



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

LYNACRISTIAN ARAÚJO COSTA

**A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA:
AVANÇOS E DESAFIOS**

CAMPINA GRANDE
2012

LYNACRISTIAN ARAÚJO COSTA

**A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA:
AVANÇOS E DESAFIOS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Serviço Social
da Universidade Estadual da Paraíba em
cumprimento à exigência para obtenção
do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Cleomar Campos da Fonseca

CAMPINA GRANDE
2012

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central – UEPB

C837i Costa, Lynacristian Araújo.
A inserção do assistente social na política de saúde pública
[manuscrito] : avanços e desafios / Lynacristian Araújo Costa. –
2012.
26 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social)
– Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais
Aplicadas, 2012.

“Orientação: Profa. Dra. Cleomar Campos da Fonseca,
Departamento de Serviço Social”.

1. Política de Saúde. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Assistente
Social. 4. Serviço Social. I. Título.

21. ed. CDD 362.1

LYNACRISTIAN ARAÚJO COSTA

**A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE
PÚBLICA: avanços e desafios**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Serviço
Social da Universidade Estadual da
Paraíba em cumprimento à
exigência para obtenção do grau de
Bacharel em Serviço Social.

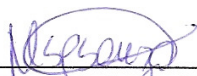
Aprovado em 14 de Dezembro de 2012.

Nota: 8,0 (_____)

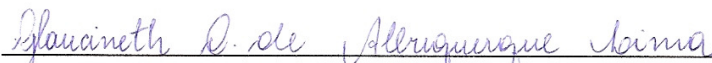
BANCA EXAMINADORA:



Prof^a. Dr^a. Cleomar Campos da Fonseca
Orientadora



Prof^a Ms. Maria do Socorro Pontes de Souza
Examinadora



Supervisora de Campo Ms. Glaucineth Calvacante de Albuquerque Lima
Examinadora

CAMPINA GRANDE, PB.
2012

*Dedico este trabalho a todos que anseiam
pelo dia em que haja a Igualdade Social.*

AGRADECIMENTOS

Ao Meu Deus, por permitir e fazer parte de todas essas conquistas na minha vida, provando que está comigo nos momentos mais difíceis, mostrando que, com Ele, eu sou capacitada pra vencer tudo que me for imposto!

Aos meus pais, que sempre me apoiaram e me incentivaram em tudo, para que a realização desse sonho fosse possível.

A minha querida irmã, Laís Karolyne que é um presente de Deus pra mim.

A família que eu amo que me acolheu e orou por mim para que tudo contribuísse para o meu bem.

A minha tia Carol, que investiu nos meus estudos.

Ao meu namorado Thiago Cabral, que me incentiva, de todas as formas para que eu nunca desista dos meus objetivos.

A minha prima, Hadassa Araújo que compartilhou comigo os mais variados momentos da minha vida, inclusive a tensão de uma conclusão de curso.

A Karolayne Góes, por toda força e incentivo!

A todas as amigas e colegas de classe que me ajudaram quando mais precisei. Em especial, Jane Mitaly, André Lígia, Waleska Suany e Paula Kallyne.

A minha Orientadora Cleomar Fonseca, que aceitou esse desafio e contribuiu para minha formação acadêmica.

A Assistente Social Ms. Glaucineth Cavalcante, por todo o apoio e auxílio acadêmico.

A Professora Ms. Socorro Pontes, por aceitar o convite de participar da banca examinadora.

A Coordenadora do curso de Serviço Social, Thereza Karla, por me atender sempre que a procurei.

Ao NUPECIJ, que me possibilitou aprofundar meus conhecimentos na área da Infância e Juventude.

A todos, sou muito grata!!!

“Felizes são aqueles que conseguem transpassar a cortina do seu dinheiro, status social e títulos acadêmicos e se apaixonar pela vida.”

Augusto Cury

LISTA DE SIGLAS

BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensão
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DPVAT	Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IAPB	Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Bancários
IAPC	Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Comerciantes
IAPI	Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários
IAPM	Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
Sesp	Serviço Especial de Saúde Pública
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

RESUMO	8
1 INTRODUÇÃO	5
2 BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL: DA COLÔNIA À REPÚBLICA	11
3 A REFORMA SANITÁRIA E A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	16
4 O SERVIÇO SOCIAL E A SAÚDE: INTERLOCUÇÃO NECESSÁRIA ...	19
5 LIMITES E POSSIBILIDADES DA INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE	22
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS	25

A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA: AVANÇOS E DESAFIOS

COSTA, Lynacristian Araújo¹

RESUMO

O presente artigo resulta de pesquisa bibliográfica, estimulada pelas reflexões advindas do processo de formação acadêmica em Serviço Social, particularmente, da experiência de estágio supervisionado na área de saúde. Procura fazer uma análise da inserção do assistente social na política de saúde pública, pontuando os avanços e desafios vivenciados pela profissão. Para tanto, apresenta como objetivos a recuperação da trajetória histórica dessa inserção profissional, apreendendo na contemporaneidade, os limites e as possibilidades que se impõem ao assistente social nessa área de atuação. A metodologia utilizada consistiu na realização de pesquisa bibliográfica e documental. A análise da inserção do assistente social no âmbito da saúde pública revela a presença da relação entre realidade e profissão, na medida em que tal inserção foi historicamente determinada pelo agravamento das expressões da questão social e pela necessidade de enfrentamento dessas expressões por parte do Estado, do patronato e da classe trabalhadora. A relação entre o Serviço Social e a saúde pública é marcada por avanços e desafios, possibilidades e limites que se referem a aspectos estruturais e conjunturais de desenvolvimento das políticas sociais, bem como ao acúmulo teórico-metodológico e ético-político alcançado pela categoria dos assistentes sociais ao longo da sua trajetória histórica.

Palavras-chave: Política de Saúde. Sistema Único de Saúde. Serviço Social.

ABSTRAT

This article results from literature stimulated the reflections coming from the academic learning process in Social particularly of supervised experience in health care. Looking to make an analysis of the integration of the social worker in public health policy, pointing out the advances and challenges experienced by the profession. It presents as objective the recovery of this historical trajectory employability, learning in contemporary society, the limits and the possibilities that are imposed on the social worker in this area. The methodology consisted of literature and documentary. The analysis of the insertion of the social worker in public health reveals the presence of the relationship between reality and profession, to the extent that such inclusion was historically determined by the worsening of the terms of social issues and the need to confront these expressions by the state, employers and the working class. The relationship between social work and public health is marked by progress and challenges, possibilities and limits that refer to structural and cyclical aspects of developing social policies, as well as the accumulation theoretical, methodological and ethical-political category achieved by social workers along its historical path.

Keywords: Health Policy. Health System. Social Service.

¹ Graduanda do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba. Membro do Núcleo de Pesquisa e Extensão Comunitária Infante-Juvenil da UEPB. E-mail: lynacristian@hotmail.com.

1 INTRODUÇÃO

A relação entre política de saúde pública e Serviço Social é uma discussão que tem despertado o interesse dos assistentes sociais já há algum tempo. Diversas são as publicações que discutem a inserção desses profissionais nessa política, numa perspectiva crítico-analítica visando o aprofundamento e a qualificação das relações entre o projeto ético-político da profissão e a defesa da saúde enquanto um direito universal, público, gratuito e de qualidade.

Enquanto estudante de graduação do curso de Serviço Social fomos nos aproximando da discussão acerca da política de saúde, intensificada mais tarde, com a experiência do Estágio Supervisionado junto ao Serviço Municipal de Saúde, mais precisamente, junto a Unidade de Fisioterapia que integra esse serviço. O citado campo de estágio está localizado na cidade de Campina Grande/PB. Lá pudemos observar questões relacionadas à inserção do assistente social nesse espaço sócio ocupacional: o número de profissionais é pequeno se considerado em relação à expressiva demanda colocada pelos usuários. Essa realidade fez com que fosse delimitado um número diário de atendimento realizado pelos assistentes sociais que, consiste basicamente na realização de triagens; salas de espera quinzenais; elaboração de relatórios diários; acompanhamento de estagiários; planejamento de atividades.

No momento da triagem, também é realizada a orientação social², que consiste em esclarecer quais os programas e benefícios a que o usuário tem direito e deve recorrer, como o Programa Bolsa Família, o DPVAT (Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres – Seguro do Trânsito), o BPC (Benefício de Prestação Continuada), dentre outros. A partir dos esclarecimentos prestados o assistente social encaminha o usuário às instituições responsáveis pelo repasse desses benefícios com o objetivo de que o cidadão proceda à requisição dos seus direitos.

Diante das questões observadas nos interessamos em estudar a inserção do assistente social na política de saúde pública, focando particularmente, as possíveis contribuições advindas dessa inserção, para os usuários dos serviços. Contribuições

² De acordo com os Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Política de Saúde (CFESS, 2010).

que, não estão separadas de uma realidade maior que implica na presença de limites e desafios ao exercício profissional. A temática em questão traz sua relevância, na medida em que traz a tona a possibilidade de reflexão em torno de uma política social e de uma profissão cujos determinantes conjunturais ameaçam o seu desenvolvimento no que tange à ampliação e ao fortalecimento dos direitos de cidadania.

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, possibilidade posta diante das dificuldades enfrentadas durante a realização do estágio supervisionado em Serviço Social, quando por questões que fogem ao nosso controle, vivenciamos essa experiência acadêmica junto a quatro instituições campos de estágio, culminando com a sua conclusão junto ao Serviço Municipal de Fisioterapia, no qual estagiamos por apenas seis meses. Nesse percurso, a orientação pedagógica também ficou comprometida, tendo em vista a mudança de professor-orientador, totalizando até o final do estágio, em três docentes. Diante dessa realidade, não nos foi possível realizar uma pesquisa empírica, porém, entendemos que a pesquisa bibliográfica também possibilita uma reflexão crítica em torno da realidade tomada como objeto de investigação.

Objetivamos, pois, analisar a inserção do assistente social na área da saúde pública pontuando avanços e desafios enfrentados pelos profissionais. Para tanto, delimitamos como objetivos específicos recuperar a trajetória histórica de inserção desses profissionais na saúde pública e apreender na contemporaneidade, os limites e as possibilidades dessa inserção.

Abordaremos o tema através de uma retrospectiva histórica da questão da saúde no Brasil, tanto no que diz respeito à fase que antecede o processo de Reforma Sanitária iniciado na década de 1970, como o que se apresenta como desdobramentos posteriores, incluindo nesse resgate, a presença dos profissionais de Serviço Social nos espaços sócio ocupacionais da política de saúde pública.

Para o desenvolvimento desse trabalho, nos baseamos em autores que tratam da relação entre saúde e Serviço Social, como também buscamos referência em documentos que pontuam as atribuições do assistente social na área da saúde, em sintonia com o Projeto Ético Político da profissão.

2 BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL: DA COLÔNIA À REPÚBLICA

De acordo com Paim (2009), durante o período Colonial no Brasil, a organização da saúde era semelhante à de Portugal. Acreditava-se que era preciso dois tipos de médicos – os quais eram nomeados pelo Rei – para controlar a saúde na colônia, quais sejam, o cirurgião-mor e o físico-mor. A saúde dos militares era de responsabilidade do cirurgião-mor; enquanto que a população contava com o físico-mor para responder pela proliferação das epidemias. A fiscalização da limpeza da cidade, dos portos e do comércio, era atribuição das câmaras municipais. Porém, esse modelo não obteve bons resultados, pois as epidemias continuaram crescendo em razão da falta de condições sanitárias e da fraca fiscalização dos portos que favorecia a entrada de doenças de outros países.

Uma instituição que surge nesse período, por volta de 1523, fundada por Brás Cubas – um explorador português – é a Irmandade da Misericórdia e o Hospital de Todos os Santos. A partir daí tem-se o surgimento da primeira Santa Casa de Misericórdia, em Santos - SP, que prestava assistência aos pobres, viajantes e doentes da região, numa perspectiva meramente assistencialista (PAIM, 2009).

Durante o Império (1822-1889), a situação da saúde no Brasil continuava sob o domínio do Rei. A população pobre solicitava a presença de médicos, enquanto as camadas ricas dispunham dos cuidados da medicina particular. Restava aos pobres o atendimento das instituições filantrópicas, as Santas Casas, cujo atendimento pautava-se na caridade, no fazer o bem ao próximo. Por volta do ano de 1850, grande parcela da população foi atingida pela febre amarela devido a uma epidemia trazida pelos navios negreiros que aportavam no Rio de Janeiro. Essa circunstância provocou uma Reforma nos Serviços Sanitários, sendo em decorrência, constituída a Junta de Higiene Pública, mais tarde transformada em Inspetoria Geral de Higiene; a Inspetoria Geral de Saúde dos Portos e o Conselho Superior de Saúde Pública. Esse início de organização sanitária foi um passo importante para provocar a percepção da necessidade de melhorias no setor da saúde pública no Brasil (PAIM, 2009).

No início da primeira República no Brasil, em 1889, os serviços de saúde se encontravam numa situação delicada contra a qual o poder público se omitia. Nesse período, a cidade do Rio de Janeiro era a Capital do país e apresentava um crescimento desordenado, sem estrutura física adequada para comportar a população, favorecendo o aumento significativo do número de favelas e de cortiços. As vias públicas eram sem higiene, decorrente da ausência de saneamento básico. Por volta de 1904, o então Presidente da República - Rodrigues Alves - objetivava remodelar a cidade do Rio de Janeiro através da realização de obras públicas que saneassem a capital, realizando a limpeza e o combate às doenças, como forma de atender aos interesses dos industriais. Recebeu assim, o apoio do então Prefeito do Rio, o engenheiro Pereira Passos. O intento realizou-se de forma a atingir frontalmente a população pobre através de desapropriações desordenadas e da destruição de habitações populares cujo objetivo era o alargamento de ruas e a construção de avenidas e praças públicas. Essas mudanças ocorreram apenas nas cidades do Rio de Janeiro e de São Paulo, regiões de maior concentração do pólo industrial do país (SCOREL; TEIXEIRA, 2009).

Tendo em vista que a motivação para a realização de tais ações tinha como determinação maior os interesses do capital privado, a população pobre era chamada a participar do processo na condição de mera expectadora: diante das ordens de despejo, desocupava suas casas sem a garantia de recebimento de outra moradia. O que ocorreu de fato, não foi uma organização da saúde pública, e sim uma mudança no centro da cidade, que deixasse a capital com a impressão de cidade limpa e organizada, mascarando o agravamento das expressões da questão social, na medida em que a população pobre foi obrigada a se deslocar para as periferias, retornando aos cortiços e favelas, situação que perpetuou as péssimas condições de moradia.

Com o agravamento das epidemias, em especial de febre amarela, varíola, tuberculose e peste bubônica, o governo solicitou a presença do Sanitarista Oswaldo Cruz para tomar providências com o intuito de curar os doentes e impedir maiores contaminações. A solução encontrada foi vacinar toda a população. Para esse trabalho, Oswaldo Cruz e a brigada sanitária, composta pelos agentes públicos, contou com o apoio da polícia. O procedimento consistia em entrar nas residências e vacinar os moradores, sem sequer informar sobre o método utilizado de combate às doenças. Essa atitude provocou um desconforto na população que se manifestou

contrária à invasão de sua privacidade, desencadeando o movimento que ficou conhecido como “A Revolta da Vacina”:

Em 10 de Novembro, os refratários à vacinação começaram a se reunir em manifestações organizadas pelo Centro de Classe Operária. Em pouco tempo, o Rio se revoltou: as manifestações se transformaram em enfrentamento com a polícia e em grandes quebra-quebras que deixavam um largo saldo de estragos, com bondes incendiados e equipamentos públicos destruídos (SCOREL; TEIXEIRA, 2009, p. 349).

Por volta de 1923 a assistência médico-previdenciária foi marcada pela criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), regulamentadas pela Lei Elói Chaves e financiadas pela União, empresas empregadoras e seus funcionários. De acordo com Scorel e Teixeira (2009, p. 358), “as CAPs eram organizações de natureza fundamentalmente civil e sua gestão era privada”. Funcionavam em regime de capitalização e ofereciam atendimento restrito aos trabalhadores formais, deixando de lado segmentos da população que não estavam inseridos no mercado de trabalho. As primeiras CAPs atendiam aos Ferroviários, Estivadores e Marítimos, em decorrência da pressão exercida por estes trabalhadores, como também devido à importância econômica do seu trabalho. Se não atendidos, esses trabalhadores entravam em greve e a economia despencava, já que dependia das ferrovias e dos portos para as exportações.

Os recursos das CAPs, de início, eram destinados a pensões e aposentadorias, mas com as lutas da classe trabalhadora, passaram a incluir a prestação de assistência médica. As demais categorias, só conseguiram seu direito as Caixas por volta da década de 1930. Os benefícios eram proporcionais ao tempo de contribuição dos trabalhadores e consistiam em assistência médico-curativa; fornecimento de medicamentos e auxílio-funeral.

A partir de 1933, a política de saúde brasileira se organizava em dois subsetores: o da saúde pública e o da medicina previdenciária. O primeiro predominou até a metade dos anos 1960 e centralizou suas ações na criação de condições sanitárias mínimas para a zona urbana e restritamente para o campo. O segundo apresenta a substituição das CAPs pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) autarquias sob o comando do governo federal, divididas por categorias profissionais. Antes, com as CAPs, cada empresa era responsável pelo

repassse dos benefícios, já com os IAPs, cada categoria profissional possuía seu seguro que era administrado pelas empresas e pelos próprios trabalhadores. Alguns exemplos: comerciários (IAPC); bancários (IAPB); Industriários (IAPI); marítimos (IAPM), entre outros (BRAVO; MATOS, 2009; PAIM, 2009; ESCOREL; TEIXEIRA, 2009).

A década de 1930 foi marcada pelo Golpe Militar de Getúlio Vargas. O período conhecido como Estado Novo foi palco de muitas lutas. A partir dessa década, através de agências estatais a presença do poder público fixou-se em toda a extensão do território brasileiro. Uma das agências que fez parte deste processo foi o Ministério de Educação e Saúde Pública, criado com intuito de concretizar o ideal da reforma administrativa que, para acompanhar o processo de industrialização do país, visa redefinir o papel do Estado no sentido de que este assumira a responsabilidade de fiscalização e manutenção de um órgão público vinculado à organização da saúde e da educação. Nessa época, através do referido Ministério foram instituídas as Conferências Nacionais de Saúde. (BRAVO; MATOS, 2009; ESCOREL; TEIXEIRA, 2009).

Anos mais tarde, no governo de Dutra, foi lançada através das campanhas sanitaristas a possibilidade de criação do Ministério da Saúde separado da Educação: “A polêmica sobre o melhor modelo de atenção à saúde ganhou novos alentos tanto com as críticas realizadas ao Sesp quanto com o debate médico-sanitarista-parlamentar sobre a criação de um ministério da saúde independente”. (ESCOREL; TEIXEIRA, 2009, p. 367). Esse debate culminou com a criação do Ministério da Saúde, em 1953.

A década de 1960 foi marcada pelo regime militar. Bravo (2007) afirma que em se tratando da questão social, o Estado ditatorial utilizou-se do tratamento baseado no binômio “repressão-assistência” para dar conta do enfrentamento dos problemas sociais. A modernização da máquina estatal tinha por objetivo aumentar o poder de regulação do Estado sobre a sociedade civil.

No final da década de 1960, todos os institutos que atendiam aos trabalhadores do setor privado foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Segundo a autora citada, a criação do INPS reforça a modernização da máquina estatal acima referida.

De acordo com Escorel (2009), em 1974 – decorrente de um desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) – foi criado o

Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), autarquia federal que prestava atendimento médico-previdenciário aos contribuintes da previdência social. Na década de 1990 o INPS se fundiu ao Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS) para formar o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) que passa a se responsabilizar apenas pelas questões previdenciárias, como aposentadorias; pensões; auxílio doença e maternidade, entre outros benefícios, aos quais só terão acesso àqueles que contribuam com a previdência social.

Com a criação do INPS, priorizou-se a contratação de serviços terceirizados, alegando que a rede não tinha recursos suficientes para o custeio dos serviços e benefícios, passando o citado Instituto a ser um grande comprador desses serviços, privilegiando o setor privado.

A saúde pública a partir dos anos 1960 passou por momentos de crise, em razão do forte incremento ao desenvolvimento da saúde privada:

Foi a partir do próprio Ministério da Saúde que surgiu a proposta mais privatizante do Sistema Nacional de Saúde, o Plano Nacional de Saúde (PNS), conhecido como o Plano Leonel Miranda, que, em 1968, era o ministro da saúde. Esse plano pretendia que todos os hospitais governamentais fossem vendidos para a iniciativa privada, transformando-os em empresas privadas. O Estado ficaria apenas com o papel de financiar os serviços privados, que seriam também custeados pelos próprios clientes (SCOREL, 2009, p. 392).

A privatização de alguns serviços da saúde, – inclusive do INPS – no período da ditadura, desencadeou a manifestação da população em busca de melhorias do setor público de saúde. De acordo com Oliveira e Teixeira Fleury (1986, p. 207 apud BRAVO; MATOS, 2009, p. 94), foi implantado no país o modelo de privilegiamento do produtor privado com algumas características:

Extensão da cobertura previdenciária de forma que abrangia toda população urbana, incluindo, após 1973, os trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos; ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, e articulação do Estado com os interesses do capital internacional, viam indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar [...].

Tais características são danosas à população pobre que depende da saúde pública para sobreviver. A privatização do setor vai aos poucos, desresponsabilizando o Estado para com a garantia dos direitos de cidadania. Em decorrência, se coloca a possibilidade de luta, por parte dos trabalhadores da saúde e da população usuária dos serviços, em defesa de uma Reforma Sanitária democrática, voltada para a qualidade e gratuidade dos serviços de saúde.

3 A REFORMA SANITÁRIA E A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O Movimento por uma Reforma Sanitária que viesse a se articular aos interesses dos trabalhadores e usuários da política de saúde brasileira surge por volta dos anos 1970, claramente em oposição ao modelo assistencial em saúde, predominante na ditadura militar. O ápice dessa Reforma foi a convocação da VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), realizada em março de 1986. O referido evento publiciza a discussão em torno do direito à saúde. De acordo com Bravo e Matos (2009, p. 95), foi quando a “saúde deixou de ser interesse técnico para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia”.

A primeira Conferência Nacional de Saúde foi instituída pelo Ministério da Saúde e Educação, por volta de 1941: “àquela época uma reunião nacional de dirigentes do setor, de cunho bastante administrativo, e voltado para a integração e normatização dos serviços locais de saúde” (LIMA et al, 2005 apud ESCOREL; TEIXEIRA, 2009, p. 362). As sete primeiras conferências enfatizaram aspectos meramente técnicos da política, focando em questões relacionadas à organização dos serviços estaduais e municipais, discutidas apenas por profissionais da área e representantes de órgãos federais.

A VIII CNS foi um marco na história da política de saúde no Brasil, pois foi a primeira conferência aberta à sociedade através da participação de profissionais da saúde e representantes da sociedade civil, que tinham por objetivo discutir a reformulação do Sistema Nacional de Saúde sob a orientação dos direitos de cidadania. Segundo Escorel (2009, p. 428), o referido evento:

Reuni[u] cerca de cinco mil pessoas, das quais mil delegados, [...] discutiu e aprovou a unificação do sistema de saúde, o conceito ampliado de saúde, o direito de cidadania e dever do Estado, elaborou novas bases financeiras do sistema e a criação de instâncias institucionais de participação social.

Algumas das principais propostas apresentadas pelos profissionais vinculados ao movimento sanitário foram:

universalização do acesso; a saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com uma nova abordagem sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – conselhos de saúde (BRAVO; MATOS, 2009, p. 96).

Essas proposições são consideradas essenciais para a construção dos princípios fundamentais do Sistema de Saúde Pública que se tem nos dias atuais e que visam do ponto de vista da filosofia da política de saúde, garantir os direitos dos usuários.

A partir de 1987 algumas mudanças são observadas nos serviços de saúde, decorrentes da luta do movimento sanitário, a exemplo da implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). A proposta do SUDS apontava, dentre outras questões, para a descentralização dos serviços de saúde, onde os recursos eram repassados aos Municípios e a diminuição relativa das transferências ao setor privado. Tais medidas não provocaram tanto impacto na melhoria das condições de saúde da população.

A avaliação do SUDS serviu de referência para a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), que já aparece como proposta no relatório final da VIII CNS. O processo de efetivação do SUS foi gradativo e, pode-se afirmar que continua sendo, posto que nos dias atuais, a sociedade brasileira permanece vivenciando problemas estruturais na execução dos serviços prestados à população. São problemas relacionados à falta e/ou insuficiência de recursos financeiros, humanos e materiais, agravados pela histórica marca de um Estado de mal estar social. O SUS é reconhecido pela Constituição Federal de 1988, como um sistema público que é “direito de todos e dever do Estado” (art. 196 apud ESCOREL, 2009, p. 430).

Em 1990 foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), que procura regulamentar a implementação do SUS em todo território nacional. No mesmo ano é aprovada a Lei nº 8.142/90 que dispõe sobre a participação social na gestão dos serviços. O Estado deve assegurar através do SUS o atendimento à saúde da população por meio de unidades básicas de saúde; hospitais; laboratórios; hemocentros, além de institutos de pesquisa, como é o caso da Fundação Oswaldo Cruz. É dever do poder público federal, estadual e municipal oferecer a todo e qualquer cidadão, consultas, exames, internações e tratamentos tanto na rede pública como na rede privada conveniada que deve ser contratada pelo gestor público, na condição de serviço complementar ao SUS, portanto, subordinada aos princípios de uma política pública.

Dentre os princípios do SUS, tem-se: a **Universalidade**: as ações e serviços devem ser garantidos a todos. Independente de cor, raça, sexo ou características pessoais. **Equidade**: reconhecimento dos direitos de cada um respeitando suas particularidades. **Integralidade**: considera o indivíduo a partir do conjunto das suas necessidades (PAIM, 2009, p. 45).

O financiamento do Sistema Único de Saúde é de responsabilidade do poder público federal, estadual e municipal, cujos recursos são arrecadados de impostos e contribuições sociais. Uma das principais metas do SUS é considerar a saúde numa perspectiva de promoção e não só de tratamento de doenças, ou seja, é trabalhar com ações preventivas, com a democratização de informações relevantes ao acesso da população aos direitos de cidadania e ao conhecimento dos riscos à saúde.

Para que haja de fato a efetivação dos direitos e se cumpra o que foi proposto pela Constituição Federal e pela Lei Orgânica da Saúde, permanece o desafio histórico de participação e de luta dos profissionais e dos usuários dos serviços de saúde, no sentido de garantir a implementação efetiva dos princípios e diretrizes formulados pelo movimento de Reforma Sanitária iniciado nos anos 1970. A partir dos anos 1990 a realidade dos serviços de saúde se agrava consideravelmente, na medida em que a política neoliberal torna-se o eixo condutor da intervenção do Estado sobre as políticas sociais como um todo.

A afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural³, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação (BRAVO; MATOS, 2009, p. 100).

A idealização do SUS como um sistema de saúde igualitário, de qualidade e gratuito foge aos padrões indicados pelo neoliberalismo que enfatiza a mercantilização do bem público, neste a saúde. A privatização é o caminho e o indivíduo é a peça que deve se adequar às exigências do mercado (GUERRA, 2010).

Os assistentes sociais, enquanto profissionais que lidam com as políticas sociais e construíram ao longo da história do Serviço Social, um projeto de profissão que aponta para a defesa intransigente dos direitos sociais e para um horizonte societário livre da exploração e da opressão de classe, é um dos sujeitos com potencial para contribuir com a luta por um SUS efetivamente democrático, universal e de qualidade. Nesse sentido, a sua intervenção cotidiana no atendimento à população, pode ser qualificada com ações que instrumentalizem essa população na defesa dos seus direitos.

4 O SERVIÇO SOCIAL E A SAÚDE: INTERLOCUÇÃO NECESSÁRIA

Na medida em que as políticas sociais são mecanismos elaborados para responder ao agravamento das expressões da questão social na sociedade burguesa, elas são, pois, instrumentos privilegiados com os quais trabalham os assistentes sociais, enquanto profissionais que, inseridos na divisão sócio técnica do trabalho, são requisitados pelo Estado, através de instituições públicas e privadas, para pensar e implementar tais políticas, com o objetivo de amenizar os conflitos decorrentes do aprofundamento das desigualdades sociais. É nesse sentido que se pode falar da interlocução entre política de saúde e Serviço Social na sociedade do capital.

³ Ocorre quando o número de desempregados é maior que o número de vagas no mercado de trabalho. Há a substituição do trabalho humano pela máquina.

O assistente social é um profissional cujas atribuições são pautadas pela Lei que Regulamenta a Profissão e pelo Código de Ética ambos de 1993. Atua nas mais diferentes áreas, seja assistência, saúde, previdência, justiça, docência, entre outras. Em se tratando da área de saúde, muitas são as inquietações desse profissional quanto ao seu papel em unidades de saúde. Costa (2009, p. 304), afirma que:

No discurso profissional, essas inquietações, estão associadas à imprecisão da profissão (o que é e o que faz), cujos traços voluntaristas e empiristas, no entender de muitos (as) assistentes sociais, contribuem para fragilização e conseqüente desqualificação técnica do Serviço Social na área da saúde.

Vasconcelos (2009) indica que os assistentes sociais dessa área devem desenvolver estratégias para que seu trabalho seja reconhecido de acordo com seus parâmetros de atuação, permitindo assim que o Serviço Social não seja mais confundido com ato caridoso ou os profissionais como “seres humanos que gostam de ajudar”. Essas estratégias devem facilitar o acesso dos usuários aos direitos de cidadania e contribuir para o exercício do controle social e da organização política desses usuários. Algumas dessas estratégias são destacadas pela referida autora: o planejamento, a partir do qual o profissional pode realizar levantamentos, estudos e pesquisas sobre a questão social, possibilitando-lhes uma maior apreensão dos fatores que levam ao seu agravamento, conseqüentemente, às possibilidades de respostas que venham confrontar esse quadro; a realização e publicização de estudos socioeconômicos, não só para quem solicita e acessa os recursos disponibilizados pelas políticas sociais, mas para os que não conseguem acessar tais recursos; a identificação e priorização das necessidades sociais de saúde e das demandas dos usuários para além das demandas espontâneas, de maneira que se proceda à análise das requisições dos usuários de forma individual e coletiva; a focalização, como assegurado na proposta do SUS, das ações de promoção à saúde e de prevenção de doenças, independente do tipo de unidade de saúde e sem prejuízo do tratamento e da reabilitação.

Alguns autores afirmam que um dos desafios que se impõem aos assistentes sociais que atuam na saúde pública é lidar com um SUS marcado por um conjunto de contradições:

Um dos principais desafios para a consolidação do SUS, portanto, é superar as profundas desigualdades em saúde, compatibilizando a afirmação da saúde como direito de cidadania nacional com o respeito à diversidade regional e local. [...] Dessa forma, pode-se dizer que os princípios e diretrizes da política de saúde foram construídos na contracorrente das tendências hegemônicas da reforma dos Estados nas últimas décadas e sua implementação tem sofrido a influência dessas tendências (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p. 465-467).

Do ponto de vista legal, o SUS deveria atender a toda população de acordo com suas necessidades, porém, a histórica prevalência de um Estado de mal estar social (aprofundado pela mediação do pensamento neoliberal, conforme já sinalizado anteriormente) determina o desvirtuamento dos objetivos originais dessa política social. Destacamos dentre os problemas que comprometem a viabilização do SUS, conforme os princípios democráticos da Reforma Sanitária, a precarização das condições de trabalho que envolve a escassez de profissionais, a baixa remuneração, carga horária elevada, insuficiência ou inexistência de recursos materiais, instalações físicas precárias etc. A política de saúde pública permanece convivendo com problemas históricos: filas para atendimento que fazem com que os usuários esperem, algumas vezes durante meses, para um atendimento de urgência, ou mesmo para marcação de consultas e/ou realização de exames; ausência de qualidade nos serviços prestados, além da demora na divulgação de resultados de exames; realização de procedimentos inadequados; escassez e/ou má utilização de equipamentos, etc.

Guerra (2010), afirma que o enfrentamento das expressões da questão social é desafio cotidiano posto aos assistentes sociais, uma vez que esses profissionais, sob a orientação do projeto ético-político da profissão, têm como horizonte a contraposição à negação dos direitos de cidadania, que a política neoliberal referenda. A área de saúde é uma das expressões do avanço das contrarreformas neoliberais do Estado, rumo à privatização dos serviços⁴.

A luta pela efetivação dos princípios do Sistema de Saúde atual requer mudanças no aparelho de Estado, uma vez que a garantia de uma saúde pública é nitidamente incompatível com o padrão de intervenção estatal em vigor, que entende

⁴ As privatizações no Brasil não se deram inicialmente com o neoliberalismo, desde a Ditadura Militar que esse processo vem se verificando, intensificado a partir dos anos 1990 com a hegemonia da política neoliberal.

qualidade como sinônimo de privatização e precariedade como reflexo de serviço público. De acordo com Soares (2000, p. 73 apud GUERRA, 2010, p. 35): “[...] a concepção neoliberal de política social, [entende] o bem-estar social [como pertencente] ao âmbito do privado. [E] a solução dos problemas dos pobres se resume ao ‘mutirão’”.

A luta em defesa da saúde pública, universal e de qualidade encontra, pois, no Serviço Social, quando se é caracterizado como um profissional interventivo, que a partir da intenção de ruptura com o conservadorismo societário e profissional, vem reforçando e reafirmando uma direção social estratégica sintonizada com os interesses dos trabalhadores, possibilidades de aliança em torno do resgate e do aprofundamento da cidadania.

5 LIMITES E POSSIBILIDADES DA INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE

A conjuntura atual determina a atuação do profissional assistente social em todos os espaços sócio ocupacionais. Esse profissional lida com o desafio de exercer sua profissão sob precárias condições de trabalho e de, ao mesmo tempo, procurar direcionar sua intervenção sob a ótica do reforço aos direitos sociais, num contexto de negação desses direitos por parte do Estado brasileiro.

Na área de saúde cabe aos assistentes sociais o exercício de suas atribuições mediante os “Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Política de Saúde”. Podemos destacar dentre tais atribuições:

Encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos; planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais (CFESS, 2010, p. 36).

A orientação social pode ser considerada uma das atribuições mais realizadas pelo assistente social, visto que tratar-se de um suporte possibilitador da orientação e do estímulo à luta dos usuários pelos seus direitos, mediante a socialização de

informações acerca dos benefícios oferecidos pelas esferas governamentais e do encaminhamento aos órgãos públicos responsáveis pela viabilização dos mesmos.

Embora regido por seu Código de Ética e pela Lei que Regulamenta a profissão, a função do assistente social ainda é confundida dentro dos serviços de saúde. É observável que muitos profissionais realizam atividades que não lhes competem de acordo com a legislação citada, dificultando a clareza por parte de outros profissionais de outras áreas acerca das suas verdadeiras atribuições. Dentre algumas demandas que se impõem aos assistentes sociais na área de saúde e que destoam do que lhes é específico, podemos citar: “A marcação de exames e consultas médicas [...] e a comunicação de óbitos” (CFESS, 2010).

No tocante à comunicação de óbito, cabe ao profissional da medicina essa atribuição, pois é qualificado para justificar a causa da morte do paciente, bem como para esclarecer dúvidas dos acompanhantes e familiares decorrentes do fato. Costa (2009, p. 327), ratifica tal afirmação ao destacar que nesses casos, compete ao assistente social:

[...] repassar as orientações e encaminhamentos junto à família ou responsável para liberação do corpo junto ao Serviço de Verificação de Óbito (SVO), traslado e sepultamento, incluindo orientações sobre trâmites nos cartórios e junto à previdência social quando necessário.

Outra ação muito importante pontuada pelo CFESS (2010) é a participação nos Conselhos de Saúde enquanto possibilidade de contribuição no âmbito da formulação e acompanhamento dessa política. Segundo Noronha, Lima e Machado (2008, p. 452), os conselhos:

são colegiados de caráter permanente e deliberativo, formados em cada esfera por representantes do governo, profissionais de saúde, prestadores de serviços e usuários. [...] Suas atribuições são atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde.

Um ponto importante que merece destaque é a privacidade no atendimento aos usuários. Vasconcelos (2009) já afirmava que muitos profissionais não dispõem de espaços reservados, então realizam os atendimentos nas próprias enfermarias (em se tratando de hospitais).

No entanto, cabe ressaltar que não é só no espaço hospitalar que essa realidade acontece. Ao considerarmos as precárias condições de trabalho que enfrenta o conjunto da classe trabalhadora, decorrente do aprofundamento das relações entre capital e trabalho em tempos de crise capitalista, não é difícil entender que os assistentes sociais como trabalhadores que são, se inserem nesse processo de precarização nos diversos espaços sócio ocupacionais. Assim, na área de saúde os serviços ambulatoriais também refletem a mesma situação: assistentes sociais em atendimento aos usuários e tendo de dividir a sala com outros profissionais, a exemplo do psicólogo ou do médico. Durante a nossa experiência de estágio supervisionado pudemos observar situações dessa natureza, ou ainda a realização de triagens “coletivas” com mais de um usuário ao mesmo tempo. Vale ressaltar, que observamos também o referido procedimento sendo realizado individualmente, preservando a privacidade do usuário e da intervenção do assistente social.

A luta por garantia de direitos não é algo que diz respeito apenas aos usuários, os profissionais de Serviço Social necessitam incorporar também a defesa por melhores condições de trabalho. Algumas conquistas foram alcançadas, dentre elas a jornada de trabalho para os assistentes sociais, conhecida como a Lei das “30 horas”, porém, a sua efetivação carece ainda de muita luta e resistência por parte da categoria, com o apoio dos usuários e de outros trabalhadores (CFESS, 2010).

São inúmeros os desafios encontrados pelos assistentes sociais dentro da política de saúde. Assim como em outras áreas, eles enfrentam questões relacionadas à baixa remuneração e muitos encontram na dupla ou tripla jornada de trabalho, a saída para melhorar seus salários. Foi possível observar de perto essa realidade durante o estágio supervisionado: alguns profissionais por estarem inseridos em mais de uma instituição, não dispunham de tempo para planejar coletivamente as atividades da equipe e muitas vezes, necessitavam realizar atendimentos coletivos, comprometendo a qualidade dos serviços prestados aos usuários. Percebia-se ainda a falta de tempo para a articulação de ideias e propostas com outros profissionais tendo em vista a existência de necessidades comuns expressas pela população.

Ou seja, a intervenção do Assistente Social é determinada pelas condições políticas, econômicas, culturais e institucionais que permeiam tanto as demandas que o desafiam em seu cotidiano, quanto as respostas que o mesmo oferece.

É imprescindível destacar que a inserção desse profissional na saúde é permeada por desafios a serem enfrentados pela categoria profissional através das lutas por melhores condições de trabalho, pelo aprofundamento das conquistas teórico-metodológicas e ético-políticas já alcançadas pelo coletivo profissional e pelo fortalecimento dos direitos de cidadania, os quais envolvem muito mais que uma profissão, envolve o conjunto da classe trabalhadora.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no estudo realizado é possível observar alguns desafios postos aos assistentes sociais atuantes na política de saúde, decorrentes quer da inserção da profissão na divisão sócio-técnica do trabalho, quer do padrão de política social predominante no Estado liberal-burguês.

A inserção do assistente social nessa política tem como determinante o agravamento das expressões da questão social. Na medida em que, o SUS não se efetiva em sua integralidade, conforme o que preconiza a Constituição Federal de 1988 e as leis que a regulamentam, se impõe ao profissional de Serviço Social fortalecer o trabalho de orientação aos usuários, acerca dos direitos de cidadania e das possibilidades de luta pela sua efetivação. Possibilidades que apontam para a busca de alianças com os movimentos sociais enquanto estratégia de enfrentamento aos ataques do projeto neoliberal e de avanço das conquistas dos trabalhadores por uma saúde pública, gratuita, universal e de qualidade.

É nessa direção que podemos falar em avanços na intervenção dos assistentes sociais na área de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e outros funcionamentos dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 de set. 1990.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço social e a reforma sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. 2ª. Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, M. C. Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, Ana Elisabete et al (Orgs) **Serviço social e saúde**: formação profissional. 2ª ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação do assistente social na política de saúde**. Brasília: CFESS, 2010. (Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais, nº 2).

COSTA, Maria Dalva Horácio. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. In: MOTA, Ana Elisabete et al (Orgs.) **Serviço social e saúde**: formação profissional. 2ª ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

SCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, Lígia et al (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

SCOREL, Sarah; TEIXERA, Luiz Antonio. História das políticas de saúde de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimento populista. In: GIOVANELLA, Lígia et al (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

GUERRA, Yolanda. **Ética e direitos**: ensaios críticos. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Lígia et al (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

VASCONCELOS, Ana Maria. Serviço Social e práticas democráticas na saúde. In: MOTA, Ana Elisabete et al (Orgs.) **Serviço social e saúde**: formação profissional. 2ª ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.