parcerias, ou seja, era necessária a reatualização do Estado, deixando os moldes antigos da burocratização e aderir à flexibilização. (BEHRING, 2008). O que se comprova é a inclinação da referida reforma aos ideais neoliberais e o desmonte da seguridade pública e dos direitos até então conquistados e assegurados pela Constituição Federal de 1988, que por sua vez é apontada no Plano Diretor como ultrapassada.

O plano diretor do MARE traduziu as reais intenções do governo FHC: privatizar a economia nacional, realizar uma reforma do Estado centrada no funcionalismo público, restringir os direitos previdenciários conquistados historicamente, com a finalidade de abrandar a crise fiscal do Estado e gerar poupança para alavancar o crescimento econômico (OLIVEIRA, 2011).

O governo de FHC foi marcado por inúmeras medidas, as quais, interligadas, tornaram possível a valorização da esfera financeira do capital no Brasil. Entre elas está a lei de responsabilidade fiscal, que restringia o teto dos gastos, fazendo com que as parcerias público-privadas se tornassem mais frequentes (TRISTÃO, 2011). Ainda foi realizada a reforma da previdência, prejudicando a classe que vive do trabalho, que também sofreu com o aumento do desemprego.

Buscou-se a meta do superávit primário para pagamento da amortização dos juros da dívida pública, que no período chegou a corresponder a 60% das despesas públicas (TRISTÃO, 2011), acarretando, assim, a retirada dos recursos das políticas sociais para responder à lógica do capital portador de juros que se apropria do fundo público. Para isso, foi criado, em 1994, e que vem se mantendo atualmente e em níveis superiores, o mecanismo intitulado de Desvinculação das Receitas da União (DRU)¹⁵. (MENDES, 2015)

Ainda em favorecimento do capital houve o repasse das atividades lucrativas (telecomunicações, petróleo, energia-elétrica), para outros tipos de gestões, entre as quais podem ser citadas as organizações sociais (OS) e as Agências Executivas.

Em 2002, com a eleição de um presidente advindo do movimento sindical e que por sua vez era integrante do Partido dos Trabalhadores (PT), existia no meio social a esperança de outro direcionamento econômico por parte do governo federal. Acreditava-se em um novo momento histórico que poria fim às políticas de ajustes (BRAVO; MENEZES, 2013). Todavia, ocorreu a continuidade das proposições econômicas mundiais, avançando na contrarreforma no Estado (BEHRING, 2004). Podemos destacar que todos os parâmetros macroeconômicos da era FHC foram mantidos: como o superávit primário, a Desvinculação das Receitas da União (DRU), taxas de juros elevadas, apostas na política de exportações, principalmente o agronegócio e o pagamento dos juros para amortização da dívida.

Dando continuidade aos governos petistas, Dilma Rousseff é eleita como presidente do país em 2011, mantendo a política macroeconômica. O discurso desses governos era baseado no crescimento econômico, com desenvolvimento social, proclamando um novo desenvolvimentismo. As mudanças que vêm sendo implementadas durante os referidos governos estão aliadas à nova roupagem do neoliberalismo (CORREIA, 2015).

No entanto, após ser eleita para o segundo mandato, se estabelece no país um cenário de crise de legitimidade, “estruturando-se um golpe parlamentar-jurídico-midiático, que consistia em manobras fiscais que não estão previstas na Constituição como possíveis de crime de responsabilidade” (...). (GOMES, 2016. p. 41)

Apesar de destituição de Dilma Rousseff ter ocorrido pelas mãos do parlamento, em suas duas casas, toda a ação política contou com decisiva participação de órgãos do poder judiciário, que contribuiu com a desestabilização política do governo nos eventos que antecederam a votação final no senado, e em especial com o não oferecimento de proteção

¹⁵ O objetivo da obtenção do superávit primário é a apropriação do fundo público para pagamento da dívida pública, dessa forma a DRU foi o mecanismo criado para possibilitar a retiradas de recursos do orçamento da união. No início era permitido a retirada de 20% das receitas da seguridade social com a finalidade de pagamento da dívida pública. (MENDES, 2015)

constitucional contra o uso deturpado do instituto do impeachment. (MARGULIEIS; VENERIO, 2017)

No dia 17 de abril de 2016, por 367 votos a favor a 137 contra, o processo é aprovado na câmara e segue para o senado, e no dia 29 de agosto tem início a sessão de votação no senado, sob a presidência do ministro Ricardo Lewandowski, presidente do Supremo Tribunal Federal (STF). No dia 31 de agosto, por 61 votos a 20, o caso é encerrado e Dilma é destituída do cargo. No mesmo dia o vice Michel Temer toma posse, e por caminhos tortuosos e desrespeitosos à democracia, torna-se o 37º presidente do país.

Ainda durante o processo de impeachment, em 21 de outubro de 2015 o PMDB publica o documento de base para o seu até então suposto governo, intitulado como a “Ponte para o futuro”, o qual, como todo documento dessa natureza, começa por caracterizar o modelo de Estado que se desenvolve no país como ultrapassado, e mais uma vez reafirma o discurso de que outras reformas se fazem necessárias. Fica explícita no texto a intenção de uma reforma na previdência. Em relação ao orçamento, o que se propõe é o agravamento do que vem ocorrendo com a DRU.

Temer, ao assumir o cargo de presidente da república ainda durante o governo interino concomitante com o processo de impeachment e posteriormente a saída definitiva da presidente Dilma, começou a implantar a agenda antissocial em relação às políticas sociais. Braga (2016) define o atual governo como “puro sangue” neoliberal, afirmando que a intenção do governo é aprofundar as tendências da contrarreforma para a classe trabalhadora.

A seguir reflitemos sobre os rebatimentos desse processo na área da saúde.

3.2 O PROCESSO DE CONTRARREFORMA DA POLÍTICA DE SAÚDE

Silva (2014) expõe que na atual conjuntura identificam-se diferentes projetos políticos para a saúde, disputando a hegemonia na sociedade brasileira, a saber:

O projeto **conservador** (reciclado pelo neoliberalismo) que trata a saúde e doença como mercadorias na dependência do poder de compra do consumidor e tem as ações públicas orientadas para os pobres, a partir de cestas básicas de recursos. O projeto de **Reforma Sanitária**, respaldado pela constituição e pelas leis em vigor baseado nos princípios da universalidade, equidade, integralidade, descentralização e controle democrático, na medida em que assume a saúde como direito; e o projeto da **reforma da reforma**, que tanto significa a construção de sistemas públicos de saúde na perspectiva do planejamento, da gestão e de práticas médico sanitárias comprometidas com novos modelos de atenção, quanto a correção de debilidades gerenciais e do modelo assistencial, na perspectiva de reatualizá-lo em função da reforma do Estado e da flexibilização. (SILVA,2014.p.35)

Durante os anos 1980 e 1990 o embate entre os projetos se dava entre o projeto da reforma sanitária e o projeto privatista (BRAVO, 2007). No governo Lula, Soares (2010) destaca a implementação do novo projeto, que se relaciona em suas bases ao projeto privatista, que é o projeto SUS possível, o qual, defendido por alguns intelectuais da RSB, flexibiliza os princípios do SUS, conferindo um sentido coerente com as necessidades da contrarreforma. Também caracteriza esse projeto a inviabilização do SUS proposto na CF de 1988. (SOARES, 2010)

A contrarreforma da saúde concentrou-se em quatro perspectivas, não mutuamente excludentes, podendo ocorrer simultaneamente, quais sejam: o estabelecimento de organizações autônomas, a introdução de co-pagamento pelo usuário, a terceirização dos serviços e a habilitação do setor privado para gestão dos serviços de saúde. (FLEURY, 2009)

Há um claro incentivo do Estado à expansão do mercado privado de saúde evidenciado, por exemplo, na compra de planos de saúde para os funcionários públicos e ao permitir o desconto integral dos gastos em saúde no imposto de renda. Além dessas vantagens, identifica-se a isenção de impostos a grandes hospitais privados, como o Sírio Libanês e o Albert Einstein, e a emissão de certificação filantrópica às entidades sem fins lucrativos, que operam planos privados de assistência à saúde. Todas essas isenções produzem uma soma significativa de recursos que poderiam compor o financiamento da saúde pública. (CORREIA, 2015).

O Estado vem lançando proposta de fortalecimento às instituições filantrópicas, como a Lei 12.873, aprovada em 2013, que criou o programa de fortalecimento das entidades

privadas filantrópicas e das entidades sem fins lucrativos que atuam na área da saúde e que participam de forma complementar ao Sistema Único de Saúde - Prosus (CORREIA, 2015). Essa forma de privatização se torna invisível, pois é incutida dentro do serviço público estatal a racionalidade do serviço privado (COHN, 2009).

O governo opta diante desses impasses e na busca de maior flexibilidade gerencial, diferentes arranjos jurídico-administrativos, como as fundações privadas de apoio, OS, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e as cooperativas. A introdução desses modelos são aprovadas em 1998, pela Lei federal n. 9.637¹⁶, que qualificou entidades privadas como Organizações Sociais, permitindo que assumissem a gestão da assistência à saúde. (SANTOS, 2015).

A situação se torna mais grave no governo Temer, que não poupou os cortes às políticas sociais. Por meio da Proposta de Emenda Constitucional PEC 241/2016, aprovada como EC 95/2016, estabelece-se o congelamento dos gastos com a seguridade social a partir de 2017. Foi imposto para a saúde pública sua desestruturação e privatização crescente. O texto substitutivo da PEC revogou o escalonamento previsto na EC 86, passando a incidir o “teto” para a saúde em 2017, de 15% da Receita Corrente Líquida (RCL). Mesmo assim, os prejuízos acumulados nos próximos 20 anos para o SUS seriam R\$ 433 bilhões, considerando um crescimento do PIB de 2% ao ano (média mundial) e uma projeção do IPCA de 4,5%. (MENDES 2016)

Como dito anteriormente, desde a década de 1990 a política de saúde é organizada no contexto de tensionamento de dois projetos, o privatista e o projeto da reforma sanitária de cobertura universal. Todavia, no governo Temer há uma total preferência e incentivo ao projeto privatista. Concomitante a emendas de cortes de gastos, o então ministro da saúde, Ricardo Barros, lançou a proposta de planos de saúde populares, seguindo o receituário de agências multilaterais, como o Banco Mundial, que apresenta como direção a austeridade com radicalização do ajuste fiscal (BAHIA ET AL, 2016). O projeto de planos de saúde popular se baseia nos seguintes aspectos:

Conjugação da desregulamentação das regras de cobertura, especialmente aquelas relacionadas com a possibilidade de redução do número de unidades assistenciais de restrição da oferta de especialidades médicas e da menor abrangência territorial dos planos de saúde, outra formulação aventada pretende oficialização da “dupla porta”,

¹⁶ O objetivo formal da chamada “lei das Oss” foi o de qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde (BRASIL, 1998, apud SANTOS, 2015).

que consiste no atendimento a pacientes e pagamentos pelo SUS e por planos privados nas mesmas unidades de saúde públicas. (BAHIA ET AL, 2016)

Ademais, os efeitos diretos da crise contemporânea do capitalismo na saúde pública brasileira ocorreram basicamente na financeirização dos recursos públicos e na apropriação do fundo público pelo capital em busca de sua valorização. Isso pode ser percebido pela forte presença do capital, portador de juros no orçamento público federal e no orçamento da seguridade social, bem como no incentivo financeiro público concedido à saúde privada por meio da renúncia fiscal. (MENDES, 2015).

Veremos a seguir, as implicações desse processo para o SUS.

3.3 E OS PRINCÍPIOS DO SUS NESSA HISTÓRIA?

Diante dos vários cortes na política de saúde, o SUS vem passando por vários tensionamentos e com seus princípios sendo ameaçados. Soares (2010) afirma que o sistema vem expandindo suas ações desde sua criação, em 1988, mas sempre de forma focalizada, fragmentada e precarizada, sem conseguir assegurar a universalidade dos acessos. Este crescimento se dá por pressão da própria demanda, que tem sido continuamente maior do que a estrutura e a capacidade da rede dos serviços. A expansão limitada dos serviços tem relação direta com os limites orçamentários da política de saúde. A essa tendência deu-se o nome de **ampliação restrita**.

O primeiro princípio que orienta o SUS, a universalidade, passa a ser ameaçado a partir do governo de FHC, quando é aprovada uma proposta da existência de dois sistemas de saúde: um destinado aos que não podia pagar e outro destinado às pessoas que podiam pagar pelos serviço. O que vem se desenvolvendo desde então é um subsistema privado que controla principalmente os serviços de diagnóstico. Reiterando, temos um sistema único que interfere em questões éticas, como a vigilância sanitária e também serviços como o SAMU, que quase todos os brasileiros fazem uso, principalmente em casos de acidentes e outras emergências, e quando os planos privados não atendem os seus clientes, estes também recorrem ao SUS.

Segundo Cohn (2005), o binômio focalização-universalização está relacionado às formas de pobreza e desigualdade social, que fundaram o sistema de proteção social brasileiro. Os projetos em disputa na década de 1990 na política de saúde considera que a universalidade pode ser incorporada de forma diferenciada, a perspectiva social- democrática, concebe o direito a saúde inerente a todos, já a perspectiva liberal, compreende que o acesso

deve ser viabilizado através do mercado. A primeira é imposta na RSB e a segunda a partir da década de 1990. (SOUSA, 2014)

A diretriz da participação social, no sentido proposto pela RSB, constitui um espaço dialético de mobilização e defesa dos interesses dos trabalhadores e usuários do SUS. Contudo, as instâncias de controle social, no desenvolvimento da política de saúde nos últimos anos, tem sua participação atrelada à racionalidade hegemônica, apresentando uma natureza colaboracionista e solidária (SOARES, 2010), como é o caso das comissões integrestores, os mecanismos de escuta da população, as ouvidorias, que articulam e estimulam a participação atrelada à gestão da política ministerial.

Por sua vez, cabe destacar que a descentralização é a única diretriz que não colide com as intenções de redução do Estado, tão incentivadas nos anos 1990. Isto porque havia um consenso entre os projetos políticos (privatista e RSB) quanto às oportunidades de avanço com a descentralização, apesar das bases político-ideológicas e dos interesses divergentes entre ambos (DRAGO, 2014). Assim, enquanto o projeto de RSB apostava na descentralização como estratégia de democratização e incorporação de novos atores sociais na concretização das políticas sociais, bem como no alcance de diretrizes como universalização e integralidade, o projeto privatista encarava a descentralização como efetivação da redução do Estado, em que o poder central (Federal) daria lugar a centenas de poderes estaduais e municipais, os quais se tornaram alvos e coalizões políticas em prol de interesses de cunho liberal. A descentralização esteve então polarizada entre a democratização das decisões políticas e o esvaziamento do Estado (DRAGO, 2014).

As repercussões na Atenção Básica serão pontuadas a seguir.

3.4 A POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA NO CONTEXTO DA CONTRARREFORMA

No tocante à Atenção Básica, esta vem ocupando a centralidade no discurso da política de saúde desde a década de 1990, tendo como principal estratégia de organização a ESF, que no contexto da contrarreforma apresenta vários desafios. Os baixos recursos da ESF dificultam a realização de um trabalho voltado para a integralidade e desenvolvimento da saúde de qualidade no território. O baixo salário dos profissionais permanece o ideário de menos qualificado e o ministério da saúde não dispõe de recursos para contratações de profissionais além da equipe mínima. (PAULINO; BEDIN; PAULINO. 2009)

A situação se agrava com a proposta internacional de universalismo básico. Tal proposta parte das críticas ao “paradigma” da focalização das políticas sociais, abraçada pela

OMS, que propõe uma cobertura universal de saúde (CUS), ou seja, um pacote de ações para serem desenvolvidas por todos os países que aderirem a proposta. Como argumento de defesa do referido projeto aponta-se que os países periféricos não conseguem oferecer efetivamente coberturas universais. (BAHIA, 2016, *apud* VASCONCELOS; SILVEIRA; XAVIER 2017).

Nesse contexto, os serviços oferecidos na AB acabam sendo influenciados pela concepção restrita de APS. A nova PNAB define padrões de atendimento: padrões essenciais e padrões ampliados, o que pode se configurar como uma cesta básica de serviços, afetando o desenvolvimento de uma ESF que não consegue resolver as necessidades da população, conforme previsto nos princípios da AB. Dessa forma, a concepção universal de saúde no Brasil é ameaçada.

A nova PNAB, expressa na portaria 2436/2017, apresenta inicialmente um discurso de eficiência e melhorias, no entanto, as alterações não contribuem para o desenvolvimento da rede de atenção básica. As propostas apresentadas vão ao encontro do contexto de retrocessos dos direitos sociais e desenvolvimento das políticas sociais. A revisão autoriza o gestor a escolher livremente pontos de realização de cortes, seja em termos de qualidade, acesso, integralidade ou universalidade.

Aliada à proposta de Universalidade Básica há uma premissa de diminuição do acesso gratuito da AB para repassar ao serviço privado outra possibilidade apresentada, que é manter a oferta dos serviços básicos centrada em procedimentos. Assim, os gestores podem repassar os serviços para a iniciativa privada reforçando a privatização. (VASCONCELOS, SILVEIRA, XAVIER, 2017).

A seguir situaremos o serviço social como profissão da saúde, e teceremos algumas considerações sobre a prática nessa área.

4. SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: CONSIDERAÇÕES ACERCA DA INSERÇÃO NESTA ÁREA E A CONFIGURAÇÃO DA PRÁTICA NO ATUAL CONTEXTO DE CONTRARREFORMAS

Neste capítulo apresentaremos como o serviço social se configura como uma profissão da saúde. Inicialmente, contextualizamos a inserção e desenvolvimento da atuação neste, compreendendo as semelhanças com as demais áreas e também as particularidades. E, por fim, algumas implicações da contrarreforma à categoria.

4.1 A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE E A ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A PRÁTICA

O surgimento do Serviço Social situa-se no seio do capitalismo monopolista. Tal processo ocorre inserido no contexto da produção e reprodução das relações sociais capitalistas, o que por sua vez implicará o caráter contraditório que possui a profissão, que, na sua atuação, irá lidar tanto com os interesses do capital quanto dar respostas às necessidades da classe trabalhadora. (IAMAMOTO, 1995)

O trabalho do assistente social é determinado pelo conjunto das relações e condições sociais nas quais está inserido (IAMAMOTO, 2009). Desse modo, destacamos que o Serviço Social é uma profissão de natureza interventiva, que atua no campo das relações humano-sociais. É uma especialização do trabalho coletivo, que participa de processos de trabalho coletivo e tem, portanto, uma dimensão sóciohistórica e política que lhe é constitutiva e constituinte. Como área de intervenção profissional o Serviço Social se consolida em suas relações com as demais profissões e com práticas societárias mais amplas. (MARTINELLI, 2007)

No tocante à área da saúde, Martinelli (2003) destaca que esta tem sido um espaço de atuação para os assistentes sociais desde as protoformas da profissão. O primeiro “serviço social médico”, como era denominado na época, data de 1905. A discussão da saúde também estava presente nas disciplinas que compunham a grade curricular das primeiras escolas de Serviço Social.

No Brasil, a inserção do Serviço Social na saúde ocorreu de acordo com o contexto sóciohistórico e econômico do país. Dessa forma, anteriormente ao SUS predominava o modelo assistencial privatista, o qual configura um caráter subalterno ao social, focando na doença (VASCONCELOS; SCHMAMNER, 2013). Como o modelo hegemônico no país se caracterizava pela exclusão, incluindo muitas pessoas em péssimas condições de vida e sem

acesso aos serviços de saúde, evidenciava no cotidiano a fragilidade do sistema no enfrentamento das determinações sociais da saúde. Dessa forma, os assistentes sociais passaram a ser inseridos no processo de trabalho dos serviços de saúde, exatamente para atender aqueles que não têm a quem recorrer (COSTA, 2006). Assim, na década de 1940, com a expansão da medicina previdenciária, a atribuição do assistente social era se colocar como mediador entre a instituição (hospital) e a população, a fim de viabilizar o acesso aos serviços e benefícios (BRAVO; MATOS, 2006). A prática dos assistentes sociais, em resposta às requisições predominantemente assistenciais, era pautada no referencial teórico-político conservador alinhado ao modelo hegemônico na saúde. Assim, as ações desenvolvidas eram burocráticas, pragmáticas, focalistas, empiristas, pautadas na abordagem do serviço social de caso. (BRAVO, MATOS, 2006)

A inserção do assistente social na saúde se dava predominante nos serviços de níveis secundários e terciário. Considerando uma profissão paramédica, ou seja, submissa e auxiliar à ação médica, as principais ações desenvolvidas pelas profissionais de Serviço Social estavam voltadas para conhecer, classificar, caracterizar e analisar a situação familiar, socioeconômico-cultural, legal, comunitária do usuário, visando obter informações para caracterização das condições socioeconômicas do usuário que pudessem interferir na eficácia dos programas e ações de saúde (COSTA, 1998 *apud* VASCONCELOS; SCHAMALLER, 2013).

A partir do final dos anos 1970, no contexto do movimento de reforma sanitária ocorre um processo de ressignificação da inserção do Serviço Social na saúde, impulsionado pela concepção de determinação social da saúde e pelo conceito ampliado de saúde, que contribui para a redefinição do trabalho dos diversos profissionais da área, dentre os quais os assistentes sociais.

As modificações no seio da profissão aconteceram no contexto geral de mudanças na sociedade naquele momento. No entanto, autores como Bravo e Mattos (2006) destacam que mesmo que a categoria vivenciasse um processo de renovação, até a década de 1980 os (as) assistentes sociais se encontravam desarticulados (as) das discussões que estavam acontecendo naquele momento, como as diretas já, a reforma agrária e também o MRSB. Foi no contexto de aprovação da CF 88 e da defesa do Estado de direito que a categoria de assistentes sociais foi sendo socialmente questionada pela prática política de diferentes segmentos da sociedade civil e se envolvendo nas lutas para assegurar direitos sociais naquele contexto. (IAMAMOTTO, 2009)

Com a institucionalização do SUS, considerando os seus princípios, o conceito ampliado de saúde e reconhecimento da determinação social no processo saúde-doença ocorre uma ampliação da demanda pelo trabalho do assistente social, atuando não apenas em equipes multiprofissional, interdisciplinares e intersetoriais que atuam nos serviços, mas também na coordenação e planejamento em saúde. (KRÜGER, 2010)

Dessa forma, a atuação do assistente social no âmbito municipal e na atenção básica, até então restritas neste nível, vai se alterando significativamente com a municipalização proporcionada pelo SUS (KRÜGER, 2010). No entanto, Vasconcelos (2013) mostra que mesmo com os espaços abertos pelo SUS para a categoria, o número de profissionais continua majoritariamente na atenção terciária. No espaço hospitalar e na atenção básica são os setores que apresentam o menor número de assistentes sociais.

Costa (2006) destaca que, no âmbito da reorganização da política de saúde, a partir da década de 1980 ocorre um tensionamento entre as ações tradicionais e as novas proposições do SUS, que também determinam a atuação do profissional de Serviço Social. Diante das requisições que passam a ser colocadas para os assistentes sociais, as ações do serviço social são prioritariamente concentradas nos seguintes campos ou eixos: ações de caráter emergencial, assistencial; educação, informação e comunicação em saúde; planejamento e assessoria; mobilização e participação social.

O Serviço Social, ainda que não atue exclusivamente na área da saúde, é reconhecido como profissão da saúde na resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 218 de 1997, que elenca 13 profissões¹⁷, ficando a critério de cada categoria profissional o reconhecimento para caracterizar a profissão como sendo de saúde. Em 1999, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) lançou a resolução nº 383, reconhecendo o Serviço Social como profissional da saúde, enfatizando a não exclusividade nesta área, podendo atuar em outros espaços, dependendo do local e da natureza das suas funções (CFESS, 1999).

No ano de 2008/2009 o CFESS chama a categoria para o debate sobre o tema a partir dos vários CRESS discutir a prática do serviço social na saúde até então não havia uma prática unificada e documentada, como resultado deste processo, foi lançado em 2010 os Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Saúde. O documento faz parte de uma série de publicações que discutem a atuação profissional nos principais campos ocupacionais da categoria.

¹⁷Assistentes sociais, biólogos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontológicos, psicológicos e terapeutas ocupacionais. Em 1998 foi acrescentado por meio da resolução nº 287 a profissão dos biomédicos.

Conforme esse documento, a atuação do assistente social na saúde é organizada em quatro eixos, que variam de acordo com o local de atuação e a rede de atenção na qual o profissional está inserido, quais sejam: atendimento direto aos usuários; mobilização; participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional. (CFESS, 2010)

O atendimento direto ao usuário se faz presente em todos os níveis de atenção e em todos os espaços da rede de serviços. As ações predominantes no atendimento direto são as ações socioassistenciais, as ações de articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas. (CFESS, 2010)

Em relação às ações de cunho socioeducativo na prestação dos serviços, consistem em orientações reflexivas e socialização de informações, realizadas por meio de abordagens individuais, grupais ou coletivas do usuário, família e população de determinada área (CFESS, 2010).

O eixo de mobilização, participação e controle social consiste em um conjunto de ações voltadas ao envolvimento dos 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, tendo como objetivo contribuir para a organização da população. (CFESS, 2010)

O eixo de investigação, planejamento e gestão, por sua vez, apresenta como base o fortalecimento da gestão democrática e participativa, capaz de produzir, em equipe e por meio da intersetorialidade, propostas que viabilizem e potencializem a gestão em favor dos usuários e trabalhadores de saúde, na garantia dos direitos sociais. (CFESS, 2010).

Em relação à investigação, a pesquisa é necessária ao serviço para possibilitar ao profissional o conhecimento da realidade que atua, para que as ações não sejam realizadas de forma imediata, sem conhecimento do espaço, sem planejar.

Assim, o último eixo, qual seja, assessoria, qualificação e formação profissional refere-se ao aprimoramento profissional, visando a melhoria da qualidade dos serviços prestados, englobando a educação permanente dos trabalhadores de saúde, da gestão dos conselheiros de saúde e representantes comunitários, e também a formação de estudantes. A assessoria refere-se às ações de um profissional com conhecimento da área e interfere no objeto em questão com intenção de alterá-lo. (CFESS, 2010)

Ainda de acordo com os parâmetros, os assistentes sociais têm suas demandas determinadas pelos diferentes projetos em disputa na área da saúde. O projeto privatista direciona os profissionais às demandas de seleção socioeconômica dos usuários, atuação

psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizadora aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais (CFESS, 2010). Já o projeto da reforma sanitária apresenta como principais demandas ao Serviço Social a democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, estratégias de aproximação das unidades de saúde da realidade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação popular. (CFESS, 2010)

Os parâmetros de atuação para a saúde ainda elencam os elementos para abordagem crítica do Serviço Social na saúde:

1) Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS. 2) Conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença. 3) Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostas pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS, contido no projeto de RSB. 4) Buscar necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção à saúde. 5) Estimular a intersetorialidade tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais. 6) Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas. 7) Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido. 8) Efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais. (CFESS, 2010, p.30).

Uma abordagem crítica na saúde, requer pensar as ações da categoria para além das normas postas pelas políticas governamentais nos termos de suas prescrições e normas. A atuação do serviço social nessa área, como também em outras tem relação com o objeto de trabalho do serviço social, que é no campo do social, por isso é necessário que no contexto de subordinação do social na saúde e privilegiamento do biologicismo e individualismo, que o assistente social entenda e apreenda a categoria da determinação social. É o reconhecimento de que a ação profissional exige a apropriação crítica dos aspectos sociais que determinam o processo saúde-doença na trilogia prevenção, promoção e cura no contexto das manifestações individuais, familiares, de grupos, de segmentos populacionais e até mesmo populações como todo, que permitem que o assistente social vai construindo uma prática que se articule aos princípios da RSB e do projeto ético político da profissão. (MIOTO; NOUGUEIRA, 2009)

Nos deteremos no tópico seguinte a apresentar algumas dificuldades enfrentadas pelo serviço social no contexto da contrarreforma da saúde colocadas a prática profissional.

4.2 O SERVIÇO SOCIAL EM MEIO AO PROCESSO DE CONTRARREFORMA NA SAÚDE

O Serviço Social sofre impactos diretos do processo de contrarreforma, que se fazem presentes tanto na realidade dos serviços e das respostas possíveis às demandas dos usuários, quanto nas condições de trabalho do assistente social. Enquanto trabalhador, o mesmo passa a enfrentar baixos salários, contratos temporários parciais, por projetos, por atividades, pluriemprego e especialização no trabalho. Essa tendência do trabalho interfere na sua condição de profissão interventiva no âmbito das sequelas da questão social passando atuar de um modo emergencial, pontual fragmentário e imediatista, limitando o exercício profissional às ações meramente instrumentais. (GUERRA, 2009)

As principais tendências de impactos na prática profissional na área da saúde, são: **tecnificação da saúde** - caracterizada pelo investimento em novas tecnologias no sistema, inclusive tecnologias de gestão, isto é, além da aquisição de equipamentos mais avançados, a incorporação no SUS de inovações no espaço de gestão, como pactuações a contratualização, metas, planejamento e programação das ações em saúde gestão por fundação ou organização social, etc. Todos os mecanismos da racionalidade hegemônica atuam nesta tendência, em especial o de desistorização vinculado à diretriz de despolitização da política, numa supervalorização da técnica e das tecnologias, como se nestas estivesse a solução dos conflitos do sistema. (SOARES, 2010)

A **emergencialização** perpassa todo o sistema, contudo em alguns espaços é de forma mais expansiva e em outros menos. Constitui-se, sobretudo, um mecanismo e estratégia desorganizadora da prática social na saúde, ao mesmo tempo em que, dialeticamente, estruturadora de um fazer profissional pautado no pragmatismo e nas práticas manipulatórias burocráticas. Essa manipulação nivela de forma homogênea os fatos e relações sociais, abstraindo-lhes o movimento de contradição. (SOARES, 2010, p.136)

A **tercerização** vem atingindo os assistentes sociais, um exemplo disso é apontado no estudo de Costa (2014), que afirma que está ocorrendo no estado do Ceará, em Fortaleza, contratos de pessoas como assistentes técnicas que exerciam a função de assistente social. Outro elemento é incorporado nessa situação, como o modelo adotado por alguns municípios cearenses que abrem processo licitatório do tipo menor preço para contratar assistentes sociais. O profissional segue na data e horário previsto para a abertura dos envelopes, nos quais estão escritos os preços dados pelos assistentes sociais e é contratado aquele que lança o

menor preço da sua força de trabalho. Essa informação foi divulgada e verificada em publicação no diário oficial do Estado do Ceará, que divulgava em determinado município.

No próximo capítulo apresentaremos os resultados da pesquisa assim como o caminho metodológico e algumas considerações sobre o campo da pesquisa.

5. A CONTRARREFORMA NA SAÚDE E SEUS REBATIMENTOS NA PRÁTICA PROFISSIONAL NA ESF: UMA ANÁLISE A PARTIR DOS TCC'S DO CURSO DE SERVIÇO DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

Neste capítulo apresentaremos como a formação acadêmica se configura no contexto da contrarreforma do Estado com impactos no ensino superior. Tendo em vista que o objeto de nossa análise é a produção do curso de serviço social sobre a prática do assistente social na ESF, abordaremos o histórico da ESF de Campina Grande para, em seguida, tratarmos sobre a inserção do Serviço Social neste espaço. Por último, dissertaremos sobre o caminho metodológico que percorremos para responder aos nossos objetivos e os resultados que encontramos na pesquisa.

5.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE AS TENDÊNCIAS DA CONTRARREFORMA NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL E O CURSO DE SERVIÇO SOCIAL DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

Não podemos analisar o nosso objeto de estudo a partir dos Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC's) de Serviço Social sem considerar como essa formação ocorre, tendo como marco temporal a década de 1990 até o momento atual. Mesmo sendo um período de amadurecimento para a categoria, foi fortemente marcado pelo projeto educacional pautado na contrarreforma do Estado, que teve início no governo FHC, orientado por uma burocracia comprometida com a agenda neoliberal, imposta pelo FMI e pelo Banco Mundial (GUERRA, 2005). A referida analista destaca que o marco legal de sustentação do contexto de reformas na educação, a Lei de Diretrizes e Bases (LDB), imprime uma lógica instrumental, gerencial, produtivista, que mesmo indiretamente interferem na profissão de serviço social.

No governo Lula essa contrarreforma da educação superior adquire novos contornos, como a expansão das vagas nas universidades públicas sem, no entanto, ter a infraestrutura adequada, com reduzido quadro de professores submetido a altas cargas de trabalho. Além disso, cresce o investimento no setor privado da educação, com os programas PROUNI¹⁸ e FIES¹⁹, e ocorre o avanço da modalidade de ensino à distância (EAD). (CISLAGHI, 2011).

¹⁸ É um programa que promove a acessibilidade à educação para quem tem renda baixa. Por meio dele, é possível conseguir bolsas integrais ou parciais para universidades ou faculdades particulares cadastradas no programa em todo o país.

¹⁹ O Fundo de Financiamento Estudantil (FIES) é um programa do Ministério da Educação (MEC) destinado a financiar a graduação na educação superior de estudantes matriculados em cursos superiores não gratuitos na forma da lei 10.200/2001. Podem recorrer ao financiamento os estudantes matriculados em cursos superiores que tenham avaliação positiva nos processos conduzidos pelo MEC. Portal do MEC

Considerando essa conjuntura, Matos (2015) elenca três tendências que impactam na formação do assistente social e, conseqüentemente, na prática profissional: o aligeiramento da formação profissional em todos os níveis da formação, especialmente na graduação; o fato da formação em Serviço Social ter se constituído como nicho de mercado, refletindo, principalmente, na expansão da modalidade do ensino à distância enquanto expressão máxima da precarização do ensino superior, impondo limites à formação profissional; e, por último, o panorama da expansão do ensino superior público, que vem sendo materializada sem a infraestrutura física e de pessoal e com projetos pedagógicos reduzidos, muitas vezes, apenas ao ensino.

Nesse cenário, na contramão do ideário neoliberal que vinha se alastrando no país, não podemos desconsiderar as conquistas do projeto crítico para a profissão na década de 1990, como o projeto ético político da profissão, expresso no Código de Ética de 1993, e nas Diretrizes Curriculares de 1996.

É importante destacar que este projeto traz diversos avanços para a formação profissional, dentre os quais ressaltamos a concepção do estágio supervisionado como momento privilegiado da formação, que objetiva capacitar os estudantes para o exercício profissional a partir da sua inserção nos espaços sócioocupacionais de atuação dos assistentes sociais. No ano de 2010, após amplo debate da categoria, foi elaborada a política de estágio que busca orientar e dar direcionamento ao estágio supervisionado, enquanto atividade curricular obrigatória, fundamental para viabilizar a qualidade da formação.

O estágio supervisionado curricular em Serviço Social possui significado ímpar no processo de capacitação para o exercício profissional, encontrando-se no centro dos debates sobre a formação profissional, sobretudo no momento contemporâneo.

O conhecimento da realidade institucional também é fundamental na atividade de estágio, pois possibilita ao estagiário de Serviço Social conhecer os limites da instituição, entender as relações de poder que se estabelecem e como construir estratégias inerentes à ação profissional. Ao se defrontar com o contexto institucional, o estagiário também tem oportunidade de se aproximar dos diferentes sujeitos inseridos no exercício profissional, identificando as responsabilidades no encaminhamento das questões que são apresentadas na dinâmica do campo do estágio. (ABEPSS, 2010)

No entanto, assim como a formação no meio universitário e a prática profissional, o estágio sofre afetações. O estágio apresenta a mesma característica de ser condicionado pela conjuntura, portanto, os trabalhos produzidos ao final da conclusão de um curso não são de responsabilidade apenas da capacidade do aluno, mas de todo o processo de aprendizagem.

Um dos principais obstáculos é a falta de interação entre as dimensões da formação e do exercício profissional. Coloca-se como uma problemática, em especial, para as disciplinas de estágio supervisionado, isso porque, por ser uma disciplina teórico-prática, o estágio corporifica a expectativa de que a sua operacionalização possibilite apreender a relação teoria-prática. No entanto, podemos constatar que frequentemente a falta de clareza sobre o que significam essas duas dimensões expressa-se pela expectativa de alguns discentes de que o estágio “ensine como aplicar a teoria na realidade prática”. (ASSIS; ROSADO. 2012)

Ao direcionarmos a nossa atenção para a formação profissional, verificamos que o curso de Serviço Social da UEPB teve, desde o seu surgimento no final dos anos 1950, uma formação influenciada não apenas pelo modelo de desenvolvimento dominante no país, mas também pela direção social adotada pela profissão em âmbito nacional, buscando pautar-se não apenas pelos fundamentos teórico-metodológicos para entender e intervir na realidade, mas também pelas referências éticas e ideológicas que demarcaram os compromissos assumidos pela profissão frente às demandas das classes em disputa no cenário brasileiro e local até os dias atuais. (FONSECA; NOBREGA; SILVEIRA, 2016). Na década de 2000, o curso de Serviço Social na UEPB já adotava as diretrizes curriculares da ABEPSS, buscando consolidar a direção crítica para a profissão.

Em relação aos trabalhos de conclusão de curso, verifica-se que a maioria dos TCC's de Serviço Social da UEPB advém de estágio supervisionado. Durante a década de 1990, os trabalhos produzidos concentravam-se na área da educação, a partir dos anos 2000, devido a abertura de novos campos de estágios em outras áreas, principalmente na Estratégia de Saúde da Família (ESF), os TCC's predominam na área da saúde. (FÈRRIZ ET AL, 2016).

Como iremos nos deter à análise de TCCs decorrentes de estágio na ESF, iremos tecer algumas considerações da configuração da organização da ESF no município de Campina Grande, para que possamos posteriormente analisar os resultados da pesquisa, buscando compreender nesta produção acadêmica a relação entre a contrarreforma na saúde e a prática do assistente social neste contexto.

5.2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE CAMPINA GRANDE.

Campina Grande foi um dos municípios pioneiros na implantação da ESF sobre a organização do MS responsável pela implantação do PSF a nível nacional, no ano de 1994. O município foi convidado a fazer parte do grupo dos 14 primeiros municípios no país que assinariam convênio de adesão com ministério da saúde. (PERET ,2001).

O programa foi implementado seguindo os parâmetros recomendados pelo MS, de uma equipe mínima para cada grupo de 600 a 1000 famílias. Os critérios que definiram a escolha dos bairros/localidades que seriam as primeiras a receber a intervenção das equipes foram: mortalidade proporcional por doenças infecciosas e parasitárias, taxa de mortalidade infantil e o percentual de crianças com baixo peso ao nascer (PERET, 2001). O processo para obtenção das informações necessáriasse se deu a partir do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Nascidos Vivos (SINASC). No processo de implantação do programa, foi identificado, ainda, dentre os seis distritos sanitários que dividem o município, o que contava com a melhor estrutura organizacional no que concerne aos equipamentos de saúde que constituem o sistema de referência e contrarreferência e uma forte concentração populacional na sua área de abrangência além de preocupantes indicadores epidemiológicos. (PERET ,2001).

Com as informações que permitiram o mapeamento da situação de cada bairro foram escolhidos os bairros do Pedregal (contemplado com três equipes do PSF) e Mutirão do Serrotão. (duas equipes) (PERET, 2001)

Atualmente, a rede de atenção à saúde no município é dividido em seis distritos. No plano municipal de saúde vigente (2014-2017) a informação é de 107 unidades. A cidade de Campina Grande tem agora cobertura em saúde primária de 90,53% da população.

No que tange à realidade de Campina Grande, o processo de contrarreforma segue a mesma direção nacional, uma das expressões que podemos destacar é a privatização por meio de novos modelos de gestão. Em 21 de agosto de 2013, o prefeito, Sr. Romero Rodrigues, aprova a Lei de Gestão Pactuada (nº 5277), que é caracterizada pelo aspecto privatista e pela parceria com as OSS, com a finalidade de gerir diversos serviços públicos no município, principalmente no âmbito da saúde, objetivando a privatização de diversos serviços municipais (SILVA; CORREIA; SILVA,2017). A lei tem ênfase no reordenamento pautado nos modelos flexíveis e no controle de resultados nas seguintes áreas: educação, saúde, cultura, trabalho, cidadania, urbanismo, habilitação, saneamento, gestão ambiental, ciência e

tecnologia, agricultura e organização agrária, indústria e comércio, comunicações e transportes, como também previdência.

Devido às repercussões e respostas contrárias dos sujeitos coletivos envolvidos para a não aprovação da lei de gestão pactuada, o prefeito fez alterações no dispositivo da lei, restringindo o programa no primeiro momento à área da saúde. Não obtendo êxito e continuando as manifestações, decidiu alterar novamente, reduzindo-a ao dimensionamento inerente à atenção básica da saúde, o que não conteve os projetos que lutavam para a revogação total da lei 5.277/2013-CG. (SILVA; CORREIA; SILVA, 2017)

Discutiremos a seguir a inserção do serviço social no espaço da ESF.

5.3. O SERVIÇO SOCIAL NA ESF DE CAMPINA GRANDE - PB

O assistente social foi incorporado a equipe do então Programa Saúde da Família (PSF) em Campina Grande, no ano de 1995. O processo foi movido pela necessidade que os outros profissionais sentiram de um profissional com uma concepção ampla de saúde que contribuísse para a mudança de paradigma que estava sendo proposta pelo novo modelo de atenção. Assim, algumas profissionais lotadas na Secretaria de Saúde do município passaram a trabalhar junto a cinco equipes (BERNADINO ET AL, 2005). Todavia, apenas em outubro de 2002 aconteceu um processo seletivo simplificado para a categoria, que foi inserida oficialmente na ESF, ingressando efetivamente em março de 2003, quando 26 profissionais foram contratadas, cada uma ficando responsável por duas equipes (MENDES, 2007). Neste momento, dava-se uma expansão da ESF, passando ao número de 49 equipes (BERNADINO ET AL, 2005).

Em 2006 a gestão local, com um discurso conservador, anunciou a retirada do assistente social da ESF, por considerar que a área de atuação do serviço social deveria ser apenas a assistência. Os profissionais lutaram para continuar no espaço de trabalho, quando em 2006 ocorreu um novo concurso público o edital garantiu 23 vagas para o serviço social, mas apenas 10 profissionais foram chamados. Nesse momento havia um número de 69 equipes de saúde da família, alguns profissionais de serviço social chegava a atuar junto a oito equipes (MENDES, 2007). Atualmente há 15 assistentes sociais atuando na ESF, 13 originários do concurso público e 2 cedidos de outras áreas da prefeitura, com um número de 107 equipes os profissionais ficam com um número de três a quatro equipes e as demais equipes ficam descobertas.

Com a implementação do NASF que permite o assistente social compondo a equipe, os profissionais que estão nesse espaço é que vem prestando assistência as equipes descobertas e mesmo nas unidades que possuem assistentes sociais, os profissionais do NASF, acabam fazendo atendimentos individuais e outras funções do assistente social da ESF, devido a número de demandas e sobrecarga que os mesmos estão tendo.

A categoria construiu as atribuições do assistente social a partir das capacitações introdutórias para os referidos profissionais, tendo por base as diretrizes do SUS e da ESF, o código de ética do serviço social e a lei de regulamentação da profissão, bem como a experiência que vinha sendo desenvolvida pelas profissionais pioneiros (BERNADINO et al, 2005).

Bernadino et al (2005), ao discutir o trabalho do assistente social na ESF de Campina Grande, com base nas atribuições construídas,²⁰ abordam que as ações realizadas pelos assistentes sociais tem como eixo a defesa e consolidação de direitos sociais. A atribuição referente a orientação acerca dos direitos sociais vai perpassar todas as atividades, seja nos atendimentos individuais de usuários, com encaminhamentos para as diversas instituições de viabilização de direitos existentes no município, seja nas visitas domiciliares, nas atividades educativas em grupo ou nas salas de espera, entre outros.

No tocante à mobilização e organização comunitária eram realizadas atividades de assessoria e apoio aos grupos organizados da comunidade, que são principalmente as Sociedades de Amigos do Bairro (Sab's), os Clubes de Mães e os Conselhos Escolares. Em relação ao controle social, destacam-se as atividades desenvolvidas pelos assistentes sociais junto ao Conselho Comunitários de Saúde (CCS's). Os profissionais também costumam promover capacitação para os agentes comunitários de saúde (BERNADINO ET A, L 2005).

²⁰ As atribuições construídas foi: Encaminhar providências e prestar orientações, informações aos indivíduos, grupos e à população na defesa e ampliação e acesso aos direitos de cidadania. 2) prestar assessoria a grupos, entidades e movimentos sociais existentes na comunidade viabilizando o processo de mobilização, organização e controle social.3) Desenvolver ações socioeducativas e culturais com a comunidade 4) Identificar as potencialidades existentes na comunidade bem como os recursos institucionais, estimulando as ações intersetoriais, para a melhoria da qualidade de vida da população; 5) Identificar, implementar e fortalecer os espaços de controle social na comunidade; 6) Contribuir para a capacitação e formação de conselheiros(as) de saúde e de outros sujeitos sociais ; 7) Discutir de forma permanente, junto a equipe de trabalho e à comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos à saúde e as bases que o legitimam; 8) Elaborar coordenar e executar capacitações para os profissionais do Saúde da Família; 9) realizar atendimentos individuais de demandas espontâneas e/ou referenciadas na Unidade Básica de Saúde da Família; 10) Emitir laudos, pareceres sociais e prestar informações técnicas sobre assunto de competência do serviço social; 11) planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar as ações do PSF, 12) Acompanhar, na qualidade de supervisor de campo, estagiários(as) de serviço social, desde que tenha supervisão acadêmica; 13) sistematizar e divulgar as experiências do profissional do serviço social. (BERNADINO ET AL,2005).

Quanto às ações socioeducativas e culturais com a comunidade eram realizadas, especialmente, nos grupos de educação em saúde, existentes na UBSF, desenvolvidas através de oficinas, palestras, dinâmicas de grupo, entre outras. Há também a realização de atividades culturais em algumas equipes, impulsionadas muitas vezes pelo assistente social. No tocante à intersetorialidade, que deve ser buscada no trabalho do ESF, os profissionais de Serviço Social, além de encaminhar questões para outras órgãos, têm tentado estabelecer parcerias - intra e intersetoriais - com diversas entidades e instituições para tratar dos problemas do Bairro, como apresenta Bernadino et al (2005).

Nos últimos devido aos retrocessos que a ESF vem enfrentando no município, os profissionais tem tido dificuldade de realizar um trabalho que vá de encontro a concretização dos pilares do SUS, não conseguindo desenvolver ações pautadas na prevenção de doenças e na promoção da saúde e principalmente ações de controle social e intersetorialidade. (SILVA ET AL, 2009).

Em pesquisa feita em 2009, os profissionais de serviço social que atuavam na ESF de Campina Grande de acordo com a pesquisa de Silva et al (2009) se mostrava conscientes do referencial teórico crítico que orienta a profissão e dos princípios do SUS, no entanto diante das condições de trabalho adversas, não conseguiam desenvolver uma prática criativa e propositiva.

O aumento do número de equipes para cada assistente social dificulta o trabalho, os profissionais apontam que não podem exercer um trabalho contínuo, que não podem acompanhar a totalidade da realidade das equipes, pois organizam o trabalho em sistema de plantão.

Apresentaremos a seguir o caminho metodológico que trilhamos e os resultados encontrados.

5.4 O CAMINHO METODOLÓGICO E OS RESULTADOS ENCONTRADOS

A pesquisa que realizamos foi de natureza bibliográfica e documental.²¹ Recorremos às fontes históricas no caso, ou seja, as monografias do curso de serviço social da UEPB. O método que consideramos mais pertinente para a compreensão do objeto de estudo exposto foi o método crítico dialético, que busca entender os fenômenos investigados a partir do seu processo histórico, dinamismo, provisoriedade e transformação (MINAYO, 2000).

A primeira fase da pesquisa consistiu no levantamento dos TCC's produzidos a partir dos estágios realizados na Estratégia Saúde da Família (ESF). A catalogação foi feita com base no acervo da Biblioteca Setorial de Serviço Social, localizada na Central de Aulas, no Campus I. Para tanto, utilizamos uma ficha de trabalho que nos orientou na identificação da temática trabalhada no TCC na base online DSPACE²², do repositório da UEPB. Na pesquisa online foram usados critérios para encontrar os trabalhos, como os recursos que o site disponibiliza para filtrar resultados, quais sejam: título, autor, assunto, data de publicação. As palavras chave usadas na busca foram: “saúde” e “serviço social”, e os filtros utilizados foram o de título, assunto através das palavras chaves “PSF/ESF”, prática do serviço social, contrarreforma. Após a busca, obtivemos um total de 125 TCC's produzidos entre os anos de 1999, ano em que a ESF se torna campo de estágio supervisionado do curso de Serviço Social da UEPB até o ano de 2016, quando elaboramos o levantamento dos TCC's, que se constituiu em uma das primeiras fases da pesquisa.

Feito o mapeamento, definimos uma amostra de 37 TCC's, que debatiam a prática do Serviço Social. Na leitura dos TCCs, inicialmente direcionamos o nosso olhar para o resumo e a introdução, a fim de identificar a abordagem acerca da prática profissional, para, posteriormente, codificação e análise do material, em que realizamos a leitura do capítulo da fundamentação teórica e também dos resultados. Em seguida, organizamos a categorização a partir do ano de produção do TCC e denominamos de (T1), (T2).

Após realizar a seleção do material bibliográfico e documental, utilizando-nos de uma abordagem qualitativa, procedemos à organização e análise dos dados a partir da técnica de análise de conteúdo, seguindo as fases propostas por Bardin (1977): 1) a pré-análise, que constitui o momento da organização propriamente dito, objetivando operacionalizar e

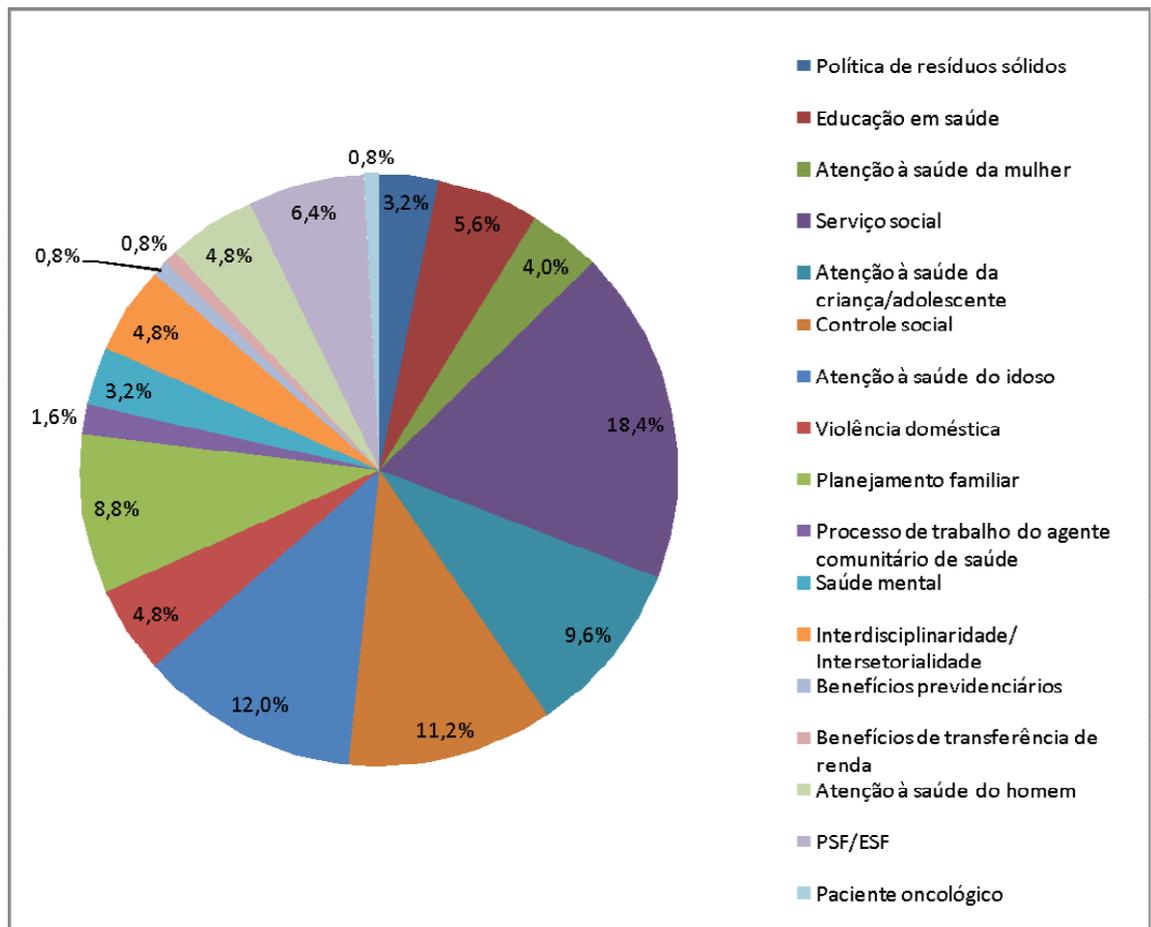
²¹ a pesquisa documental se refere ao tipo de material usado, que são produções bibliográficas que ainda não receberam tratamento analítico. (Santos, 2004).

²² Desde o ano de 2009 que a UEPB, possui uma base online para divulgação da produção de monografias, dissertações e tese para toda a comunidade acadêmica.

organizar as ideias; 2) a análise do material, que consiste na codificação e categorização dos dados; 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A produção de TCC's sobre a ESF é diversificada, o que reafirma como o assistente social é inserido nas diversas questões do processo de trabalho e como precisa ter um referencial teórico amplo, que o ajude a desvendar a totalidade das situações concretas. Os temas desenvolvidos estão contidos no gráfico a seguir.

Gráfico 1: Temas dos TCCs pesquisados



Fonte: pesquisa direta, 2017.

Como nosso objeto de estudo foi verificar no conteúdo dos TCC's a relação entre a prática do serviço social e a contrarreforma na área da saúde, buscamos identificar nos referenciais teóricos a análise da política de saúde.

Ao analisarmos as discussões acerca da política de saúde nos trabalhos pesquisados percebemos que quatro trabalhos não faziam menção à política de saúde, concentrando sua análise apenas na abordagem do serviço social e as ações que desenvolviam nas políticas

transversais, como atendimento ao idoso, à criança e ao adolescente. Mesmo reconhecendo a importância do conhecimento acerca do desenvolvimento de tais políticas, os trabalhos foram elaborados sem fazer articulação com a totalidade: foram os TCC's t22, t26, t29, t35. Alguns trabalhos abordavam a política de saúde, mas não discutiram o processo de contrarreforma, como podemos identificar em 27 % dos TCCs.²³ Possivelmente, a explicação deste fato deve-se ao período de produção desses TCC's, assim como ao fato do contexto particular do município de Campina Grande, que durante alguns anos, em relação a ESF, apresentava um quadro de progresso. No tocante à presença desse debate no meio da categoria, em 1997, Maria Inês de Souza Bravo elabora sua tese de doutorado sobre o processo de reforma sanitária e o serviço social em uma análise inédita para o momento do serviço social e a saúde. A autora argumenta que estava em curso para a política de saúde a disputa de dois projetos: o privatista e o da reforma sanitária.

Outros TCC's pesquisados trazem a análise da contrarreforma da saúde associada ao projeto neoliberal que passa, a partir da década de 1990, a orientar a economia e, conseqüentemente, as políticas sociais no país:

[...] O período que compreende a década de 1990, a população brasileira vivenciou mudanças na política econômica de cunho neoliberal, neste contexto assiste-se a redução do papel do Estado apoiado nas teses neoliberais[...] o conjunto de reformas, implementadas pelo governo brasileiro nos últimos anos estimulam a individualização dos problemas sociais e a desresponsabilização do Estado no enfrentamento desses problemas tem-se em função da onda neoliberal, a implantação de políticas focalistas e cada vez mais seletivas, de baixa resolutividade como vem acontecendo com o PSF [...](T12)

[...] Nos anos de 1990 foi implantado no Brasil o ajuste neoliberal, momento em que o Estado passa pela chamada contrarreforma, onde ocorre um redirecionamento de seu papel, passando a ser agora um estado mínimo, sobretudo no que diz respeito ao social.[...](T24)

Uma tendência de análise que se fez presente no total de nove TCCs, correspondendo a aproximadamente 24% da amostra, foi a disputa entre o projeto neoliberal e o projeto universal de saúde, que é o projeto da RSB. Vejamos:

[...] A década de 90 inaugura uma nova configuração da política de Saúde no Brasil, política essa que caracteriza pela evidência de dois projetos bem diferentes entre si. O projeto da reforma sanitária e o projeto privatista e que recebe a influência do processo de minimização do Estado [...] (T7)

²³ São os seguintes TCC's (t4),(t5), (t6), (t8), (t14), (t19), (t20),(t21), (t32), (t33).

[...]O projeto de Reforma Sanitária e o advir de um projeto privatista, através de influências do neoliberalismo e o rebatimento na política de saúde da Família no Brasil, como a estratégia de efetivação do SUS. [...] (T17)

As tendências de análise da contrarreforma, a partir do projeto neoliberal e da disputa de projetos na área da saúde, seguem a mesma lógica de argumentação, ou seja, o referencial teórico crítico. Na nossa análise isto corresponde, em parte, a como essas discussões se apresentam no seio da categoria naquele momento.

Chamou a nossa atenção o fato de que, mesmo com a direção da profissão seguindo um referencial crítico de análise da realidade, encontramos um trabalho que se pauta apenas no discurso corrente, fundamentado no senso comum. Este fato torna-se notório inclusive por não situar a própria ESF na discussão que é feita ao longo do TCC, apesar desta constituir-se o lócus da pesquisa. O trecho a seguir é ilustrativo do que mencionamos:

[...] O que podemos observar é que atualmente a saúde no Brasil está “doente”. As diversas crises pelas quais o setor vem passando tem deixado a população carente de recursos à mercê da própria sorte. O quadro que se configura é assustador: pessoas morrem em frente aos hospitais por falta de atendimento e, quando conseguem ser atendidas, o atendimento é realizado nos corredores, em situações precárias, pondo em risco a vida dos pacientes, bem como dos profissionais de saúde. Além disso, os usuários são obrigados a pernoitar nas calçadas dos hospitais para, só assim, conseguir marcar uma consulta [...]. (T 16).

Nos trabalhos pesquisados identificamos uma ausência de uma análise que empreendesse uma articulação entre o universal e o particular. A realidade local não era efetivamente discutida, ficando a análise centrada na abordagem geral, sem uma interligação dos fatos. Ao discutir o projeto neoliberal não encontramos nos trabalhos clareza real das inflexões deste projeto econômico para a classe que vive do trabalho.

No tocante à prática profissional dos assistentes sociais, buscamos identificar como os TCC's abordavam a temática da contrarreforma, relacionando-a com expressões concretas deste processo no cotidiano profissional. A princípio, identificamos como que os trabalhos trazem uma leitura genérica do significado social da profissão, com ênfase para o entendimento de que o assistente social é mediador de direitos e que deve estar em defesa da população, como mostram as falas abaixo:

[...] A prática cotidiana do assistente social incluída em uma das formas de luta das classes populares pela conquista da cidadania, confirma o seu lugar como mediador da efetivação de um projeto político, através da implantação de programas sociais que atendem às necessidades das classes subalternas [...] (T1)

[...] O trabalho do assistente social tem a centralidade de lidar diretamente com as múltiplas expressões da questão social, onde seu objetivo e compromisso está na emancipação humana e isso se dá na prestação de informações, inclusão aos

benefícios previdenciários, organização e mobilização dos usuários, a formação dos grupos, encaminhamentos, palestras sócio-educativas, entre outras. Todo esse trabalho é voltado para proporcionar melhores condições de saúde e vida, visando o exercício de demandas de inclusão social [...] (T3)

[...] O serviço social é a porta de entrada da unidade, seu trabalho é a orientação e informação aos usuários na intenção de assegurar os seus direitos a cargo do serviço social a realização do cartão do usuário da unidade assim como o preenchimento do prontuário que busca coletar dados a respeito do perfil socioeconômico dos usuários. A rotina de trabalho também envolve o atendimento individual, palestras sobre os mais diversos assuntos como saúde, higiene pessoal a importância do acompanhamento da amamentação nos primeiros seis meses de vida, a importância da imunidade das crianças e da realização na unidade de testes e encaminhamentos para outros procedimentos que são feitos na cidade. [...] (T16)

Verifica-se que, embora os TCC's tragam uma análise que sinalizam referências às atribuições e competências profissionais coletivamente definidas, inclusive no tocante especificamente à saúde e à ESF, o discurso acaba sendo perpassado por uma série de contradições, a exemplo da fala (T1) que expressa uma visão idealista e militantista da profissão, ao entendê-la como “forma de luta das classes populares”. Também destaca-se na fala (T3) a defesa genérica da emancipação política, quando ao final do argumento afirma que o que o Serviço Social visa o “exercício de demandas de inclusão social”, o que revela um discurso eclético e incoerente com a direção social crítica da profissão.

Também destaca-se o fato de que estas falas desconsideram, na análise da prática profissional, as condições objetivas que interferem nas respostas concretas dos assistentes sociais às demandas postas e as determinações sóciohistóricas que permeiam este processo e incidem diretamente na materialização do fazer profissional. Dessa forma, não aparece especificamente os rebatimentos da contrarreforma. Por exemplo, o T(16), que define o profissional de Serviço Social como mediador de direitos, mas acaba por apresentar uma rotina de trabalho burocratizada e predominantemente focada nos comportamentos individuais.

Soares (2010) afirma que o cotidiano da prática do Serviço Social na saúde predominantemente é caracterizado pela contínua necessidade de dar respostas às demandas assistenciais/emergenciais. Isto ocorre no contexto de um cotidiano pautado pela lógica da emergencialização da vida. Identificamos que em um dos trabalhos a autora afirma essa realidade na prática do assistente social na unidade.

[...] Emerge uma série de demandas para o Serviço Social, dentre as quais ações de caráter emergencial, educação, informação, planejamento e execução de ações voltadas para à saúde como qualidade de vida e direito do cidadão. É também atribuição do assistente social o trabalho de mobilização, organização, participação e aceitação da população em relação as ações do PSF, assim como colaborar com as

equipes no sentido de fornecer subsídios que auxiliem na humanização dos serviços no trato com a população [...]. (T5).

Sobre as demandas ao serviço social, essas se apresentam mediatizadas pela instituição que coloca sua dinâmica, interesse, objetivos, metas, finalidades, demandas essas que, emanadas das necessidades das classes subalternas não se apresentam diretamente e nem imediatamente a profissão, fazendo se necessário o exercício de apreender a partir do aporte teórico crítico, como atuar em determinadas situações.

Iamamoto (2011) afirma que o assistente social, enquanto “trabalhador”, não tem seu processo de trabalho por ele organizado e nem é um processo exclusivamente do Serviço Social, ainda que dele participe com autonomia ética e técnica. Dessa forma, os assistentes sociais, ao tentarem empreender respostas às demandas que lhe são colocadas, acabam por assumir um papel messiânico, que subestima o contexto social, as classes sociais, as organizações políticas, os movimentos sociais, os homens como sujeitos históricos, enfim, os limites da realidade social e do profissional. Por sua vez, há a predominância de um grupo que a referida autora denominou de fatalista, ao desconsiderar as contradições do sistema das instituições e das próprias relações sociais, não sendo possível modificar nada.

Em um dos TCC’s pesquisados a autora destaca que a postura do assistente social da unidade em que realizava estágio fazia o exercício crítico da realidade, reconhecendo as suas limitações. Vejamos:

[...] A postura do assistente social dentro da unidade de saúde de T... Não assume uma posição fatalista. Embora reconhecendo a instituição enquanto aparelho do Estado, para desenvolver as políticas sociais no sentido de manter a ordem dominante e desenvolver um trabalho visando incorporar as demandas das classes dominadas, sua relação se dá de forma indireta com os setores hegemônicos da instituição e de forma direta com a população usuária. [...] (T31).

Isso é importante no tocante às demandas que aparecem ao Serviço Social, pois a exigência de resposta no sentido da profissão alcançar os fins, sem fazer a reflexão entre os meios e os fins, resultam em uma prática focal, pontual, imediatista e instrumental. (GUERRA, 2009)

Outra visão da prática do Serviço Social é a que recai sobre o que faz o assistente social, confundindo a atuação do profissional com o acervo de instrumentos por ele utilizado, ao relatar as atividades realizadas na unidade, como pode ser verificado nos trechos a seguir:

[...] Ampla atuação do assistente social na instituição e nos diversos grupos sociais da comunidade (diabéticos hipertensos, adolescentes, saúde da mulher, saúde

mental, etc. O trabalho do assistente social contribui para o crescimento da comunidade. [...] (T6)

[...] O assistente social desenvolve atividades com mulheres, crianças, adolescentes grupos de autoajuda, gestantes planejamento familiar, através de palestras informativas na sala de espera, capacitação para profissionais do PSF, desenvolvendo além disso trabalhos manuais com o clube de mães. [...] (T8)

[...] Acompanha a condicionalidade da saúde dos beneficiários do Bolsa Família, realiza, encaminhamentos à rede de atenção à saúde e a setores que se façam necessários, discute com a equipe os casos singulares, participa de atividades em grupo, participa de reuniões com as equipes, o que nos evidencia o que o assistente social busca exercer seu trabalho dentro das possibilidades. [...] (T 35.)

Guerra (2005) coloca que um dos desafios internos da categoria é a visão instrumentalista, o favorecimento equivocado do saber fazer, abstraído do conhecimento sobre o porquê fazer. Predomina entre os que possuem a visão instrumentalista da prática profissional que competência é saber fazer e que os domínios de modelos de intervenção, de metodologias, dos instrumentos e técnicas, bem como o domínio de conhecimentos instrumentais são suficientes (GUERRA, 2005). A analista em tela destaca que essa tendência histórica tem sido reforçada na contemporaneidade pela refuncionalização da razão instrumental, para atender a lógica das contrarreformas em curso.

Nos trechos dos TCC's anteriormente mencionados, percebe-se no trabalho (T35) que a prática do Serviço Social se tornou burocratizada, ao assumir funções que poderiam ser exercidas por outros profissionais, como o acompanhamento do programa de transferência de renda Bolsa Família, impedindo o assistente social de se dedicar a outras ações de maior alcance para o atendimento das necessidades dos usuários.

Em relação ao Serviço Social na ESF, alguns trabalhos destacaram a postura da gestão local para com a categoria, como a tentativa de retirado do profissional da equipe básica de saúde, retrocedendo na visão ampla de saúde concebida na Constituição Federal de 1988:

[...] Entretanto apesar da experiência pioneira e interessante que vem sendo desenvolvido pelos (as) assistentes sociais no PSF de Campina Grande, o que presenciamos na atualidade, por parte da gestão municipal é uma ameaça de descontinuidade da inserção deste profissional nas equipes básicas. A Secretaria Municipal de Saúde, expressado uma concepção equivocada e restrita de saúde, vem assumindo um discurso de que o Serviço Social não é profissão de saúde e sim de assistência social [...]. (T7).

No contexto da nova PNAB, essa atitude de cortes nas equipes podem se tornar uma medida adotada pelos governos, na perspectiva de restringir a atenção, ou seja, adoção do padrão básico de atenção.

Sobre as condições de trabalho do assistente social na ESF, os trabalhos apresentaram que estes estão inseridos em um contexto de precarização:

[...] Entretanto (...) os assistentes sociais têm enfrentado uma precarização das condições de trabalho tendo em vista que dez profissionais têm que contemplar todas as equipes existentes o que compromete a qualidade do trabalho desenvolvido e inclusive os próprios princípios do programa. [...] (T9)

[...] O número reduzido desses profissionais não tem contribuído para a consolidação de um trabalho numa perspectiva mais pedagógica e menos emergencial, a insegurança das equipes dos programas e da comunidade é constante: não se tem uma postura política clara enquanto a permanência ou não do assistente social nem quanto ao aumento do número de contratados. [...]. (T10).

[...] A angústia dos profissionais da saúde da família em função da escassez de insumos para o atendimento da população usuária dos serviços, da falta de material didático para trabalhar com os grupos, da falta de uma estrutura adequada da UBSF para comportar os profissionais [...] o alcance da intervenção do assistente social nos fazia pensar nas possibilidades e limites da profissão... nos deparamos com situações em que o profissional não dispunha de meios que pudessem trazer um retorno imediato para os usuários e isso colocava em questão o sistema de referência e contrarreferência [...]. (T12)

[...] A carga de trabalho, o leque de atribuições e habilidades técnicas operativas exigidas desses profissionais em particular do assistente social, as precárias condições de trabalho, quase inexistência de recursos disponíveis para a operacionalização das ações e dificuldades de relacionamento na qualidade de trabalho profissional e conseqüentemente na sua legitimidade profissional [...] (T15).

A precariedade apontada nos trechos no tocante às condições de trabalhos dos assistentes sociais é em decorrência das configurações das políticas sociais. O padrão de política social vigente limita ou potencializa as ações do assistente social. No entanto, destacamos que a forma de respostas às demandas no contexto da prática profissional do assistente social pode redimensionar o alcance e estabelecer os limites de sua prática. (GUERRA, 2009)

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo dos trinta anos de existência do SUS os interesses privados vêm se entranhando no interior do sistema, por meio dos movimentos do mercado. Esse processo foi claramente induzido pelos sucessivos governos, através da crise do financiamento que, segundo Paim (2018), foi justificando a compras de serviços no setor privado. Por outro lado, a expansão do SUS foi impedida sob o argumento que os planos de saúde aliviariam o sistema público de saúde. Assim, até no momento que forças progressistas assumiram o comando e defenderam mudanças, o que se visualizou foi a privatização do SUS de maneira inversa, permanecendo os problemas estruturais.

Com o golpe que levou Temer à presidência, temos de forma geral a aceleração dos processos de contrarreforma, a continuidade da privatização não clássica na saúde, adensados pelo congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais por 20 anos, a proposição dos chamados planos de saúde acessíveis, propostas de retrocessos na política de saúde mental e de mudanças na política de atenção básica. (BRAVO; PEAEZ; PINHEIRO, 2018).

No decorrer dos anos a inflexão do mercado na saúde foi se modificando e tomando proporções cada vez maior, com o novo governo e o neoliberalismo puro sangue a tendência é piorar.

Como profissional que atua nas políticas sociais, o assistentes social tem as condições de trabalho impactadas duplamente, primeiro na sua condição de trabalhador assalariado que sofre as modificações impostas ao conjunto da classe que vive do trabalho, e por ser desafiado a elaborar respostas às demandas apresentadas nas instituições a categoria, num cenário de desmonte de direitos. Na saúde, essas demandas se tornam cada vez mais emergenciais necessitando de respostas rápidas que possam, por vezes, evitar situações críticas e até de morte.

No contexto da ESF, os assistentes sociais ainda não têm sua presença garantida oficialmente neste espaço sócio-ocupacional, mas em Campina Grande esses profissionais estão presentes desde os primeiros anos de implantação do programa no município. Diante da tendência geral de cortes nas políticas, atualmente tais profissionais tem suas condições de trabalho precarizadas, como falta de insumos, aumento das demandas. Com as orientações da nova PNAB, a tendência é que a situação se torne mais difícil, não só para a categoria, mas para toda população.

Analisamos na produção acadêmica do Curso de Serviço Social da UEPB, a indicação da presença da precariedade do trabalho da categoria. Destaca-se o fato de que os(as) assistentes sociais chegam a ser afastados(as) das suas atribuições privativas ao serem responsabilizados por algumas atividades burocráticas, como o acompanhamento do cadastro do bolsa família.

A analisar como os TCC's abordava a contrarreforma alguns trabalhos não fizeram nenhuma referência acerca da política de saúde. Os trabalhos que analisaram a política de saúde e o contexto da contrarreforma, mesmo com lacunas, destacam dificuldades da profissão na ESF em Campina Grande. Contudo, não há uma análise concreta da gestão em âmbito local, tendo sua escrita guiada apenas em âmbito nacional guiada pela referência utilizada. Também em relação aos trabalhos observamos que os autores não destacaram a importância do serviço social na saúde e os principais elementos para uma prática crítica.

Os autores apresentam posicionamento político em favor dos usuários, no entanto acabam por recair em discursos que reverberam e reforçam traços de conservadorismo, configurando assim uma fratura entre o entendimento da prática profissional realizada pelos assistentes sociais e as possibilidades de prática postas na realidade objeto da ação profissional.

Por isso é importante estratégias que fortaleçam o estágio supervisionado, como um espaço de apreensão das três dimensões da prática do assistente social possibilitando que o aluno tenha condições de desenvolver capacidade de uma prática que vá ao encontro das necessidades dos usuários, que não se restrinja as atividades realizadas em um dado espaço ocupacional, mas que permitam aos estudantes a apreensão da totalidade social. Nesse contexto histórico tão adverso, o assistente social precisa estar atento às possibilidades de uma atuação amparada no projeto profissional da categoria, assim como também na área da saúde ser realizado a defesa do SUS, em conformidade com a reforma sanitária.

7. Referências

AGUIAR, R.A. T. de. **A Construção Internacional do Conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) e Sua Influência na Emergência e Consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil.** (dissertação de mestrado) Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), 2007.

ANDERSON, P. Balanço do Neoliberalismo. In: SADER, E. GENTILI, P. **Pós neoliberalismo: As políticas sociais e o Estado Democrático**, Rio de Janeiro Paz e Terra, 1995.

ANDRADE, L.O.M.de; BARRETO, I.C.de. H.C; BEZERRA, R. C Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. de S.et al(Org.). **Tratado de Saúde Coletiva.** 1ª impressão: Hucitec; Rio de Janeiro, Fiocruz, 2006.

AQUINO, R. et al. Estratégia Saúde da Família e Reordenamento do Sistema de Serviços de Saúde. In: PAIM, J. S; ALMEIDA FILHO. **Saúde Coletiva: Teoria e Prática**, Rio de Janeiro, Med Book. 2014.

ASSIS, R.L; ROSADO, I.V.M. A unidade Teoria – Prática e o Papel da Supervisão de Estágio nessa Construção. Rev. **Katálisis**. Florianópolis v.15 n.2 p-203-211. 2012.

ABEPSS, **Política Nacional de Estágio Supervisionado em Serviço Social**, 2010.

BAHIA, L. ET AL. Planos Privados de Saúde com coberturas Restritas: Atualização da Agenda Privatizante no Contexto de Crise Política e econômica no Brasil. **Rev. Cad.Saúde Pública**,32(12). 2016.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**, tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro, São Paulo, Livraria Martins Fontes, 1977.

BEHRING. E.R. Políticas Sociais no Governo Lula: Algumas Reflexões. In: Rev. **Inscrita**, Brasília: CFESS, n9. 2004.

_____. **Brasil em Contrarreforma: Desestruturação do Estado e Perda de Direitos.** 2 ed., São Paulo: Cortez, 2008.

BERNARDINO F.E. ET AL O cotidiano profissional do assistente social no Programa Saúde da Família, Rev. **Katálisis**, Florianópolis V. 8.n.2. 2005.

BRAGA, R. Caso o golpe seja vitorioso, o país caminha para um processo de colapso social. Entrevista à **epsjv FIOCRUZ**, 2016. Disponível:
<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/caso-o-golpe-seja-vitorioso-o-pais-caminha-para-um-processo-de-colapso-social>

BRASIL. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde**, Brasília, 1986.
 Disponível:
http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf

_____. **-Constituição da República Federativa do Brasil 1988**. Título VIII da Ordem Social, Capítulo II, Seção II, Artigo 196. Senado, Brasília DF. 1988.

_____. -Lei 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Brasília DF, 1990. Disponível:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

_____. -Lei No. 8142/90, de 28 de dezembro de 1990. Brasília: DF. 1990. Disponível: Disp
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm.

BRAVO, M.I. **Serviço Social e Reforma**: Lutas Sociais e Práticas profissionais. 2º ed.-São Paulo Cortez, 2007.

_____-MENEZES, J. S.B.de. A política de Saúde na Atual Conjuntura: Algumas Reflexões sobre os governos Lula e Dilma. In: SILVA, L. B. RAMOS, A.(Orgs). **Serviço Social, Saúde e Questões Contemporâneas**: Reflexões Críticas Sobre a Prática Profissional. 2013.

_____-MATOS, M.C. Projeto Ético- Político do Serviço Social e sua Relação com A Reforma Sanitária. In: MOTA, A.E. **Serviço Social e Saúde**: Formação e Exercício Profissional. 1ª ed. Cortez, 2006.

_____-PELAEZ, E.J.; PINHEIRO, W.N. As Contrarreformas na Política de Saúde do Governo Temer. Rev. **Argumentum**, v.10, n 1, 2018.

CARNEIRO, T.S. **A Estratégia Saúde da Família em Campina Grande/PB**. Dissertação (mestrado) Programa de Pós- Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, (UFPE). 2011.

CASTELO, R. A “Questão Social” e o social liberalismo Brasileiro: Contribuição à Crítica da Noção do Desenvolvimento Econômico com Equidade. Rev. **Emancipação**. V.81. 2008.

___-O Social Liberalismo Auge e Crise da Supremacia Burguesa na Era Neoliberal. 1ªed, Expressão Popular,2013.

CEBES, **Rediscutindo a Questão da Determinação Social da Saúde**- Seminário do Cebes, 2009.

CISLAGHI, J. F. A Formação Profissional dos Assistentes Sociais em Tempos de Contrarreforma do Ensino Superior: Impactos das Mais recentes propostas do Governo Lula. Rev. **Serviço Social e Sociedade**, nº 104 São Paulo, 2011.

COHN, A. Caminhos da Reforma Sanitária, **Lua Nova** nº 19 São Paulo 1989.

___-Saúde e Desenvolvimento Social. Rev. **Saúde e Sociedade**.V.18, supl. 2 São Paulo 2009.

___-O SUS e o direito à Saúde: Universalização e focalização nas políticas de Saúde: In: LIMA, N.T ET AL. (Org.). **Saúde e Democracia: História e Democracia do SUS**, Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2005.

___-; ELIAS, P. **Saúde no Brasil: Políticas e Organização dos**, 6ª ed, São Paulo. Cedec, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. (CFESS). **Parâmetros para atuação de assistente sociais na saúde**. Brasília, 2010 (Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Públicas).

___ - **Resolução nº 383/1999**. Caracteriza o Assistente Social como profissional da Saúde.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, (CNS). **Resolução nº 218 1997**. Define as profissões da área da saúde.

___ - **Resolução nº 287/ 1998**. Redefine as profissões de Saúde.

CORREIA, M. V. C. Entre a Reforma Sanitária e o SUS: Os interesses do Capital na Saúde. In: CORREIA, M. V. C.SANTOS, V.M dos. (Org.). **Reforma Sanitária e a Contrarreforma na Saúde: os interesses do Capital em Curso**.2015

COSTA. R.G. A práxis do/ assistente social e a materialização do Projeto Ético Político na sociedade Capitalista. Rev.**Textos & Contextos**.Porto Alegre v.13 n.2 2014.

COSTA,M.D. H. O trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção do Assistente sociais. IN.MOTA. A.E. **Serviço Social e Saúde: Formação e Exercício Profissional**. 1º ed. CORTEZ, 2006.

DRAGO, L.M.B. A gestão dos serviços de Saúde pós 1988: O caso dos hospitais Universitários.In: GARCIA,M.L.T. (org). **Análise da Política de Saúde Brasileira**. Vitória, 2014

ESCOREL,S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: Do golpe Militar à Reforma Sanitária; In: GIOVANELLA.L. ET AL.(orgs) **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**, Rio de Janeiro, FIOCRUZ,2012.

FÈRRIZ,A.F.P. ET AL. O perfil dos TCCs do Curso de Serviço Social da UEPB . In: In: FÈRRIZ,A.F.P;PATRIOTA,L.M;SILVEIRA,S.A.S. da. **Serviço Social elementos para uma análise histórica e teórico metodológico**. Campina Grande EDUEPB, 2016.

FLEURY,S. Reforma Sanitária Brasileira: Dilemas entre o Instituinte e o Insituído.Rev.**Ciência e Saúde Coletiva**. 14(3), 2009.

FONSECA,C.C; NOBREGA,M.B.da.; SILVEIRA, S.A. S.da. A formação acadêmica em serviço social no município de Campina Grande: gênese e desenvolvimento sócio- histórico In: FÈRRIZ,A.F.P;PATRIOTA,L.M;SILVEIRA,S.A.S. da. **Serviço Social elementos para uma análise histórica e teórico metodológico**. Campina Grande EDUEPB,2016.

FORTES,P.A. de C. Refletindo Sobre os Valores Èticos da Saúde Global. **Saúde e Sociedade**, São Paulo v.24 supl. P.152-161. 2015.

GIOVANELLA,L. ET AL. Saúde da Família: Limites e Possibilidades para uma abordagem Integral de Atenção primária à Saúde do Brasil.**Ciências e Saúde Coletiva** . 14(3) 783-794, 2009.

_____;MENDONÇA, M. H. A. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA.L ET AL (Orgs). **Políticas e Sistemas de Saúde**, Rio de Janeiro, FIOCRUZ,2012.

GOMES,C. Porque o Golpe Acontece? In:JINKINGS,I;DORIA,K; CLETO, M.**Por que Gritamos Golpe?** : Para Entender o Impeachment e a Crise, São Paulo, Boitempo, 2016.

GOMES, J.M. Crise do Capital, Imperialismo e Estado. In: COUTINHO,J.A.LOPES,J.B. (orgs). **Crise do Capital, Lutas Sociais e políticas**. São Paulo Xamã, 2012.

GUERRA.I. O potencial do Ensino teórico –prático no novo currículo: Elementos para o debate. Rev. **Katálisis**. Florianópolis V.8.n 2, 2005.

_____ - O conhecimento crítico na reconstrução das demandas profissionais contemporâneas. In: BAPTISTA, M.V; BARTINI.O (org.). **A prática profissional do assistente social: teoria, ação, construção de conhecimento**. São Paulo, Veras editora, 2009.

HEIMANN, L.S; MENDONÇA, M. H. A. A Trajetória da Atenção Básica em Saúde e do Programa Saúde da Família no SUS: Uma Busca de Identidade. In: LIMA, N.T(org.) **Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2005.

IAMAMOTO,M.V. O serviço Social no processo de reprodução das relações sociais. In: IAMAMOTO, M.V. CARVALHO. R. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico –crítica. 8 ed. São Paulo: Cortez, 1995.

_____-O serviço Social na cena Contemporânea. In: CFESS/ABEPSS (Org). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, 2009.

_____- **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 21 ed. – São Paulo, Cortez ,2011.

KRÜGER, T. R. Serviço Social e Saúde: espaços de Atuação a partir do SUS. Rev. **Serviço Social & Saúde**, Unicamp Campinas v. IX n,10 dez 2010.

LEME, A.A. Neoliberalismo, Globalização e Reforma do Estado: Reflexões Acerca da Temática. Rev. **Barbarói**; Santa Cruz do Sul, n32. 2010.

MACIEL, D. O Governo Collor e o Neoliberalismo no Brasil (1990,1992). Rev. **UFG**, nº 11, 2011.

MARGUILES, B; VENERIO, C.M.S. Uma Ponte para o futuro? reflexões sobre a 'plataforma política do governo Temer. Rev. **Ril Brasília**. 54 n 215 jul/set 2017.

MARTINELLI, M.L. O Exercício Profissional do Assistente Social na área da Saúde: Algumas Reflexões Éticas, Rev. **Serviço Social e Saúde**- Campinas v.6, 2007.

_____-Serviço Social na área da Saúde: Uma relação Histórica. Rev. **Intervenção Social**, nº 28 2003.

MATOS, M.de C. Considerações sobre as Atribuições e Competências do Serviço Social na Atualidade. Rev. **Serviço e Sociedade**, São Paulo n° 124 p. 678-698.out-dez.2015.

MEDEIROS, S.M.de A. A Influência da Reforma Sanitária Italiana No Brasil: A saúde como campo estratégico de luta dos trabalhadores In: CORREIA, M. V. C. ; SANTOS, V.M.dos. (Org) **Reforma Sanitária e Contrarreforma na Saúde: Interesses do Capital em curso**. Maceió: Edufal ,2015.

MENDES, E. V. **Uma Agenda para a Saúde**, 2ª ed., São Paulo. Hucitec , 1999.

MENDES, A.N. A Saúde Pública num universo “sem Mundo”: Austeridade da proposta de Emenda Constitucional 241/2016. Rev. **Cad. Saúde Pública** 32(12) 2016.

MENDES, A. A Saúde Pública Brasileira no Contexto da Crise do Estado ou do Capitalismo? Rev. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.24 supl.I- p. 66-81.2015.

MENDES, Z.B . **O serviço Social na Saúde**: Um estudo sobre a inserção do assistente Social no PSF da Cachoeira- CG-PB. (Monografia) Universidade Estadual da Paraíba, 2007.

MIOTO, R.C.T; NOGUEIRA,V. M. R. Serviço Social e Saúde: Desafios Intelectuais e Operativos. **Ser Social**, Brasília v,11 n° 25 p.221-243 jul-dez 2009.

MINAYO, M.C.de S. **O desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 7.ed. São Paulo Hucitec. 2000.

NETO, J.P. **Ditadura e Serviço Social**: Uma análise do Brasil no pós-64. 16 ed, São Paulo Cortez, 2011.

NORONHA, J.de C; LIMA, L.D;MACHADO.C.V. O Sistema Único de Saúde –SUS In: GIOVANELLA, L. ET AL **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**, Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2012.

OLIVEIRA, R.F.A. A contrarreforma do Estado no Brasil: Uma Análise Crítica. Rev. **Urutáguia- Acadêmica Multidisciplinar**- n° 24, 2011.

PAIM, J.S. Ações integradas de Saúde (AIS):Porque não dois passos atrás. Rev. **Cad. Saúde Pública**, V 2, n°2 Rio de Janeiro,1986.

_____-**Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para a Compreensão Crítica.**
Tese(doutorado) Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia,2007.

_____- **O que é o SUS?** Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 2009.

_____-**Reforma Sanitária e o Cebes,** Cebes, 2012 a.

_____-ALMEIDA FILHO, N Reforma Sanitária em Perspectiva e o SUS. In:
PAIM.,J.S.ALMEIDA FILHO, N . **Saúde Coletiva: Teoria e Prática.** 1º ed.Rio de Janeiro,
Med Book ,2014.

_____- Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA Et al.(orgs). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil,** Rio de Janeiro, 2012.

PAULINO, I. BEDIN, L P.I. PAULINO, L.P. **Estratégia Saúde da Família,** São Paulo,
Ícone, 2009.

PERET, C. **O Programa de Saúde Questões e perspectivas a experiência desenvolvida no município de Campina Grande – PB (1994-1999).** (Dissertação). Pós Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, PUCRIO. Rio de Janeiro, 2001.

RADIS. **Proposta:** Jornal da Reforma Sanitária. Ano 1nº 3 maio de 1987.

RADIS. **Proposta:** jornal da Reforma Sanitária. Ano 1 nº 2 abril de 1987.

ROCHA, A.M.de. O. ET AL. Análise do Perfil Profissional das Equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família de Campina Grande-PB. **Anais XI INIC, XI EPG,V INIC Jr.** 2011.

RODRIGUES NETO, E. **Saúde: Promessas e Limites da Constituição,** Rio de Janeiro,
FIOCRUZ, 2003.

SILVA, M.G; CORREIA, J.O; SILVA, A.X. Contrarreforma na Política de Saúde no município de Campina Grande – PB. **Anais** do 5º Encontro Internacional de Política Social, 12º Encontro Nacional de Política Social.

SILVA, A.X. **Lutas sociais e contradições dos sujeitos políticos no processo da reforma sanitária brasileira.** (Tese) doutorado – pós Graduação de serviço social-UFPE, Recife ,2014.

SOARES, R. C. **A contrarreforma na Política de Saúde e o SUS de hoje:** Impactos e demandas ao Serviço Social. Tese (doutorado). Pós graduação em serviço social. UFPE, Recife. 2010.

SOUZA, A. M. da. C. Universalidade da Saúde no Brasil e as Contradições da sua Negação como Direito de Todos. Rev. **Katálysis** . Florianópolis V.17.p.227-234-jul-dez.2014

TRISTÃO.E. A Opção Neoliberal do Primeiro Mandato do Governo Lula. Rev. **Ser Social**, Brasília v.13, nº28 p.104-128.

VASCONCELOS, K.E.L. **Promoção da Saúde e Serviço Social:** Uma Análise do Debate Profissional. Recife, 2013, Tese (doutorado) pós graduação de serviço social. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2013

_____-VASCONCELOS,K.E.L; XAVIER,A.B.;SILVEIRA, S. A. S. da. Contrarreforma na Atenção Primária à Saúde: A estratégia Saúde da Família em Foco. In: SILVA,A.X; NÓBREGA ,M.B. da. MATIAS, T.S.C. **Contrarreforma, intelectuais e serviço social:** As inflexões na política de Saúde.

_____-; SCHAMALLER, V.P.V. Estratégia Saúde da Família: Foco da Disputa entre Projetos sanitários no Brasil. Rev. **Sociedade em Debate**, Pelotas,17 9(1).89-118-jan-jun, 2011.

_____- **O serviço social na saúde:** Ressignificação das demandas e do espaço ocupacional. Anais do 14 ° congresso brasileiro de assistentes sociais, 2013.

VASCONCELOS, A. M. **A prática do Serviço Social:** cotidiano, formação e alternativas na área da Saúde. São Paulo Cortez, 2002.

Apêndice I - FICHA DE LEITURA

- **Identificação do TCC:**

1) Ano do TCC: _____

2) Título: _____

- **Identificação da Temática**

3) Leitura do Resumo e da Introdução para identificar o objeto de estudo.

4)) verificar se o referencial teórico utilizado aponta ou trata sobre a contrarreforma da saúde.

5)) buscar identificar se no texto há relatos de impactos da contrarreforma no campo de estágio, que rebatem na prática do assistente social.

Observações:

APÊNDICE II- Relação dos TCC's Pesquisados

ALBUQUERQUE, J. V. de. Desafios e Possibilidades Para a Ação Profissional dos Assistentes Sociais nos Conselhos locais de saúde-CG. 2010.

ANDRADE, V.C A inserção do Assistente Social no Programa Saúde da Família: A busca para Legitimar direitos.2004.

ANANIAS, E. B. Análise da Prática do Assistente Social no Planejamento Familiar no Bairro das Cidades sobre a Ótica dos Casais. 2005.

BATISTA, M. G. Os limites e Possibilidades do Planejamento Familiar e a Atuação do Assistente Social no Programa Saúde da Família da Comunidade da Cachoeira. 2004

BARBOZA.M.R.AS condições de Trabalho do Assistente Social na Saúde: Um Estudo junto a ESF de Campina Grande, 2011.

CADENA, M.M.de P. Uma análise da Prática do Profissional de Serviço Social na Unidade Básica de Saúde da Família Raimundo Carneiro- Pedegral e Sua Contribuição no Processo de Mobilização Social da Comunidade. 2004

CAVALCANTI, L. R. Reforma Conservadora do Estado e a Política de Saúde: Rebatimentos sobre as Condições de Trabalho do Profissional do Serviço Social ,2014

CONCEIÇÃO, M. da. Da Criança ao Idoso: Prática do Serviço Social junto ao Programa Saúde da Família. 2004

COSTA, A. G. B. da. Ações Socioeducativas no Grupo de Planejamento Familiar no Programa Saúde da Família do Mutirão.2005.

FARIAS, I.C.B. Atividades do Assistente Social em Grupo: Uma alternativa para a Inclusão Social do Idoso do Programa Saúde da Família do Pedreira I e II. 2008.

FARIAS, D.C. de. Sala de Espera para Democratização: Relato de Experiência na Unidade Saúde da Família Bonald Filho no Bairro Monte Castelo.2016

FRANÇA, W.M. Uma análise da Prática Profissional do Assistente Social à Luz da Concepção da Equipe Interdisciplinar da ESF: Um Estudo Junto à comunidade Rocha Calvacante.2009.

GALVÃO, A.P. A Ação do Assistente Social na Relação PSF e a Comunidade 2000.

GOMES, A. A. A Atuação do Assistente Social na Efetivação das Ações de Planejamento Familiar. 2005.

GONÇALVES, L.L. Interdisciplinaridade e Serviço Social: Um estudo da Unidade Básica de Saúde da Família do Bairro Monte Castelo. 2006

LIMA, E.de. V. D. **O Serviço Social no Programa Saúde da Família: Uma Inserção Necessária.** 2004.

MAIA, N. C. da. C. **Instrumentalidade e Serviço Social: Um Estudo junto ao Programa Saúde da Família do Monte Castelo-Campina Grande.**2006.

MARINHO, M. D. R. **Educação e Prevenção- Intervenção do Serviço Social junto ao PSF do Pedregal.**2005.

MENDES, Z.B.**O serviço Social na Saúde: Um estudo sobre a inserção do Assistente Social no PSF da Cachoeira-CG-Paráiba.**2006.

MENDONÇA. W. C. dos S.**PSF Desafios e Perspectivas dos Profissionais que Atuam na Unidade Básica de Saúde da Família DR. Adalberto de Almeida César Carneiro do Bairro, Pedregal-CG.** 2005

MOURA, J.E.L.A **Atuação dos Assistentes Sociais na ESF na Perspectiva da Interdisciplinaridade.** 2009.

NOBREGA, L.R. da. **As Estratégias do Serviço Social Para socialização dos Direitos dos Idosos: Um Estudo Junto ao Programa Saúde da Família da Pedreira do Catolé- CG/PB.**

PEREIRA, A. M. Da S. **Intersetorialidade na Comunidade do Mutirão Em CG.** 2009.

QUEIROGA, S. P. M. **A contribuição do Serviço Social na Luta pela Efetivação do Controle Social Junto ao Conselho de Saúde no Bairro do Tambor.**

RAMALHO, M. E. N. **Avanços e Limites do Serviço Social Atuando na Participação Popular no Conselho Comunitário da Rosa Mística.** 2007

SILVA, C. da. **A inserção e o Processo de Legitimidade Profissional do Assistente Social no Programa Saúde da Família: A percepção dos Usuários e Profissionais da Unidade Básica de Saúde da Pedreira I e II –CG/PB.** 2005

SILVA, C. C. da. **O olhar dos Assistentes Sociais Acerca da Estratégia Saúde da Família do Município de Campina Grande.** .2010

SILVA, E. C . **Saúde e Educação: Ações interdisciplinares no PSF.** 2004.

SILVEIRA, A. P. G. da. **O programa Saúde da Família e o Trabalho Interdisciplinar: A realidade da Unidade Básica de Saúde da Família Comunidade da Pedreira.** 2005.

SIQUEIRA, A. P.G.**O Programa Saúde da Família e o Trabalho Interdisciplinar: A realidade da Unidade Básica de Saúde da Família da Comunidade da Pedreira.** 2012.

TARGINO, J.M.M. **Educação e Saúde: Atuação do Assistente Social com o grupo de adolescentes do Programa Saúde da Família/Mutirão** 2005.

VIERA, C.L.O.S et al. **O serviço Social e suas Ações no PSF articulado com os Movimentos Sociais da Comunidade do Tambor,** 2002.