

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL**

**Juliana de Almeida Schuchter
Laysa Cristina Afonso Duque**

**POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: SUS como espaço sócio ocupacional de
assistentes sociais**

Juiz de Fora
2023

Juliana de Almeida Schuchter
Laysa Cristina Afonso Duque

**POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: SUS como espaço sócio ocupacional de
assistentes sociais**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Faculdade de Serviço Social da
Universidade Federal de Juiz de Fora, como
requisito parcial à obtenção de Bacharelado
em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Isaura Gomes de Carvalho Aquino

Juiz de Fora
2023

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da UFJF

Schuchter, Juliana de Almeida.

Política pública de saúde: SUS como espaço sócio ocupacional de assistentes sociais / Juliana de Almeida Schuchter, Laysa Cristina Afonso Duque . – 2023. -- 51 p.

Orientadora: Isaura Gomes de Carvalho Aquino.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social)—Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2023.

1. Política social. 2. SUS. 3. Serviço social. I. Duque, Laysa Cristina Afonso. II. Aquino, Isaura Gomes de Carvalho. III. Título.

CDU 36



Jullana de Almeida Schuchter

Laysa Cristina Afonso Duque

POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: SUS como espaço sócio ocupacional de assistentes sociais

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Política de Ação do Serviço Social, como requisito para obtenção de grau de Bacharel em Serviço Social, na Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Orientador(a): Prof^ª. Dr^ª. Isaura Gomes de Carvalho Aquino

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado em (20/12/2023), por banca composta pelos seguintes membros:

Prof^ª. Dr^ª. Isaura Gomes de Carvalho Aquino – Orientadora

Prof^ª. Dr^ª. Joseane Barbosa de Lima
Faculdade de Serviço Social – UFJF

Prof^ª. Dr^ª. Estela Saleh da Cunha
Faculdade de Serviço Social - UFJF

Nota: 65

JUIZ DE FORA
DEZEMBRO, 2023

AGRADECIMENTOS

Eu, Juliana de Almeida Schuchter, agradeço a Deus por permitir que eu tivesse saúde e determinação para não desanimar durante a realização deste trabalho. Aos meus amigos e familiares por compreenderem minha ausência durante esse processo, além do apoio e confiança repassados a mim.

Aos colegas, agradeço a parceria ao longo dos anos; aos professores, agradeço todos os ensinamentos; a minha supervisora de estágio, agradeço a paciência, a ajuda, conselhos e os saberes repassados.

Agradecimento especial a Laysa, pela parceria durante nossa formação, a qual formamos dupla em diversos trabalhos, e agora o mais desafiador de todos, o TCC. Conseguimos!

Por último, mas não menos importante, agradeço a Prof^a. Dr^a. Isaura Gomes de Carvalho Aquino, pelo incentivo, paciência e orientação durante esses últimos meses. Agradeço também aos professores queridos presentes em nossa banca. Nosso muito obrigada!

Eu, Laysa Cristina Afonso Duque agradeço primeiramente a Deus, pela minha vida, e por me permitir ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo da realização deste trabalho. Ao meu noivo Luis Felipe, que sempre foi meu maior incentivador e o mais compreensivo durante todo o processo de graduação, sendo fundamental para que eu concluísse essa etapa.

A minha mãe Terezinha de Jesus Afonso Duque, que mesmo não estando mais neste plano, esteve junto comigo em todo o processo. Agradeço a minha família por prestar o suporte da maneira que podiam, e entendiam a situação.

Aos meus mestres e também aos usuários que foram essenciais para o processo. Aos meus amigos, e, em especial Ana Paula e Silvânia, por compreenderem minha ausência e sempre me apoiarem em minhas decisões.

A minha dupla Juliana, por ter compartilhado suas experiências e conhecimentos para que juntas fizéssemos o nosso trabalho.

Por fim, agradeço à orientadora Prof^a Dra. Isaura Gomes de Carvalho Aquino, pelo apoio no processo, foi de grande valia!

RESUMO

Este trabalho de Conclusão de Curso tem por objetivo a discussão da política de saúde, no Brasil, para que fosse possível chegarmos a pergunta chave deste estudo: como a saúde, sendo uma política pública, se dá em um espaço sócio ocupacional para o/a assistente social. Como objetivos específicos, trouxemos a política social e os espaços sócio-ocupacionais para a atuação do/a assistente social; apontar os desafios e possibilidades do trabalho do/a assistente social na política de saúde; e seu trabalho no SUS. A metodologia proposta foi a utilização de autores referência nos assuntos tratados neste trabalho, utilizando livros da biblioteca básica do Serviço Social, e outros artigos complementares para conseguirmos chegar aos objetivos apresentados acima. Com essa pesquisa bibliográfica, traçamos para o primeiro capítulo, apresentar o contexto e objetivos da criação e função das políticas sociais; do movimento da Reforma Sanitária; o SUS como política pública de saúde. Para o capítulo 2, trouxemos o espaço sócio-ocupacional do/a assistente social; Serviço Social e Saúde; e o SUS como área de atuação do/a assistente social. Concluimos este estudo mostrando como o trabalho do/a assistente social é complexo, como as políticas sociais/públicas são atacadas e seus recursos escassos. Estas ações afetam diretamente o trabalho do/a assistente social e os usuários. Como o SUS vem sendo sucateado, tendo seus serviços afetados, atingindo principalmente a população que mais precisa, reforçando que defender o SUS é dever de todos.

Palavras-chaves: Política Social; SUS; Saúde e Serviço Social.

ABSTRACT

This Undergraduate Thesis aims to discuss health policy in Brazil to address the key question of this study: how does health, as a public policy, manifest in a socio-occupational space for the social worker. Specific objectives include presenting social policy and socio-occupational spaces for the social worker's engagement, identifying the challenges and possibilities of the social worker's role in health policy, and exploring their work within the Unified Health System (SUS). The proposed methodology involves referencing authors on the topics covered in this work, using books from the basic library of Social Work, and other complementary articles to achieve the stated objectives. Through this bibliographic research, we dedicate the first chapter to presenting the context and objectives of the creation and function of social policies, the Sanitary Reform movement, and SUS as a public health policy. In the second chapter, we delve into the socio-occupational space of the social worker, the intersection of Social Work and Health, and SUS as an area of practice for the social worker. We conclude this study by highlighting the complexity of the social worker's role, the challenges faced by social/public policies, and their limited resources. These actions directly impact the social worker's work and the users. As SUS faces deterioration with affected services, primarily impacting the most vulnerable population, we emphasize that defending SUS is everyone's duty.

Keywords: Social Policy; SUS; Health and Social Work.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	07
2 CAPÍTULO I - POLÍTICAS SOCIAIS: seu caminho até a criação do sistema único de saúde.....	10
2.1 POLÍTICAS SOCIAIS E SUA TRAJETÓRIA HISTÓRICA	10
2.2 O MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA	21
2.3 POLÍTICA PÚBLICA DA SAÚDE: sus como direito de todos e dever do estado.	24
3 CAPÍTULO II – POLÍTICA DE SAÚDE COMO ESPAÇO SÓCIO-OCUPACIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL.....	28
3.1 ESPAÇO SÓCIO-OCUPACIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL E A CONTRADIÇÃO DO SISTEMA ESTATAL	28
3.2 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE	32
3.3 O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	38
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS	50

1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) propõe discutir o SUS (Sistema Único de Saúde), como espaço sócio ocupacional de assistentes sociais. Para tanto resgatou-se o movimento de implementação da política, passando pelo movimento da reforma sanitária, até a implementação do SUS, apontando os desafios e possibilidades encontrados pelos profissionais nas instituições onde trabalham. O objetivo geral é o de compreender como a saúde, enquanto política social pública, se configura como espaço sócio-ocupacional para assistentes sociais com destaque para as possibilidades e limites que os profissionais têm na área da saúde, especificamente, no SUS.

A motivação para o estudo dessa área surgiu a partir de experiências em campos de estágio, realizados no Hospital de Pronto Socorro Dr. Mozart Teixeira-HPS e no Centro de Atenção Psicossocial do Hospital Universitário – CAPS/HU, pois ambos os campos de estágios representam o trabalho profissional no SUS e, por isso, o interesse em compreender as demandas e o serviço prestado pelo profissional a partir da política pública de saúde.

Pontuamos qual a relevância profissional na área abordada levando em consideração que o/a assistente social possui um papel fundamental no processo de construção e desenvolvimento da universalização do acesso aos programas e políticas sociais, agindo como mediador entre as necessidades dos usuários e os serviços disponíveis, garantindo sua eficácia e efetivação na prestação de um serviço de qualidade.

A hipótese aqui defendida é a de que o/a assistente social inserido/a na área da saúde necessita de capacitação continuada e preparação para lidar com as demandas cotidianas advindas dos usuários do serviço público. Por ser um profissional que tem um contato direto com os/as usuários/as e seus familiares, o/a assistente social necessita de qualificação continuada para fazer frente aos aspectos econômicos, políticos, culturais, ideológicos e sociais que afetam a saúde do indivíduo. Sendo assim esse profissional, junto a uma equipe multidisciplinar é capaz de compreender a totalidade do processo saúde/doença.

Portanto, é o profissional de Serviço Social que tem a possibilidade de compreender as reais particularidades e necessidades do indivíduo, buscando realizar orientações sobre os serviços e direitos estabelecidos, para assim,

assegurar que o tratamento do processo de saúde tenha continuidade mesmo quando o usuário já não estiver mais no ambiente hospitalar.

Os estudos para o alcance dos objetivos partiram de consultas em publicações relevantes da área, e no momento inicial foi realizado levantamento bibliográfico para estudo, dado processo de desenvolvimento das políticas sociais no Estado capitalista brasileiro e a implementação do Sistema Único de Saúde. Para isso, foram utilizados os seguintes autores: Behring e Boschetti (2016), Paiva e Teixeira (2014), Souza (2006) e Bravo (2011).

No segundo momento, foram realizados o levantamento bibliográfico de autores como, Bravo (2011), Bravo e Matos (2006), Matos (2013) e Vasconcelos (2007), para abordam os espaços sócio ocupacionais que os profissionais possuem no SUS compreendendo a realidade dos serviços oferecidos e a real função da política social.

O presente trabalho foi dividido em dois capítulos, o primeiro intitulado de “Políticas Sociais: seu caminho até a criação do Sistema Único de Saúde” no qual foram discutidas as políticas sociais no modo capitalista de produção, com abordagem em seus fundamentos e destaque para a importância do processo de implementação dessas políticas na sociedade brasileira. Neste capítulo, também, foram tratados os principais determinantes da reforma sanitária brasileira que se tornou um movimento de grande relevância, principalmente, no âmbito da saúde coletiva atuando como uma ponte na construção do Sistema Único de Saúde, enquanto uma das principais políticas públicas implementadas.

No segundo capítulo, intitulado de “Política de Saúde como espaço sócio-ocupacional do/a Assistente Social”, foi considerado sobre o trabalho do/a assistente social como um trabalhador assalariado, inserido na divisão social e técnica do trabalho (Iamamoto, 1999), tendo como objeto de trabalho a questão social, visando garantir os direitos a partir das políticas sociais e, também, servindo ao Estado que é o contratante do seu serviço. Ainda neste capítulo foi tratado acerca do trabalho do/a assistente social na política de saúde, em especial no SUS, onde foi abordado o trabalho profissional a partir de parâmetros e princípios básicos para o desenvolvimento do trabalho da equipe multiprofissional e suas ações institucionais.

Nas considerações finais foram apontados os resultados das políticas públicas no Brasil a partir de um processo reivindicativo de direitos sociais, nos quais os/as assistentes sociais trabalham. A partir das considerações finais é possível

compreender as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de Serviço Social na área da saúde, uma vez que, sendo profissionais que trabalham com as políticas sociais/públicas que são diariamente atacadas, e com as expressões da questão social, nos fazendo compreender a profissão enquanto um espaço onde o profissional irá articular a profissão com os movimentos sociais na busca da garantia direitos que deveriam ser prestados pelo Estado.

2 CAPÍTULO I – POLÍTICAS SOCIAIS: seu caminho até a criação do sistema único de saúde.

Neste primeiro capítulo, foi elaborado a partir de uma análise histórica sobre as políticas sociais, no contexto do capitalismo. Foram abordados seus fundamentos, e a importância do processo de implementação dessas políticas para a sociedade, finalizando com as políticas sociais brasileiras contemporâneas. Também foram abordados os principais determinantes da Reforma Sanitária brasileira, que foi um importante marco para a sociedade em geral, principalmente para a área da saúde coletiva e o caminho para a construção do Sistema Único de Saúde, culminando no SUS, enquanto uma das principais políticas públicas.

2.1 POLÍTICAS SOCIAIS E SUA TRAJETÓRIA HISTÓRICA

De acordo com Behring e Boschetti (2016), as políticas sociais são vistas como um meio para acumulação capitalista, visando a manutenção da hegemonia burguesa. Politicamente, é vista como meio que incorpora e legitima a lógica do capital, e economicamente, sua função seria diminuir os custos da reprodução da força de trabalho e aumentar a produtividade, como também em épocas de crise, manter os níveis de consumo e renda.

Porém, as políticas sociais não se resumem a isso. Elas são importantes (no processo de lutas e resistências da classe trabalhadora que encontram nas políticas sociais parte das suas reivindicações para sua sobrevivência e, concomitantemente, reprodução da força de trabalho para o capital) em meio a luta dos trabalhadores, e colocar barreiras às vantagens do capital.

Nessa perspectiva, o estudo das políticas sociais deve considerar sua múltipla causalidade, as conexões internas, as relações entre suas diversas manifestações e dimensões. Do ponto de vista histórico, é preciso relacionar o surgimento da política social às expressões da questão social que possuem papel determinante em sua origem (e que, dialeticamente, também sofrem efeitos da política social). Do ponto de vista econômico, faz-se necessário estabelecer relações da política social com as questões estruturais da economia e seus efeitos para as condições de produção e reprodução da vida da classe trabalhadora. Dito de outra forma, em cada momento histórico atribuem um caráter específico ou uma da configuração ao capitalismo e às políticas sociais, assumindo, assim, um caráter histórico-estrutural. Do ponto de vista político, preocupa-se em

reconhecer e identificar as posições tomadas pelas forças políticas em confronto, desde o papel do Estado até a atuação de grupos que constituem as classes sociais e cuja ação é determinada pelos interesses da classe em que se situam. (Behring, Boschetti, 2016, p.43).

As autoras trazem que a origem das políticas sociais é relacionada à permanência dos Estados-nação na Europa Ocidental (século XIX), e aos movimentos de massa social-democratas, mas as políticas sociais foram generalizadas na mudança do capitalismo concorrencial para o monopolista, principalmente após a Segunda Guerra Mundial.

De acordo com as autoras, é possível dizer que as sociedades pré-capitalistas não tomavam para si as responsabilidades sociais como garantias do bem comum, mas sim com a intenção de castigar a "vagabundagem" e manter a ordem social. Sendo assim, justamente com atividades filantrópicas e de caridade, algumas ações vinham a ser consideradas como início das políticas sociais, como Estatuto dos Trabalhadores, Lei de Domicílio, Estatuto dos Artesãos. Porém essas legislações eram mais uma forma de punição, onde os mais pobres acabavam tendo que aceitar qualquer emprego e não poderiam negociar a remuneração, entre outras questões.

Behring e Boschetti (2016) relatam que, em relação à política social no Brasil, há particularidades, uma vez que as relações capitalistas brasileiras foram desenvolvidas de forma diferente em relação aos países de capitalismo central. A classe trabalhadora reivindicava através de movimentos sociais, os direitos sociais, tais como o previdenciário e os trabalhistas. Por outro lado, exprimem a procura da validação das classes dominantes em local de limitação de direitos civis e políticos.

Se a política social tem relação com a luta de classes, e considerando que o trabalho no Brasil, apesar de importantes momentos de radicalização, esteve atravessado pelas marcas do escravismo, pela informalidade e pela fragmentação/cooptação, e que as classes dominantes nunca tiveram compromissos democráticos e redistributivos, tem-se um cenário complexo para as lutas em defesa dos direitos de cidadania, que envolvem a constituição da política social. (Behring, Boschetti, 2016, p.79).

O texto segue colocando que podemos dizer que a política social no Brasil se introduziu entre os anos de 1930 e 1943. Entre as ações criadas nesse período, o trabalho seguiu o modelo de países desenvolvidos, trazendo a cobertura de riscos,

que segue do princípio de regulação de acidentes de trabalho, até as pensões e aposentadorias, auxílios de doença, família, maternidade e seguro-desemprego. O Ministério do Trabalho foi criado em 1930 e a Carteira de Trabalho em 1932. Cabe ressaltar que a carteira de trabalho passa a ser um documento de cidadania e quem tinha emprego registrado nela, acabava tendo alguns direitos. Além destes já citados,

Em 1930, foi criado também o Ministério da Educação e Saúde Pública, bem como o Conselho Nacional de Educação, e o Conselho Consultivo do Ensino Comercial. Até os anos 1930, não existia uma política nacional de saúde, sendo que a intervenção efetiva do Estado inicia-se naquele momento, a partir de dois eixos: a saúde pública e a medicina previdenciária, ligada aos IAPs, para as categorias que tinham acesso a eles. A saúde pública era conduzida por meio de campanhas sanitárias coordenadas pelo Departamento Nacional de Saúde, criado em 1937. Há também o desenvolvimento da saúde privada e filantrópica, no que se refere ao atendimento médico-hospitalar. (Bering, Boschetti, 2016, p.107).

Conforme Behring e Boschetti (2016) relatam, em 1942 é criada a Legião Brasileira de Assistência (LBA), um movimento de caráter federal, cujo objetivo era atender famílias dos pracinhas que passaram pela Segunda Guerra Mundial, coordenado por Darci Vargas, que vinha a ser a primeira-dama, e isso mostrava as características de clientelismo, tutela e favor na relação entre sociedade e Estado, que perpassa a constituição da política social. Após, a LBA passa a ser uma instituição articuladora da assistência social, tendo um apoio grande de instituições privadas conveniadas, porém sem se desfazer da característica assistencialista, que só com a Constituição de 1988, ela passa a se modificar.

As autoras trazem que em relação à infância e juventude, temos em 1941, dentro do Serviço de Assistência (SAM), o Código de Menores, que tinha um princípio punitivo, até pela influência da época perpetuar esses maus-tratos aos jovens pobres. A mudança nesse modo punitivo chega apenas em 1990, com o Estatuto da Criança e Adolescente.

O texto segue dizendo que a política social no Brasil chegou com a Constituição de 1937, que precisava afirmar a necessidade de serem reconhecidas as categorias de trabalhadores pelo Estado, firmada com a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Já no período da ditadura militar, as políticas sociais tiveram sua cobertura ampliada, porém guiada de forma conservadora e tecnocrática,

reafirmando um viés singular de aumento dos direitos sociais frente a restrição dos direitos políticos e civis.

Durante a ditadura, a política social brasileira teve características peculiares.

A unificação, uniformização e centralização da previdência social no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, retiraram definitivamente os trabalhadores da gestão da previdência social, que passa a ser tratada como questão técnica e atuarial. Em 1967, os acidentes de trabalho passam também para gestão do INPS, apesar de certa contrariedade das seguradoras privadas. Ao lado disso, a previdência foi ampliada para os trabalhadores rurais, por meio do Funrural, política que adquiriu, neste caso, um caráter mais redistributivo, já que não se fundava na contribuição dos trabalhadores, mas numa pequena taxação dos produtores, apesar de seu irrisório valor de meio salário mínimo (1971). A cobertura previdenciária também alcançou as empregadas domésticas (1972), os jogadores de futebol e os autônomos (1973), e os ambulantes (1978). Em 1974, cria-se a Renda Mensal Vitalícia para os idosos pobres, no valor de meio salário-mínimo para os que tivessem contribuído ao menos um ano para a previdência.

O Ministério da Previdência e Assistência Social foi criado em 1974, incorporando a LBA, a Fundação Nacional para o Bem-Estar do Menor (Funabem, criada em 1965) - que veio a substituir o antigo SAM extinto em 1964, sem necessariamente alterar seu caráter punitivo, mantido no Código de Menores de 1979 - a Central de Medicamentos (CEME) e a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev). Esse complexo se transformou, com uma ampla reforma administrativa, no Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS), em 1977, que compreendia o INPS, o Instituto Nacional de Assistência Médica (Inamps) e o Instituto Nacional de Administração da Previdência Social (IAPAS), além daquelas instituições referidas acima. Nessa associação entre previdência, assistência e saúde, impôs-se uma forte medicalização da saúde, com ênfase no atendimento curativo, individual e especializado, em detrimento da saúde pública, em estreita relação com o incentivo à indústria de medicamentos e equipamentos médico-hospitalares, orientados pela lucratividade. (Bering, Boschetti, 2016, p.136-137).

De acordo com as autoras, além dessas políticas, que envolviam saúde, assistência e previdência, tivemos também a política de habitação, com a criação do Banco Nacional de Habitação (BNH), que nada mais era que uma estratégia de fomentar a economia através da construção civil na construção de casas populares. É nesse contexto que as empreiteiras crescem, sem que houvesse clareza e fiscalização dos gastos públicos. Mesmo que as políticas públicas nesse período tenham sido estimuladas (apesar do acesso restrito), a ditadura ampliou o espaço

para previdência, saúde e educação privadas, formando um espaço que as pessoas tinham acesso em duas formas, a quem podia pagar, e a quem não podia.

Seguem apontando que em meados da década de 1980, a política social na Nova República do governo de Sarney, falava em dar prioridade à área social, isso não foi feito, tendo poucas iniciativas a favor do enfrentamento da questão social. O programa mais focado desse governo ficou conhecido como Programa do Leite, que distribuía tickets para as famílias, gerando benefícios clientelistas, ao invés de gerar um aumento ao acesso à alimentação. Portanto, permaneceu o caráter seletivo, compensatório e setorizado da política social brasileira. No governo Sarney, as propostas para reestruturar as políticas sociais guiadas através dos grupos de trabalho, criados para "repensar" as políticas de saúde, assistência, educação e previdência, acabaram não sendo efetivadas. Porém, as contribuições obtidas nesse processo foram trazidas à constituinte, ajudando na definição do conceito de seguridade social.

A grande novidade, portanto, era o processo de redemocratização, apesar da crise econômica, com seu forte conteúdo reformista, no sentido de desenhar na Constituição políticas orientadas pelos princípios da universalização, responsabilidade pública e gestão democrática. Constituiu-se nesse período uma Articulação Nacional de Entidades pela Mobilização Popular na Constituinte, reunindo movimentos sociais, personalidades e partidos políticos com compromissos democráticos que participaram dos grupos de trabalho. Daí decorre, por exemplo, a introdução do conceito de seguridade social, articulando as políticas de previdência, saúde e assistência social, e dos direitos a elas vinculados, a exemplo da ampliação da cobertura previdenciária aos trabalhadores rurais, agora no valor de um salário-mínimo e do Benefício de Prestação Continuada (BPC) para idosos e pessoas com deficiência. Advém também desse processo uma série de inovações democratizantes, tais como: o novo estatuto dos municípios como entes federativos autônomos, os conselhos paritários de políticas e de direitos e a instituição de um ciclo orçamentário que passa a comportar um orçamento de seguridade social. Alguns trabalhos mostram o processo de luta, a participação dos sujeitos políticos, profissionais e usuários, e que foram decisivos para a formação legal dos direitos sociais no Brasil, pela primeira vez sob inspiração beveridgiana. (Bering, Boschetti, 2016, p.144).

As autoras trazem a difícil mudança da assistência social fragilizada nessa época, para um modelo mais elevado a uma condição de política pública de seguridade, no intuito de ultrapassar seus traços de território do clientelismo. Este processo passou pela área da saúde, pensada na Constituição sob forte influência

da reforma sanitária, como também a política previdenciária, onde Behring e Boschetti (2016, p.145) relatam que

Além de sua inserção numa lógica de seguridade, em especial no que se refere ao financiamento, houve ampliação dos direitos, a exemplo: da licença-maternidade de 120 dias, extensiva aos trabalhadores rurais e empregadas domésticas; do direito de pensão para maridos e companheiros; e da redução do limite de idade - 60 anos para homens e 55 para mulheres para acesso à aposentadoria; da indexação dos benefícios previdenciários ao salário mínimo, dentre outros. Cabe destaque aos movimentos sociais que intervieram em defesa dos direitos das crianças e adolescentes, como o aumento da maioridade penal para 18 anos.

Behring e Boschetti (2016) mostram um avanço no texto constitucional, porém com orientações que deram base ao conservadorismo na área da política social. A reforma democrática posta na Constituição de 1988 aqui no Brasil, em alguns pontos impregnada do espírito welfariano, e da estratégia social-democrata, é possível identificar uma contrarreforma em nosso meio, acabando com a chance política de reformas mais incisivas, vindo a atravessar seus próprios limites da social-democracia, cumprindo ações democrático-burguesas incompletas combinadas com outras de viés socialista.

E o que ocorreu nos anos 1990? Vivenciamos naquela década, e principalmente a partir da instituição do Plano Real, em 1994, algo bastante diferente desse crescimento mal dividido do tão criticado desenvolvimentismo. Houve o desmonte (Lesbaupin, 1999) e a destruição (Tavares, 1999), numa espécie de reformatação do Estado brasileiro para a adaptação passiva à lógica do capital. Revelou-se, sem surpresas, a natureza pragmática, imediatista, submissa e antipopular das classes dominantes brasileiras. E foram medidas que, em alguns setores, fizeram com que o país evoluísse de forma inercial e, em outros, o fizeram permanecer no mesmo lugar ou até mesmo andar para trás, se pensamos nos critérios de Florestan Fernandes: a ruptura com a heteronomia e com o drama social. Houve, portanto, uma abrangente contrarreforma do Estado no país, cujo sentido foi definido por fatores estruturais e conjunturais externos e internos, e pela disposição política da coalizão de centro-direita protagonizada por Fernando Henrique Cardoso. Uma contrarreforma que foi possível a partir de algumas condições gerais, que precedem os anos 1999: a crise econômica dos anos 1980 e as marchas e contramarchas do processo de democratização do país. (Behring, Boschetti, 2016, p.151-152).

O centro dessa reforma foi o ajuste fiscal, e o "reformismo" neoliberal representa uma desarmonia entre a política econômica e o discurso da reforma. A

justificativa seria de que o problema estava no Estado, e por este motivo a necessidade de reformá-lo para outras requisições, diminuindo custos, no tempo em que a política econômica destruía mecanismo de financiamento do Estado por meio da introdução na ordem internacional que "deixou o país à mercê dos especuladores no mercado financeiro, de forma que todo o esforço de redução de custos preconizados escoou pelo ralo do crescimento galopante das dívidas interna e externa". (Bering e Boschetti, 2016, p.152).

Os governos que seguiram uma orientação neoliberal não procuraram criar meios de debate sobre a criação de políticas públicas, guiando-se a reformas constitucionais e meios a serem aprovados no Congresso Nacional, mesmo que fossem medidas provisórias. A forma que essa "reforma" foi guiada, gerou uma impactação ruim no sentido de expandir a habilidade de execução adequada de políticas públicas. Gerou desresponsabilização pela polícia social, juntamente com descaso ao padrão constitucional da seguridade social. Isso se deve a um aumento da demanda social, em conjunto com o aumento da pobreza e desemprego, sugados pela macroeconomia do Plano Real.

O texto expõe que há uma disposição de diminuição e restrição de direitos, com a justificativa da crise fiscal do Estado, revertendo as políticas sociais a ações de compensação e, também, pontuais, voltadas aos efeitos mais cruéis da crise. Em um cenário em que se tenta reverter o conservadorismo na política social, temos, no Brasil, que, a partir da Constituição de 1988 há uma perspectiva de criação de um padrão público universal de proteção social que recai em um ambiente hostil e complexo para afirmação dos direitos sociais, como definido na Constituição Federal. O que está definido neste artigo são os direitos sobre a proteção à maternidade, infância e assistência social, trabalho, saúde e educação. Sobressai o consenso sobre a inserção da seguridade social na Carta Magna de 1988 que mostrou uma das mais importantes ascensões da política social no Brasil, tendo a chance da estruturação atrasada do sistema amplo de proteção social, que não se efetivou, se mantendo inconcluso.

Um rápido resgate dos princípios promulgados no artigo 194 do Capítulo II (Da Seguridade Social) do Título VIII (Da Ordem Social) da Constituição, que deveria orientar a operacionalização da seguridade social no Brasil, confirma essas análises. O princípio da universalidade da cobertura proposto não tem a pretensão de garantir direitos iguais a todos os cidadãos, mas assegura a política

de saúde como direito universal, estabelece a assistência como direito aos que dela necessitarem (embora o benefício do salário mínimo para idosos e pessoa com deficiência seja associado à incapacidade para o trabalho), mas mantém a previdência submetida à lógica do seguro, visto que o acesso aos direitos é derivado de uma contribuição direta anterior. Os princípios da uniformidade e da equivalência dos benefícios garantem a unificação dos regimes urbanos e rurais no âmbito do regime geral da previdência, mediante contribuição, e os trabalhadores rurais passam a ter direito aos mesmos benefícios dos trabalhadores urbanos. A seletividade e a distributividade na prestação de serviços apontam para a possibilidade de instituir benefícios orientados pela "discriminação positiva". Esse princípio não se refere apenas aos direitos assistenciais, mas também permite tornar seletivos os benefícios das políticas de saúde e de assistência social, numa clara tensão com o princípio da universalidade. A irredutibilidade do valor dos benefícios indica que nenhum deles deve ser inferior ao salário-mínimo, mas também sinaliza que tais benefícios devem ser reajustados de modo a não ter seu valor real corroído pela inflação, o que vem assegurando que nenhum benefício previdenciário seja inferior ao salário mínimo, apesar das diversas tentativas governamentais de desvinculação. A diversidade das bases de financiamento, talvez um dos mais importantes princípios constitucionais, absolutamente fundamental para estruturar a seguridade social, tem duas implicações. (Bering, Boschetti, 2016, p.158).

As autoras complementam que, primeiramente, é importante ressaltar que as contribuições dos empregadores não devem mais ser exclusivamente baseadas na folha de salários. É necessário que elas incidam sobre o faturamento e o lucro, a fim de tornar o financiamento mais equitativo e progressivo. Essa mudança compensaria a redução das contribuições patronais causada pela introdução da tecnologia e pela consequente diminuição da mão de obra, além de lidar com o elevado mercado informal existente no Brasil. Em seguida, essa diversificação implica que o governo federal, os Estados e os municípios devem destinar recursos fiscais para o orçamento da seguridade social. É uma medida de extrema importância para garantir a sustentabilidade desse sistema. Por fim, é fundamental que a administração da seguridade social seja democrática e descentralizada, assegurando uma gestão compartilhada entre governo, trabalhadores e prestadores de serviços. Aqueles que financiam e usufruem dos direitos (os cidadãos) devem participar das tomadas de decisão. No entanto, é importante ressaltar que isso não significa que os trabalhadores e empregadores devam administrar as instituições responsáveis pela seguridade social. É necessário encontrar um equilíbrio entre os diferentes atores envolvidos, de maneira a garantir uma gestão eficiente e responsável.

Behring e Boschetti (2016) finalizam:

Esses são os princípios que norteiam a estrutura da seguridade social, que seriam responsáveis por gerar mudanças na assistência social, saúde e previdência, se unindo para a formação de uma rede de proteção coerente e ampliada. Seu objetivo era "permitir a transição de ações fragmentadas, desarticuladas, e pulverizadas para "um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social". (Bering, Boschetti, 2016, p.158).

Seguem afirmando que mesmo com essas indicações, elas não foram orientações que deram sustento à efetivação das políticas que formam a seguridade social na década de 1990. A seguridade social brasileira gerou políticas com traços específicos que acabam mais excluindo do que somando, o que faz com que o conceito de seguridade fique na metade do caminho entre assistência e seguridade social.

Os direitos mantidos pela seguridade social se orientam, sobretudo, pela seletividade e privatização, em detrimento da universalidade e estatização. As reformas da previdência de 1998 e 2003 introduziram critérios que focalizam ainda mais os direitos na população contribuinte, restringem direitos, reduziram o valor de benefícios, limitaram alguns benefícios como o salário-família e o auxílio-reclusão (condicionados a critérios de renda), provocaram ampliação da permanência no mercado de trabalho (Salvador, 2005) e não incorporaram os trabalhadores pobres inseridos em relações informais, que totalizam aproximadamente 40,6 milhões (57,7% dos 70,5 milhões de ocupados, com 10 anos ou mais, segundo o IBGE). Cabe lembrar que 58 em cada 100 trabalhadores não contribuem diretamente para a previdência social e, destes, 20,4 milhões (50,12%) não têm rendimentos ou o rendimento é inferior a um salário mínimo (5 milhões são trabalhadores rurais e 15,4 milhões são urbanos). A saúde pública padece da falta de recursos, o que se evidencia nas longas filas, na demora para prestação dos atendimentos, na falta de medicamentos e na redução de leitos. Há uma forte tendência de restringir a saúde pública universal em um pacote de "cesta básica" para a população pobre, conforme vêm apontando os jornais. (Bering, Boschetti, 2016, p.161).

De acordo com as autoras, a política pública que mais vem sofrendo para se materializar é a assistência social. O Sistema Único de Assistência Social (SUAS), vem como forma de mudar este quadro, trazendo meios que necessitam de reconhecimento, como a efetivação do sistema participativo e descentralizado, que reforça a proposta da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), referente a articulação entre Conselhos, Planos e Fundos. Mesmo com o conceito

constitucional, não houve a efetivação, até então, de um Ministério da Seguridade Social, fazendo com que as políticas de assistência social, saúde e previdência, sigam sob gerência de orçamentos e ministérios específicos. A proposta de uma saúde pública e universal, aparenta estar passando por problemas com um processo de privatização passiva, a Política de Assistência Social, o SUAS, ainda não está implementada em todos os municípios, e quanto aos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), abrangem apenas, 27,5% dos municípios.

Behring e Boschetti (2016) apontam que os recursos financeiros para as políticas sociais e de modo geral para a seguridade social, não receberam aumento significativo, apesar do aumento da arrecadação tributária. Esses recursos da Seguridade Social chegam todo ano pelo Governo Federal através da Desvinculação das Receitas da União (DRU), tendo em conta o pagamento de juros da dívida e a composição do superávit primário. Acontece que esse modelo que transfere recursos do orçamento da Seguridade Social para o fiscal, causa problemas, uma vez que libera a transferência de recursos públicos para o mercado financeiro.

Para as autoras, devido a ampliação dos direitos (a exemplo, benefícios assistenciais não contributivos, saúde universal) fez com que fossem criadas contribuições sociais sobre lucro e faturamento, como Contribuição sobre Movimentação Financeira (CPMF), Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (Cofins). Porém, os trabalhadores são os que mais contribuem com esse financiamento através da folha de salário ou a contribuição sob consumo. O Brasil ainda é um país com um índice de desigualdade social bastante alto, e apesar de alguns programas ligados à recuperação do poder de compra e o equilíbrio econômico, o país continua com seu perfil de desigualdade e pobreza mantido, mesmo que tenha sido constatada uma diminuição na miséria.

Behring e Boschetti (2016) apontam que o número de mulheres chefes de família aumentou, isso tanto com mulheres pobres, quanto não pobres, porém atingindo de forma mais avassaladora as mais pobres. Esse aumento pode estar espelhando uma expansão da responsabilidade da mulher nas tomadas de decisões ligadas à família e em seu sustento. Se tratando da educação, o analfabetismo atinge 11,6% da população entre 15 anos ou mais, o que gera uma média de 14,6 milhões de pessoas. Quanto às crianças, existe o acesso à escola, mas em relação ao ensino fundamental, menos de 70% o concluem. Essa desigualdade é perceptível

pelos critérios de raça e território, onde as áreas urbanas Sudeste e Sul mostram indicadores mais favoráveis que as demais regiões do Brasil, onde o analfabetismo tem sua taxa entre os negros, 2,3 vezes maior. No que se refere à saúde, há dificuldade de acesso em face da pobreza, além do aumento dos óbitos entre os homens entre 15 e 39 anos. A moradia se caracteriza pela falta de infraestrutura básica, onde 80% dessas habitações se localizam nas cidades. O número de moradias populares oferecido é baixo, aumentando o número de ocupações irregulares e segregação espacial, vindo a gerar a construção de muitas casas nas favelas. De acordo com as autoras, são cerca de 1,7 milhões de imóveis em 2000 em comunidades. Não obstante, 28,5% da população brasileira, equivalente a 41,8 milhões de pessoas, não possuem acesso a serviços de esgoto, água e coleta de lixo.

Ainda segundo as mesmas autoras, há uma violência que vem de cima, que atinge diretamente os mais pobres, e é formada pela estigmatização da vida, desemprego e exílio em bairros mais pobres. Convivendo com essa violência, o ambiente em que essas pessoas vivem se tornou um lugar desesperançoso, que gera entre os mais jovens, raiva e revolta. Com essa forma de política que se distancia de um tratamento humano e solidário. A título de exemplo, os EUA tiveram aumento de seus recursos para a área carcerária e, por consequência da "política estatal de criminalização das consequências da miséria do Estado", e houve crescimento de 314% da população carcerária, em 1970. O que justifica esse aumento seria a guerra às drogas, gerando uma verdadeira perseguição aos vendedores de rua dos guetos. Essa política acabou aumentando muito o número de acautelados, majoritariamente negros, assim como no Brasil. "Essa estocagem dos pobres serve à regulação da miséria, ao armazenamento dos refugos do mercado para evitar a inquietação urbana nas grandes metrópoles" (BEHRING, BOSCHETTI, 2016, p.188).

No caso brasileiro, se aceitamos a tese de que temos aqui um processo de americanização perversa da polícia social (Viana, 1998), apesar dos avanços legais da Constituição de 1988 e da legislação complementar que veio em seguida, isso significa uma forte dualização e corrosão da sociabilidade, conforme atestam os dados enunciados acima, que mostram a miséria do Estado para superar o estado da miséria, no contexto do ajuste fiscal neoliberal. (Bering, Boschetti, 2016, p.188).

Para as mesmas autoras, nos últimos 10 anos no Brasil, 600 mil jovens com idade entre 15 e 25 anos, morreram como forma de dominação da política, através dos genocídios, com a justificativa de combate ao tráfico de drogas. A população carcerária também aumentou em 300% em 1990, no governo de Fernando Henrique Cardoso, sendo homens jovens em sua maioria.

O documento do TCU, Relatório e pareceres prévios sobre as contas do Governo da República - Exercício de 2001 (Brasília, 2002), mostra a execução do Departamento Penitenciário Nacional que realiza a gestão do Fundo Nacional Previdenciário. Em 2001 gastaram-se R\$237,6 milhões com a construção, ampliação e reforma das prisões, enquanto a assistência e a profissionalização dos presos custaram apenas R\$5,6 milhões. Esse Fundo, em 1994, tinha uma dotação de R\$24,2 milhões e, em 2001, já gastava R\$258, 1 milhões, num crescimento exponencial. O investimento na contratação de trabalhadores para a ressocialização dos presos oscila entre 6 e 13% dos gastos nos vários estados brasileiros, com exceção de Santa Catarina, com um admirável investimento de 44,9% dos recursos neste item. Ou seja, a maior parte dos recursos são investidos na contenção e na segurança. (Bering, Boschetti, 2016, p.189).

As autoras concluem, então, que há um aumento dos gastos com polícia e prisões, uma vez que o gasto social cresce muito lentamente, ou seja, mesmo com as políticas sociais e públicas, as respostas não chegam. Mostram o contrário, que os programas ainda são focalizados e residuais, até mesmo tímidos, principalmente na previdência social e na assistência social. O que acontece é que a política social no capitalismo, não consegue modificar esse cenário. Deve ser tarefa de todos, guiar as políticas sociais a uma ampla cobertura de lutas desses trabalhadores. É imprescindível que haja luta e debate das políticas sociais, uma vez que envolve as necessidades básicas do ser humano, gerando um significativo efeito em suas condições de vida em geral.

2.2 O MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA

De acordo Cohn (s.d) a reforma sanitária brasileira está ligada a um movimento, com origem nos anos 1970, no contexto de ditadura militar.

Não se condenava mais os fatos sociais a serem externos ao processo saúde-doença, mas, reconhecendo a especificidade deste, passava-se a concebê-lo também como parte integrante do social. Da mesma forma, começam a ser desveladas as dimensões sociais, políticas e econômicas da prática médica e das medidas na área da

saúde. Em suma, retira-se a saúde da esfera estritamente técnica e rompe-se a dicotomia prevenção-cura na construção desse novo objeto de estudo - a medicina social - na sua referência à realidade brasileira. (Cohn, s.d, p.124).

Castro (2018) demonstra que o movimento da Reforma Sanitária foi legitimado pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), e pelo Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES).

O papel da Abrasco e Cebes, nesse contexto, mereceria uma seção à parte. De forma sintética, podemos dizer que essas instituições foram peças-chave para o processo de construção de identidade em torno de uma área de conhecimento batizada no Brasil como Saúde coletiva. Campo marcado pela diversidade de saberes e disciplinas, abordagens e perspectivas, foi o palco de um importante movimento de crítica às velhas formas de se praticar Saúde Pública. (Paiva, Teixeira, 2018, p.22).

Os autores apontam que outros dois movimentos fizeram parte do movimento da Reforma Sanitária: o movimento dos médicos que surgiu a partir de críticas ao sistema de saúde da época e da luta dos trabalhadores por direitos trabalhistas. No caso do movimento dos médicos, a luta se deu sob liderança dos sindicatos médicos, que também realizavam greves por transformações no sistema de saúde e melhores condições de trabalho, já o movimento popular pela saúde, originou-se através de grupos que tinham o apoio da esquerda e da Igreja Católica, que defendiam principalmente melhores condições de saúde para as regiões mais pobres. Esses movimentos foram importantes na expansão do debate sobre a reforma da saúde, ajudando na formatação do movimento sanitário, principalmente através de seus grupos na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS).

Segundo os autores, no início dos anos 1980, surgem novas iniciativas que deram maior clareza aos temas relacionados à saúde, como o primeiro Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos deputados, e a organização da VII CNS, que realizava reuniões periódicas com o intuito de promover a divulgação de informações entre os profissionais da área da saúde. (Porém, juntamente com essas iniciativas positivas surgiram ações negativas como, o aumento das dificuldades financeiras na previdência, tornando esta uma crise pública nos anos de 1980) Porém, juntamente com essas iniciativas, vieram questões como o aumento dos problemas de cunho financeiro da previdência, vindo essa crise a público nos anos 1980. O desemprego e a crise econômica diminuíram as receitas

previdenciárias incidindo sobre a cobertura previdenciária e médica e estava relacionada também ao aumento da cobertura previdenciária e médica. A falta de um financiamento correto, e o modelo de compra de serviços privados que era alto, acabavam aumentando esse déficit.

A partir desse período, com ingresso de diversas lideranças do movimento sanitário em cargos diretivos do MPAS, consolida-se a ideia de necessidade de aproximação coordenada ou fusão de medicina previdenciária e saúde pública. A resposta dos técnicos do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) para a crise materializou-se em medidas que buscavam diminuir as despesas com os contratos com o setor privado e ampliar ações do setor público. O principal conjunto dessas medidas foi denominado Ações Integradas de Saúde (AIS) que, com base em mecanismos de regionalização e hierarquização, procurou interligar a rede pública nas esferas federal, estadual e municipal. Tais iniciativas começaram a alterar a lógica do sistema vigente, antecipando as propostas institucionais da reforma sanitária no fim dos anos 1980. (Paiva, Teixeira, 2014, p.24).

Paiva e Teixeira (2014) relatam que em 1986, ao fim do período da ditadura militar, aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), devido a mobilização da sociedade para que a reforma do sistema de saúde acontecesse. Nela foi debatido e posteriormente aprovada as demandas mais importantes do movimento sanitarista, como tornar um sistema de saúde único, fortalecendo o setor público. Essa Conferência foi chamada pela Presidência da República, através do ministro da saúde, em 1985, um ano antes de ser realizada de fato. Teve a participação de quase cinco mil pessoas. O principal tema tratado era o de ser dever do Estado e direito do cidadão ao que se refere a saúde; também a participação popular nos serviços de saúde e a hierarquização do cuidado de acordo com sua especialização e complexidade.

Após a VIII CNS, que ocorreu no ano de 1986, tivemos em 1987, a criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) que

Tinham como principais diretrizes: universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde; integralidade dos cuidados assistenciais; descentralização das ações de saúde; implementação de distritos sanitários. Trata-se de um momento marcante, pois, pela primeira vez, o Governo Federal começou a repassar recursos para os estados e municípios ampliarem suas redes de serviços, renunciando a municipalização que viria com os SUS. As secretarias estaduais de saúde foram muito importantes neste movimento de descentralização e aproximação com os municípios,

que recebiam recursos financeiros federais de acordo com uma programação de aproveitamento máximo de capacidade física instalada. Podemos localizar no SUDS os antecedentes mais imediatos da criação do SUS. (Reis et al., s.d, p.34).

Esses movimentos resultaram em um marco importante que foi a criação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), implementado através da Constituição Federal de 1988.

Instituindo o período "universalista" (BRAVO, 2009) baseado no conceito de cidadania universal que compreende todo cidadão como sujeito de direito. A partir desse momento, a política de saúde vincula-se à democracia e conta com a participação de novos sujeitos sociais objetivando a melhoria da área e o fortalecimento do setor público. (Castro, 2018, p.9).

De acordo com Reis et al. (s.d), a criação de fato do SUS, se deu através de sua regulamentação na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a qual iremos aprofundar no próximo item deste capítulo.

2.3 POLÍTICA PÚBLICA DA SAÚDE: SUS como direito de todos e dever do estado

De acordo com Souza (2006), podemos apontar de forma geral, que a política pública busca 'implementar a ação governamental' e/ou examinar essa ação", a política pública como uma área do conhecimento que procura colocar o governo em ação.

Dentro das políticas públicas temos a política de saúde, na qual o SUS está inserido.

O SUS tem sido reconhecido como uma política construída pelos movimentos sociais que lutaram pela democracia, ocupando espaços na Constituição e nas leis, tendo os governos a obrigação de implementá-la. É um dos caminhos para a garantia do 'direito à saúde' dos cidadãos, como dever do Estado, constituindo o maior sistema público de saúde do mundo. Corresponde a um sistema de serviços de saúde de caráter público, organizado com as seguintes orientações: a) atendimento integral, com ênfase nas ações preventivas e sem prejuízo das ações assistenciais; b) participação da comunidade; c) descentralização, com direção única em cada esfera do governo. (Paim, 2010, p.96).

Como vimos anteriormente, o SUS veio de um processo que passou pelo movimento da Reforma Sanitária, chegando à Constituição Federal de 1988, até a

sua regulamentação pela Lei 8.080/1990. A Constituição Federal de 1988 explicita que:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Brasil, 1988).

Enquanto a Lei que regulamenta o SUS dispõe que:

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS). (Brasil, 1990).

Significativas foram as mudanças advindas deste contexto, mas neste momento vale destacar o conceito de saúde que ganhou uma forma ampliada deixando de lado a concepção de saúde como ausência de doença e passando a compreender os fatores condicionantes e determinantes como ponto de partida para o conceito de saúde. Assim sendo:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (Brasil, 1990, p. 20).

Fica evidente na história que a conquista do SUS se deu a partir de muita luta junto à sociedade, mas não se pode negar que a base do funcionamento e financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) é algo que sempre ficará atrelado

ao capital privado, aumentando assim o sucateamento da saúde já que o financiamento público não supre as necessidades básicas e se faz necessária as buscas por parcerias privadas. Por este modo se dá o sucateamento do sistema com buscas de parcerias privadas para conseguir se manter um uso pela sociedade.

Vale destacar que a intenção do Sistema Único de Saúde é fortalecer as propostas que surgiram no desenvolver da Reforma Sanitária, e é na busca pelo conceito de saúde de forma ampliada que o enfrentamento ao capitalismo se mantém forte.

Bertani e Sarreta (2005) destacam que mesmo com os avanços, a política de saúde continua se desenvolvendo de forma tradicional com pouca concepção sócio-histórica do conceito.

Quando analisado, o SUS deve ser compreendido como um sistema de serviços de saúde, o qual podemos destringir em cinco componentes fundamentais: financiamento, gestão, organização, infraestrutura e modelo de atenção. O destaque aqui é para o financiamento, que pode ser considerado como base para o desenvolvimento dos outros componentes fundamentais.

De acordo com Mendes (2012) ao longo dos anos de existência do SUS, vários foram os constrangimentos sofridos no âmbito do financiamento, podemos considerar alguns aspectos de maneira resumida:

a) a partir de 1993, a previdência deixou de repassar recursos para o SUS (regulamentado na reforma previdenciária do governo Fernando Henrique Cardoso); b) a criação do Fundo Social de Emergência, em 1994, que posteriormente denominou-se Fundo de Estabilização Fiscal e, a partir de 2000, intitulou-se Desvinculação das Receitas da União (DRU) – denominação até o momento mantida, definiu, entre outros aspectos, que 20% da arrecadação das contribuições sociais seriam desvinculadas de sua finalidade e estariam disponíveis para uso do governo federal, longe de seu objeto de vinculação: a seguridade social. Esse mecanismo vem provocando perdas de recursos para a seguridade social; c) aprovação da CPMF, em 1997, como fonte exclusiva para a saúde, mas a retirada de parte das outras fontes desse setor, não contribuindo assim para o acréscimo de recursos que se esperava; d) aprovação da Emenda Constitucional -29 (EC-29), em 2000, vinculando recursos para a saúde, porém com indefinições sobre quais despesas deveriam ser consideradas como ações e serviços de saúde e o que não poderia ser enquadrado nesse âmbito, além de dispor de método conflitante de cálculo para aplicação dos recursos da União – isto é, o valor apurado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB – e, ainda, não esclarecer a origem dos recursos no tocante à seguridade social, ignorando o intenso embate por seus recursos... (Mendes, 2013, p.987).

A partir dessa pequena demonstração de constrangimentos financeiros enfrentados pelo SUS desde seu surgimento, destacamos os seguintes principais problemas: recursos financeiros insuficientes e fracionados; baixa ou nenhuma participação dos Estados no financiamento; desvios de recursos / ineficiência de gestão; deficiência de recursos humanos; precarização das relações de trabalho e limitações aos acessos e serviços. Esse esboço das problemáticas de enfrentamento nos dará apoio teórico para mais a frente discutirmos sobre a saúde como espaço sócio - ocupacional de assistentes sociais e o papel do Assistente Social na saúde.

Assim sendo Paim, 2010 complementa:

Daí a necessidade de garantir o caráter público do SUS, mas sem atrelamento ao Estado, protegendo-o da descontinuidade administrativa e de intercorrências desastrosas derivadas das 'manobras da política'. 'Publicizar' o SUS, sem privatizá-lo, assegurando-lhe autonomia perante o Estado, governos e políticos, porém submetendo-o ao controle público e democrático mediante gestão compartilhada pela sociedade civil, trabalhadores da saúde e governo, ou seja, um 'Estado ampliado'. (Paim, 2010, p.99).

Deste modo, a essa altura é necessário reavaliar a prática do SUS a partir dos serviços prestados para que a sociedade o reconheça como um processo em constante construção, ao compreender o que se passa em sua constituição no desenvolvimento da abrangência e amplitude sabendo que não existe uma plena consolidação do sistema fortalecendo assim a importância de participação da população e uma constante vigilância para manutenção dos direitos sociais conquistados com tanta luta. (Sarreta; Bertani, 2005).

3 CAPÍTULO II – POLÍTICA DE SAÚDE COMO ESPAÇO SÓCIO-OCUPACIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL

Este capítulo tem como objetivo discutir acerca do trabalho do/a assistente social, sendo este um trabalhador assalariado, que está inserido na divisão social e técnica do trabalho (Iamamoto, 1999), tendo como objeto de trabalho a questão social, viabilizando direitos a partir das políticas sociais, onde a profissão também acaba servindo ao Estado, que é quem contrata o seu trabalho.

No decorrer do capítulo, iremos abordar sobre o trabalho do/a assistente social na política de saúde, especificamente no SUS. É sabido que os espaços sócio-ocupacionais das diversas áreas da saúde é o segundo maior empregador de assistentes sociais.

3.1 ESPAÇO SÓCIO-OCUPACIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL E A CONTRADIÇÃO DO SISTEMA ESTATAL

De acordo com Raichelis (2009) a profissionalização do Serviço Social foi gerada a partir do crescimento da intervenção do Estado capitalista nos meios de regulação e reprodução social, através das políticas sociais públicas. Apesar de a Igreja Católica ter tido importância na emergência do Serviço Social brasileiro, foi em meio a Segunda Guerra Mundial, com as migrações campo-cidade, a aceleração industrial, entre outros fatores, que geraram pressões ao Estado de respostas à demanda de reprodução social da classe trabalhadora nas cidades.

Raichelis (2009) aponta que há um crescimento de instituições sociais através desse processo, que fizeram emergir os diversos espaços sócio-ocupacionais para o Serviço Social "vir à tona" como profissão, levando em consideração que a questão social se coloca na direção da intervenção do Estado, através das políticas sociais. Outra questão apontada pela autora, é que o Serviço Social se constitui como profissão para intervir junto ao enfrentamento da questão social, que se modifica e intensifica, em meio a diferentes conjunturas sociopolíticas e econômicas. A questão social se refere às novas e velhas questões vindas da desigualdade social, marcadas pelo capitalismo e acirradas em seu estágio monopolista. Devido ao aumento da centralização das políticas sociais pelo Estado capitalista, em meio ao processo de modernização conservadora no Brasil, causa um maior número na

demanda de ação de serviços sociais e programas, incentivando a ligação entre Serviço Social e política social, com isso o aumento no mercado de trabalho para assistentes sociais.

A autora discute ainda que a profissionalização do/a assistente social se dá através da estruturação de um espaço sócio-ocupacional apontado pela dinâmica contraditória que aflora no sistema estatal com as relações entre classes sociais, que modificam as consequências da questão social em um propósito de intervenção sistemática do Estado. Assim, surge um espaço do Serviço Social na divisão social e técnica do trabalho, através da criação de um mercado de trabalho que necessita de profissionais capazes de implementar e formular políticas sociais, sendo eles assistentes sociais.

Para os assistentes sociais será reservada, prioritariamente, a relação com os segmentos sociais mais vulnerabilizados pelas sequelas da questão social e que buscam, nas políticas públicas especialmente nas polícias sociais, em seus programas e serviços, repostas às suas necessidades mais imediatas e prementes.

Neste âmbito, configura-se o mercado de trabalho para o assistente social, quando ele é investido como um dos agentes executores das políticas sociais. Como observa Netto (2005, p.74), "prioritariamente no patamar terminal da ação executiva", onde o assistente social é convocado a realizar as mais variadas atividades na administração de recursos e implementação de serviços, considerando a tendência cada vez maior de setorização da política social (políticas sociais no plural) e a capilaridade que os serviços sociais e assistenciais assumem para gerir as demandas do capital e das massas trabalhadoras. (Raichelis, 2009, p.3-4).

O Estado acaba impulsionando a profissionalização do/a assistente social, aumentando o mercado de trabalho cada vez mais diverso, seguindo os rumos do desenvolvimento capitalista em nossa sociedade.

A centralidade do Estado, na análise das políticas sociais, não significa reduzi-las ao campo de intervenção estatal, uma vez que para a sua realização participam organismos governamentais e privados que estabelecem relações complementares e conflituosas, colocando em confronto e em disputa necessidades, interesses e formas de representação das classes e de seus segmentos sociais. (Raichelis, 2009, p.4).

Pensar o trabalho do/a assistente social no campo estatal está ligado ao tema das relações entre a sociedade civil e o Estado, sendo que Estado não é algo que está separado da sociedade civil, vindo a ser produto dessa relação, que muda nos diversos contextos históricos.

Iamamoto (2009), apresenta uma pesquisa realizada em 2005 pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e Conselho Regional de Serviço Social (CRESS), que mostra o perfil dos/as assistentes sociais no Brasil, sendo que

No nível nacional, 78,16% dos assistentes sociais atuam em instituições públicas de natureza estatal, das quais 40,97% atuam no âmbito municipal, 24%, estaduais e 13,19%, federais. Assim, assistente social no Brasil é majoritariamente um funcionário público, que atua predominantemente na formulação, planejamento e execução de políticas sociais com destaque às políticas de saúde, assistência social, educação, habitação, entre outras. O segundo maior empregador são empresas privadas com 13,19% (o mesmo índice que as instituições federais), seguido do “Terceiro Setor”, com 6,81% (englobando Organizações Não Governamentais (ONGs), Associações, Cooperativas, entre outras que viabilizam a chamada “responsabilidade social”).

A grande maioria dos profissionais, 77,19%, possui apenas um vínculo empregatício; 10,31% registram dois vínculos e apenas 0,76, três ou mais. A ausência de vínculos é expressiva (11,74%), indicando a não inserção no mercado de trabalho na área de Serviço Social.

O principal tipo de vínculo é o de estatutário (55,68%) prevalecente em todas as regiões. Seguem os contratos com base na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), que representam 27,24%; os contratos temporários representam 9,41% e serviços prestados, 5,84%. Os demais vínculos não são significativos. (Iamamoto, 2009, p.5-6)

Com isso,

Intensificam-se os processos de subcontratação de serviços individuais dos assistentes sociais por parte de empresas de serviços ou de assessoria na prestação de serviços aos governos, acenando para o exercício profissional privado (autônomo), temporário, por projeto, por tarefa, em função das novas formas de gestão das políticas sociais. (Raichelis, 2009, p.7).

Conforme os dados do CFESS (2022), o que justifica esse aumento de contratos temporários de assistentes sociais, foi o fato do favorecimento da lei da terceirização de atividades meio e atividades fim que foi aprovada em 2017, e também pelas contrarreformas previdenciária e trabalhista.

Com base na PNAD Contínua/ IBGE do primeiro trimestre de 2020, registram que 7,9% do total do emprego público no país era contratado com carteira assinada e 15,4% eram empregados sem carteira, que somados representavam 23,3%, enquanto os estatutários eram 76,7%. Os dados revelam que 64% dos

trabalhadores com carteira e sem carteira, onde podem estar os terceirizados, estão nos municípios, 24% nos estados e 12% na união. (Cfess, 2022, p. 109).

Seguindo com os dados dessa pesquisa, fica constatado que

Nos municípios, do total do emprego público, neste mesmo período, 7,0% eram com carteira assinada e 18,9% eram sem carteira, somando 25,9%, sendo 74,1% de estatutários. Nos estados da federação, 19,8% e 80,2% eram estatutários, enquanto no nível federal os com carteira e sem carteira eram 19,8% e os estatutários 80,2%. (Cfess, 2022, p. 109).

O documento ressalta ainda que entre 2015 e 2020, o emprego público com a carteira assinada nos municípios teve uma diminuição de 12%, enquanto nos estados essa baixa foi de 15,6%, e os sem carteira assinada tiveram um aumento de 17% nos municípios e 7,4% nos estados.

Conforme exposto por Raichelis (2009), o/a assistente social na esfera estatal, além de atuar no setor executivo, também está inserido nos poderes judiciário e legislativo. De forma básica, no judiciário, o/a assistente social trabalham no acesso aos direitos à justiça, a fim de procurar superar a discriminação na aplicação de algumas leis referentes às classes subalternas. Já no legislativo, sua participação apesar de limitada, se põe como possível área para um aumento de profissionais que visualizam no parlamento a possibilidade de obter avanços nas lutas sociais.

Neste sentido, inúmeros projetos e leis têm sido formulados por assistentes sociais atuantes nos parlamentos municipais, estaduais e federal, revelando que o compromisso ético-político da profissão pode e deve manifestar-se em todos os espaços em que for possível tensionar e politizar a luta pela universalização dos direitos. (Raichelis, 2009, p.12)

Com a presença de assistentes sociais nos conselhos de defesa de direitos no judiciário, legislativo e executivo, e nos conselhos de políticas sociais, são demandados desses profissionais nova capacitação técnica, teórica e ético-política, especialmente no âmbito municipal.

O desafio que se põe neste cenário é

De um lado, avançar a articulação entre as ações desenvolvidas e a reflexão teórica crítica, que seja capaz de se antecipar aos desafios e colaborar nas definições mais substantivas do conteúdo das políticas

sociais é dos direitos que devem garantir. E, de outro lado, participar ativamente do movimento de defesa do caráter universalizante da Seguridade Social brasileira e da primazia do Estado na sua condução, reafirmando a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), da Previdência Social, da Educação Pública, combatendo o reducionismo do modelo de política social voltada aos mais pobres entre os pobres, a despolíticação da política, a refilantropização da questão social, trazendo de volta ao debate o ideário e o imaginário da subjetividade pública e da universalização dos direitos. (Raichelis, 2009, p.13).

Segundo a autora, a municipalização das políticas sociais públicas, requer dos/as assistentes sociais e de outros profissionais, novas competências e atribuições. Também aumentam os espaços para atuação na avaliação e criação de políticas, gestão de programas e projetos sociais, planejamento, isso de uma forma mais crítica. Atividades como assistência social, implantação de conselhos de políticas públicas nos setores da saúde, habitação, planejamento estratégico do trabalho, entre outros meios, também se ampliaram para a atuação dos/as assistentes sociais.

A autora aborda que o Serviço Social tem trilhado um caminho de atuação direta com a população, estando próximo ao modo de viver dessas pessoas em seu dia a dia. Nos últimos tempos, com as instâncias coletivas de representação política e movimentos sociais enfraquecidos, a organização popular deu espaço a meios institucionalizados de participação.

Segue dizendo que em relação às Conferências e Conselhos, se faz necessário ir além e combiná-los com mais mecanismos de ação coletiva, que leve mais adiante a participação popular em diversas áreas, sendo possível expor suas expectativas, reivindicações e visões. É preciso que haja articulação entre conselhos tutelares, de gestão, Ministério Público, ouvidoria e defensorias públicas, conselhos de direitos, entre outros, para que haja avanços na esfera pública.

Mesmo com os impasses no trabalho profissional do/a assistente social, esses profissionais estão erguendo uma história de resistência e luta.

3.2 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE

Bravo (2011) aponta que a profissão Serviço Social, vinha desde de 1946 se normatizando e se expandindo, junto com o crescimento da assistência médica previdenciária, que se tornou um dos campos de atuação do/a assistente social. E

seguindo a problematização de Bravo (2011), em relação à crítica sofrida pelo Serviço Social na América Latina na década de 1960, houve pouca repercussão para a área da saúde. O foco do trabalho nesse segmento foi firmar o modelo técnico para que as demandas da assistência médica tivessem maior distinção.

Ainda segundo Bravo (2013), nos anos de 1960, a profissão assume uma postura de desenvolvimento com a modernização conservadora, e com a administração do bem-estar social. Com a planificação dos serviços de saúde, as ações prioritárias do Serviço Social continuavam apenas no interior do hospital com um suporte da medicina clínica, onde o profissional continuava priorizando ações meramente curativas centradas na doença, e não em seus determinantes sociais. Deste modo, as ações preventivas estavam delegadas em segundo plano, e caberia ao assistente social desenvolver uma atividade básica, promovendo campanhas sanitárias através da mobilização da comunidade. A partir de então, alguns profissionais começam a compreender as contradições trazidas pelo capitalismo.

O capitalismo enquanto o sistema de produção que acentua as desigualdades sociais, vem engendrando situações insustentáveis nos países periféricos e também nos países capitalistas avançados. Este reconhecimento cria uma insatisfação em grupos de assistentes sociais, que tentam romper com a prática profissional que historicamente tem contribuído para reiterar essa situação...o movimento ganha força quando os profissionais começam a esboçar, no seio da categoria profissional, a busca de uma alternativa metodológica comprometida com a transformação dessas sociedades, com a formação de um novo *approach de* orientação da prática do Serviço Social no setor da assistência pública e no aparato institucional onde esta se desenvolve (Bravo, 2013, p.106).

De acordo com Bravo (2011), é no II Congresso Brasileiro de Serviço Social, em 1961, que o grupo de estudos da profissão na área da saúde tem o resultado comprovado de que o propósito de sua atuação profissional seria o de relacionar a doença às características sociais, emocionais e psicológicas. Então são diversos fatores que implicam nas condições de saúde de um indivíduo, afetando o cuidado com sua saúde e o tratamento da doença.

Sobre o II Congresso, segundo a autora, houve apenas um aspecto considerado inovador com relação ao Serviço Social na saúde,

Restrito ao seu enfoque aos ambulatórios e hospitais, foi o estímulo às abordagens grupal e comunitária e também a sinalização para o

enfoque em saúde pública na proteção, prevenção e recuperação da saúde. O mercado de trabalho para o profissional, entretanto, foi ampliado apenas na saúde individual, fundamentalmente na previdência social e não na saúde coletiva. As experiências de medicina comunitária emergentes nos departamentos de saúde pública, principalmente a partir de meados da década de 1960, não envolveram significativamente os assistentes sociais. (Bravo, 2011, p.126).

Ainda de acordo com a autora, no pós-1964, o modelo usado nessa época era autoritário, modernizador e centralizado, rebateu no Serviço Social e, em 1972, o Plano Básico de Ação do Serviço Social na Previdência foi aprovado e tinha como objetivo determinar a política de ação da profissão. Seu objetivo era “mobilizar as capacidades próprias dos indivíduos, grupos e comunidades, com vistas à integração psicossocial dos beneficiários”. (Bravo, 2011, p.126). Com isso, o Serviço Social no INPS, atuando em conjunto com seus beneficiários, tanto os dependentes como com os segurados, através de programas em um mesmo nível de prática direta, como planejamento, administração e política social, tinha suas atividades focadas em duas áreas, sendo a área da saúde ligada a participação no programa, em que desenvolveriam atividades educativas, com o propósito de proteção e recuperação da saúde, e em relação a área do trabalho e previdência, a atuação se deu por atividades também educativas que visassem a interpretação e divulgação da previdência social, contribuindo para a formação de uma mentalidade profissional e a capacitação para o trabalho.

Bravo (2011) analisa que essa programação para o Serviço Social foi demarcada no Plano Básico do Serviço Social da Previdência com o significado de um grupo de normas definindo a clientela e seus objetivos. Já na área da assistência à saúde, temos em destaque ações como:

Recuperação de segurados incapacitados, focalizando os fatores psicossociais e econômicos que interferem no tratamento médico e na manutenção de benefícios; atuação integrada na clínica pediátrica, centrada nos fatores psicológicos, sociais e econômicos responsáveis pelo alto índice de morbidade e mortalidade infantil; no sistema de proteção e recuperação da saúde, incidindo sobre os fatores psicossociais e econômicos que interferem no tratamento médico. (Bravo, 2011, p.127).

O INPS foi um acontecimento importante dessa reforma que a ditadura propiciou ao país, no centro das políticas sociais, que estava ressaltada de forma segmentada, e tinha como objetivo adicionar a nova “racionalidade”, trazendo uma

ampliação no mercado de trabalho para os/as assistentes sociais, através do novo modelo econômico e político que estava imposto. Isso como uma forma de resposta institucional às condições das classes trabalhadoras que vinham se agravando e, conseqüentemente, trazia piora em suas condições de saúde. Com isso os/as assistentes sociais precisaram se capacitar para atender esses usuários, sem que houvesse mudanças nas condições de saúde deles e na forma de financiamento da instituição.

Bravo (2011) afirma que o Serviço Social optou por uma escolha de diagnóstico, modernização, elaboração de programas e projetos que buscava padrões de eficácia e eficiência, sofisticação dos modelos de análise, que refletiu no campo da saúde.

Algumas das produções textuais desse período, sobre o campo da saúde, mostram uma preocupação com a melhora de seu instrumental operativo, uma atenção às atribuições e funções dos/as assistentes sociais. Porém não conseguiram aprofundar teoricamente na análise, que melhoraria sua prática, mas acabaram ficando apenas em uma descrição das atividades realizadas. O Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviços Sociais (CBCISS) ao divulgar seus documentos, enfatiza o seguinte:

As atribuições do Serviço Social na saúde de forma genérica; a ação em clínicas (geriatria, dermatologia, tuberculose); a abordagem face a determinadas temáticas (alta hospitalar, integração profissional na equipe interdisciplinar, organização de departamentos de Serviço Social Médico). (Bravo, 2011, p.128).

Segundo Bravo (2011), o Serviço Social na saúde, devido à influência da modernização que se desenvolveu na área das políticas sociais, vai firmar sua atividade na ação curativa, primeiramente na assistência médica previdenciária, vindo a ser o maior empregador desses profissionais. Já a saúde pública não teve destaque. A prática profissional foi focada na burocratização das atividades, técnicas de intervenção, fornecimento de benefícios que eram recebidos como uma caridade e não um direito, e a psicologização das relações sociais. Em relação ao aspecto educador do Serviço Social, ele foi ressaltado por meio das funções preventivas, promocionais e terapêuticas, que tinham o objetivo de controlar o trabalhador, jogando a responsabilidade de melhoria das suas condições sobre o mesmo.

Essas mudanças ocorridas na profissão estavam relacionadas de forma direta à seguinte questão, de acordo com Bravo (2011, p.129)

As alterações na política de saúde, advindas da conjuntura em que foram gestadas, implicando a reafirmação da subordinação da profissão às necessidades da política de dominação e controle das classes trabalhadoras. Ampliou seu campo de ação e legitimidade profissional junto às instâncias de poder institucional, pois não representava ameaça no trato da questão social, que era absorvida sem crítica.

De acordo com Bravo e Matos (2006), a Política Nacional de Saúde no Brasil, teve sua consolidação configurada, se tornando um marco importante para o país, com aumento dos gastos relacionados à assistência médica, através da previdência social. Como a assistência médica não era para todos, isso acabou criando uma divergência entre o caráter seletivo e excludente, e entre a demanda. Os/as assistentes sociais dentro dos hospitais, irão trabalhar em uma posição, ficando entre a população e a instituição, encaminhando esses usuários a ter acesso aos benefícios e serviços. Os/as assistentes sociais irão pautar seu trabalho nas atividades como a triagem, plantão, orientação relacionada à previdência, acesso a benefícios e encaminhamento.

Ainda conforme apontam os autores, em 1990 é possível observar que o projeto da reforma sanitária e o projeto privatista, sendo os dois projetos políticos que estavam em disputa na área da saúde, traziam demandas diferentes para a profissão.

O projeto privatista requisitou, e vem requisitando, ao assistente social, entre outras demandas: seleção sócio-econômica dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de 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 e Matos, 2006, p.10).

O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), esteve presente em diversas conferências e encontros da área da saúde, sendo eles: 11ª Conferência Nacional de Saúde, Plenária Nacional de Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2º Encontro

Nacional de Conselheiros de Saúde, Plenária Nacional dos Conselheiros de Saúde, as Conferências Nacionais de Saúde Mental e Vigilância Sanitária. A participação e articulação do CFESS na saúde sempre contribuiu para solidificar as políticas públicas no âmbito da democratização da sociedade civil e do Estado.

Durante o período que o relatório abraça, cabe destacar a intervenção da entidade no debate sobre a Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos (NOB-RH); sobre o impacto dos cursos seqüenciais (que a Lei de Diretrizes e Bases da Educação propõe) na área da saúde; o aprofundamento da questão da humanização e acessibilidade no CNS; a intervenção, em conjunto com outras entidades, para a legalização dos cursos de residência para os profissionais não médicos; a discussão sobre a relevância do assistente social na composição das equipes do PSF (Programa de Saúde da Família), enquanto estratégia de melhoria da qualidade do atendimento e não por uma questão corporativista (o que culminou com a aprovação de uma moção sobre esse ponto na 11ª Conferência Nacional de Saúde) e o incentivo à qualificação da atuação do Assistente Social na área, no qual o documento “Assistente Social: trabalhador da saúde” é um exemplo. (Bravo e Matos, 2006, p.13).

No campo da saúde,

A crítica ao projeto hegemônico da profissão passa pela reatualização do discurso da cisão entre o estudo teórico e a intervenção, pela descrença da possibilidade da existência de políticas públicas e, sobretudo, na suposta necessidade da construção de um saber específico na área da saúde, que caminha tanto para a negação da formação original em Serviço Social ou deslança para um trato exclusivo de estudos na perspectiva da divisão clássica da prática médica. (Bravo e Matos, 2006, p.16).

Sobre a questão da negação da formação original, os autores trazem que parte dos/as assistentes sociais, que ao se formarem na área que ao se especializarem na área da saúde pública da saúde pública, passam a não se considerar mais assistentes sociais, e sim sanitaristas. Os autores consideram que o problema não está nos/as assistentes sociais buscarem conhecimento no campo da saúde, mas passarem a não identificar mais as atividades como sendo de assistentes sociais, como por exemplo assumir a direção de unidade de saúde. Isso traz a ideia de que o Serviço Social apenas realiza as ações que lhe competem historicamente na separação do trabalho coletivo na saúde.

Bravo e Matos (2006) apontam que o/a assistente social deve ter seu trabalho na saúde centrado na procura intensa de incorporação de conhecimento e de

demandas à profissão, ligadas aos valores do projeto de reforma sanitária e princípios ético-políticos do Serviço Social. Pautado/a nesses dois projetos, que poderá ser visto se o profissional está respondendo de maneira eficiente as demandas dos usuários.

Assim sendo, é papel dos/as assistentes sociais em conjunto com outras áreas que defendem o Sistema Único de Saúde (SUS), criar meios para dar força às experiências nos serviços da área da saúde, afirmando o direito social à saúde.

3.3 O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Matos (2013) aponta o que se refere à particularidade do trabalho do/a assistente social na saúde e coloca que os/as assistentes sociais na política de saúde, não “criam” em seu trabalho profissional um método de intervenção que esclareça a sua atuação na área da saúde. Mas mesmo não existindo um saber único do Serviço Social na saúde, há em seu exercício profissional determinantes mais particulares.

Conforme dito pelo autor, o Serviço Social se firma na área da saúde em meio às contradições da Política de Saúde, na qual se encontram as falhas na efetivação do SUS, vindo a ser o/a assistente social, o profissional que cria esse elo invisível do SUS com a prática profissional. “Para a efetivação do SUS, faz-se necessário uma interface com a assistência social. O assistente social domina essa interface, mas não somente.” (MATOS, 2013, p.66). Os/as assistentes sociais, frente às demandas que surgem devido às expressões da questão social, trabalham em diversos setores/segmentos meios do SUS, dentre eles, gestão e planejamento.

Vasconcelos (2007) foca no trabalho do/a assistente social na saúde, em hospitais do Rio de Janeiro, porém, podemos perceber que, apesar do foco ser no Estado do Rio de Janeiro, a essência do trabalho, os desafios, são os mesmos em qualquer localidade.

A autora aponta que nas localidades mais afastadas do centro, existem poucas unidades de saúde, em alguns lugares elas sequer existem. Por conta disso, moradores do Rio e outros municípios são obrigados a procurarem atendimento de saúde em lugares distantes de suas casas. Às vezes, essas pessoas conseguem acessar próximo às suas casas ou trabalho, unidades de saúde pequenas, que

estão sempre lotadas, sendo difícil conseguir atendimento a toda demanda que está posta. Pela distância entre os recursos necessários de saúde, isso gera dificuldade não apenas na qualificação dos serviços que são prestados, que também sofrem com a questão da continuidade, mas afeta a vida desses usuários que além de necessitarem percorrer toda essa distância para atendimento, acabam gastando com transporte para ir de unidade à unidade, até conseguirem atendimento. Assim sendo, o trabalho de diversos profissionais inseridos nas unidades de saúde, como o/a assistente social, sem o planejamento e com a pressão das demandas, se resume à atenção curativa, reforçando na população, a procura de unidades de saúde somente na doença.

Este quadro, que vem impedindo a regionalização dos serviços, é agravado, dentre outras coisas, pelo desconhecimento e/ou não utilização, pela unidade/profissionais de saúde, do perfil da população que busca a unidade no planejamento das ações de saúde, o que leva a um movimento mais ou menos padronizado das diferentes unidades de saúde, independentemente das suas características e complexidade. (Vasconcelos, 2007, p.140).

A autora cita três hospitais do Rio de Janeiro (Miguel Couto, Souza Aguiar e Salgado Filho), que acabam recebendo muitas pessoas que procuram atendimento ambulatorial, mesmo estes hospitais sendo para atendimento de urgência e emergência. Por falar em hospitais, algumas porcentagens mostram a quantidade de assistentes sociais que trabalham em regime de plantão e em outras atividades.

Assim, segundo os assistentes sociais, quanto ao Serviço Social como um todo, em 40% dos Centros Médicos de Saúde (CMS) estudados os profissionais estruturam seu trabalho em Plantões e 60% trabalham articulando atividades de Plantão e participação nos Programas de Saúde, individualmente ou integrando as equipes multiprofissionais. Embora alguns assistentes sociais sinalizem sua participação individual em programas, ainda que na intenção, em 100% dos Hospitais o Serviço Social presta seus serviços através de plantão, incluindo o atendimento às enfermarias e à emergência. Nas maternidades, a atenção prestada aos usuários pelos assistentes sociais está organizada de duas formas: 60% em plantão e 40% articulam o trabalho no plantão, na emergência e nas enfermarias com desenvolvimento de Programas de Saúde - aqui, especificamente, os programas da SMS dirigidos à mulher em idade reprodutiva, adultas e adolescentes. (VASCONCELOS, 2007, p.162).

Como apontado pela autora, esses plantões dos/as assistentes sociais, sejam aqueles que atendem à unidade de saúde como um todo, ou um plantão da

emergência dos hospitais, maternidades e/ou ambulatórios com casos mais complexos, funcionam em salas pequenas (isso independente da unidade de saúde), ambiente que costuma não respeitar a questão do sigilo profissional durante o atendimento ao usuário, salas com pouca ou nenhum tipo de ventilação. Casos até que acabam ocorrendo o atendimento de mais de um usuário, com outro/a assistente social ao mesmo tempo.

De acordo com os dados revelados pela autora, o número de assistentes sociais que entende que o espaço físico de seu trabalho é ruim, no caso 58% pensam o ambiente como um local inadequado. Desta porcentagem, 39% entendem que as instalações são precárias; 34% consideram razoáveis, e 27% denunciam o fato de não terem privacidade nos atendimentos. E, ainda, segundo a autora, 2 assistentes sociais não quiseram se manifestar a respeito das instalações. Citaremos algumas demandas que chegam para os/as assistentes sociais em seus plantões, sendo elas

•**Procura espontânea:** 41% dos assistentes sociais assinalaram que os usuários procuram espontaneamente o plantão. Neste caso, os usuários buscam o Serviço Social para obter acesso aos serviços da unidade (35,56%), para orientações diversas (12,89%) ou para acesso aos serviços, orientações e reclamações 51,56%.

•**encaminhamentos internos:** 33,78% dos assistentes sociais assinalaram encaminhamentos dos projetos para o plantão do Serviço Social para providenciar consultas médicas, orientação previdenciária, inserção na rotina da unidade, encaminhamentos, cadastro nos Programas. A quase totalidade dos assistentes sociais aponta, ainda, encaminhamentos internos realizados pelos profissionais de saúde e pelos demais serviços da unidade, para orientações diversas, solução de problemas, encaminhamentos diversos, localização de familiares e de pacientes; acesso à recursos materiais, atendimento de "casos sociais" - mendigos, moradores de rua -, cartões de visita, requerimentos.

•**encaminhamentos externos:** a procura do plantão pelos usuários através de encaminhamento externo à unidade é apontada por 38% dos assistentes sociais. Neste caso os usuários demandam, prioritariamente, acesso a determinados recursos ou serviços que a unidade oferece, orientações e informações diversas. (Vasconcelos, 2007, p.168).

Assim sendo, dentro dessas demandas, temos algumas características no atendimento dos/as assistentes sociais

- atendimento individual, realizado através de uma única entrevista, sendo raros os retornos ao mesmo serviço objetivando a continuidade ou acompanhamento da demanda apresentada;
- atendimento à demanda espontânea/livre, a demanda encaminhada pelos demais profissionais e/ou serviços da unidade de saúde e encaminhada por outras instituições;
- o assistente social no plantão realiza basicamente **orientações** (previdenciária, acidente de trabalho, programas assistenciais, quadro clínico de paciente internado), **encaminhamentos** (para recursos internos da unidade: inscrição nos programas, agilização de exames e/ou consultas médicas e para recursos da comunidade/ou institucionais: bolsas de alimento, passagem gratuita, recursos assistenciais, exames de alta complexidade, asilamento, apoio), e, em alguns casos, **aconselhamento**. Estas ações, burocratizadas, produzem uma atenção que não tem continuidade nem interna nem externa à unidade de saúde. (Vasconcelos, 2007, p.169).

Por este motivo, o trabalho do/a assistente social acaba sendo burocrático, pois ele irá dar preferência às demandas de orientações e informações pontuais. Esses profissionais acabam seguindo as normas postas pelas instituições, o que faz com que

...ao priorizar um atendimento de escuta/encaminhamento e/ou preenchimento moroso e mecânico de formulários, questionários, cadastros, que viabilizam acesso a benefícios ou inscrição em programas da instituição, referenda a complicação e morosidade da coisa pública burocratizada, que objetiva dificultar ou inviabilizar o acesso dos usuários a serviços e recursos como direito social. Uma prática que, se atende alguns dos interesses e necessidades imediatos dos usuários, como um fim em si mesmo, contribui para impedir e/ou dificultar a capacitação para a participação consciente de usuários e profissionais envolvidos nesse processo, de democratização de informações e saber e o controle social. (Vasconcelos, 2007, p.170-171).

Sobre as demandas que chegam ao Serviço Social, ainda de acordo com a mesma autora, não mudam de hospital para hospital, em relação às orientações passadas pelos/as assistentes sociais. As informações e orientações passadas pelos/as assistentes sociais nessas unidades, possuem relação com as questões previdenciárias, documentação, escola, direitos sociais, população de rua, orientação familiar e situações de violência em geral. Os encaminhamentos são feitos por escrito ou verbal ao profissional acerca dos serviços e programas da unidade.

No cotidiano de trabalho desses profissionais, percebem-se questões que demonstram os problemas existentes em relação ao exercício profissional, que prejudica os usuários.

O desinteresse, a desvalorização e a falta de preparação da instituição e das equipes de saúde para a organização e realização da atenção integral à saúde - um trabalho que integre e articule num só processo ações preventivas, educativas e curativas - negam o que está colocado como prioridade dentro das próprias ações e serviços do SUS no município do Rio de Janeiro - Lei Orgânica, art. 355⁶⁴ - , o que demanda, principalmente, democratização de informações e participação social na busca de superação das dificuldades de implantação do modelo de descentralização, inicialmente proposto pelo SUS, num país que traz a característica histórica de centralização das políticas sociais. (Vasconcelos, 2007, p.191).

Vasconcelos (2007), aponta que além das dificuldades enfrentadas que são postas pela própria realidade cotidiana, o profissional acaba não conseguindo desenvolver suas atribuições e competências profissionais em face do que é proposto na profissão já que por conta da prioridade das situações desenvolvidas pela própria instituição.

Esse fato acaba criando uma certa dificuldade de apresentar para o usuário, qual o papel do assistente social naquele espaço. Em sua maioria, os profissionais entrevistados por Vasconcelos (2007), destacam que acabam dando indicações e demonstram como realizam seu trabalho, destacam que não precisam de fato falar o que fazem no espaço de trabalho, pois os usuários compreendem essa ação pelas atividades que são realizadas, um dos profissionais entrevistados nos mostra que:

A maioria sabe o que o Serviço Social faz; já chega com sua solicitação. Muitos acham que o Serviço Social pode fazer tudo; é necessário explicar o que se faz na unidade. É fazendo perguntas que descobrimos o que podemos fazer; quem trabalha no plantão tem que ter garra e dar segurança. (Vasconcelos, 2007, p. 223).

A seguir iremos abordar alguns tópicos que a autora nos traz, no sentido de compreender o espaço sócio-ocupacional do/a assistente social.

Quando se fala do trabalho em equipe multiprofissional no ambiente de trabalho, observa-se que por mais que seja o indicado pelos órgãos competentes, nem sempre o trabalho multidisciplinar acontece e quando acontece não é pelo fato de a equipe ter se planejado para realizar uma ação específica, ocorre pelo fato de

algum profissional ter se interessado por algo e articulado com outros profissionais interessados.

O trabalho em equipe acaba se tornando algo tão distante que no decorrer da escrita e a partir das entrevistas realizadas com os profissionais, a autora aponta:

Vale notar que os assistentes sociais só sinalizam a existência do trabalho em equipe quando estimulado por questões específicas sobre essa temática quando não deixam de incluir por exemplo as reuniões em equipe como parte da sua rotina de trabalho. (Vasconcelos, 2007, p. 227).

A autora segue pontuando que, por mais que o trabalho em equipe seja indicado pelos programas, algumas vezes o mesmo não acontece por trâmites institucionais que impulsionam os profissionais ao atendimento individual, que trará o resultado mais imediato do atendimento prestado, inviabilizando a busca pela realidade concreta trazida pelo indivíduo.

Quando se fala de planejamento do trabalho profissional, é preciso compreender que esta é uma parte importante do trabalho do/a assistente social, pelo meio do qual esse trabalhador articula criticamente sua própria intenção com o trabalho profissional, processo que inclui o estudo e a compreensão da realidade institucional e social. Vasconcelos (2007) aborda, ainda, sobre a dificuldade encontrada pelos profissionais para realizarem o planejamento de trabalho, já que nas instituições naturalmente não se encontram documentações palpáveis para que seja desenvolvido um projeto de atuação naquele espaço de trabalho. Alguns profissionais se debruçam no planejamento que advém dos programas de saúde, uma vez que sentem falta do que deveria estar disposto na instituição, enquanto outros assistentes sociais,

afirmaram que não utilizam dados da instituição, mas, muito mais, a literatura. São raros os assistentes sociais que apontam a necessidade de se ter acesso/conhecimento a respeito da própria política de saúde... (Vasconcelos, 2007, p. 231).

Vasconcelos (2007) ao abordar os objetivos e metas que o profissional de Serviço Social demonstra ter, a autora enfatiza que em variados momentos no decorrer das entrevistas com os profissionais, o Serviço Social é apontado como um todo dentro do programa, sem que haja um objetivo ou meta específica. Em alguns momentos os profissionais diziam que no Serviço Social não existia nem meta e

nem planejamento e, com isso, criar objetivos ficaria inviável. Em outros, eram apresentados metas e objetivos pessoais em relação à atuação profissional como, por exemplo, tentar atender um maior número de usuários e qualificar o atendimento. Em relação às expectativas da profissão no espaço como objetivo de atendimento, as entrevistas apontam que o/a assistente social, pelo olhar de um maior grupo de profissionais abordados, pretende “ser um facilitador no acesso aos recursos institucionais prestando um serviço de qualidade, agilizando o atendimento, orientando, encaminhando, esclarecendo e informando pacientes e famílias (Vasconcelos, 2007, p. 233). Além disso, uma fala em especial se destaca entre as análises quando o profissional entrevistado diz que o Serviço Social como um todo “não pretende nada, não tem objetivos, é só encaminhar, um trabalho mecânico [...] deverá ser feito o que é delegado para que não haja punição.”

Em um momento posterior, a autora questiona aos profissionais sobre a autonomia profissional e detalha que, segundo os próprios profissionais,

se o Serviço Social, por um lado não possui autonomia quanto aos recursos que gostaria de ter no atendimento aos usuários, por outro ainda que sobrecarregados de demandas, possui no interior das unidades de saúde autonomia nas direções dadas a suas ações, ainda que nem sempre faça uso dela, para projetar e realizar seu trabalho. Esta autonomia pode ser percebida quando aceita realizar algumas demandas porque considera suas, assim como nega outras pelos mais diferentes motivos. (Vasconcelos, 2007, p.234).

Vasconcelos (2007, p.235) aponta que não é reflexo dessa autonomia profissional o fato de uma camada profissional ser cobrada por quantidade e outra não, segue discutindo que não é por conta da autonomia que alguns profissionais possuem, que eles são cobrados mais ou menos dentro da instituição onde trabalham), esse fato se dá pelo modo como o programa está implementado na unidade, enquanto em algumas instituições os profissionais possuem metas de atendimento a cumprirem, em outras como relatado pelos profissionais “fazem o que quer”; em relação a qualidade do atendimento, o que um profissional relata é que “qualidade é esvaziar leitões.”

Todo o contexto da autora debatido até aqui, demonstra as realidades vividas pelos profissionais em espaços sócio-ocupacionais da saúde. A ideia era compreender a lógica de atuação do/a profissional, onde os mesmos se intitulam como profissionais do bem que sempre buscam a satisfação do usuário, atendendo

ou não sua demanda que fazem um trabalho “voltado para o bem e que, por esta razão, não é prejudicial [...] ao usuário...” (2007, p.237). Chama atenção o fato de que em nenhuma circunstância, foi abordado pelos profissionais o questionamento para eles mesmos se os trabalhos exercidos são o máximo ou o mínimo que eles podem fazer. Diante deste pensamento, fica evidente a demanda espontânea e rápida que as instituições buscam. O ponto é atender as necessidades imediatas sem que haja uma aproximação com o referencial teórico. A autora não busca julgar os profissionais que acabam criando uma distância entre teoria e prática, mas questiona o direito à saúde que fica limitado somente ao acesso de serviços, deixando de lado o conceito ampliado de saúde.

Assim sendo, Vasconcelos expõe que

Uma apropriação de qualidade dos instrumentos/referências de defesa dos direitos abre possibilidades, diante da realidade trabalhada, apontando e facilitando a criação de espaço/canais de participação pela preservação, cumprimento e exercícios desses direitos, o que requer a democratização de informações sobre o movimento da realidade/saúde, objetivando e dando visibilidade a participação dos usuários – direta ou indiretamente [...] – nas decisões institucionais. (Vasconcelos, 2007, p.238).

Ainda completa que mesmo com mais de 20 anos após o processo de Reconceituação do Serviço Social

Os assistentes sociais, acriticamente e/ou inconscientemente, assume um dos princípios mais atuais nestes “tempos de neoliberalismo” [...] não sendo possível tratar igualmente os desiguais, há que se empreender ações diferentes para os diferentes, o que contribui para eximir o Estado de seus **deveres democráticos** [...] Assim, na medida em que pobres e ricos são diferentes, nega-se a crítica, discussão, o enfrentamento da diferença, cristalizando-a e aceitando-a como natural, como ações desiguais para os desiguais. Daí temos como resultante a aceitação de que para os pobres basta desejo, boas intenções, boa vontade e não uma ação competente, rica, teórica, ética e politicamente. (Vasconcelos, 2007, p.238-239).

A autora aponta que quando questionada sobre qual é a viabilidade do SUS enquanto espaço sócio-ocupacional de atuação profissional, a depender da instituição e do/a profissional em questão, o SUS é visto como ponto positivo ou negativo para a atuação na saúde, em sua maioria positivo por conta de toda bagagem que carrega em relação a conquista de direitos, e negativo pelo desmonte que vem passando nos últimos tempos. Partindo de uma análise da conjuntura

realizada pelos profissionais, é unânime a insatisfação no que diz respeito à profissão e a Política Pública de Saúde. Uma parcela dos profissionais utiliza dessa perspectiva, em relação aos enfrentamentos para caracterizar a ação profissional na saúde, que se torna frágil a partir das críticas aos serviços prestados pela instituição, que acaba respingando na atuação profissional, uma vez que são desenvolvidas práticas assistencialistas e falta de condição de trabalho com uma rotina que não atende a população.

A autora aborda ainda duas questões importantes, são elas: o papel do Serviço Social na sociedade brasileira e Projeto Profissional, e a perspectiva para a prática profissional. Referente ao papel da profissão e o projeto profissional, vale destacar que é a partir do movimento defendido pelo profissional na instituição de trabalho, que se pode compreender o projeto profissional seguido e qual a postura passa para a sociedade. Boa parte dos profissionais aqui entrevistados, acreditam que o Serviço Social desenvolve um papel de agente de mudança, realizando um apanhado educativo e reflexivo acreditando na prevenção educativa para levar a mudança; outros grupos acreditam que devem trabalhar com os direitos sociais, facilitar acesso e socializar informações; outros relatam que precisam ser agentes que irão planejar as políticas públicas, projetar nova ordem social. Isso demonstra a heterogeneidade da profissão, onde cada profissional vai compreender seu papel perante a sociedade de uma maneira diferente a depender do projeto profissional que segue.

Essa situação implica consideravelmente na perspectiva da atuação profissional já que faz com que alguns profissionais queiram se capacitar, aprofundar e compreender o espaço onde está inserido, e outros queiram se desvincular da profissão por acharem que estão desenvolvendo um papel não tão relevante para o atendimento do usuário. Neste momento alguns profissionais fizeram críticas ao CRESS, por não dar o apoio necessário às Instituições e por seguirem ideologias neoliberalistas, e criticam também os profissionais que depois que passam a atuar, abandonam a carreira acadêmica, entre outros aspectos.

Assim sendo, o espaço sócio-ocupacional do/a assistente social na saúde é amplo e desenvolve diferentes frentes de trabalho, grandiosos são os enfrentamentos nessa área e desafiadora será a atuação profissional.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Discutir acerca da política de saúde no Brasil, neste TCC, foi importante para avançar em reflexões sobre a pergunta que motivou este estudo: Como a saúde, enquanto política pública, se configura em espaço sócio-ocupacional para assistentes sociais? Deste modo, a estrutura do trabalho viabilizou alguns apontamentos finais sobre as políticas sociais no Brasil, particularmente a política de saúde, constitutiva do SUS, e o reconhecimento deste espaço público-estatal para o efetivo exercício do trabalho de assistentes sociais.

Como vimos no decorrer deste Trabalho de Conclusão de Curso, políticas sociais incluem moradia, saúde, educação, previdência social, proteção à infância, alimentação, entre outras políticas, em que o Serviço Social está presente, vindo a ser esses profissionais, essenciais para que haja a garantia desses direitos aos seus usuários, atuando na viabilização deles.

Trouxemos para este trabalho, o contexto das políticas sociais, no intuito de chegarmos à política pública de saúde, especificamente no SUS, que é um dos espaços sócio-ocupacionais do/a assistente social. Como apresentado no documento de 2010, do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), intitulado de **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**, esses profissionais atuam na área da saúde sob alguns princípios básicos como integralidade, concepção de saúde, interdisciplinaridade. A partir desses conceitos, os/as assistentes sociais com a equipe multiprofissional passam a desenvolver suas ações.

O/a assistente social atende seus usuários em variados espaços na área da saúde, como os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), hospitais de urgência e emergência, atenção primária em Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), sendo esses espaços públicos ou privados.

Assim sendo, e como foi apresentado no decorrer deste trabalho, o nosso intuito era apresentar e debater o trabalho dos/as assistentes sociais, com foco nos hospitais do SUS. De acordo com as publicações consultadas, podemos inferir sobre o funcionamento de hospitais, que possuem infraestrutura, em geral, precária, (incluindo a sala do Serviço Social que, como relatado, são pequenas, sem ventilação adequada, desconfortável), com poucos profissionais para os atendimentos e, por esses motivos, ocorre sobrecarga dos serviços na rede

socioassistencial, muitas pessoas procurando os serviços do hospital, logo, causando sobrecarga também para os profissionais, que conforme dito nos capítulos anteriores, são poucos assistentes sociais atuando naquele ambiente hospitalar.

A maioria desses usuários que vão aos hospitais acabam passando por atendimento no Serviço Social, seja por demanda espontânea, ou encaminhados de outros profissionais. Por conta desse fluxo intenso, esses atendimentos precisam ser rápidos, o que não significa que precisam ser realizados de qualquer forma. Como colocado nos parâmetros para a atuação na saúde, esses atendimentos precisam ir além do emergencial e burocrático, porém, de acordo com bibliografia utilizada para o desenvolvimento deste trabalho, os atendimentos imediatistas, acabam sendo um problema que leva esses profissionais a fazerem atendimentos pontuais, sem muito aprofundamento no problema e sua causa e seu trabalho tende a ir para o lado burocrático, passando por orientações e afins, tudo isso em um regime de plantão, que como vimos, é a forma que a maioria dos/as assistentes sociais atuam em hospitais.

Essas são algumas questões que demonstram o quanto o trabalho do/a assistente social é complexo. Faz parte do cotidiano de trabalho a precariedade em geral das condições de trabalho, a sobrecarga de trabalho, a desvalorização do trabalho, o desrespeito de alguns colegas e todo o desgaste gerado no dia a dia, por ter sempre que ficar repetindo para outros profissionais o que é, e o que não é sua atribuição e competência. O documento do CFESS evidencia a importância do/a assistente social ter clareza de quais são as suas competências e atribuições para conseguirem desenvolver o seu trabalho, diante das necessidades dos usuários, e não caírem em situações que acabem realizando competências de outros profissionais, por não terem claro quais são as suas.

O que vemos é que o/a assistente social é um profissional desvalorizado em todos os sentidos, que apesar de atuar através das políticas sociais/públicas, com as expressões da questão social e estarem presentes em todas as áreas (educação, saúde, assistência, moradia e outras), a profissão no geral não é reconhecida no sentido dos profissionais, em sua maioria, receberem um salário baixo, mesmo com todo estudo que esses profissionais buscam para se aperfeiçoarem, todo o trabalho e esforço que os/as assistentes sociais desempenham. Essas políticas são diariamente atacadas, tendo seus recursos cada vez mais escassos. Isso afeta diretamente o trabalho dos/as assistentes sociais e os usuários, quando essas

políticas deveriam chegar a eles como um direito. O SUS apesar de seu tamanho e importância, também sofre com seu sucateamento, com isso os serviços são afetados, recaindo diretamente na população que mais precisa. Defender o SUS é dever de todos, pois como já dito, o SUS é de todos e para todos, sem qualquer tipo de distinção.

Já o Serviço Social sempre foi uma profissão de luta e percebemos que é de fato uma luta diária por melhores condições de trabalho, salário, por respeito a si e seus usuários. Mas apesar do espaço que a profissão alcançou, ainda temos um longo caminho pela frente.

5 REFERÊNCIAS

Acervo da Reforma Sanitária. Disponível em:

<https://portaldareformasaneitaria.org/movimento-da-reforma-sanitaria-brasileira-os-principais-marcos-historicos/>. Acesso em: 15 nov. 2023.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história.** São Paulo: Cortez Editora, 2016. v.2.

BRASIL. Lei nº 8080/90, 19 de setembro de 1990. Brasília DF, **Diário Oficial da União.** 19 de setembro de 1990.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo.** 1. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2013.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais.** 4. ed. Rio de Janeiro: Cortez Editora, 2011.

BRAVO, Maria Inês; MATOS, Maurílio Castro. Projeto Ético Político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. **Abepss,** 2004. Disponível em:

<http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/ceJ472Fic4P2HK6fVV92.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2023.

CASTRO, Eduardo Lazarino. Reforma Sanitária e Renovação do Serviço Social no Brasil: duas faces de um mesmo processo societário. **Enpess,** 2018, v. 1, n. 1, p. 1-14.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL / CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL. **CFESS/CRESS.** Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais n Política de Saúde. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília: CFESS/CRESS, 2010.

COHN, Amélia. Caminhos da Reforma Sanitária. **SciELO.** Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ln/a/q3sRL6qtG7NPGzmdMvtVVPz/?lang=pt>. Acesso em: 16 nov. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **CFESS.** Disponível em:

<http://www.cfess.org.br/visualizar/busca?q=perfil+dos+assistentes+social>. Acesso em: 07 dez. 2023.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Os espaços sócio- ocupacionais do assistente social. **Abepss.** Disponível em: <https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/iamamoto-201804131241048556780.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2023.

MATOS, Maurílio Castro. **Serviço Social Ética e Saúde: reflexões para o exercício profissional.** 1. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2013.

- PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas.** Disponível em: <https://repositoriodev.ufba.br/bitstream/ri/6234/1/Paim%20JS.%20Cap%20Livro%201.2008.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2023.
- PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. **Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores.** Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/rcknG9DN4JKxkbGKD9JDSqy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 nov. 2023.
- RAICHELIS, Raquel. O trabalho do assistente social na esfera estatal. **Cfess**, 2009. Disponível em: https://www.unifesp.br/campus/san7/images/servico-social/Texto_Raquel_Raichelis.pdf. Acesso em: 20 nov. 2023.
- REIS, Denizi Oliveira; ARAÚJO, Eliane Cardoso; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil e pactos pela saúde.** Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf. Acesso em: 14 nov. 2023.
- SARRETA, Fernanda de Oliveira; BERTANI, Iris Fenner. A construção do SUS e a participação do assistente social. **Serviço Social e Saúde**, Campinas, v. 10, n. 1, p. 31-58, 2015.
- SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/>. Acesso em: 17 nov. 2023.
- VASCONCELOS, Ana Maria. **A prática do Serviço Social: Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde.** 5. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2007.