



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

**CRISTINA QUEIROZ DO NASCIMENTO**

**O LUGAR OCUPADO PELO SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE:  
DESAFIOS E PERSPECTIVAS EM FACE DA POLÍTICA NEOLIBERAL**

Orientador: Prof<sup>o</sup>. Me. William Almeida de Lacerda

CAMPINA GRANDE - PB

2015

**CRISTINA QUEIROZ DO NASCIMENTO**

**O LUGAR OCUPADO PELO SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE:  
DESAFIOS E PERSPECTIVAS EM FACE DA POLÍTICA NEOLIBERAL**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC),  
apresentado ao Departamento de Serviço  
Social da Universidade Estadual da Paraíba  
(UEPB) em cumprimento às exigências para  
obtenção do título de Bacharela em Serviço  
Social.

Orientador: Prof<sup>o</sup>. Me. William Almeida de  
Lacerda

CAMPINA GRANDE - PB

2015

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

N244I Nascimento, Cristina Queiroz do  
O lugar ocupado pelo serviço social na política de saúde  
[manuscrito] : desafios e perspectivas em face da política  
neoliberal / Cristina Queiroz do Nascimento. - 2015.  
31 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço  
Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências  
Sociais Aplicadas, 2015.

"Orientação: Prof. Me. William Almeida de Lacerda,  
Departamento de Serviço Social".

1. Política de saúde. 2. Neoliberalismo. 3. Serviço social. I.  
Título.

21. ed. CDD 361.3

**O LUGAR OCUPADO PELO SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE:  
DESAFIOS E PERSPECTIVAS EM FACE DA POLÍTICA NEOLIBERAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) em cumprimento as exigências para a obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

Aprovada em 06/05/2015  
Nota: 9,0

**BANCA EXAMINADORA**

William Almeida de Lacerda

Prof. Ms. William Almeida de Lacerda/UEPB  
(Orientador)

Thaís Simplicio Carneiro Matias

Prof.<sup>a</sup> Ma. Thaís Simplicio Carneiro Matias/UEPB  
(Examinadora)

Aliceane de Almeida Vieira

Prof.<sup>a</sup> Ma. Aliceane de Almeida Vieira/UEPB

(Examinadora)

## AGRADECIMENTOS

Primeiro, quero agradecer a Deus pelo dom da vida, por ter me dado discernimento, força e sabedoria para seguir e por ter me dado a chance de chegar até aqui. Só quem passa sabe como é difícil trabalhar e estudar, mas Deus em sua infinita bondade me sustentou nessa caminhada. Obrigada meu Pai, a Ti toda a honra e toda a glória!

Agradeço em especial aos meus pais aqui da terra, Dora e Carlos, por sempre terem me apoiado em todos os momentos da minha vida e do curso, ter me dado as condições suficientes para ingressar, desenvolver e concluir a minha formação. Não sei o que seria de mim sem vocês, palavras são pouco para demonstrar o tamanho da minha gratidão. Amo mais que tudo nessa vida. Agradeço também a minha irmã Cristiane e sua família por sempre ter me incentivado no curso e pelos três presentes que ela nos deu, Flavianne, Mariah e Isabelly, as nossas princesas. Amo vocês!

Agradeço a minha família Queiroz e Nascimento por terem torcido por mim e pela minha formação. Obrigada de coração a cada um de vocês. Que Deus os abençoe.

Deixo também o meu agradecimento ao meu namorado Matheus Emanuel, que está comigo desde o início dessa jornada, por entender e compreender todas as reclamações, os estresses, as renúncias, por pensar em mim e no meu futuro acima do tudo. Seu companheirismo, paciência, carinho e incentivo foram importantes demais pra mim. Obrigado amor, essa vitória é nossa. Amo-te.

Agradecendo também a família do meu namorado, que hoje tenho como a minha. Vocês desde sempre me incentivaram acreditaram em mim, foram sempre presente, me ajudando no que podia e sempre muito preocupados comigo. Deixo o meu sonoro obrigado a Zuleide, Emanuel, Marcel, Emily, Rafael e Samara por toda a força. Sou apaixonada por vocês! O melhor de Deus na vida de cada um!

Não posso deixar de agradecer as três melhores amigas que alguém pode ter. Berenice, Rosiane e Terciane, vocês foram essenciais na minha vida, e sem dúvidas no curso. Para quem duvidava de amizade em universidade quebramos todos os paradigmas. Vou levar vocês pro resto da vida. Só Deus sabe o quanto foram importantes pra mim durante esse momento. Quando eu não mais acreditava em mim, vocês me enchiam de esperanças e superação. Vocês são as melhores. Amo demais!

Quero deixar também meu agradecimento a minha turma de Serviço Social! Pode existir ou vir a existir parecida, mas igual eu duvido muito. Sou apaixonada por cada um. Obrigada meninas e Márcio, vocês são demais. Sem dúvidas, serão exemplos de profissionais a serem seguidos. A vocês, todo o sucesso do mundo, sou fã!

Também agradecer a todo o corpo docente de Serviço Social da UEPB, onde tive a grande oportunidade de compartilhar momentos de admiração e aprendizado ao lado de grandes profissionais. Sem vocês, o curso não seria o mesmo. Obrigada!

Agradecer as Assistentes Sociais do Hospital de Trauma de Campina Grande, onde pude conviver e compartilhar da luta diária que as mesmas travam em prol da sociedade, driblando os entraves postos na nossa realidade social. Obrigada pela paciência e dedicação de vocês. Que Deus as (os) abençoe grandemente.

Quero deixar meu agradecimento em especial ao professor William, meu orientador, que muito paciente entendeu todos os meus atrasos, mesmo não tendo sido aluna dele, se empenhou pelo meu desempenho e na construção do meu trabalho. Muito obrigada professor! Pessoas como o senhor é que fazem esse mundo valer à pena.

Quero agradecer também as professoras Thaísa Simplício e Aliceane Almeida por aceitarem o convite em participar da minha banca sem exitar. Muito obrigada por tudo!

Gostaria de demonstrar também meu agradecimento a minha diretora Vanda Valença, e toda a equipe da Voyage Turismo, que sempre entendeu meus atrasos, e me proporcionou um horário especial para que eu pudesse concluir a graduação enquanto trabalhava. Como também agradecer aos amigos Carlos, Edna, Enide e Glória pelo incentivo permanente.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>2. A POLÍTICA DE SAÚDE NO CONTEXTO DO NEOLIBERALISMO:</b> algumas considerações a partir da Reforma Sanitária.....	<b>10</b>
<b>2.1</b> A Política de Saúde: aspectos históricos.....	<b>10</b>
<b>2.2</b> O Neoliberalismo e suas implicações nas políticas sociais: A saúde em debate.....	<b>15</b>
<b>3. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE:</b> desafios e perspectivas diante da política neoliberal.....	<b>21</b>
<b>3.1</b> A inserção do Serviço Social na saúde.....	<b>21</b>
<b>3.2</b> O lugar ocupado pelo Serviço Social na saúde frente ao contexto neoliberal.....	<b>26</b>
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>28</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>30</b>

# O LUGAR OCUPADO PELO SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE: DESAFIOS E PERSPECTIVAS EM FACE DA POLÍTICA NEOLIBERAL

Cristina Queiroz do Nascimento<sup>1</sup>

## RESUMO

O presente artigo tem como objetivo evidenciar o lugar ocupado pelo Serviço Social na política de saúde, identificando quais são os desafios e perspectivas diante da ofensiva neoliberal. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa de tipo bibliográfica, abordando as contribuições teóricas dos principais autores que tratam desta temática. A análise proposta neste estudo indicou que o projeto neoliberal preconiza um Estado mínimo para as políticas sociais e máximo para o capital, na medida em que difunde a redução dos direitos sociais e trabalhistas, o desemprego estrutural, a precarização do trabalho, o desmonte da previdência pública e o sucateamento da saúde e educação. Ao entendermos as políticas sociais como o fio condutor da ação profissional do assistente social, e sendo a política de saúde uma das áreas que mais empregam assistentes sociais no Brasil, podemos concluir que o assistente social na saúde não está imune às ofensivas do projeto neoliberal em curso, sendo desafiado a exercer suas atividades, seja nas suas reais condições de trabalho, na escassez de recursos para atender às necessidades dos serviços e, portanto na efetividade de seu projeto ético-político profissional.

**Palavras – Chave:** Política de Saúde. Neoliberalismo. Serviço Social.

## ABSTRACT

This article aims to highlight the place occupied by the Social Service in health policy, identifying what are the challenges and prospects in front of the neo-liberal offensive. It is a qualitative research of bibliographic type, addressing theoretical contributions of the major authors that deal with this subject. The analysis proposed in this study indicated that the neoliberal project recommends a minimum State social policy and maximum for the capital, to the extent that diffuses the reduction of social and labour rights, structural unemployment, the precariousness of the job, the public security and dismantle scrapping of health and education. To understand the social policies as the running thread of professional action, and health policy being one of the areas that employ social workers in Brazil, we can conclude that the social worker in health is not immune to the neoliberal project ongoing offensives, being challenged to exercise their activities, both in their actual working conditions in the scarcity of resources to meet the needs of the services and therefore on the effectiveness of their ethical-political project professional.

**Keywords:** Health Policy. Neoliberalism. Social Service.

---

<sup>1</sup>Graduanda do Curso de Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba. E-mail: [cristinaqnascimento@gmail.com](mailto:cristinaqnascimento@gmail.com)



## 1 INTRODUÇÃO

Para dar início ao nosso estudo, precisamos entender o que é saúde. Não existe um conceito universal para o que seja saúde em si, pois ela “reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas” (SCILAR, 2007, p. 30). O conceito irá divergir de acordo com a época, lugar, classe social, valores, concepções, religião ou cultura de cada indivíduo, portanto, é *histórica*.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o conceito de saúde, divulgado na carta de princípios de 7 de abril de 1948<sup>2</sup>, diz que “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” (OMS, 1948 apud SCILAR, 2007, p. 37). Almeida, Castro e Vieira (1998) vão mais além quando afirmam que a saúde:

[...] é um bem e um direito social, em que cada um e todos possam ter assegurados o exercício e a prática do direito à saúde, a partir da aplicação e utilização de toda riqueza disponível, conhecimentos e tecnologia desenvolvidos pela sociedade nesse campo, adequados às suas necessidades, abrangendo promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças (ALMEIDA; CASTRO; VIEIRA, 1998, p. 11)

A forma de entender a saúde como um direito social de fato, se deu a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, pois concedeu a esta a natureza de direito do cidadão e dever do Estado, um passo importante para ultrapassar a noção tradicional de saúde como ausência de doença, ao entendê-la como resultado de um conjunto de determinações sociais como: moradia, trabalho, renda e acesso aos serviços públicos.

Diante desta nova concepção de saúde, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), regido pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) aprovada em 19 de setembro de 1990 (Leis 8.080/90 e 8.142/90), consequência das conquistas em torno do que foi proposto pelo Movimento de Reforma Sanitária, organizado com base nos princípios da universalidade, equidade e integralidade dos serviços de saúde, e que conduziu a um novo modelo assistencial, tendo o Estado como o principal responsável pela política de saúde.

Mas, também, foi nos anos 1990 com a chamada reestruturação produtiva do capital e a chegada do projeto neoliberal no Brasil, que a política de saúde e, conseqüentemente, o SUS

---

<sup>2</sup> Desde então foi reconhecido pelo Dia Mundial da Saúde.

sofreram as ofensivas deste projeto: de início, referentes à redução dos gastos em seu financiamento e a mercantilização dos serviços, pois o mesmo defende um Estado máximo para o capital e mínimo para as políticas sociais.

Partindo deste novo conceito de saúde explicitado anteriormente, também destacamos a inserção do assistente social nesse espaço sócio ocupacional. Embora o Serviço Social ocupe os espaços de saúde desde o seu surgimento, mesmo que de uma forma mais tímida, neste momento, se fez necessário à inserção do assistente social nas equipes de saúde, pois sua formação nessa época devido ao repensar / reorientar da profissão no que diz respeito ao teórico-metodológico, técnico-operativo e ético-político, o capacita a apreender a totalidade em volta dos usuários dos serviços de saúde em seus mais diversos aspectos, sejam eles sociais, econômicos, políticos ou culturais.

O Serviço Social como profissão envolvida nesse espaço sócio ocupacional também sofreu as investidas da política neoliberal, pois ela condiciona novas determinações aos assistentes sociais e alteram as condições de trabalho dos mesmos, ou seja, suas demandas, valores, critérios, padrões societários e respostas profissionais.

O presente trabalho tem como finalidade evidenciar o lugar ocupado pelo Serviço Social na política de saúde, identificando quais são os desafios e perspectivas diante da ofensiva neoliberal.

O interesse pela temática surgiu a partir da Experiência de Estágio Curricular Obrigatório em Serviço Social, desenvolvido no período de 20 de Novembro de 2012 a Março de 2014, no Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes, em Campina Grande – Paraíba, cuja experiência ocorreu quando estivemos na condição de estagiária. Tal hospital compreende uma instituição pública, vinculada a Secretaria de Saúde do Estado, reconhecido como referência no atendimento de urgência e emergência, sendo o segundo maior do Norte-Nordeste (SECOM-PB, 2011).

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa de tipo bibliográfica, que segundo Silva (2012)<sup>3</sup>, é o ato de fichar, relacionar, referenciar, ler, arquivar, fazer resumo com assuntos relacionados com a pesquisa em questão. Esse tipo de pesquisa tem por finalidade investigar as diferentes contribuições científicas sobre determinado tema, de forma que o pesquisador possa utilizá-la para confirmar, confrontar ou

---

<sup>3</sup> Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/erinaldoamorim/tarefa-modulo-3-met-cient>>. Acesso em: 26/04/2015.

enriquecer suas proposições. Sendo assim, realizamos fichas de leitura dos principais autores que tratam da temática em questão, fundamentada no método crítico-dialético, pois o mesmo torna possível a apreensão das contradições e articulações entre os fatos, levando em conta os aspectos econômicos, sociais, políticos, ideológicos e culturais que os permeiam.

Cabe aqui registrar que, inicialmente, nossa intenção foi realizar uma pesquisa de campo, entretanto, encontramos alguns entraves nas condições objetivas a para a sua realização, de modo que optamos pela realização deste caminho ora apresentado.

Dessa forma, esperamos que o presente estudo possibilite contribuir para iluminar futuras reflexões acerca desse campo fértil de atuação profissional do assistente social, com um tema pertinente, pois a reestruturação produtiva e a expansão do ideário neoliberal trazem rebatimentos relevantes e novas demanda para os serviços de saúde e para as ações dos assistentes sociais neste espaço sócio-ocupacional.

O trabalho está estruturado em duas seções. No primeiro, inicialmente será discutido, brevemente, como se consolidou a Política Pública de Saúde no país, destacando a Reforma Sanitária, a Constituição Federal de 1988, a criação e efetivação do SUS, consolidado assim, a garantia do direito à saúde, resguardados na legislação em vigor. Posteriormente, destacaremos a chegada do neoliberalismo no país, apontando os seus rebatimentos para as políticas sociais, dando ênfase ao setor em tela.

A segunda seção trará um breve histórico da trajetória da profissão e como se deu a sua inserção no campo da saúde, elencando os seus aportes teórico-metodológicos que nortearam a intervenção desse profissional na respectiva área. Traz ainda uma análise dos desafios e as perspectivas do assistente social na saúde diante do contexto da política neoliberal, entendendo que o profissional também irá sofrer as influências desse projeto e estas refletem nas suas condições de trabalho e condicionam as suas ações. Por fim, apresentaremos as nossas considerações finais.

## **2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO CONTEXTO DO NEOLIBERALISMO: algumas considerações a partir da Reforma Sanitária**

### **2.1 A Política de Saúde: aspectos históricos**

A saúde surge como questão social no Brasil no início do século XX. Conforme destaca Lacerda (2005, p. 26), emerge “no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo o avanço da divisão do trabalho, com o advento do trabalho assalariado”. Na passagem do século XIX para o XX, a preocupação com a saúde, na verdade, não se caracterizava necessariamente pela questão do direito social ou da dignidade humana, mas estava ligada aos interesses econômicos das elites em manter o trabalhador sadio para manutenção da produção, principalmente naquele contexto agrário.

De acordo com Bravo (2009), no Brasil, a intervenção estatal no que diz respeito à saúde, só vai ocorrer no século XX, mais precisamente na década de 1930. Anteriormente, no século XVIII, a assistência médica era baseada na filantropia e na prática liberal.

No século XIX, em decorrência das transformações econômicas e políticas, algumas iniciativas surgiram no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas. Nos últimos anos deste século, a questão saúde já aparece como reivindicação no nascente movimento operário. No início do século XX, surgem algumas iniciativas de organização do setor saúde, que serão aprofundadas a partir de 1930 (BRAVO, 2009, p. 89-90).

Na década de 1920 segundo Bravo (2009) ocorreram tentativas de extensão dos serviços de saúde por todo o país. Como por exemplo: a reforma Carlos Chagas, de 1923, que tentou ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central, constituindo uma das estratégias da União. Neste período, também foram dispostas as questões de higiene e saúde do trabalhador.

Algumas medidas foram tomadas e se constituíram como o embrião do esquema previdenciário brasileiro, dentre elas, destacam-se: “a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) em 1923, conhecida como Lei Elói Chaves. As CAPs eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados” (BRAVO, 2009, p. 90). Dentre os benefícios garantidos pelas CAPs estavam previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral; estes eram proporcionais às contribuições.

Acerca da intervenção do Estado na saúde no período de 1930-1964, podemos dizer, conforme Bravo (2009), que a conjuntura dos anos 1930, com suas características econômicas e políticas, possibilitou o surgimento das políticas sociais no Brasil. As expressões da questão social em geral e as de saúde em particular, já colocadas na década de 1920, precisavam transformar-se em questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos

que contemplassem de algum modo, os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional (BRAVO, 2009).

Nesse período, Bravo (2009) aponta que a política de saúde era organizada em dois subsetores: saúde pública – ênfase na construção de condições sanitárias mínimas para a população urbana e de maneira restrita para a do campo (predominante até os meados dos anos 60); e a medicina previdenciária – surgiu com os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), com o objetivo de ampliar os seus benefícios para uma maior categoria de beneficiários evitando reivindicações futuras e se limitando a uma cobertura mais básica (se destacará sobre a saúde pública a partir de 1966).

Em 1930, foram criados o Ministério de Educação e Saúde e o Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico Social, organizando, assim, duas estruturas no país: a de saúde pública, desenvolvida pelo Ministério, voltado essencialmente para a realização de campanhas sanitárias na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo; e a de medicina previdenciária realizada pelos serviços médicos associados aos Institutos de Aposentadorias e Pensões, abrangendo fundamentalmente os trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho. A partir daí, a capitalização previdenciária transformou-se numa sócia privilegiada do Estado e das empresas estatais que começavam a surgir (LACERDA, 2005, p. 29-30).

De acordo com Bravo (2009), a Política Nacional de Saúde, que se planejava desde 1930, foi consolidada no período de 1945-1950. “No final dos anos 1940, com o Plano Salte de 1948, que envolvia as áreas de Saúde, Alimentação, Transporte e Energia; a Saúde foi posta como uma de suas finalidades principais” (BRAVO, 2009, p. 92). No período de 1945 a 1964, a saúde não conseguiu suprimir o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade, mortalidade infantil, e de mortalidade geral.

A estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já estava montada a partir dos anos 50 e apontava na direção da formação das empresas médicas. A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada e pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada defendendo claramente a privatização. Entretanto, apesar das pressões, a assistência médica previdenciária até 1964, era fornecida basicamente pelos serviços próprios dos Institutos (BRAVO, 2009, p. 92-93).

No entender de Bravo (2009), a junção dos IAPs em 1966 unificando a Previdência Social, aconteceu acatando duas características essenciais: o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e a medicalização da vida social - imposta tanto na Saúde Pública quanto na Previdência Social. O setor saúde precisava tomar para si as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior. A saúde pública teve no período um declínio e a medicina previdenciária cresceu, principalmente após a reestruturação do setor, em 1966.

A referida autora ressalta que no período de 1974-1979, a Política Nacional de Saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre o setor estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter a ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado (BRAVO, 2009).

Bravo (2009) assinala que acerca da Política de Saúde na década de 1980 e a construção do Projeto de Reforma Sanitária, podemos dizer que no referido contexto a sociedade brasileira, ao mesmo tempo em que vivenciou um processo de redemocratização política superando o regime ditatorial instaurado em 1964, experimentou uma profunda e prolongada crise econômica que permanece até hoje. A saúde, nessa década, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. Então, a saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia.

A saúde na supracitada década assumiu uma dimensão política e contou com a participação de novos sujeitos em seu debate. Os denominados sujeitos são:

[...] os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contrapropostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor, e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil (BRAVO, 2009, p. 95-96).

De acordo com Bravo (2009) os principais temas debatidos por esses novos sujeitos foram: a) universalização do acesso; b) concepção de saúde como direito social e dever do Estado; c) reestruturação do setor através do sistema único de saúde; d) e a descentralização do poder de decisão para as esferas estadual e municipal.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, Distrito Federal em março de 1986, foi caracterizada como um marco, pois introduziu o debate sobre a saúde para a sociedade no Brasil, abordando temas “[...] sobre: I – A saúde como direito inerente à

personalidade e à cidadania; II – Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, III – Financiamento setorial”. (BRAVO, 2009, p. 96). Na conferência a saúde foi analisada em toda a sua totalidade, com propostas não apenas para o Sistema de Saúde, como também para a Reforma Sanitária.

O Movimento da Reforma Sanitária teve início nos anos 1970, quando o país ainda vivenciava a Ditadura Militar. O movimento dava ênfase nas diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação popular. Apresentou-se como uma alternativa ao modelo de saúde vigente e era caracterizado como o conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias à área em destaque:

A reforma sanitária brasileira, enquanto política social, foi uma proposta surgida de um movimento da sociedade que, no bojo do processo de transição democrática, teve a capacidade de articular o conjunto de forças sociais interessadas na revisão dos princípios e da estrutura institucional do sistema de saúde. A partir de então, o direito à saúde significou a garantia, por parte do Estado de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, em todos os níveis e a todos os habitantes do território nacional. Esse direito levou ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade, devendo existir simultaneamente a necessidade de o Estado assumir explicitamente uma política de saúde integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las. Isso será garantido mediante o controle do processo de gestão, proposição, formulação, avaliação e fiscalização das políticas sociais e econômicas por meio da participação da população (LACERDA, 2005, p.34).

A promulgação da Constituição Federal em 1988 representou a conquista e a garantia do direito pela saúde. Mais precisamente nos seus artigos 196 a 200, a saúde se consolidou como direito de todos e dever do Estado, “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988) atendendo em sua grande parte às reivindicações postas pelo movimento sanitário.

Para a garantia do direito a saúde consolidado na Constituição Federal, foi necessário a realização de algumas medidas que contribuíssem para o fortalecimento do setor público e a universalização do atendimento. Foram elas:

[...] a redução do papel do setor privado na prestação de serviços à Saúde; a descentralização política e administração do processo decisório da política de saúde e a execução dos serviços ao nível local, que culminou com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987 e depois, em 1988, SUS (Sistema Único de Saúde), passo mais avançado na reformulação administrativa do setor (BRAVO, 2009, p. 98-99).

O SUS organizado a partir de então compreende um conjunto de ações e serviços de saúde, oferecidos por órgãos e instituições públicas, da administração direta e indireta e das

fundações mantidas pelo Poder Público, podendo a iniciativa privada participar de forma complementar (BRASIL, 1991). O SUS corresponde a um sistema público de saúde formado por órgãos e instituições federais, estaduais e municipais. Conforme aponta Paim (2009), o SUS supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e de equidade, sem discriminações ou privilégios. O autor também caracteriza o sistema como:

[...] o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, compondo uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada a partir das diretrizes de descentralização, integralidade e participação da comunidade. É, portanto, uma forma de organizar as ações e os serviços de saúde no Brasil, de acordo com princípios, diretrizes e dispositivos estabelecidos pela Constituição da República e pelas leis subsequentes (PAIM, 2009, p. 51).

O SUS, no entanto necessitava de uma legislação específica que esclarecesse como aplicar suas orientações gerais na realidade brasileira, então em 19 de Setembro de 1990, foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde 8.080/90, que posteriormente foi complementada pela lei 8.142/90 devido aos vetos realizados pelo presidente da República da época. De acordo com Paim (2009), a primeira trata-se a respeito das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, já a segunda, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, o que denominamos de controle social.

O sistema organizado a partir de então compreende um conjunto de ações e serviços de saúde, oferecidos por órgãos e instituições públicas, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, podendo a iniciativa privada participar de forma complementar (BRASIL, 1991). O SUS corresponde a um sistema público de saúde formado por órgãos e instituições federais, estaduais e municipais.

De acordo com Lacerda (2005), os princípios fundamentais do SUS estabelecidos no artigo 20 da Lei Orgânica da Saúde são:

Universalidade: significa a garantia de todo e qualquer cidadão ao direito de acesso a todos os tipos de serviços públicos referentes à atenção à saúde, sejam eles estatais ou privados, conveniados ou contratados; Equidade: quer dizer, igualdade com justiça, assegurando ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira. Deve, assim, considerar as diferenças sem nenhum tipo de privilégios ou preconceitos de qualquer espécie, oferecendo tratamento igualitário e humanizado a todos os usuários; 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; Participação da Comunidade: significa a gestão participativa da população na política de saúde, a garantia constitucional de que a sociedade civil organizada participará do processo de proposição, planejamento, avaliação e controle, através dos Conselhos e das Conferências de Saúde. Descentralização da gestão: corresponde à descentralização político - administrativa a partir da redistribuição das



responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde, com direção em cada esfera de governo (LACERDA, 2005, p.39).

Nesse período, retorna a temática do controle social na saúde. Bravo (2002, p. 45) aponta que “o sentido desse controle, inscrito na Constituição Federal, é o da participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais”. O controle social é apontado como um dos princípios da reformulação do Sistema Nacional de Saúde. Portanto, a participação social na saúde é na perspectiva do acompanhamento dos programas até a definição dos recursos.

No início da década de 1990, ao mesmo tempo em que assistimos o avanço dos direitos sociais, através da Lei Magna, temos a chegada do projeto neoliberal no Brasil. Esse projeto traz como uma de suas prerrogativas o desmonte dos direitos sociais garantidos na Constituição, “o desmonte das políticas públicas, a privatização das instituições estatais e a desmobilização dos espaços de controle social” (LACERDA, 2005, p.40). Na seção a seguir, abordaremos quais os rebatimentos que esse projeto trouxe como consequência para as políticas sociais e em especial a saúde.

## **2.2 O Neoliberalismo e suas implicações nas políticas sociais: a saúde em debate**

De acordo com Bravo (2009), a ofensiva neoliberal inicia-se de fato no governo de Fernando Collor(1990-1992), no qual tem início o processo de abertura da economia ao mercado internacional por meio da redução das barreiras alfandegárias, bem como o programa de privatização e o desmonte do Estado como pré-requisito para o combate da inflação, além do mais é no referido governo que é lançado o programa de reestruturação produtiva.

No governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), em seus dois mandatos, procurou-se manter as mesmas premissas do governo que o antecedeu: “acabar com a inflação, privatizar, reformar a Constituição para flexibilizar as relações entre o Estado e a sociedade, assim como as relações entre capital e trabalho”. (TEXEIRA, 1996, p. 225). Ambos os governos seguem as propostas recomendadas pelo Consenso de Washington:

Foi em um encontro em Washington, no ano de 1989, onde foram formulados, através das propostas do governo norte-americano recomendações de como os países devedores deveriam agir para obter racionalmente o seu desenvolvimento econômico e social. Propostas como, propriedade intelectual, desregulamentação, privatização, investimento direto estrangeiro, liberalização comercial, regime cambial, liberalização financeira, reforma tributária, priorização dos gastos públicos e disciplina fiscal, fizeram parte da lista de “receitas” a serem seguidas pelos países, inclusive o Brasil (SOUZA et. al., 2013, p. 23).

O neoliberalismo propõe a minimização do Estado, visando assegurar a expansão, consolidação e a lucratividade do grande capital. Esse projeto defende que “[...] o Estado deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas.” (BRAVO, 2009, p. 100). Na mesma linha de compreensão, o denominado projeto

[...] apregoa o discurso que se concretiza por meio de práticas que buscam demonstrar que o Estado é uma instituição ineficaz, deficitária e perniciosa para o desenvolvimento econômico e, por isso, deve restringir-se à manutenção da ordem, da liberdade e da propriedade privada, bem como assegurar condições para o livre mercado. Para os neoliberais, o Estado, deve apenas fornecer base legal para que o mercado possa maximizar os ‘benefícios aos homens’. Trata-se de um Estado mínimo, sob forte controle dos indivíduos que compõem a sociedade civil, na qual se localiza a virtude (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p. 59 apud BORLINI, 2010).

De acordo com Marques e Mendes (2009), a adoção da política neoliberal se deu pela via das privatizações, da abertura econômica do país, na adoção do regime de câmbio flutuante, má fixação de metas para a inflação como a principal variável econômica, na preservação dos superávits primários e no (des)aparelhamento do Estado, tendo como pressupostos a diminuição da atuação do Estado na economia.

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

Na esfera pública, as inflexões da reestruturação produtiva e da política neoliberal teve seu foco inicial na legislação trabalhista, esboçando os primeiros contornos do processo de desregulamentação das relações de trabalho no setor com vistas à redução dos custos com trabalho. Como destaca Behring (2003, p. 214), isto se deu por meio “da flexibilização das relações contratuais de trabalho, retirando-se o Estado da regulação destas relações, inclusive no que se refere à questão da proteção social, com a redução dos encargos sociais”.

No que tange a saúde, esta assume um caráter de mercadoria, provocando uma crescente procura por empresas privadas que fornecem serviços de saúde e gerando um processo de desigualdade do acesso aos serviços públicos de saúde de qualidade.

Quanto ao SUS, segundo Bravo (2009, p. 100), “verificou-se o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e uma omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral”. É inegável que o projeto neoliberal confronta diretamente os princípios do SUS.

Ainda conforme a mesma autora, “[...] a proposta de Reforma do Estado para o setor saúde, era de dividir o SUS em dois – o hospitalar e o básico.” (BRAVO, 2009, p.101) O hospitalar teria uma ampla parceria com a rede privada e a assistência básica através de programas focais.

O fato é que o SUS vem sendo sucateado a favor de políticas econômicas restritivas e de acordos políticos de interesses da acumulação orgânica do sistema capitalista, atendendo aos interesses particulares, sinalizando a efetividade da mercantilização da saúde pública. Ainda assim, sua gestão tem sido tensionada por práticas clientelistas, na qual a saúde das pessoas, direito conquistado, se converte em moeda de troca política, comprometendo a efetivação dos seus princípios legalmente construídos, além de violar os direitos de cidadania e dos direitos sociais dos usuários.

Nessa conjuntura, dois projetos para a saúde entraram em conflito: de um lado, o projeto de reforma sanitária, que tem o SUS como uma de suas estratégias e que defende que “o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde” (BRAVO, 2009, p.101). Do outro o projeto de saúde ligado ao mercado (privatista), pautado na política de ajuste, que conforme destaca a autora, suas principais propostas são:

[...] caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços a nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento (COSTA, 1997 apud BRAVO, 2009, p.101).

De acordo com Paim (2009, p. 120), o ponto mais grave da política de saúde fragilizada pela lógica capital, tem sido a negação do direito ao estado de saúde da nossa população. A luta pelo direito à saúde compreende, necessariamente, a reorientação das políticas públicas econômicas e sociais que proporcionem a redução das desigualdades, o exercício da cidadania plena e o acesso amplo a qualidade de vida e a democracia.

A eleição de Luiz Inácio Lula da Silva para a Presidência da República, em 2002, gerou uma enorme expectativa no que se refere à redefinição das políticas sociais, ameaçadas pela investida neoliberal desde a década de 1990, visto que foi uma resposta da população brasileira ao governo Fernando Henrique Cardoso. Mas, o Governo Lula além de manter, deu continuidade às medidas neoliberais imperantes no governo FHC.

Foram implantadas algumas propostas inovadoras na área da saúde, mesmo com ausência de recursos e ousadia para intervenções mais amplas. Algumas das propostas mais

significativas foram: o Programa Brasil Sorridente; o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); o Programa Farmácia Popular e a ampliação do Programa de Saúde da Família (PSF), posteriormente chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

O Programa Brasil Sorridente, é uma política de ampliação da atenção em saúde bucal, nos níveis de baixa, média e alta complexidade, que também tem como finalidade:

[...] expansão de equipes de saúde bucal junto à saúde da família, define a implantação de centros de especialidades odontológicas de referência além da implantação de laboratórios de órtese e próteses dentárias (BRAVO; MENEZES; 2010, p. 21).

No que diz respeito ao SAMU 192, “é constituído por uma central de regulação médica, uma equipe de profissionais e um conjunto de ambulâncias, de abrangência municipal ou regional” (MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011 apud BRAVO; MENEZES, 2010, p. 21). Tem como finalidade prestar o socorro à população em casos de emergência com intuito de reduzir o número de óbitos, o tempo de internação em hospitais e as seqüelas decorrentes da falta de socorro precoce. O serviço funciona 24 horas por dia com equipes de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e socorristas) que atendem às urgências de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e de saúde mental da população.

Já o programa Farmácia Popular, tem o objetivo de aumentar o acesso da sociedade aos medicamentos com baixo custo para famílias beneficiárias do governo federal, onde o usuário arca com 10% do valor do medicamento e o governo com 90%. O impasse segundo Bravo e Menezes (2010) é que na prática, esse co-pagamento dos medicamentos pelo usuário confronta as diretrizes do SUS que prevê o atendimento integral a saúde, incluindo assistência farmacêutica e a parceira público-privado, que com o governo financiando as farmácias privadas reforça o caráter privatista da saúde.

A quarta proposta trata-se da chamada Estratégia Saúde da Família – ESF, segundo o Portal da Saúde:

Visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a

resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade<sup>4</sup>.

Essas propostas por mais que beneficiem diretamente a população, sua essência está em ações focalizadas em serviços específicos e que contribuem muito mais para a lógica privatista da saúde do que oferece avanços:

Atualmente, as políticas focalistas do Estado neoliberal não só excluem a maioria do acesso aos benefícios, mas rompem com o que está garantido na Constituição Federal, principalmente no que se refere à saúde, assistência e previdência, constantes em lei como direito do cidadão e dever do Estado, dificultando a universalização dos direitos e, principalmente, o controle social. (VASCONCELOS, 2011, p. 23).

Também se faz necessário destacar as três medidas tomadas no governo Lula, com interesses voltados ao capital no que se refere ao financiamento da saúde, que foram: a Desvinculação de Receitas da União (DRU), a Emenda Constitucional 29 (EC-29) e a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), todas elas seguindo a lógica de desviar recursos da saúde para outros fins econômicos.

A DRU foi criada em 1994 no governo FHC, na qual “oferece ao governo total liberdade no uso dos recursos públicos, os quais estão sendo destinados, sobretudo aos cofres externos (pagamento da dívida externa)” (MENDES; MARQUES, 2005; 2007 apud BORLINI, 2010). A justificativa do governo, no entanto, está pautado em que a “flexibilização do orçamento pode garantir crescimento ao país” (BORLINI, 2010, p. 329).

Já para a EC-29 criada em 2000, “com a intenção de vincular recursos para a saúde pública” (BORLINI, 2010, p. 329) fixou percentuais que devem ser investidos por ano no setor Saúde, tanto pela União (federal) como pelos estados e municípios, mas que no governo Lula, não foi prioridade e ao mesmo descaracterizou a ideia principal da emenda, considerando como gastos em saúde despesas que não cabem a ela.

A Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO (2004) “previa que gastos previdenciários, serviço da dívida e recursos para o Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza fossem contabilizados como gastos do Ministério da saúde no SUS” (BORLINI, 2010, p. 329), mas com forte contestação do Conselho Nacional de Saúde e da Frente Parlamentar da Saúde, foi vetada.

---

<sup>4</sup> Estratégia Saúde da Família - Disponível em [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_esf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php). Acesso em: 22/02/2015

Em 2011, com a posse da então presidente eleita Dilma Roussef, o que se percebe é a continuidade do modelo anterior, tanto no âmbito econômico quanto no social. Conforme destaca Bravo e Menezes (2011), o início do governo é marcado por cortes orçamentários, permanece o pagamento dos juros e amortizações da dívida pública, tendo em vista a manutenção do superávit primário, a ênfase na privatização e aeroportos e leilões de petróleo do pré-sal. No que tange a política de saúde, permaneceu a ênfase no projeto privatista, no qual tem privilegiado as políticas e programas focalizados com destaques para a lógica privada do setor.

Algumas medidas do governo Dilma também merecem destaque e a nossa reflexão. Uma das medidas foi implantação das Unidades de Pronto-Atendimento 24 horas (UPAS). As UPAs podem resolver grande parte das urgências e emergências, como pressão e febre alta, fraturas, cortes, infarto e derrame. De acordo com o Ministério da Saúde, as UPAs inovam ao oferecer estrutura simplificada - com Raios-X, eletrocardiografia, pediatria, laboratório de exames e leitos de observação. Nas localidades que contam com as UPAs, 97% dos casos são solucionados na própria unidade. Quando o paciente chega às unidades, os médicos prestam socorro, controlam o problema e detalham o diagnóstico. Eles analisam se é necessário encaminhar o paciente a um hospital ou mantê-lo em observação por 24h. O objetivo é diminuir as filas e a espera nos pronto-socorros dos hospitais<sup>5</sup>.

De acordo com Bravo e Menezes (2010), as UPAS reforçam o modelo hospitalocêntrico, e outra questão está no fato de que por não ter uma política de gestão do trabalho sólida não há como fixar os profissionais e isso gera a terceirização e precarização dos trabalhadores em saúde.

Outra medida que ganha destaque no governo Dilma, como destaca Bravo e Menezes (2010) é a Medida Provisória (MP) 520, que aprova a criação pelo Poder Executivo a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), caracterizada como pública de direito privado, com o intuito de reestruturar os Hospitais Universitários (HUs), podendo também administrar qualquer instituição hospitalar pública na esfera do SUS. A EBSERH poderá admitir funcionários pela Consolidação das Leis de Trabalho (CLT) e por contrato temporário de até dois anos, culminando a estabilidade e introduzindo a rotatividade, característica do setor privado “comprometendo a continuidade e qualidade do atendimento” (BRAVO e MENEZES, 2010, p. 23).

---

<sup>5</sup> Disponível em <http://www.servicos.gov.br/repositorioServico/localizacao-das-unidades-de-pronto-atendimento>.

Este ano: Os fundamentos políticos e econômicos do Sistema Único de Saúde (SUS) foram abalados no início de 2015, com a aprovação da Emenda Constitucional no 86 (EC 86), que cristaliza o subfinanciamento do SUS, e da Lei nº 13.097, que permite a participação de empresas e do capital estrangeiro, direta ou indiretamente, nas ações e cuidados à saúde. Ao impor à União o financiamento de emendas parlamentares individuais e ao vincular a despesa federal da saúde à receita corrente líquida, a EC 86 levará à diminuição de recursos em relação aos valores garantidos pela legislação vigente, que já eram por demais restritivos. Sendo assim, sendo a área de saúde umas das que mais tem absorvido a atuação do Serviço Social, faz necessário destacar a relação entre ambos, ou seja, destacando a trajetória do serviço social na área da saúde, suas demandas, os aportes teórico-metodológicos e políticos que nortearam as ações interventivas do assistente social nesse espaço sócio ocupacional, bem como quais os rebatimentos que a política neoliberal acarreta nas ações desse profissional (MÁRIO SCHEFFER, 2015).

### **3 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: desafios e perspectivas diante da política neoliberal**

#### **3.1 A inserção do Serviço Social na Saúde**

Para que possamos compreender a prática do assistente social na saúde, precisamos reconhecer que a profissão é socialmente determinada por condições objetivas que não dependem apenas da sua escolha ou vontade, estando focadas pelas contradições que são geradas nas relações entre as classes sociais, presentes na sociedade capitalista. As expressões da questão social, objeto de intervenção do serviço social, tem sua base na contradição existente entre o capital e o trabalho.

O Serviço Social surge no Brasil, na década de 1930, a partir do processo de produção e reprodução das relações sociais. Esse período foi marcado pela evidência da questão social que ganhou expressão a partir do desenvolvimento da classe operária e da luta pelo reconhecimento dos seus direitos sociais e políticos junto ao Estado e aos empresários:

A profissão emerge dentro do bloco católico, a partir da necessidade de formação doutrinária e social do laicato, especialmente de sua parcela feminina para atuar junto às classes subalternas, particularmente à família operária, num momento em que a Igreja Católica tenta recuperar seus privilégios materiais e ideológicos perdidos em decorrência da secularização da sociedade. Nesse sentido a prática profissional dos primeiros assistentes sociais será de cunho missionário, dentro de um projeto de recristianização da sociedade, a partir do comunitarismo cristão (IAMAMOTO, 2007 apud COSTA, 2012, p. 17)

Com a ampliação do mercado de trabalho, foi necessário um profissional com uma formação mais técnica e especializada, e que conforme aponta Raicheles (2011, p. 424) “dotado de qualificação específica que atenda as necessidades sociais a partir de suportes intelectuais e materiais”. A requisição de uma prática mais técnica dado ao assistente social se atribui ao fato que eles iriam atuar junto ao Estado em suas políticas sociais e também marca o início da sua profissionalização.

A profissionalização do Serviço Social nas palavras de Paulo Netto (2011, p. 71) corresponde ao momento em que os profissionais “ainda que desenvolvendo uma auto representação e um discurso centrados na autonomia dos seus valores e da sua vontade, se inserem em atividades interventivas cuja dinâmica, organização, recurso e objetivos são determinados para além do seu controle”. Entendemos assim, que a base da profissionalização do assistente social são as políticas sociais. Dentre as diversas políticas sociais que o assistente social atua, iremos destacar o campo da saúde, considerado atualmente segundo o CEFESS, umas das políticas que mais emprega assistentes sociais no país.

Embora a profissão tenha surgido no Brasil nos anos de 1930, foi apenas na década de 1940, que a ação profissional do assistente social na saúde se consolidou. Podemos destacar alguns fatores que foram decisivos para esse acontecimento:

[...] o novo conceito de saúde adotado em 1948, que relaciona os aspectos biopsicossociais ao processo saúde-doença. Destaca-se também a ênfase no trabalho multidisciplinar, com a requisição do assistente social na equipe. Outro determinante reside na consolidação da política nacional de saúde no país, com expansão dos gastos com a assistência médica, pela previdência social. A intervenção do assistente social se efetivou, predominantemente, no âmbito hospitalar, atuando entre a instituição e os usuários, na viabilização do acesso a serviços e benefícios. Sua prática se materializou a partir de ações como: plantão, triagem, encaminhamentos, concessão de benefícios e orientação previdenciária (BRAVO; MATOS, 2009, apud COSTA, 2012, p. 20).

Conforme destaca Bravo (2009), o Serviço Social sofreu profundas transformações durante o período da Ditadura Militar (Pós-64), que tiveram rebatimentos no trabalho do assistente social na área da saúde. A modernização conservadora implantada no país exigiu a renovação do Serviço Social, face às novas estratégias de controle e repressão da classe trabalhadora, efetivadas pelo Estado e pelo grande capital, bem como para o atendimento as novas demandas submetidas à racionalidade burocrática. Foram enfatizadas as técnicas de intervenção, a burocratização, das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios.



Na década de 1980, podemos dizer que no Serviço Social se registrou a maturidade da tendência atualmente hegemônica na academia e nas entidades representativas da categoria – a intenção de ruptura (PAULO NETTO, 1996) com o conservadorismo profissional. No entanto, para Bravo (1996), poucas alterações trouxeram os ventos desta vertente para o cotidiano dos serviços, pois a intenção de ruptura manteve-se predominantemente na universidade e pouca efetividade na prática direta com os usuários nas instituições.

Esse período também é marcado pela consolidação do Projeto Ético-Político do Serviço Social, no qual se caracteriza como a “imagem ideal da profissão, os valores que a legitimam, sua função social e seus objetivos, conhecimentos teóricos, saberes interventivos, normas, práticas, etc.” (NETTO, 2009, p. 147).

O III Congresso de Assistentes Sociais em 1979, denominado de “O Congresso da Virada”, caracteriza o marco inicial para a construção do projeto ético-político:

O Congresso da Virada é chamado assim, pois no ano de 1979 ocorreu o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais realizado nos dias 23 a 28 de setembro, promovido pelo Conselho Federal de Assistentes Sociais – CFAS, conhecido hoje como CFESS (Conselho Federal de Serviço Social) em São Paulo. A postura dos Assistentes Sociais mediante a esse congresso foi o que deu suporte para construir esse marco na história do Serviço Social, sendo assim o objetivo primordial do congresso não era muito favorável ao que os profissionais que ali estavam propuseram. Pois o objetivo do Congresso era que fosse discutida apenas a Política Social aos olhos do Serviço Social de então e não que nesse mesmo congresso os Assistentes Sociais se rebelassem, o que demarcou a sua importância, contra suas próprias organizações, cuja mesma era conservadora e atendia apenas aos interesses das classes dominantes (GODOY; COUTO, 2010, p. 2)

De acordo com Costa (2012, p. 22), o Projeto Ético-Político do Serviço Social caracteriza-se:

[...] pela busca de ruptura com os aportes teóricos, ideológicos e políticos que marcaram o conservadorismo do serviço social tradicional. Para tanto, reconhece a liberdade como valor ético central e destaca o compromisso com a autonomia, a emancipação e a justiça social. Tal projeto encontra-se sintonizado com os projetos societários das classes trabalhadoras vislumbrando com esses a construção de novas relações sociais e luta por uma sociedade livre de exploração, dominação de classes, etnia e gênero.

Cabe destacar aqui, que o referido projeto não foi construído em definitivo, faz parte de um processo e está em constante construção. O mesmo representa-se a partir do Código de Ética dos Assistentes Sociais (1996), na Lei que Regulamenta a Profissão (Lei nº 8.662/90) e nas Diretrizes Curriculares do Ensino em Serviço Social (1996).

Para a consolidação dos princípios e objetivos da Política Nacional de Saúde, o assistente social, como já observou Bravo (1996), com base no seu compromisso ético-

político, vem direcionando suas atividades para uma ação técnico-política que contribua para viabilizar a participação popular, a democratização das instituições, o fortalecimento dos Conselhos de Saúde e a ampliação dos direitos sociais. Logo, atuando para além do sofrimento psíquico, explicitando e enfrentando as diferentes expressões da questão social que determinam os níveis de saúde da população, através de ações que priorizam o controle social, a prevenção de doenças, danos e agravos e riscos, a promoção, a proteção e a recuperação da saúde facilitando e contribuindo para a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Desse modo, as principais ações a serem desenvolvidas pelo assistente social, segundo o CFESS (2010) são:

- Democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e/ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária;
- Construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários, bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde;
- Enfatizar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes por meio das abordagens individual e/ou grupal;
- Facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação;
- Conhecer a realidade do usuário por meio da realização de visitas domiciliares, quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos mesmos e esclarecendo os seus objetivos profissionais;
- Conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social;
- Fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde;

- Organizar, normatizar e sistematizar o cotidiano do trabalho profissional pro meio da criação e implementação de protocolos e rotinas de ação;
- Formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto às informações sociais dos usuários por meio do registro no prontuário único, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas em material de uso exclusivo do Serviço Social;
- Elaborar estudos socioeconômicos dos usuários e suas famílias, com vistas a subsidiar na construção de laudos e pareceres sociais e perspectiva de garantia de direitos e de acesso aos serviços sociais e de saúde;
- Buscar garantir o direito do usuário ao acesso aos serviços;
- Emitir manifestação técnica em matéria de serviço social, em pareceres individuais ou conjuntos, observando o disposto na Resolução CFESS nº 557/2009.

Na área da saúde, uma das principais características do trabalho do assistente social é a diversidade e heterogeneidade das ações, tanto que leva a uma parcela significativa dos profissionais identificarem o que é o serviço social e o que faz o assistente social, na qual essa imprecisão gera a fragilização e a desqualificação técnica do serviço social.

De acordo com Bravo e Matos (2009), para uma atuação competente do assistente social na saúde é necessário estar articulado e sintonizado com os movimentos em defesa do SUS; facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição; tentar promover uma participação da sociedade e dos funcionários nos espaços de saúde a respeito das decisões a serem tomadas e estar disposto a acompanhar o movimento da realidade e as temáticas pertinentes a saúde.

Segundo as mesmas autoras, o eixo central do trabalho do assistente social na saúde é “a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social” (BRAVO; MATOS, 2009, p. 213). Se o profissional tiver como referência esses dois projetos em sua atuação, podemos considerar que o mesmo estará dando respostas qualificadas ao usuário.

Diante, do exposto a respeito da profissão de Serviço Social e o que o seu projeto ético-político propõe, iremos analisar quais os rebatimentos que o projeto neoliberal trás para o cotidiano e as ações do assistente social.

### 3.2 O lugar ocupado pelo Serviço Social na saúde frente ao contexto neoliberal

O Serviço Social na saúde na década de 1990 se depara com a tensão entre os projetos privatista e o da reforma sanitária, que estão em conflito e que exigem requisições distintas a esse profissional:

O projeto privatista requisitou, e vem requisitando, ao assistente social, entre outras demandas: seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio do aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de abordagens individuais. Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando, como demandas, que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca da democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã (BRAVO; MATOS, 2009, p. 36).

No que se refere ao SUS, a ampliação do mercado de trabalho do assistente social no sistema se deu devido à complexidade de administrar as contradições vividas no sistema de saúde brasileiro, representando a principal linha de demandas do serviço social. A matéria-prima sobre o qual incide o trabalho do assistente social no SUS tem sido as contradições, dificuldades de funcionamento e a falta de resolutividade do sistema de saúde. A sua utilidade se afirma nas contradições fundamentais da política de saúde:

[...] o trabalho realizado pelos assistentes sociais resulta na absorção e ocultação dos conflitos institucionais e/ou das demandas que perturbam o funcionamento das unidades de saúde/instituição e o desenvolvimento das ações dos diferentes profissionais em detrimento da prioridade de atenção às demandas dos usuários, na direção dos seus interesses e necessidades, ainda que, em muitos “casos”, suas ações repercutam, na sua imediatividade, favoravelmente aos usuários, principalmente no que tange ao alívio de tensões (VASCONCELOS, 2011, p. 32).

Conforme aponta Vasconcelos (2011), o assistente social diante dessa conjuntura irá se deparar com alguns entraves para a sua atuação, entraves estes explicitados na falta de informação sobre seus direitos e deveres por parte dos usuários e dos próprios profissionais de saúde, a focalização das políticas públicas e a fragmentação do direito do cidadão.

Desse modo, o assistente social não pode encarar a realidade como algo inalterável, como se já estivesse dada em sua forma definitiva, pois essa visão “conduz à acomodação, à rotinização do trabalho, ao burocratismo e à mediocridade profissional” (IAMAMOTO, p. 22, 2011). Como também não pode ser considerado como o herói, como que suas ações fossem tomadas sem considerar nenhum determinante externo, sem considerar o movimento da realidade social.

Neste cenário apresentado, os usuários do serviço de saúde encontram no assistente social o profissional que lhe trará respostas as suas demandas, o profissional que os tratará bem, de forma humanizada, em contrapartida, a instituição ver nesse profissional um perfeito apaziguador dos conflitos cotidianos, dirigindo ao setor tudo àquilo que de alguma maneira for atrapalhar o desenrolar das ações.

É necessário que haja uma reflexão acerca da conjuntura atual, pois a mesma reflete e condiciona os serviços prestados pelos profissionais de Serviço Social na saúde, admitindo que os grandes entraves postos para a profissão pela política neoliberal moldam e dificultam suas ações:

Enquanto não admitirmos a gravidade desse quadro, dificilmente estaremos contribuindo – entidades da categoria, unidades formadoras e principalmente os assistentes sociais – na luta contra a condição de subalternidade do Serviço Social, principalmente nos seus espaços de trabalho. Os maiores perdedores com o não-enfretamento dessa questão não são os assistentes sociais (que, de qualquer forma, vão contribuir a ocupar seus postos de trabalho e receber suas parcas renumerações) e muito menos os integrantes do debate teórico da categoria, mas sim os trabalhadores brasileiros, que buscam um Serviço Social que, apesar de portar um discurso claramente favorável aos seus interesses e necessidades, tem uma prática apenas aparentemente humanizadora (VASCONCELOS, 2011, p. 35).

Para uma atuação eficiente e que vise às necessidades reais da população, não há um “manual” para os assistentes sociais na saúde, os mesmos são desafiados nos espaços de saúde, e suas ações terão que substanciar um trabalho que vá de encontro ao projeto neoliberal. “Assim, a conjuntura não condiciona unidirecionalmente as perspectivas profissionais; todavia impõe limites e possibilidades” (IAMAMOTO, 2011, p. 21).

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A pesquisa realizada nos permitiu considerar que, apesar dos grandes avanços legais relativos à saúde pública no Brasil, ainda estamos distantes da saúde que foi proposta na Constituição Federal de 1988 e no SUS, ambos frutos de lutas dos movimentos sociais regidos e pelos princípios de universalidade, equidade e integralidade, em que não se efetivou em sua plenitude, ou seja, demonstra um incompatibilidade com a realidade que está posta. Atualmente, o que ouvimos pelo nosso país é que, a única forma para se ter saúde ou qualidade de vida seria ter dinheiro para comprá-la, sinalizando a mercantilização da saúde pública.

Consideramos que os dados aqui retratados sinalizam que a ofensiva neoliberal e a contrarreforma do Estado tem resultado efetivo no desmonte das políticas sociais públicas, implicando negativamente na operacionalização da política de saúde no Brasil, pois o mesmo aponta para ênfase na focalização, na precarização, na privatização e no desfinanciamento das ações em saúde, afetando diretamente os princípios consagrados no SUS.

Nesse contexto, em se tratando do Serviço Social, ficou evidente durante o estudo que o trabalho profissional nos mais variados espaços dos serviços públicos de saúde vem sofrendo forte investidas em face do projeto neoliberal em curso, fato que é constatado pela minimização do papel do Estado, repercutindo de forma bastante expressiva nas reais condições de trabalho do assistente social, seja na terceirização dos serviços, na precarização, nas condições de trabalho, tornando um dos maiores desafios no âmbito da categoria profissional em materializar o Projeto Ético-Político Profissional.

A discussão proposta possibilitou-nos compreender que o projeto neoliberal condiciona aos assistentes sociais novas demandas que fogem do que é proposto em seu projeto ético-político profissional e ao projeto da reforma sanitária. O assistente social deve refletir a respeito da sua prática profissional, se está de acordo com o seu projeto ético-político para atender de forma qualificada as demandas dos usuários e não simplesmente reproduzir a ideologia posta pelo projeto neoliberal em seu cotidiano.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Eurivaldo S. de; CASTRO, Cláudio G. J. de; VIEIRA, Carlos Alberto L. **O conceito de saúde e do processo saúde-doença.** In: Distritos Sanitários: Concepção e Organização, volume 1 / Eurivaldo Sampaio de Almeida, Cláudio Gastão Junqueira de Castro, Carlos Alberto Lisboa Vieira. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania)

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde.** Lei nº 8080 de 19 de Setembro de 1990 – Brasília, 1991.

BEHRING, Elaine R. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos.** São Paulo: Cortez, 2003.

BORLINI, Leandra Maria. **Há pedras no meio do caminho do SUS – os impactos do neoliberalismo na saúde do Brasil.** Artigo apresentado no IV Encontro Nacional de Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Publicado em: Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 321 – 333, ago/dez. 2010. Disponível em

<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7697/5799>> Acesso em: 08/01/2015.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1996.

\_\_\_\_\_. **Política de Saúde no Brasil**. In: Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional / Ana Elizabete Mota... [et. al.], (orgs). – 4. ed. – São Paulo : Cortez ; Brasília< DF : OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. **A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal**. In: BRAVO, Maria Inês Souza; Potyara Amazoneida Pereira (Org.). Política social e democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

\_\_\_\_\_, M. I. S.; MATOS, M. C. de. **Reforma Sanitária e projeto ético político do Serviço Social: elementos para o debate**. In: Saúde e serviço social / Maria Inês Souza Bravo... [et al.] , (organizadoras). – 4. ed. – São Paulo : Cortez ; Rio de Janeiro : UERJ, 2009.

\_\_\_\_\_, M. I. S.; MENEZES, J. S. B de. **A saúde nos Governos Lula e Dilma: Algumas Reflexões**. Esse texto é uma versão revista e ampliada pelas autoras do artigo “Política de Saúde no Governo Lula: Algumas Reflexões”. In: Movimentos Sociais, Saúde e Trabalho. Organizadores, Maria Inês Souza Bravo [et al.]. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2010.

\_\_\_\_\_, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. **A saúde nos Governos Lula e Dilma: Algumas Reflexões**. In: Revista cadernos de saúde: Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, 2011.

CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília: Distrito Federal. 2010.

COSTA, Cilânea dos Santos. **O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: reflexões sobre a prática hospitalar**. 2012. 36 f. Trabalho de Conclusão de Curso - Curso de Serviço Social – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2012.

GODOY, Mariana Molina; COUTO, Eduardo Luis. **O congresso da virada de 1979 e o projeto ético político profissional**. Disponível em: <<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/1963/2092>>. Acesso em: 25/01/2015.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade**. In: O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional / Marilda Villela Iamamoto. – 20. ed. – São Paulo, Cortez, 2011.

LACERDA, William Almeida de. **A participação popular na gestão local do Programa Saúde da Família em Campina Grande – PB: a efetividade do processo na ótica dos conselheiros comunitários de saúde, usuários e profissionais**. 2005. 135 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Sociedade - Área de concentração Políticas Sociais) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2005.

MARQUES, R. M.; MENDES, Á. **O SUS versus diretrizes da política econômica**. Revista Ser Social, Brasília, v. 11, n. 25, p 55-81, jul/dez. 2009.

NETTO, José Paulo. **Transformações societárias e Serviço Social:** notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. Serviço Social e Sociedade, nº 50. São Paulo: Cortez, 1996.

\_\_\_\_\_. **A construção do projeto ético-político do serviço social.** In: MOTA, A. E. [et. al.] (orgs.) Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 2ª ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social.** 8. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

PAIM, J. S. **O que é o SUS?** Coleção Temas em Saúde, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

RAICHELIS, R. **O assistente social como trabalhador assalariado:** desafios frente às violações de seus direitos. In: Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 107, p. 420-437, jul/set. 2011.

SCILAR, Moacyr. **História do Conceito de Saúde.** In: PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007.

SECOM-PB. **Governo do Estado da Paraíba,** 2011. Disponível em: <http://www.paraiba.pb.gov.br/8431/ricardo-entrega-novo-hospital-de-trauma-de-campina-nesta-3%C2%AA.html>. Acesso em: 05/12/2014.

SOUZA, Moema Amélia Serpa Lopes de et al. **As condições de assalariamento do assistente social na Política de Saúde – SUS nos municípios de João Pessoa e Campina Grande – Paraíba.** Relatório Final, Projeto Integrado: Trabalho, Política Social e Serviço Social - Subprojeto 1. Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2013.

TEIXEIRA, F. J. S.. **O neoliberalismo em debate.** IN: TEXEIRA, Francisco J.S; OLIVEIRA, M. A.; NETO, J. M.; ALVES, Giovani. Neoliberalismo e Reestruturação produtiva: as novas determinações do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 1996.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do serviço social:** cotidiano, formação e alternativas na área da saúde / Ana Maria de Vasconcelos. – 7. ed. – São Paulo : Cortez, 2011.