



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

ELIDAIANE VIEIRA DUARTE

Serviço Social e SUS em tempos de neoliberalismo: tendências contemporâneas das políticas sociais e do exercício profissional.

**Natal/RN
2015**

ELIDAIANE VIEIRA DUARTE

Serviço Social e SUS em tempos de neoliberalismo: tendências contemporâneas das políticas sociais e do exercício profissional.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal do Rio Grande do Norte, para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a Ma. Elizângela Cardoso de Araújo Silva

Natal/RN
2015

Catálogo da Publicação na Fonte.
UFRN / Biblioteca Setorial do CCSA

Duarte, Elidaiane Vieira.

Serviço Social e SUS em tempos de neoliberalismo: tendências contemporâneas das políticas sociais e do exercício profissional / Elidaiane Vieira Duarte. - Natal, RN, 2015.

63 f.

Orientadora: Profa. Me. Elizângela Cardoso de Araújo Silva.

Monografia (Graduação em Serviço Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Departamento de Serviço Social.

1. Serviço Social - Política de saúde - Monografia. 2. Políticas sociais – SUS - Monografia. 3. Neoliberalismo - Monografia. I. Silva, Elizângela Cardoso de Araújo. II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III. Título.

RN/BS/CCSA

CDU 364:61

ELIDAIANE VIEIRA DUARTE

Serviço Social e SUS em tempos de neoliberalismo: tendências contemporâneas das políticas sociais e do exercício profissional.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal do Rio Grande do Norte, para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em: 08 de dezembro de 2015.

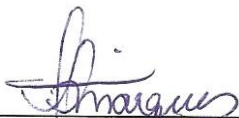
BANCA EXAMINADORA



Profª Ma. Elizângela Cardoso de Araújo Silva – Orientadora
Universidade Federal do Rio Grande do Norte



Profª Ma. Luciana do Nascimento Simão
Membro Examinador – UFRN



Profª Ma. Maria de Fátima Jerônimo Marques
Membro Examinador – UFRN

AGRADECIMENTOS

Em especial agradeço a minha tia, Eliane Sabino Vieira, que na figura de uma mãe me apoiou e me incentivou desde o início desta caminhada, mais que isso, foi a primeira a acreditar em mim e é meu exemplo de ser humano, de pessoa amável, de superação e dedicação.

Aos amigos de longa data que, perto ou longe, também me apoiaram e incentivaram, acreditando no meu potencial. Aos colegas e amigos que construí ao longo dessa jornada, sem os quais minha trajetória e formação profissional não teria sido a mesma e tão valorosa, e os quais levarei comigo até o findar dos meus dias.

Ao corpo docente do curso de Serviço Social da UFRN, a todos que tive a oportunidade e o prazer de chamar de professor, agradeço por serem profissionais qualificados e dedicados ao aprendizado, pelo compromisso com a profissão, pela vontade de querer fazer de seus alunos pessoas melhores, pela dedicação, pelo desempenho, pelo respeito, pela transmissão do conhecimento, pelo divertimento, e até mesmo pelos puxões de orelha. Agradeço pelas valorosas lições que foram concebidas em sala de aula, por terem sido muitas vezes mais que professores, mas amigos e companheiros.

A equipe de Serviço Social da UPA Esperança, onde fui muito bem acolhida e pude vivenciar o fazer profissional dos Assistentes Sociais, em especial a Joelza Ágra por partilha comigo suas experiências me ensinando valorosas lições profissionais e de vida.

A minha orientadora, Elizangela Cardoso, que me acompanha e me incentiva a mais de um ano, obrigada pela paciência, por todo esse tempo de aprendizagem e dedicação que teve comigo, guardarei tudo com muita admiração e carinho.

Agradeço a todos aqueles que se fizeram presentes em cada momento, em cada conquista e em cada percalço encontrado ao longo deste transcurso.

“A palavra é o instrumento irresistível da conquista da liberdade.”
(Rui Barbosa)

RESUMO

Trabalho de conclusão de curso de graduação em Serviço Social, escrito a partir dos conhecimentos adquiridos ao longo da formação. Este trabalho tem o objetivo central de expor os processos concretos de precarização da Política de Saúde, e demonstrar de que forma esses processos rebatem sobre o trabalho de Assistentes Sociais no campo da Política de Saúde Brasileira. Para chegar ao objetivo proposto será apresentado os traços da formação social brasileira, aduzindo a trajetória da política de saúde, o surgimento e desenvolvimento do Serviço Social no Brasil, e uma análise no processo histórico de desenvolvimento do SUS, explicitando seus princípios mais essenciais, a partir das políticas sociais instauradas a cada governo, retratando as importantes conquistas e os retrocessos no sistema de saúde brasileiro e sua implementação desde a Constituição Federal de 1988. Logo após será retratado a influência do neoliberalismo nas políticas de saúde, apresentando os avanços e regressões destas políticas no contexto neoliberal de 1990 aos dias atuais, também será analisada a relação entre neoliberalismo e as reconfigurações das políticas sociais, do papel do Estado e a questão social, mostrando de que forma as mudanças ocorridas, a partir da instauração do sistema econômico capitalista neoliberal interferem na atuação profissional dos Assistentes Sociais, apresentando a intrínseca relação da profissão com o sistema capitalista e com as classes sociais, que ocorre desde a formação do exercício profissional, na dimensão técnica, operativa, ética e política. Para concluir será exposto a origem do projeto ético-político e seu significado para a profissão, elencando alguns impasses para a realização das diretrizes e princípios, assim como as possibilidades existentes na efetivação do projeto profissional do Serviço Social, e sua relação com os projetos societários. Tudo isto foi compreendido a partir da realização de estudo bibliográfico, análise dos fatos em sua totalidade, e com a vivência no campo de estágio, que proporcionou a apreensão da realidade no contexto da relação do fazer profissional do Serviço Social e as políticas de saúde.

Palavras-chave: Serviço Social. Políticas sociais. SUS. Neoliberalismo.

ABSTRACT

Term paper of degree course in social work, from the knowledge acquired during training. This work has the main objective of exposing the concrete processes of casualization of Health Policy, and demonstrates how these processes bounce on the work of social workers in the field of Brazilian Health Policy. To reach the proposed objective will be presented traces of Brazilian social formation, adducing the trajectory of health policy, the appearance and development of social work in Brazil, and an analysis of the historical process of the SUS development, explaining its most basic principles in from the social policies introduced to each government portraying the important achievements and setbacks in the Brazilian health system and its implementation since the 1988 Federal Constitution. Soon after it will be portrayed the influence of neoliberalism in health policy, presenting the advances and regressions of these policies in the neoliberal context of 1990 to today, will also be analyzed the relationship between neoliberalism and the reconfiguration of social policies, the state's role and social issues, showing how the changes occurred from the establishment of the neoliberal capitalist economic system, interfere with the work of professional social workers, with the intrinsic relationship of the profession with the capitalist system and the social classes, which occurs from training of professional practice in the technical dimension, operative, ethical and political. To complete will be exposed the origin of the ethical-political project and its significance to the profession, listing some impasses to carry out the guidelines and principles as well as the possibilities in the realization of professional project of Social Work, and its relation to the projects corporate. All this was understood from the realization of bibliographical study, analysis of the facts in their entirety and with stage experience, which provided the apprehension of reality in the context of professional do the relation of social work and health policies.

Keywords: Social Service. Social policies. SUS. Neoliberalism.

LISTA DE SIGLAS

ABEPSS - Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEBES – Centro Brasileiro de Estudo de Saúde
CEFESS – Conselho Federal de Serviço Social
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CRESS - Conselho Regional de Serviço Social
DRU – Desvinculação da Receita da União
EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ENESSO - Executiva Nacional dos Estudantes de Serviço Social
FHC – Fernando Henrique Cardoso
FMI – Fundo Monetário Internacional
HUs – Hospitais Universitários
IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS – Instituto Nacional da Previdência Social
MESP – Ministério da Educação e Saúde Pública
MTIC – Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio
NOB – Norma Operacional Básica
Oss – Organizações Sociais
PAB – Piso Assistencial Básico
PAC – Programa de Aceleração do Crescimento
PEC -- Propostas de Emendas Constitucionais
Peti – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
Pronatec – Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego
ProUni – Programa Universidade para todos
SUCAM -- Superintendência de Campanhas da Saúde Pública
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UPA – Unidades de Pronto-Atendimento 24 horas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 SERVIÇO SOCIAL E POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: ASPECTOS HISTÓRICOS, POLÍTICOS E ECONÔMICOS	12
2.1 Uma análise da evolução das políticas públicas sociais, de 1930 ao período da ditadura militar, e do desenvolvimento do Serviço Social brasileiro	13
2.2 Políticas públicas sociais no processo de redemocratização do Brasil, dos anos 1970 à construção do SUS	21
3 O SUS DE 1990 AOS DIAS ATUAIS: AVANÇOS E RETROCESSOS	25
3.1 A configuração do Sistema Único de Saúde pós Constituição de 1988	26
3.2 Política de saúde em tempos neoliberais: expressões da privatização	32
4 SERVIÇO SOCIAL NO “OLHO DO FURACÃO”: IMPLICAÇÕES DOS ATAQUES NEOLIBERAIS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL EM SAÚDE	46
4.1 Serviço Social na política de saúde e as tensões do cotidiano profissional	47
4.2 Os desafios para a efetivação do Projeto ético-político	54
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
6 REFERENCIAS	63

1 INTRODUÇÃO

O presente documento se constitui como um trabalho de conclusão de curso e tem como objetivo, a exposição dos processos concretos de precarização da Política de Saúde, objetivando demonstrar especificamente de que forma esse processo rebata sobre o trabalho¹ de Assistentes Sociais no campo da Política de Saúde Brasileira.

A maior motivação para escolha desta temática foi o interesse pessoal pela área da saúde, pois acredito ser esta uma das áreas mais desafiadoras para atuação do profissional em Serviço Social e a mais desfavorecida na efetivação das políticas públicas.

Este trabalho está articulado à produção de conhecimento no campo das ciências sociais, buscando proporcionar reflexões sobre as políticas sociais brasileiras, o posicionamento do Estado e da Sociedade Civil, e do trabalho desenvolvido pelo Serviço Social nos dias atuais. Tendo em vista que os profissionais de Serviço Social estão sempre buscando maneiras de se atualizar, e que esta profissão, desde seu fundamento, realiza autoanálises de suas ações e princípios, e ainda, levando em consideração que o Serviço Social não rompeu definitivamente com o conservadorismo, as discussões aqui postas tornam-se relevantes para à profissão à medida que o instrumentaliza para reflexão da atuação profissional na atualidade, permitindo visualizar sob quais circunstâncias está sendo realizado o trabalho dos assistentes sociais na contemporaneidade. Desse modo este trabalho torna-se importante por contribuir diretamente para a interpretação dos desafios e exigências postas à profissão.

Pela necessidade de expor o contexto sócio-histórico do processo de institucionalização e efetivação da Política de Saúde ao longo de seu desenvolvimento, assim como, os atuais processos de gestão da mesma, e pela necessidade de retratar o desenvolvimento da profissão do Serviço Social brasileiro, para que em seguida possa se discutir os processos de precarização dessas

¹ O termo 'trabalho' utilizado aqui está fundamentado na concepção de trabalho em Marx, trata-se de uma categoria explicativa da atividade sob o aspecto de transformação material e de valorização do capital, que se encaixa em um sistema mais amplo, que é o processo de produção material da existência no capitalismo (MARX, 1983).

políticas e o rebatimento delas sobre a atuação profissional dos assistentes sociais, este trabalho é, em grande parte, bibliográfico.

Desta forma se constitui em uma pesquisa bibliográfica, qualitativa e documental, desenvolvida a partir de referenciais teóricos, como José Paulo Netto, Marilda Villela Iamamoto e Ana Elizabete Mota.

De modo geral este trabalho se propõe a exposição dos processos atuais de precarização das políticas de saúde, partindo do pressuposto de que esta surge a partir do momento em que se torna necessário que o Estado intervenha nas expressões da questão social² advinda das contradições entre as classes sociais, capital e trabalho, com o desenvolvimento da industrialização no Brasil. Nessa perspectiva, a discussão toma como ponto de partida, para tal análise, a década de 1930.

Por ser a questão social o objeto de trabalho dos assistentes sociais e o desenvolvimento das políticas de saúde ter início com as necessidades que surgiram decorrentes das expressões da questão social, este trabalho também se propõe expor e analisar o desenvolvimento da profissão e os rebatimentos destas políticas na atuação profissional dos assistentes sociais com enfoque na atuação cotidiana do exercício profissional em saúde. Para isso buscamos apresentar as dificuldades para o reconhecimento da importância do Serviço Social, considerando a natureza da atuação profissional para intervenção e participação do Serviço Social no sentido da efetivação dos direitos a partir da operacionalização da efetivação das políticas públicas.

Diante disso, o trabalho apresenta o contexto histórico do desenvolvimento das políticas sociais, com enfoque nas políticas de saúde, levando em consideração o perfil do Estado frente às necessidades de saúde da população e as ações implementadas para o setor diante de diferentes contextos sociais, políticos e econômicos, a partir de cada governo. Posteriormente apresenta as dificuldades encontradas na atuação profissional dos assistentes sociais na área da saúde, buscando a efetivação das políticas sociais no cotidiano de trabalho, considerando os desafios postos diante da atual conjuntura estrutural, e dos sistemas ideológico, político e econômico.

² Entende-se por 'questão social' as expressões da desigualdade social. Segundo Iamamoto a questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado (IAMAMOTO, 2013 p.83-84).

O trabalho está estruturado em três capítulos: o primeiro trará uma exposição da evolução das políticas sociais, desde a década de 1930 até o final da década de 1980, frisando o perfil e as diferentes ações do Estado no incremento das políticas de saúde em cada fase político e social do cenário brasileiro, diante das diretrizes adotadas por cada governo, passando pelo período da ditadura militar, o processo de redemocratização do país, a formação do Sistema Único de Saúde, e o surgimento e desenvolvimento do Serviço Social.

O segundo capítulo dá continuidade à exposição do desenvolvimento das políticas sociais, com enfoque nas políticas de saúde e no contexto contemporâneo, apresentando o Sistema Único de Saúde - SUS, expondo os princípios, objetivos e atribuições, bem como os avanços e retrocessos deste sistema desde a década de 1990 aos dias atuais. Além disso, apresenta o desmonte dos princípios da Seguridade Social, a precarização das políticas sociais, o advento da política neoliberal no Brasil, sua propagação e suas implicações para as políticas de saúde, e a continuidade aos processos de precarização das políticas sociais, no contexto da privatização.

Por fim, o terceiro capítulo irá tratar da atuação profissional dos assistentes sociais diante das implicações que o neoliberalismo traz para as políticas sociais, com enfoque na área da saúde, considerando que esta é a nossa discussão principal, será realizada uma análise da relação entre neoliberalismo e as reconfigurações das políticas sociais, do papel do Estado e da questão social. Apresentará a origem do projeto ético-político e o significado deste projeto para profissão, aduzindo alguns impasses para a realização das diretrizes e princípios, bem como as possibilidades existentes, na efetivação do projeto profissional do Serviço Social, e sua relação com os projetos societários.

2 SERVIÇO SOCIAL E POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: ASPECTOS HISTÓRICOS, POLÍTICOS E ECONÔMICOS

Ao analisar a história da Política de Saúde no Brasil é importante ressaltar que as políticas sociais estão diretamente ligadas à evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, não sendo possível dissociá-los. Como afirma Behring (2007), não é possível precisar o período do surgimento das primeiras iniciativas de políticas sociais, pois fazem parte do processo social, e se gestaram na confluência dos movimentos de ascensão do capitalismo com a Revolução Industrial, as lutas de classes e o desenvolvimento da intervenção estatal.

A autora esclarece que as políticas sociais é uma estratégia alternativa do Estado no enfrentamento das expressões da questão social, é um fenômeno ao específico modo capitalista de produzir e reproduzir-se, a partir do reconhecimento da questão social, inerente às relações sociais nesse modo de produção (BEHRING, 2007).

Ao discutir sobre políticas sociais, é preciso ter claro que o aparelho Estatal é responsável pela implantação e implementação das mesmas, para isso é necessário esclarecer o conceito de Estado e Sociedade Civil aqui utilizado, que estão pautados na concepção dos autores Carlos Montañó e Maria Lucia Duriguetto (2011), ao apresentar Sociedade Civil e Estado na tradição marxista, afirmando que:

Marx define a sociedade civil, enquanto sociedade burguesa, como a esfera da produção e da reprodução da vida material [...] ou seja, *sociedade civil e estrutura econômica* são, para Marx, a mesma coisa. Para ele, é na sociedade civil que se fundamenta a natureza estatal [...] o Estado é um produto da sociedade civil, expressa suas contradições e as perpetua [...] o Estado é produto, é consequência, é uma construção de que se vale uma dada sociedade pra se organizar como tal (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p. 35).

Para que se possa abordar o trabalho do assistente social na área da saúde, é importante compreender como o Brasil desenvolveu sua política de saúde ao longo dos anos, quem foram os personagens e em qual contexto assistentes sociais e usuários³ passaram a fazer parte da construção das políticas de saúde brasileiras.

³ O termo 'usuário' utilizado aqui se refere às pessoas que utilizam os serviços do sistema de saúde pública.

A análise realizada neste capítulo tem como base a apresentação dos traços da formação social brasileira, objetivando apresentar brevemente a trajetória da política de saúde no Brasil, considerando seus diferentes momentos e articulando-a ao processo sócio-histórico. A política de saúde será apresentada neste trabalho em dois diferentes aspectos e momentos históricos a partir da evolução de cada governo, neste capítulo será apresentado o primeiro momento, de 1930 a 1980, onde o Estado atua através de políticas de natureza previdencialistas, para responder as expressões da questão social, constituindo as primeiras formas de direito à saúde.

Este capítulo irá abordar também o surgimento e desenvolvimento do Serviço Social no Brasil, tendo em vista que este processo se dá no mesmo momento histórico, sob as mesmas características político-social e econômica, como afirma Behring (2007, p.13): “A conexão entre política social e Serviço Social no Brasil surge com o incremento da intervenção estatal, pela via de processos de modernização conservadora no Brasil, a partir dos anos 1930”.

O presente capítulo encontra-se estruturado em dois itens, onde o primeiro aborda a trajetória histórica da política de saúde no Brasil e surgimento do Serviço Social, e o segundo, tratando ainda das políticas públicas sociais, com maior enfoque aos anos 1980, ao processo de redemocratização e a construção do Sistema Único de Saúde.

2.1 Uma análise da evolução das políticas públicas sociais, de 1930 ao período da ditadura militar, e do desenvolvimento do Serviço Social brasileiro

Conforme Behring (2007) e Fonseca (2007) a Era Vargas, período em que o Brasil foi governado por Getúlio Vargas (de 1930 a 1945) é um marco na história brasileira para o avanço das Políticas Públicas, pois neste período houve inúmeras alterações sociais e econômicas no país. Até então, o direcionamento político no Brasil estava pautado no coronelismo, não havia nenhum modelo sanitário no país, apenas mudanças pontuais, doenças graves acometiam a população, como a varíola, a malária, e a febre amarela, o que gerava sérias consequências para a saúde coletiva.

O governo de Getúlio Vargas teve como objetivo principal efetivar a industrialização do país, privilegiando as indústrias nacionais a partir da direção nacional desenvolvimentista. A maior parte da população trabalhadora passara a compor o operariado, era essa parte da população que lutava por direitos sociais, buscavam melhores condições de trabalho e assistência médica.

Em seu primeiro mandato, Vargas voltou sua atenção para os trabalhadores, contudo sabia que greves e revoltas trabalhistas poderiam dar margens para o ideal comunista, o qual não o agradava. Para atender as reivindicações dos trabalhadores, e passivizar as lutas, ele criou a Lei da Sindicalização e a Consolidação Das Leis Do Trabalho, dentre outras melhorias trabalhistas. No âmbito da saúde iniciaram-se discussões sobre questões de higiene e saúde do trabalhador, com a substituição das CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões pelas IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões são assegurados à algumas categorias, assistência médica curativa, medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço e invalidez, pensões para dependentes e auxílio funeral, de acordo com a contribuição de cada categoria. Mas estas formas de seguro eram destinadas apenas para alguns grupos específicos de trabalhadores urbanos, conforme descreve Teixeira:

Nesta etapa, os trabalhadores urbanos vão ter a suas demandas incorporadas através dos mecanismos de Seguridade Social, que será um dos principais componentes da engenharia política de cooptação dos trabalhadores e de legitimação dos governos populistas. A estrutura da Seguridade Social, por sua vez, reificaria a exclusão dos trabalhadores rurais e autônomos, além da diferenciação no interior da classe trabalhadora urbana, através de um sistema diferenciado de contribuições e benefícios, resultante do poder de barganha de cada fração (TEIXEIRA, 1995, p. 38).

Neste período teve origem a chamada Revolução Constitucionalista de 1932, que originou a Constituição Federal de 1934. Importante ressaltar a importância da Constituição de 1934 na garantia de direitos e nos avanços democráticos, pois foi por meio desta que até os dias atuais é garantido ao cidadão, entre outros direitos, o princípio da igualdade perante a lei, o habeas-corpus para proteção da liberdade pessoal, o voto secreto, o voto feminino e a obrigatoriedade do ensino primário.

No segundo mandato, Governo Constitucional (1934 – 1937), Vargas sofreu uma tentativa de golpe contra o seu governo, a chamada Intentona Comunista, o que fez com que ele declarasse estado de sítio (suspensão temporária da atuação

dos poderes legislativos - deputados e senadores), anulasse a constituição de 1934 e dissolvesse o Poder Legislativo, dando início ao terceiro e último período de seu governo, o chamado Estado Novo. O Estado Novo foi um governo ditatorial, significou a falta de democracia, censura e aplicação de um regime de caráter populista, Vargas fechou o Congresso Nacional e impôs ao país uma nova Constituição, mas com a participação do Brasil na Segunda Guerra Mundial e a derrota das nações nazi fascistas cresceu a oposição ao governo de Vargas e o clamor da população pela democratização do país. O que levou Vargas a constituir eleições gerais, que foram vencidas pelo candidato da oposição Eurico Gaspar Dutra.

É possível identificar que as diretrizes assumidas pelo governo Vargas baseavam-se nos modelos corporativos europeus, conforme afirma Netto (2010) seus ideais eram fascistas e democráticos, mas ao mesmo tempo obedecia a lógica do processo evolutivo na ótica do avanço do capitalismo na sociedade brasileira. Isso fica claro através dos IAPs, que foram criados por Getúlio Vargas e eram organizados pelas categorias profissionais, visando favorecer os trabalhadores, assegurando o direito à aposentadoria e assistência social, no entanto foram utilizados como investimentos de interesse do governo para o desenvolvimento da industrialização do país.

Na área econômica o país fez grandes avanços com a modernização industrial, os trabalhadores foram beneficiados com leis trabalhistas, garantindo diversos direitos, além disso o Governo Vargas trouxe grandes conquistas para a população, como a criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio - MTIC, juntas de arbitramento trabalhista, e deu continuidade a sua política trabalhista com a criação da Consolidação das Leis do Trabalho, publicou o Código Penal e o Código de Processo Penal, todos em vigor atualmente. Apesar de a saúde não ocupar lugar central dentro da política, foram efetuadas mudanças na estrutura do Estado favoráveis às políticas de saúde públicas, a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública - MESP comprova isto.

De acordo com Teixeira (1995), a política social desse período caracterizou-se por ser, ao mesmo tempo, um sistema de exclusão política e social de certos grupos ocupacionais, pois devido à valorização das indústrias, os camponeses, domésticas e autônomos não eram beneficiados pelas políticas sociais; e um sistema de privilégios diferenciais para os grupos mais poderosos, os militares,

servidores, e frações da classe trabalhadora. Desta forma a política social era um mecanismo institucional, administrativo e legal fragmentado, múltiplo e diversificado. De todo modo houve nesse período uma conquista significativa para política de saúde, pois segundo Fonseca (2007), o Ministério da Educação e Saúde Pública foi o que conduziu os primeiros anos do “setor saúde” no Brasil, contribuindo diretamente para a constituição de um sistema centralizado na área de saúde, em meio a mudanças de gestão e conflitos que envolviam as oligarquias regionais e a União.

É nesta conjuntura que o Serviço Social surge no Brasil, segundo Iamamoto (2013) a história do Serviço Social brasileiro teve início no final da década de 1930, na época a questão social no país estava surgindo decorrente da generalização do trabalho livre, após um período histórico de escravidão, início do sistema capitalista. Momento em que a classe trabalhadora se vincula ao mercado de trabalho lutando por sobrevivência e que começa a aparecer grandes movimentos sociais em busca da conquista de cidadania, porque a exploração abusiva do sistema capitalista afetava a capacidade vital dos operários.

O Serviço Social surge com um perfil bem diferenciado do que possui na atualidade, porquanto se originou a partir da igreja católica com iniciativas de grupos e frações de classe, pautado no assistencialismo. Visava preparar a população, a grande massa operária, para o trabalho capitalista, para que os trabalhadores realizassem o trabalho industrial, conforme nos mostra Iamamoto, 2013:

Se as Leis Sociais são, em última instância, resultantes da pressão do proletariado pelo reconhecimento de sua cidadania social, o Serviço Social se origina de uma demanda diametralmente oposta. Sua legitimação se diz respeito apenas a grupos e frações restritos das classes dominantes em sua origem e, logo em seguida, ao conjunto das classes dominantes (IAMAMOTO, et al, 2013. p.135).

Todas as conquistas alcançadas no governo Vargas se deram por meio da luta por direitos, através das reivindicações da classe operária, mas a mediação de interesses do Estado entre o capitalismo e a classe operária é o que de fato contribui para o avanço nos direitos e nas políticas sociais, deste modo pode-se afirmar que o governo de Getúlio Vargas contribui para o avanço na construção de direitos no Brasil e para a política de saúde brasileira. Pois como afirma Bravo (2001a), a

formulação das políticas de saúde no Brasil ocorreu com o processo histórico-econômico e político da conjuntura dos anos 1930 a 1945, ou seja, na Era Vargas.

O período entre 1945 e 1964 ficou conhecido como período republicano democrático, de acordo com Santos (2012a) “é um período bastante heterogêneo, no qual correm fatos marcantes para a história nacional, tanto do ponto de vista político, quanto econômico e das lutas sociais” (SANTOS, 2012a, p. 77). Essa fase da história brasileira é regida pela Constituição Federal de 1946, marcada pela consolidação do capitalismo, que avança no processo de industrialização, e no âmbito das políticas sociais, ainda nas palavras de Santos, foi “um período inexpressivo”, ou seja, sem avanços sociais.

Em 1964 iniciou-se no Brasil o período conhecido como Ditadura Militar que se estendeu até a década de 1980, durante este período o governo foi chefiado por comandantes militares, como Castelo Branco, Costa e Silva, Médici, Figueiredo, e Geisel. O que marcou essa época houve um retrocesso na garantia de direitos civis e políticos, isso porque o regime governamental era ditatorial e autoritário com o uso excessivo das forças policiais e das medidas de repressão, os Atos Institucionais colocavam em prática a censura, a perseguição política, a supressão de direitos constitucionais, a restrição absoluta da democracia e a repressão àqueles que eram contrários ao regime militar.

Foi durante a Ditadura Militar que houve a substituição dos IAPs pelo Instituto Nacional da Previdência Social - INPS, essa mudança contribuiu para uniformização dos benefícios que eram bastante diversificados nos IAPs, e para continuidade ao movimento de concentração do poder regulatório do Estado.

Conforme afirma Bravo (2001a) neste período o Estado atua no binômio repressão-assistência face à questão social, sendo a política ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal, com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital.

No âmbito da política econômica os interesses privados passam a se inserir nos aparelhos de política social, o Estado começa a atuar de forma a exercer um papel regulador, e paradoxalmente sua crescente intervenção foi o que possibilitou a privatização da política pública.

Com esse contexto o Serviço Social começa a assumir outro posicionamento, pois surge a necessidade de produzir uma auto justificação da atividade profissional, dada essa necessidade ocorreram neste período os primeiros congressos e seminários da profissão no Brasil, que contribuíram para o desenvolvimento da profissão.

Foi na década de 1960, quando surgiu a proposta de um governo mais populista, com uma nova conjuntura no Brasil, que a política brasileira passou a ser mais favorável ao Serviço Social, abrindo espaço para que a profissão pudesse mudar seu perfil. Os assistentes sociais puderam iniciar uma mudança no modo de atuação, abandonando o modelo assistencialista, compreendendo melhor as expressões da questão social, deixando de atender as necessidades da burguesia para atender as necessidades da classe trabalhadora.

Neste período ocorre a renovação da profissão e a erosão das formas tradicionais do Serviço Social. No processo de renovação da profissão destacam-se três direções, que são as principais correntes de desenvolvimento da reflexão profissional deste período, são elas: a perspectiva modernizadora, a reatualização do conservadorismo, e a intenção de ruptura (NETTO, 2010).

A renovação da profissão não aconteceu de forma repentina, é parte de um processo histórico, mas o desenvolvimento do Brasil a partir da década de 1960 contribuiu diretamente para desenvolvimento da profissão.

No início dos anos de 1970 acentuaram-se algumas tendências relativas à organização dos sistemas de saúde, por exemplo: a extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana; a criação de um complexo médico-industrial; e o desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientada em termos de lucratividade do setor saúde.

Os grandes avanços no âmbito das políticas de saúde pública no Brasil desenvolvidas durante o período militar foram: a promulgação do Decreto Lei 200 (1967), estabelecendo as competências do Ministério da Saúde: formulação e coordenação da política nacional de saúde; responsabilidade pelas atividades médicas ambulatoriais e ações preventivas em geral; controle de drogas e medicamentos e alimentos; pesquisa médico-sanitário; o desenvolvimento da Superintendência de Campanhas da Saúde Pública - SUCAM; a instituição do papel do Sistema Nacional de Saúde, que estabelecia de forma sistemática o campo de ação na área de saúde, dos setores públicos e privados, para o desenvolvimento

das atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde; e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS, primeiro programa de medicina simplificada do nível Federal.

Mesmo com todos os avanços citados anteriormente a política de saúde não se desenvolveu ainda mais porque o governo federal destinou poucos recursos ao Ministério da Saúde, que dessa forma foi incapaz de desenvolver as ações de saúde pública propostas, o que significou na prática uma clara opção pela medicina curativa, que era mais cara, no entanto contava com recursos garantidos através da contribuição dos trabalhadores para o INPS. Assim, pode-se afirmar que o Ministério da Saúde tornou-se muito mais um órgão burocrato-normativo do que um órgão executivo de política de saúde.

Somente após o período da ditadura militar, nos anos de 1980, é que o Serviço Social foi se solidificando, neste período foi repensado a formação profissional e o trabalho dos assistentes sociais, fase onde se construiu os documentos que atualmente regem a profissão, o Código de Ética Profissional do Assistente Social⁴ e a Lei de Regulamentação da Profissão de Serviço Social⁵, estes documentos foram instituídos na década de 1990.

Ao analisar o desenvolvimento da profissão é possível verificar que o fazer profissional dos assistentes sociais sofreu transformações acompanhando as necessidades sociais históricas, mas a profissão a todo o momento buscou tratar as expressões da questão social, mesmo quando o posicionamento dos profissionais era diferente do que temos na atualidade.

Esse projeto de profissão e de formação profissional, hoje hegemônico, é historicamente datado. É fruto e expressão de um amplo movimento da sociedade civil desde a crise da ditadura [...] Foi no contexto de ascensão dos movimentos sociais, das mobilizações em torno da elaboração e aprovação da Carta Constituinte de 1988, das pressões populares que redundaram no afastamento do Presidente Collor – entre outras manifestações –, que a categoria dos assistentes sociais foi sendo questionada pela prática política de diferentes segmentos da sociedade. E os assistentes sociais não ficaram a reboque desses acontecimentos. Ao contrário, tornaram-se co-autores, co-participantes desse processo de lutas democráticas na sociedade brasileira (IAMAMOTO, 2000, p.50).

⁴ Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais aprovado em 15 de março de 1993 com as alterações introduzidas pelas resoluções CFESS N.º 290/94 E 293/94.

⁵ Trata-se da Lei 8.662 de 1993 que regulamenta a profissão do Serviço Social.

A autora retrata a construção profissional do Serviço Social, de forma breve e eficaz, o que Iamamoto apresenta é a reconfiguração da profissão, os acontecimentos que contribuíram para que fosse repensado o posicionamento ético-político da profissão, o rompimento com o Serviço Social conservador e a afirmação do compromisso da profissão com a sociedade civil.

A institucionalização e legitimação do Serviço Social como profissão acontecem no Brasil com o suporte da igreja católica, sendo a profissão um dos recursos utilizados pelo Estado e pelo empresariado para o enfrentamento da questão social. A profissão sofreu modificações e se redefiniu até chegar ao modo como se apresenta na atualidade a partir das circunstâncias históricas, assim como as políticas sociais.

Deste modo o projeto de formação profissional hoje existente no Serviço Social foi uma construção histórica, que começou a se instituir na década de 1980, com a definição de novos rumos técnico-acadêmicos e políticos, avançou na década de 1990, com a formulação das diretrizes deste projeto, que hoje se constitui na nova Proposta de Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social⁶, e atualmente busca efetivar este direcionamento. Contudo, podemos afirmar que “o Serviço Social deu um salto de qualidade em sua autoqualificação na sociedade” (IAMAMOTO, 2000, p. 51).

2.2 Políticas públicas sociais no processo de redemocratização do Brasil, dos anos 1970 à construção do SUS

Após o período da ditadura militar, o Brasil passa a vivenciar o período de redemocratização, é o que será caracterizado a partir de agora, o momento

⁶ Lei de Diretrizes Curriculares instituída pela ABEPSS em Novembro de 1996.

“universalista” da política de saúde, que se configura na década de 1980 com o processo de redemocratização do país, a elaboração da Constituição “Cidadã”, a construção do Sistema Único de Saúde - SUS, e desenvolvimento das políticas públicas até chegar aos dias atuais.

De acordo com Bravo (2001a) a redemocratização brasileira iniciou-se de forma lenta e gradativa a partir da segunda metade da década de 1970 e se consolidou na metade da década de 1980. Em meados de 1970 teve início o debate sobre a necessidade de redemocratização das políticas públicas em saúde, mas devido à ditadura militar, não foi possível avançar com esse ideal neste período. Foram alguns importantes acontecimentos que precederam e contribuíram diretamente para a redemocratização. Em 1979, Figueiredo criou nova lei partidária que modificava os estatutos das antigas instituições partidárias, decretando o fim do partidarismo e permitindo o surgimento de novos partidos; houve o movimento social em 1984, que foi um marco histórico para a retomada da participação popular na direção política do país, as “Diretas já”.

Em 1985 Sarney assumiu a presidência, marcando a transição da democracia no Brasil, surgindo assim, a Nova República; em 1986, ocorreram as eleições parlamentares para formação da Assembleia Nacional Constituinte, para elaborar uma nova Constituição para o Brasil, promulgada em 1988 - primeira constituição da Nova República. Foi esta luta dos movimentos sociais, a luta pela constituinte que alavancou a redemocratização, dando origem a Reforma Sanitária.

Este período acarreta uma nova configuração da sociedade civil e do Estado, pois com a abertura democrática do país os movimentos sociais voltam a atuar fortemente e há uma grande mobilização política. No entanto é também um período de crise econômica e instabilidade estrutural, conforme afirma Mendes (1995) a crise é favorável ao rompimento com o Estado desenvolvimentista e abre espaço para propostas neoliberais que conduzem a um Estado mínimo. Neste cenário a sociedade civil se revigora, buscando institucionalizar novas políticas sociais, como explica Bravo, 2001a:

Nos anos 1980, o processo de redemocratização, marcado pela revitalização da sociedade civil e constituição de novos atores, recoloca a demanda por uma nova institucionalidade das políticas sociais, que se traduz na consagração dos princípios da descentralização e do controle social. Tais proposições indicam alternativas progressistas para necessária reforma do Estado e para

a superação das tradicionais modalidades de relação Estado/Sociedade (BRAVO, 2001a, p.98).

Acreditava-se na época que apenas com a descentralização do processo decisório do governo federal, e com a inserção de mecanismos que favorecessem a participação popular na formulação e implementação dos programas sociais seria possível democratizar o Estado e alcançar maior equidade no desenvolvimento das políticas sociais. No entanto a democratização do Estado e um maior desenvolvimento das políticas sociais só foram possíveis após um longo processo de Reforma Sanitária.

A luta pela Reforma Sanitária se insere no quadro mais geral de luta de classes do país, e mesmo tendo surgido a partir dos intelectuais do setor visa atender principalmente às necessidades das classes subalternas, ao mesmo tempo em que fere interesses das grandes empresas privadas e das multinacionais da área da saúde (TEIXEIRA, 2011).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi um marco na trajetória das políticas públicas brasileiras, porquanto seu caráter democrático contribuiu com a luta para que a saúde fosse efetivamente direito de todos e dever do Estado, as resoluções desta conferência foram o que nortearam a elaboração dos textos da Constituinte de 1988, incorporando muitas das reivindicações contidas no movimento da Reforma Sanitária. Assim como afirma Mendes, 1995:

Essa conferência difere das demais até então realizadas por duas características principais: uma, o seu caráter democrático, pela significativa presença de milhares de delegados representativos de quase todas as forças sociais interessadas na questão da saúde. (...) outra, ligada à primeira, refere-se a sua configuração como um processo social que começa com conferências municipais, estaduais, até chegar à nacional (MENDES, 1995, p.52).

Neste período a saúde assume uma dimensão política se vinculando a democracia, contando com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo assim para um amplo debate que permeou a sociedade civil. Dentre os sujeitos envolvidos na luta pela saúde destacam-se: os profissionais de saúde, representado por suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação

saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde – CEBES como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da saúde e da democracia e elaboração de contrapropostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizar debates no Congresso para discussão da política do setor, e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil (MOTA, 2009).

No âmbito político o Brasil caminhava na perspectiva da universalização do acesso, na concepção de saúde como direito social e dever do Estado, na modificação do modelo médico vigente até então. Podemos afirmar que as propostas da Reforma Sanitária resultaram na universalidade do direito à saúde, e ainda que a Reforma Sanitária foi um instrumento ideológico que contribuiu significativamente para elaboração da Constituição Federal de 1988, para implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS, e posteriormente para criação do Sistema Único de Saúde - SUS, prevendo assim a participação e o controle social.

Então, a proposta da Reforma Sanitária para reorientar o sistema de saúde do Brasil foi a criação do SUS, e somente em 1990 o SUS foi regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde. A lei n.º 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e a lei nº 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

A proposta do SUS é a universalização geral do direito à saúde, ser um sistema de saúde nacional, de natureza pública, descentralizado, integrando as ações curativas e preventivas, com participação da população. Sua finalidade é alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto. Estes princípios justificam a importância do SUS para população, pois os sistemas de saúde anteriores gastavam mais do que geravam benefícios e não atendiam adequadamente as necessidades da população, podemos então afirmar que a implantação do SUS é uma das maiores conquistas da população na área das políticas de saúde pública.

3 O SUS DE 1990 AOS DIAS ATUAIS: AVANÇOS E RETROCESSOS

De acordo com Bravo (2001a) a Constituição Federal de 1988 definiu um novo pacto federativo que resultou em grandes transformações quanto à capacidade decisória governamental. Com isso, as relações intergovernamentais estiveram condicionadas à capacidade de negociação de diversos conflitos e interesses do capitalismo e das classes menos favorecidas. Este processo de redefinição de atribuições e competências governamentais, ocorridos nos anos 1990, modificou radicalmente o padrão centralizado de produção de políticas sociais.

A década de 1990 traz para o cenário nacional os reflexos do processo de globalização que passa a dar direção no desenvolvimento do país, as transformações decorrentes deste processo atingiram diretamente as políticas sociais, que ainda davam início ao seu desígnio normativo e formatação com base na Constituição Federal de 1988, e seus reflexos perduram até os dias atuais.

Com este cenário político-econômico o Sistema Único de Saúde, recentemente regulamentado e passando por um processo de implantação e ajustes, já começa a sofrer diretamente os impactos da política neoliberal que ganha força no Brasil e inicia uma reconfiguração das políticas sociais.

Neste capítulo pretende-se analisar o processo histórico de desenvolvimento do SUS, explicitando seus princípios mais importantes, a partir das políticas sociais instauradas a cada governo, retratando as importantes conquistas e os retrocessos no sistema de saúde brasileiro. Buscando assim abordar a década de 1990, o avanço da política neoliberal, a contrarreforma na saúde e, a partir daí, o cenário que se apresenta para a política de saúde brasileira nos dias atuais.

Este capítulo está estruturado por dois itens, onde o primeiro irá apresentar como o SUS foi constituído e estruturado, seus princípios, objetivos e atribuições, e sua implementação a partir da Constituição Federal de 1988. O segundo item busca retratar a influência do neoliberalismo nas políticas de saúde, apresentando os avanços e retrocesso destas políticas no contexto neoliberal de 1990 aos dias atuais.

3.1 A configuração do Sistema Único de Saúde pós Constituição de 1988

A Constituição Federal de 1988, no título VIII, capítulo II, seção I, trata da Seguridade Social, afirma que compete ao Poder Público organizar a seguridade social com base nos objetivos da universalidade da cobertura e do atendimento; da uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; da seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; da irredutibilidade do valor dos benefícios; da equidade na forma de participação no custeio; da diversidade da base de financiamento; e do caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.

A saúde é parte integrante da seguridade social, e com a Constituição Federal de 1988 ela passa a ser direito de todos e dever do Estado, conforme afirma o artigo 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).

O artigo 198 da Constituição Federal institui o SUS e define suas diretrizes, quando afirma que:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (BRASIL, 1988).

O SUS é caracterizado como um sistema porque é formado por várias instituições dos três níveis de governo (União, Estados, e Municípios), e pelo setor privado contratado e conveniado, como se fosse um mesmo corpo, segue os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional. Dessa forma o SUS é um sistema, e não uma instituição ou um serviço, que significa um conjunto de

unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum. É também único, já que tem a mesma doutrina, a mesma filosofia de atuação em todo o território brasileiro, e é organizado de acordo com a mesma sistemática.

O Brasil passa a possuir um dos sistemas de saúde mais completos do mundo, contudo os elementos integrantes do SUS referem-se ao mesmo tempo às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. Baseado nos preceitos constitucionais, o SUS se norteia pelos seguintes princípios doutrinários:

Universalidade – garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. A saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, em todos os níveis, assim como aqueles contratados pelo poder público, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais;

Equidade – assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que o caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. O objetivo desse princípio é diminuir desigualdades, pois apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais, por isso há necessidades distintas. Sendo necessário tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior;

Integralidade – reconhecimento na prática dos serviços de que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade. Este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades, onde as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentadas e as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas.

É importante ressaltar que o SUS traz consigo um novo conceito de saúde, porque até então se entendia como saúde apenas a ausência de doenças. Os princípios do SUS mostra que este conceito foi ampliado ao serem definidos os elementos condicionantes da saúde, que são: Meio físico - condições geográficas,

água, alimentação, hábitos, entre outros; Meio sócio-econômico e cultural - emprego, renda, educação, habitação, entre outros; E a garantia de acesso aos serviços de saúde responsáveis pela promoção, proteção e recuperação da saúde. Compreendendo assim que os níveis de saúde da população também expressam a organização social e econômica do país. Conforme afirma a legislação pertinente da Lei n.º 8080/90, Art.3º:

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 (BRASIL, 1990a).

Além dos princípios doutrinários o SUS também tem seus princípios organizativos, que tratam das formas de concretizar o SUS na prática. Tendo em vista que é dever do Estado garantir a saúde, e que isto consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos e doenças o SUS operacionaliza suas ações proporcionando um acesso igualitário, qualificado e eficaz. Ainda de acordo com a Lei n.º 8080/90 os princípios são:

Regionalização e Hierarquização – os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, numa determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos e com a definição e conhecimento da população a ser atendida. A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região. Isto implica na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de resolutividade dos problemas;

Descentralização – é a redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, objetivando prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. Portanto, o município vai ser o responsável pela execução e promoção dos serviços de saúde, o estado vai articular os municípios e gerenciar os grandes serviços de

saúde que serão referência. A União caberá a coordenação da política nacional de saúde, administrando no plano nacional, com todas as informações acrescidas pelas outras esferas, e só caberá o papel de executor em situações extremas. Para que seja válido o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade;

Participação Popular – a sociedade deve participar no dia-a-dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde. Contudo a participação popular na formulação das políticas de saúde é garantida pela constituição, a Lei 8.142 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, garantindo a representação paritária de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviços;

Além destes princípios organizativos o SUS ainda assegura: Resolutividade – a exigência de que quando surja um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência; Complementaridade do setor privado – os serviços de saúde privado só podem ser contratados por insuficiência do setor público; Interdisciplinaridade – trocas profissionais entre os especialistas das várias áreas que atuam no setor saúde e pelo grau de real integração destas; E financiamento – a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Visando melhor programação e o planejamento das ações e serviços do sistema o SUS está organizado em três níveis de atenção: Atenção Primária ou Básica; Atenção Secundária ou Média Complexidade; E Atenção Terciária ou Alta Complexidade.

A atenção básica constitui o primeiro nível de atenção à saúde. Engloba um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, que envolvem a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes, realizado pelas especialidades básicas da Saúde, que são: clínica médica; pediatria; obstetrícia e ginecologia; odontologia; e ações de enfermagem. Este é o ponto preferencialmente inicial de contato dos usuários com o SUS, pois os

municípios que tem uma atenção básica bem organizada garantem resolução da grande maioria das necessidades e problemas de saúde da população. As unidades que oferecem esses serviços são os Postos e Centros Municipais de Saúde.

A atenção secundária compõe-se por ações e serviços que visam atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. Vão oferecer esses serviços as Policlínicas, Pronto Socorros e as Unidades Mistas. Os procedimentos especializados são: cirurgias ambulatoriais especializadas; procedimentos traumato-ortopédicos; ações especializadas em odontologia; patologia clínica; anatomopatologia e citopatologia; radiodiagnóstico; exames ultra-sonográficos; diagnose; fisioterapia; terapias especializadas; próteses e órteses; anestesia.

A atenção terciária tem como característica realizar procedimentos que, no contexto do SUS, envolvem alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso rápido e amplo a serviços qualificados. Esses serviços são prestados pelas Unidades Hospitalares de Saúde, e as principais áreas que compõem a alta complexidade são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica; assistência ao paciente com câncer; cirurgias em geral; assistência em problemas dos ossos e articulações; procedimentos de neurocirurgia.

Ao analisar tudo que é proposto pelo SUS podemos reafirmar que este é realmente um dos sistemas de saúde mais complexo. No entanto, dada conjuntura brasileira, e o processo histórico político e social já apresentado é possível também identificar que o SUS não seria implantado "da noite para o dia", porque as mudanças que ele propõe são muitas e complexas, assim como os interesses que ele questiona. Dessa forma o SUS como parte da reforma sanitária é um processo que estará sempre em aperfeiçoamento.

Ao analisarmos as diretrizes do SUS é possível perceber que sua proposta vai de encontro a tudo que estava posto até então, vai de encontro aos interesses do Capital. Então como a sociedade se constrói e se reconstrói historicamente através das lutas de classes, dentro dos conflitos de interesses do Estado e Sociedade Civil, sua implementação e efetivação não seria tão rápida e tão fácil, contudo este processo se dá até os dias atuais. Assim sendo, será exposto agora uma análise de como se deu a implementação do SUS nos anos de 1990, e no próximo item como está sendo realizada sua efetivação até os dias atuais.

A aprovação da Lei Orgânica da Saúde só aconteceu no segundo semestre de 1990, já com o Governo Collor e após muita negociação do Ministério da Saúde com o movimento da Reforma Sanitária. O que propiciou um atraso inicial de dois anos para o começo da implantação do SUS (NETO, 1998).

No cenário político em razão da inflação instaurada no Brasil o presidente Collor priorizou a luta contra a espiral inflacionária através do chamado Plano Brasil Novo, popularmente denominado de Plano Collor, este plano visava combater a hiperinflação. Seu governo foi totalmente voltado para área econômica e suas medidas incluíram ainda ações de impacto, como: redução da máquina administrativa com a extinção ou fusão de ministérios e órgãos públicos, demissão de funcionários públicos e o congelamento de preços e salários; sendo necessários ajustes e reformas estruturais e políticas. Ocorre que as estratégias de mudanças sugeridas pelo governo Collor não visavam interação com os movimentos sociais organizados e tratavam a questão social de forma clientelista.

O governo Collor pretendia realizar uma modernização administrativa e revitalizar a economia, mas suas ações marcaram a história de forma negativa, tendo em vista que algumas das principais ações foram: A volta do Cruzeiro como moeda; Congelamento de preços e salários; Bloqueio de contas correntes e poupanças no prazo de 18 meses; E a demissão de funcionários e diminuição de órgãos públicos. Foi Collor que iniciou às privatizações das estatais e à redução das tarifas alfandegárias, e em seu governo surgiram muitas denúncias de corrupções. Ocorre que sua gestão gerou muita insatisfação à população, até ser realizado o impeachment do presidente.

Deste modo ocorreu na década de 1990 um redirecionamento do papel do Estado, grande ataque por parte do capital aliado aos grupos dirigentes, e os reflexos do processo de globalização, que passa a dar nova diretriz no desenvolvimento nacional, atingem diretamente as políticas sociais que ainda se iniciavam com base na Constituição Federal de 1988. Isto porque a política neoliberal ganhou força no Brasil por meio do governo de Fernando Collor.

O neoliberalismo consiste num conjunto de ideias políticas e econômicas capitalistas que defende a não participação do Estado na economia. Condena toda ação do Estado que limite os mecanismos de mercado, acredita que este princípio garante o crescimento econômico e o desenvolvimento social do país (SADER; GENTILI, 1995).

3.2 Política de saúde em tempos neoliberais: expressões da privatização

No pensamento neoliberal, as políticas sociais não são compreendidas como direitos, mas como forma de assistir aos mais necessitados ou como ato de filantropia. Sob essa orientação, a ação do Estado deve ser focalizada nos pobres, e a sociedade, (na figura das organizações não-governamentais e no voluntariado) deve ser estimulada a assumir responsabilidades pela resolução dos seus problemas, reduzindo a carga imposta ao Estado ao longo do tempo. O conceito neoliberal de políticas sociais favorece e fortalece o capitalismo, pois como afirma Sader e Gentili "o neoliberalismo é uma estrutura ideológica e política que acompanha uma transformação histórica do capitalismo moderno" (SADER; GENTILI, 1995, p. 39).

Assim sendo, há novamente um retrocesso no campo da saúde, entretanto no momento em que se iniciava o processo de implementação do Sistema Único de Saúde na década de 1990, o Brasil passa a vivenciar a política neoliberal e começa a sofrer diretamente os impactos desta. A saúde passa a sofrer das transformações do quadro político marcadas por: ampliação do acesso aos serviços de atenção básica; mercantilização dos serviços de nível secundário e terciário; grande precarização dos vínculos de trabalho no setor público; terceirização de grande parte dos serviços assistenciais e terapêuticos; conformação de um sistema de saúde complementar, regulamentado; e institucionalização da participação, por meio dos conselhos e conferências de saúde nas três esferas de governo. Conforme afirma Mota, 2009:

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

As propostas do neoliberalismo ganharam espaço no governo Collor e foram se concretizando nos governos posteriores, com Itamar Franco e Fernando Henrique Cardoso. Seguindo a perspectiva neoliberal a política brasileira, no discurso do desenvolvimento do país, passa a reduzir os investimentos nas políticas sociais

públicas, vinculando-se ao mercado e a sociedade civil assume os custos da crise financeira, instaurada desde o governo de Sarney, voltando a realizar ações filantrópicas. Assim a proposta de Política de Saúde construída em 1980 vai sendo desconstruída, pois o caráter universalizante e coletivista das políticas sociais não favoreceriam o crescimento e desenvolvimento do país no contexto neoliberal.

De acordo com Draibe (2003) e Polignano (2001), o presidente Fernando Henrique Cardoso, popularmente conhecido como FHC, foi o primeiro a governar por dois mandatos consecutivos, e foi em seu governo que a emenda da reeleição foi aprovada. Durante os oito anos de mandato ele priorizou a área econômica, a maior parte de seus feitos foi voltada para isso, neste período ocorreu a privatização de várias estatais brasileiras, como a Companhia Vale do Rio Doce, a Telebrás, e o Banespa; A implantação do Plano Real; Algumas reformas no setor da Educação, como a aprovação das Leis de Diretrizes e Bases para a Educação, e a criação dos Parâmetros Curriculares para o Ensino Básico; A criação da Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar n.º 101 de 2000), que contribui de forma expressiva para o controle das contas públicas em todo o país; E o chamado “apagão”, em 2001, que foi uma crise nacional que afetou o fornecimento e a distribuição de energia elétrica⁷.

Importante ressaltar que o governo FHC deu continuidade ao processo de reformas estruturais, pois ainda no seu governo, em agosto de 1995, foi enviado para o Congresso Nacional o Projeto de Emenda Constitucional de nº 173, que versava sobre a reforma do Estado brasileiro. Como afirma Mota (2009) a Reforma do Estado ou Contrarreforma é uma estratégia de governo, e parte do pressuposto que o Estado desviou-se de suas funções básicas ao ampliar sua presença no setor produtivo. Além disto, pode ser considerada também uma ofensiva contra os direitos sociais instituídos com a Constituição Federal de 1988.

A criação do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, e a elaboração do Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado foram fortes instrumentos utilizados pelo governo para alcançar os objetivos neoliberais propostos na reforma do Estado.

⁷ Da falta de estrutura fez-se a 'crise do apagão' no Brasil do início do século XXI. O Globo. Disponível em: <http://acervo.oglobo.globo.com/fatos-historicos/da-falta-de-estrutura-fez-se-crise-do-apagao-no-brasil-do-inicio-do-seculo-xxi-9396417>. Acessado em: 07/09/2015.

Visando a implementação do Projeto de Reforma o governo apresentou várias Propostas de Emendas Constitucionais - PECs, onde as principais mudanças da Constituição recaíram sobre o capítulo da Administração Pública; das Políticas Sociais e principalmente sobre a Seguridade Social. A PEC 32/1995, que propõe modificar a redação do artigo 196 da constituição federal de 1988, por meio de uma reforma administrativa na política de saúde, representou uma ameaça ao SUS, porque visava o fim de um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde, o acesso universal por qualquer cidadão em todo território nacional aos serviços de saúde pública, estabelecendo limites ao direito à saúde e restringindo o dever do Estado na provisão das condições para seu exercício, mas a PEC 32 acabou não sendo votada pelo governo, contudo novamente a população se organizou e realizou uma grande mobilização nacional em defesa do SUS.

Apesar de todas as dificuldades já expostas, no âmbito normativo a saúde conseguiu avançar durante o governo FHC, houve avanços também na implementação do SUS, mas isso ocorreu com grandes contrariedades. Entretanto neste período a crise econômica se agravou e com isso o governo sentiu dificuldade de remunerar adequadamente os prestadores de serviços médicos, assim agravou-se também a operacionalização do sistema, principalmente no que se refere ao atendimento hospitalar; isso contribuiu diretamente para criação dos planos de saúde particulares, que posteriormente foi regulamentado pela Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, e para criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira – CPMF, imposto arrecadado a fim de contribuir com o financiamento do SUS.

Um avanço muito significativo desse período para o SUS foi a inclusão da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde a NOB-SUS 01/96, aprovada pela portaria nº 2.203, de 05 de novembro de 1996, esta norma define o modelo de gestão do SUS. A NOB-SUS redefine os papéis de cada esfera de governo; os instrumentos gerenciais para que municípios e estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS; os mecanismos e fluxos de financiamento; a prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS; os vínculos dos serviços com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social; e a forma de repasse dos recursos

financeiros do governo federal para os municípios, que passa a ser realizado com base num valor fixo per-capita, por meio do Piso Assistencial Básico – PAB.

As alterações introduzidas pela NOB possibilitam aos municípios desenvolverem novos modelos de atenção à saúde da população, contribuindo diretamente para o desenvolvimento da saúde no âmbito da municipalização, o que é fator crucial para organização do sistema de saúde no Brasil, conforme afirma Bravo (2001a):

De fato, uma das características mais marcantes da reforma do setor saúde nos anos 1990 é, sem dúvida, o avanço da municipalização, o que promoveu alterações substanciais no desenho organizacional do sistema de saúde no país à medida que os municípios passaram a arcar com novas funções e responsabilidades, anteriormente prerrogativas exclusivas do nível federal (BRAVO, 2001a, p.102).

Alguns programas de saúde que surgiram no governo FHC também merecem destaque, são eles: os programas prioritários de Combate à Mortalidade Infantil e Saúde da Mulher; e o Programa Saúde da Família, este ainda mais porque possibilitou a diversificação do modelo de assistência e a focalização das ações básicas à população carente.

Ao final dos dois mandatos⁸ Fernando Henrique Cardoso conseguiu controlar a inflação brasileira, mas a distribuição de renda no Brasil continuou de forma desigual, a renda da população rica continuou cerca de 30 vezes maior que a da população mais pobre, além disso, o Brasil ficou em excessiva dependência do Fundo Monetário Internacional - FMI. No âmbito da saúde, apesar do cenário político e econômico não facilitar a implantação do SUS, o processo não parou, aos poucos as experiências avançaram, e o SUS foi se constituindo enquanto política de saúde.

Em 2003 Luiz Inácio Lula da Silva assume a presidência do Brasil, foram muitas expectativas para este governo, já que ele trazia a promessa de dar outro rumo à política brasileira. A trajetória de vida de Lula foi o que gerou expectativas, por ele ser filho de lavradores analfabetos, nordestino, e seus primeiros anos de vida foi em um cenário de seca e miséria, vivenciou a realidade da classe operária. Então este seria o presidente representante da classe operária brasileira, muito bem instruído politicamente, com muita experiência nas organizações políticas, era também a primeira vez que a Esquerda tomaria controle da nação, por isso

⁸ Governo Fernando Henrique Cardoso. Brasil Escola. Disponível em: <http://www.brasilecola.com/historiab/governo-fernando-henrique-cardoso.htm>. Acessado em: 23/09/2015.

acreditava-se que Lula iria ser o verdadeiro representante do povo, governaria para as classes menos favorecidas (SILVA; RAMOS, 2013).

No entanto o governo Lula buscou em seus dois mandatos (de 2003 a 2010) atender sim às necessidades da classe operária, mas também não deixou de atender aos interesses do capitalismo, favorecendo o grande capital e aos segmentos mais pobres da população ao mesmo tempo, conforme será exposto a seguir e conforme afirma Marques e Mendes, 2007:

[...] se de um lado sua política econômica favoreceu largamente os interesses do capital financeiro nacional e internacional (garantindo elevada rentabilidade mediante a manutenção de elevadas taxas de juros e viabilizando um lucro bancário recorde) e do agronegócio, por outro, implementou uma série de programas e iniciativas, direcionada aos segmentos mais pobres da população brasileira e àqueles até então excluídos de algumas políticas (MARQUES; MENDES, 2007, p.19).

Quando Lula assumiu a presidência, no plano econômico, o Brasil vivia um momento estável, com a inflação já controlada, por isso Lula manteve os parâmetros macroeconômicos da era FHC, foi mantido a Desvinculação da Receita da União – DRU; taxas de juros parametradas pela Selic; o superávit primário; apostas na política de exportação, com base no agronegócio; o inesgotável pagamento de juros, encargos e amortização da dívida pública; e o aumento da arrecadação da união (SILVA; RAMOS, 2013). Ocorre que as orientações econômicas impactam diretamente às políticas sociais, no entanto Lula conseguiu manter as mesmas diretrizes econômicas que FHC e avançar no campo das políticas sociais.

Por outro lado o governo Lula difere do governo de Fernando Henrique por fazer apologia ao chamado “novo desenvolvimentismo” ou “neodesenvolvimentismo”, conforme afirma Santos (2012b), Lula reedita a combinação discursiva de crescimento econômico e desenvolvimento social, mantendo o posicionamento de favorecer ao grande capital e aos segmentos mais pobres da população ao mesmo tempo, Lula a partir de aspectos, que em tese, rechaçam as medidas neoliberais, por meio da ampliação e formalização do emprego, direciona a intervenção do Estado atuar de forma a instituir seu governo como palco da conciliação de iniciativas aparentemente contraditórias.

Desta forma o governo Lula continua executando o neoliberalismo, mas diferente do governo FHC, isso ocorre de modo camuflado, pois realiza ações

voltadas para o bem estar social da sociedade civil, no entanto estas ações se dão por meio da centralidade da assistência social focalizada, e contribuem para o aprofundamento da precarização do padrão de proteção social.

Além disso, Lula consegue o que nenhum outro presidente tinha ainda realizado: a “passivização” dos trabalhadores e dos movimentos sociais, por meio da cooptação de lideranças do movimento social incorporadas à dinâmica governamental petista (SANTOS, 2012b).

Ainda sobre o âmbito econômico, de acordo com Rainer⁹, houve no governo Lula denúncias de corrupção, dentre elas a denúncia por realizar a venda de propinas para conseguir a aprovação de determinadas medidas, e o esquema que ficou conhecido como “Mensalão”, este teve repercussão internacional e deu início a um debate político que questionava se existia algum tipo de oposição política no país.

No campo das políticas sociais as ações governamentais foram pautadas na busca pela proteção social. Visando a garantia de direitos, buscou a redução da pobreza absoluta, diminuir a desigualdade de renda e propiciar a inclusão social. Para que isso fosse possível o governo lançou o Projeto Fome Zero, efetuou a contrarreforma da Previdência Social e realizou mudanças nos recursos da seguridade social.

O governo Lula destacou-se por realizar muitos programas sociais, dentre eles os que mais se sobressaíram foram: o Bolsa Família; Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – Peti; Luz para todos; Brasil Alfabetizado e Educação de Jovens e Adultos; e o Programa Universidade para todos – ProUni. Todavia o programa Bolsa Família ainda se sobrepõe, porque apesar de não constituir um direito, é um benefício decorrente de um programa governamental, a rigor não pode ser comparado com as tradicionais políticas assistencialistas que existiram no Brasil até então (MARQUES; MENDES, 2005).

Conforme apresenta Silva e Ramos (2013), o programa Bolsa Família é um programa de transferência de renda, que alterou as condições de existência das famílias beneficiadas, retirando-as da pobreza absoluta. Contudo, não é uma política social, mas uma política de governo e por isso pode ser extinta a qualquer momento. Pode ser considerado um determinante importante no combate à pobreza neste

⁹ Governo Lula. Mundo educação. Publicado por SOUSA, Rainer Gonçalves. Disponível em: <http://www.mundoeducacao.com/historiadobrasil/governo-lula.htm>. Acessado em: 26/09/2015.

período, mas não estar associado a mudanças estruturais, porque os determinantes da pobreza não foram alterados, e o combate à pobreza não se dar apenas por meio de transferência de renda, é preciso utilizar-se também de outras políticas sociais. Assim o Bolsa Família constitui-se como um programa assistencialista do governo, e se justificava pela necessidade de sanar o problema da concentração de renda que assolava o país.

No tocante à política de saúde, no governo Lula havia expectativas de que o Projeto da Reforma Sanitária e o SUS fossem fortalecidos constitucionalmente, porquanto dentre as promessas durante a campanha eleitoral Lula prometeu cumprir com os gastos em saúde previstos na Constituição; criar as farmácias populares; garantir o acesso a medicamentos; aumentar redes de pronto-socorros; e aumentar para 30 mil o número de equipes do Programa Saúde da Família. Mas ações do governo mostram que foi mantida a polarização entre os dois projetos de saúde. Em algumas proposições procura fortalecer o projeto da reforma sanitária, e em outras proposições mantém o projeto privatista, quando as ações enfatizam a focalização e o desfinanciamento do SUS.

Algumas ações voltadas para as políticas sociais que merecem destaque no governo Lula: a escolha de profissionais comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária para ocupar o segundo escalão do Ministério; as alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde, sendo criadas mais secretarias, dentre elas a Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde, a Secretaria de Atenção à Saúde, e a Secretaria de Gestão Participativa; a realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde; a participação do ministro da saúde nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde e a escolha do representante da Central Única dos Trabalhadores para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde.

No entanto essas ações não foram suficientes para superar os interesses do capitalismo e contribuir de forma significativa para o avanço nas políticas de saúde. Entretanto o governo Lula deu continuidade à política de saúde dos anos 1990, permaneceu a focalização, a precarização e a terceirização dos recursos humanos, o desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção da seguridade social (SILVA; RAMOS, 2013).

De acordo com Bravo (2000 e 2001b), o que mais tem retardado o desenvolvimento do SUS é a questão do desfinanciamento, pois esta se torna mais séria devido está diretamente articulada ao gasto social do governo e ser um

determinante para a manutenção da política focalizada, de precarização e terceirização dos recursos humanos. Tendo em vista que o desfinanciamento da saúde pública é o que gera intensa repressão de demanda, com congestionamento nos pronto-socorros, precarização da atenção básica preventiva e predomínio de intervenções tardias. O desfinanciamento ainda abre espaço para expansão da saúde privada, via planos de saúde para a classe média.

Deste modo o desfinanciamento do SUS é um fator que impossibilita a oferta de serviços públicos, gratuitos e com qualidade, conforme preza a Constituição. O governo Lula não priorizou disputar os serviços de saúde com o setor privado, abrindo espaço para o capitalismo, onde os interesses dos produtores de equipamentos, medicamentos e tecnologias, e dos prestadores de serviços, por vezes organizados em corporações poderosas, mantêm-se intactos.

Quanto a precarização e terceirização dos recursos humanos refere-se a ampliação da contratação de agentes comunitários de saúde e a inserção de outras categorias que não são regulamentadas, como auxiliar e técnico de saneamento, agente de vigilância sanitária, agentes de saúde mental.

Foi realizada em 2007 a 12ª Conferência Nacional de Saúde – CNS, que teve como objetivo definir orientações para o plano plurianual de saúde do governo e as principais diretrizes a serem incorporadas ao sistema de saúde. A 12ª CNS tratou de dois temas centrais, um foi a descriminalização do aborto, e o outro O Projeto de Fundação Estadual de Direito Privado. A conferência defendeu os direitos à saúde e os direitos sociais, e posicionou-se totalmente contra ao Projeto de Fundação Estadual de Direitos Privados, porque este vai de encontro ao princípio de universalização do SUS. No entanto mesmo com o posicionamento claro da 12ª Conferência Nacional de Saúde a proposta foi aprovada em diversos estados.

Em 2010 surgiu a Frente Nacional Contra as Organizações Sociais – Oss e pela procedência de Ação Direta de Inconstitucionalidade – ADI, contrária à Lei 9.637/98 que cria as Organizações Sociais. E no mesmo ano foi realizado o Seminário Nacional "20 anos de SUS, lutas sociais contra a privatização e em defesa da saúde pública e estatal", considerado um marco na retomada de um movimento de saúde com base popular e dimensão nacional, foi neste seminário que foi criada a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde.

A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde já realizou várias ações e mobilizado a criação de Fóruns de Saúde em estados, regiões e municípios, e dela

participam diversas entidades, movimentos sociais, centrais sindicais, sindicatos, partidos políticos, e projetos universitário. Pode ser considerada uma forte arma para mobilização social contra as ações do governo que colocam em risco a saúde pública e todos os direitos sociais já conquistados historicamente.

Durante o governo Lula o SUS sofreu diversas ameaças, e podemos afirmar que as ações desse governo contribuíram para o retrocesso do SUS e da saúde pública brasileira. Entretanto o que se verifica do governo Lula é uma diminuição dos direitos sociais em decorrência da política fiscal restritiva, ancorada na manutenção do superávit primário, com reflexos significativos na previdência social e nos recursos destinados ao SUS. Assim o sistema de saúde conquistado e institucionalizado democraticamente vem sendo atacado pela lógica capitalista, onde o alvo principal tem sido os princípios, tais como: universalização; igualdade no acesso; descentralização com comando em cada esfera de governo; integralidade das ações; controle social e participação da sociedade na construção da política. Ao mesmo tempo em que vem sendo enfatizadas as propostas de terceirização, privatização, seletividade, desfinanciamento e focalização da política de saúde (SANTOS, 2012b).

O governo Lula beneficiou as classes operárias, com muitos programas sociais, mas não constitui direito, de modo que o seu governo foi assistencialista à classe operária e a constituição de direito foi voltada para o capitalismo, abrindo espaço para a concessão do público às áreas privadas. Então, mesmo Lula afirmando que iria governar para o povo (para os segmentos mais pobres da população) seu governo foi voltado para os interesses do capitalismo e fortaleceu o neoliberalismo, de modo que, como afirma Sader e Gentili o projeto neoliberal continua a demonstrar uma vitalidade impressionante, seu dinamismo não está ainda esgotado, como se pode ver na nova onda de privatizações, e “a hegemonia neoliberal se expressa igualmente no comportamento de partidos e governos que formalmente se definem como seus opositores” (SADER; GENTILI, 1995, p.17).

Atualmente o Brasil tem como presidente Dilma Vana Rousseff, que apoiada nas campanhas eleitorais por Lula, foi a primeira mulher a assumir a presidência do país. Está agora em seu segundo mandato consecutivo, pois assumiu o cargo desde 2011, aqui serão retratadas as ações de seu primeiro mandato e as diretrizes do segundo mandato, tendo em vista que este está apenas iniciando.

No plano econômico Dilma iniciou dando seguimento à boa parte da política econômica do Governo Lula, o Programa de Aceleração do Crescimento – PAC, lançado no final do governo anterior, fomentou a economia, mas não conseguiu impedir o aumento do índice de inflação e conseqüentemente maiores taxas de juros, suscitando a crise financeira no país.

De acordo com Silva e Ramos (2013) no discurso de posse da presidente Dilma ela afirma que iria priorizar a consolidação do SUS, utilizando a força do governo federal para acompanhar a qualidade do serviço prestado e o respeito ao usuário, mas também destaca que iria estabelecer parcerias com o setor privado na área da saúde. Percebe-se neste discurso que a presidente iria dar continuidade as ações que foram estabelecidas no governo Lula, porquanto iria continuar servindo aos segmentos mais pobres da população e favorecendo o grande capital ao mesmo tempo, de modo que ofertaria saúde pública para classe operária ao consolidar o SUS e favorecia o capitalismo ao estabelecer parcerias com o setor privado.

No início do governo Dilma a área da saúde ganhou um forte aliado quando o médico Alexandre Padilha foi indicado para Ministro da Saúde, porque ele trazia consigo a proposta de garantir o acesso e o atendimento de qualidade à população, em tempo real, adequado para necessidade de saúde das pessoas. Quando em posse do cargo Padilha comprometeu-se em participar ativamente do Conselho Nacional de Saúde. No entanto o Ministro afirma que não tem bloqueio ou preconceito com qualquer modelo gerencial que cumpra as diretrizes do SUS, o que é uma afirmação preocupante, contudo abre espaço para implementação dos modelos de gestão que privatizam a saúde (SILVA; RAMOS, 2013). Tal afirmação demonstra ainda que o Ministro da Saúde segue as mesmas diretrizes da presidente, podendo tomar medidas que favoreçam a privatização do SUS, afirmando está servindo à população enquanto serve ao capitalismo.

Dilma mantém em seu governo a realização de programas sociais, deu continuidade aos programas lançados no governo anterior, inclusive ao Bolsa Família, e lançou novos programas, dentre eles: o Programa Rede Cegonha; Programa Aqui tem Farmácia Popular; o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego – Pronatec; e o programa Brasil sem Miséria.

Um ação importante do governo Dilma foi a implementação das Unidades de Pronto-Atendimento 24 horas – UPAs, criada pela Portaria nº 2.048, em 5 de novembro de 2002, as UPAs são parte integrante da Política Nacional de Urgência e

Emergência, foram instituídas para que Unidades Básicas de Saúde possam esvaziar os corredores dos grandes hospitais, proporcionando também um atendimento mais humanizado aos pacientes, visando diminuir as filas nos Prontos Socorros de hospitais, evitando encaminhamentos desnecessários que causam superlotação e um enorme tempo de espera para o atendimento.

As UPAs tornam-se importantes a medida que fortalecem “a promoção da saúde, a solidariedade, a ação necessária e ágil, estruturam a nossa Política Nacional de Atenção às Urgências” (BRASIL, 2003). No entanto, conforme afirma Silva e Ramos (2013), as UPAs fortalecem o modelo hospitalocêntrico e o que tem se verificado com a implementação delas é a ampliação da terceirização e a precarização dos trabalhadores.

Em 15 de dezembro de 2011 Dilma sancionou a Lei nº 12.550, lei que autoriza o Poder Executivo criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH. Esta é uma empresa pública de direito privado, ligada ao Ministério da Educação visando estruturar os Hospitais Universitários – HUs federais.

De acordo com o livreto da legislação da EBSEH¹⁰:

Com a criação da EBSEH, o Governo Federal dá prosseguimento à recuperação dos hospitais universitários federais, garantindo as condições necessárias para a oferta de assistência à saúde da população, de acordo com as orientações do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a geração de conhecimento de qualidade e formação dos profissionais da área da saúde (BRASIL, 2011, p.07).

No entanto, o que se confere com a criação da EBSEH é o enfraquecimento dos serviços públicos sob o controle estatal, já que a EBSEH traz consigo a manutenção da flexibilização das relações de trabalho resultante da terceirização nas Universidades, e a secundarização do papel desenvolvido pela Universidade Pública Brasileira na transformação social, no desenvolvimento e soberania do país. Além disso, com a criação da EBSEH, o capital continuará vindo diretamente do Tesouro, mas, as demais fontes continuarão sendo financiadas, inclusive com recursos do SUS, ficando evidente que a origem dos recursos continuará sendo a mesma: recursos públicos disponibilizados para o setor privado, conforme afirma

¹⁰ Livreto da legislação da EBSEH. Disponível em: <http://www.sint-ifesgo.org.br>. Acessado em: 03/10/2015.

Moção de repúdio do CNS¹¹ contra a criação da EBSEERH. Deste modo pode-se afirmar que a EBSEERH é um retrocesso no processo de fortalecimento dos serviços públicos, e representa o aprofundamento das contradições existentes na formação do Estado brasileiro (SILVA; RAMOS, 2013).

A 14ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada em 2011, objetivando discutir a política nacional de saúde e traçar novas diretrizes, porquanto com a criação da EBSEERH o desafio de manter os princípios do SUS torna-se maior. A Frente Nacional Contra Privatização da Saúde participou efetivamente desta conferência, levando suas propostas para somar contra a privatização.

De acordo com Silva e Ramos (2013), desde o início do ano de 2013 o governo federal negocia com grandes empresas que atuam no mercado de planos privados de saúde um pacote de medidas que transferirão mais recursos públicos por meio da redução de impostos. E essa proposta consistiria na prática em universalizar o acesso à saúde por meio de planos e seguros privados, e não mediante serviços públicos no âmbito do SUS. Ocorre que se essa proposta for aprovada a saúde passará a ser uma mercadoria amplamente consumida, isso fere o direito à saúde, porque vai contra o princípio de universalização do SUS. Mais que isso, com esta medida o Estado pode revogar a Lei 8.080, pode invalidar a conquista de a saúde ser um direito de todos e dever do Estado, esta medida pode significar o fim do SUS, conforme afirma Silva e Ramos, 2013:

Essa medida pode ser a formalização final para instituição de um seguro saúde e para a criação de um Sistema Nacional de Saúde integrado com o setor privado, tendo como consequência acabar com o SUS ou torná-lo um sistema focalizado, consagrando o processo de universalização excludente, que vem ocorrendo desde os anos 1990 (SILVA; RAMOS, 2013, p.38).

Uma rápida avaliação das ações do governo Dilma na área da saúde nos permite afirmar que este governo contribui mais para os retrocessos do que para os avanços. Como afirmado anteriormente Dilma Rousseff mantém o plano de governo de Lula, servindo ao capitalismo e as classes menos favorecidas ao mesmo tempo, contudo no âmbito da saúde suas ações mostram claramente que ela está a serviço do capitalismo, pois mesmo quando implementa algo pertinente ao SUS favorece ao grande capital, como foi o caso das UPAs mencionado anteriormente. Deste modo a

¹¹ MOÇÃO Nº 015, DE 06 DE OUTUBRO DE 2011. Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Vigésima Sexta Reunião Ordinária.

saúde no governo Dilma tem ênfase nas políticas e programas focalizados, e na parceria com o setor privado, contribuindo para cooptação dos movimentos sociais.

O segundo mandato de Dilma teve início neste ano, as diretrizes de seu governo até então se mantêm as mesmas, no entanto a crise financeira toma maiores proporções e alguns programas sociais sofreram cortes, como o Minha Casa Minha Vida e o Pronatec. Segundo notícia veiculada no *Datafolha* em 06 de agosto de 2015¹², o índice de reprovação ao governo Dilma supera o pior momento do governo Collor.

Diante de tudo que foi posto podemos afirmar que as políticas sociais se concretizam a partir da evolução histórica brasileira, atreladas à evolução político-social e econômica da sociedade, num processo de construção e desconstrução de direitos, num conflito de interesses do capitalismo com as camadas da população menos favorecida.

E como afirma Behring:

A distância entre a definição dos direitos em lei e sua implementação real persiste até os dias de hoje. Tem-se também uma forte instabilidade dos direitos sociais, denotando a sua fragilidade, que acompanha uma espécie de instabilidade institucional e política permanente, com dificuldades de configurar pactos mais duradouros e inscrever direitos inalienáveis (BEHRING, 2007, p.79).

Todas estas mudanças estruturais nas políticas sociais interferem diretamente na atuação profissional dos assistentes sociais, pois os assistentes sociais atuam no processo da reprodução social da vida, nas diversas expressões da questão social, como a pobreza, a subalternidade e a exclusão social. Realizam trabalho sócio-educativo, tendo as políticas sociais como principal aliado para o enfrentamento das expressões da questão social. Conforme será exposto no próximo capítulo.

¹²Recorde, reprovação a Dilma supera pior momento de Collor. Datafolha. Disponível em: <http://datafolha.folha.uol.com.br/opiniaopublica/2015/08/1665278-recorde-reprovacao-a-dilma-supera-pior-momento-de-collor.shtml>. Acessado em: 03/10/3015.

4 SERVIÇO SOCIAL NO “OLHO DO FURACÃO”: IMPLICAÇÕES DOS ATAQUES NEOLIBERAIS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL EM SAÚDE

A formação em Serviço Social é orientada para construir competências e habilidades para uma atuação generalista, para atuar nas diversas áreas ligadas à condução das políticas sociais públicas e privadas, saúde, educação ou assistência.

Cada área de atuação tem suas particularidades, mas de modo geral os assistentes sociais têm como principal objetivo responder às demandas dos usuários dos serviços prestados, garantindo o acesso aos direitos assegurados na Constituição Federal de 1988 e na legislação complementar. Para alcançar tal objetivo no desenvolvimento de suas atividades estes profissionais realizam planejamento, organização, execução, avaliação, gestão, pesquisa e assessoria, utilizando de alguns instrumentos de trabalho, como entrevistas, análises sociais, relatórios, levantamento de recursos, encaminhamentos, visitas domiciliares, dinâmicas de grupo, pareceres sociais, contatos institucionais, entre outros. Os instrumentos auxiliam analisar a realidade social e institucional dos usuários, para que seja possível intervir nesta realidade e contribuir para melhorias nas condições de vida do usuário.

A realidade social e institucional dos usuários se concretiza a partir da conjuntura social, do embasamento ideológico que constitui o modelo de gestão de cada governo, da forma que o Estado direciona o país, sendo a conjuntura brasileira fundamentada no neoliberalismo a sociedade se apresenta de forma distorcida, não havendo igualdade social, conforme afirma Sader e Gentili:

A herança do neoliberalismo é uma sociedade profundamente desagregada e distorcida, com gravíssimas dificuldades em se constituir do ponto de vista da integração social e com uma agressão permanente ao conceito e à prática da cidadania (SADER; GENTILI, 1995, p.187).

O Serviço Social se depara com bastantes dificuldades no exercício profissional, pois a ideologia neoliberal vai de encontro ao projeto ético-político do Serviço Social, porquanto as proposições enunciadas no projeto ético-político são materializadas no Código de Ética, que refletem o movimento de Reforma Sanitária,

visando efetivar a universalidade do acesso a direitos fundamentais, como a saúde, por meio da efetivação das políticas públicas.

Diante disso, este capítulo, estruturado por dois itens, propõe-se analisar no primeiro momento a relação entre neoliberalismo e as reconfigurações das políticas sociais, do papel do Estado e da questão social, apresentando de que forma as mudanças ocorridas, a partir da instauração do sistema econômico capitalista neoliberal, interferem na atuação profissional dos Assistentes Sociais. Mostrando também a intrínseca relação da profissão com o sistema capitalista e com as classes sociais, que ocorre desde a formação do exercício profissional, na dimensão técnica, operativa, ética e política.

No segundo momento, este capítulo expõe a origem do projeto ético-político e seu significado para a profissão, aduzindo alguns impasses para a realização das diretrizes e princípios, assim como as possibilidades existentes, na efetivação do projeto profissional do Serviço Social, e sua relação com os projetos societários.

4.1 Serviço Social na política de saúde e as tensões do cotidiano profissional

Como já exposto no capítulo anterior, o neoliberalismo influencia diretamente nas políticas sociais, pois na ideologia neoliberal as políticas sociais não são compreendidas como direito, e isso acarreta uma reconfiguração das políticas sociais. Essa reconfiguração das políticas sociais ocorre de forma gradativa, e ainda está em curso, porquanto se reconfigura a partir das mudanças na forma de atuação do governo, são decorrentes da intervenção do Estado após assumir o direcionamento neoliberal.

Netto (1999) afirma que os valores, ideias, opções, éticas e políticas, que caracterizam o projeto ético-político do Serviço Social assinalam o compromisso com os interesses da classe trabalhadora brasileira, portanto, antagônico ao projeto defensor do neoliberalismo, que vem promovendo a redução de direitos sociais, a privatização do Estado, o sucateamento dos serviços públicos e a redução das políticas sociais. Desse modo, o projeto ético-político do Serviço Social tem relação direta com a proposta do ideário que orienta a Reforma Sanitária Brasileira e que sustenta a construção do Sistema Único de Saúde, ou seja, a reconfiguração das

políticas sociais, a partir do neoliberalismo, estabelece uma relação direta com a profissão.

Para que haja implantação e desenvolvimento do SUS no país o papel da força de trabalho atuante nas unidades de saúde, bem como nos aparelhos de gestão e coordenação de programas e projetos de saúde pública, se tornou de grande relevância e cada profissional de saúde, dentre eles o assistente social, com seu conhecimento técnico, operativo, ético e político, passa a ter uma participação especial dentro do escopo da política de saúde pública brasileira.

Segundo Bravo (2011), a implantação e desenvolvimento do SUS no país vem requerendo a atuação do Serviço Social no processo de (re)organização dos serviços, nas ações interdisciplinares e intersetoriais, no controle social, entre as demandas que expressam a abrangência do conceito de saúde vigente, especialmente nos municípios, onde se concretizam as ações e serviços de saúde, buscando fortalecer a perspectiva da universalização do acesso a bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais.

Mota (2009) explica que para atender as necessidades e demandas do nosso sistema social, os profissionais em Serviço Social têm produzindo conhecimentos e alternativas para enfrentar as dificuldades vivenciadas no cotidiano de trabalho, através de pesquisas em artigos publicados na revista de maior circulação na área, bem como as comunicações apresentadas nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais. Segundo Sarreta e Bertani (2011) isso tem provocando o alargamento da prática profissional, que, associado à produção de conhecimentos e à qualificação profissional, tem ampliado a inserção do assistente social na área da saúde e, ao mesmo tempo, vem legitimando o seu trabalho, ampliando as possibilidades de acesso e de inclusão social.

O Serviço Social consegue se destacar na área da saúde em relação aos demais profissionais por ser um profissional que tem em sua formação conhecimento sobre as demais políticas sociais públicas que precisam estar atreladas à política de saúde para dar conta de fatores como trabalho, renda, alimentação, moradia, educação, saneamento básico, assistência e o total acesso a bens e serviços essenciais à população que sofre as diversas expressões da questão social (SARRETA; BERTANI, 2011). Deste modo no exercício profissional os assistentes sociais podem realizar uma análise mais completa das necessidades

que os usuários carecem a partir do novo conceito de saúde formulado com a criação do SUS, pautados na perspectiva da totalidade e integralidade.

Assim, o Serviço Social como profissão da área da saúde vem se construindo através da inserção nas políticas e programas de saúde desde o seu surgimento, não sendo possível negar que a reconfiguração das políticas sociais estabelece uma relação direta com a profissão.

Os ideais neoliberais, além de causar uma reconfiguração nas políticas sociais, causa uma reconfiguração no Estado, que como pode ser verificado no capítulo anterior muda os direcionamentos do governo, o posicionamento na maneira de atuação, onde favorece desigualmente as diferentes classes sociais.

Conforme afirma Iamamoto (2012), essa mudança também estabelece relação direta com a profissão, pois quando a ideologia neoliberal passa a reconfigurar o Estado o capitalismo integra processos econômicos, políticos e ideológicos, que alimentam o crescente movimento de valorização do capital, realizando a subsunção real da sociedade ao capital. Entretanto, o neoliberalismo acarretou muitas mudanças no âmbito econômico, alterações financeiras que interferem nas relações de trabalho, colaborando para que as ações do Estado contribuam para a desigualdade de distribuição de renda, aumentando o investimento especulativo no mercado de ações que impões mecanismos de ampliação da taxa de exploração por meio das políticas de gestão governamental.

Ocorre que o governo implanta políticas de gestão que contribuem para ampliação da taxa de exploração através do:

"enxugamento de mão-de-obra"; intensificação do trabalho e aumento da jornada sem correspondente aumento de salários; estímulo à competição entre os trabalhadores em um contexto recessivo, que dificulta a organização sindical; chamamentos à participação para garantia das metas empresariais; ampliação das relações de trabalho não formalizadas ou "clandestinas", com ampla regressão dos direitos; entre outros mecanismos (IAMAMOTO, 2012, p. 113-114).

Essa medida do Estado coopera para desconstrução de tudo que os movimentos sociais construíram e conquistaram, para desconstrução de direitos adquiridos por meio de lutas sociais, através dos movimentos sociais e das classes menos favorecidas, no decorrer de décadas. E como afirma Mota "o resultado tem sido uma ampla radicalização da concentração de renda, da propriedade e do poder,

na contrapartida de um violento empobrecimento da população” (MOTA, 2009, p. 164).

Além disso, tais medidas abrem espaço para que a mundialização financeira¹³ unifique processos que são tratados pelos intelectuais como se fosse isolado ou autônomo, por exemplo, a "reforma" do Estado tida como específica da arena política, como se não fosse interesse também da sociedade civil; e a reestruturação produtiva, referente às atividades econômicas empresariais e à esfera do trabalho (IAMAMOTO, 2012).

Desde os anos 80, a economia se reestrutura através da revolução tecnológica e organizacional no modo de produção, isso é a chamada reestruturação produtiva, uma corrida tecnológica em busca do diferencial de produtividade do trabalho (BEHRING, 2003). Em outras palavras, a reestruturação produtiva é o processo de consolidação do modelo flexível do trabalho industrial.

A reestruturação produtiva vem sendo conduzida por meio do desenvolvimento do neoliberalismo, e implica na desregulamentação de direitos sociais, no corte dos gastos sociais e apelo ao mérito individual. Busca alcançar o máximo de produtividade da força de trabalho com o mínimo de custo, e para isso a reestruturação produtiva se utiliza da acumulação flexível.

De acordo com Behring (2003) as mudanças no padrão de acumulação para o capitalismo financeiro, as exigências e imposições do capital, através de seus órgãos multilaterais, vão ser o ajuste estrutural, através de privatizações de empresas estatais e desregulamentações das economias nacionais e reforma do papel do Estado. Pois nesse contexto "O Estado tem o papel-chave de sustentar a estrutura de classes e as relações de produção" (IAMAMOTO, 2012, p. 120), e assim o neoliberalismo manipula o Estado para que atue a favor de seus ideais.

Quanto à questão social no contexto neoliberal lamamoto (2012) afirma que ela é reduzida aos chamados processos de exclusão e integração social, geralmente circunscrito a dilema da eficácia da gestão social. As expressões da questão social permanecem e se multiplicam por meio da fome e epidemias que afligem a população excluída da satisfação de suas mais elementares necessidades, devido à incapacidade de transformar essas necessidades imediatas em demandas

¹³ O termo 'mundialização financeira' utilizado aqui está fundamentado no conceito de Chesnais, que trata das transformações que ocorrem no interior do capitalismo, diz respeito às políticas de liberalização, de privatização, de desregulamentação e de desmantelamento de conquistas sociais e democráticas, que foram aplicadas desde o início da década de 1980 (CHESNAIS, 1998).

monetárias, dando origem à "exclusão", cuja natureza é econômica, produto desse regime de acumulação com predominância financeira, desenvolvido a partir dos ideais neoliberais.

Desse modo há também uma reconfiguração da questão social, pois ainda com base no que afirma Iamamoto (2012), existe uma dependência entre a responsabilidade dos governos no campo monetário e financeiro e a liberdade dada aos movimentos de capital concentrado para atuar no país sem regulamentações e controle, transferindo lucros e salários oriundos da produção para valorizar-se na esfera financeira e especulativa, é isso que reconfigura a questão social, porque há o predomínio do capital e a banalização do humano. Por isso o que se encontra na raiz das novas configurações da questão social, na era das finanças provocada pelo acentuamento do neoliberalismo, é a descartabilidade e indiferença perante o outro, e assim a questão social passa a ser mais que as expressões de pobreza, miséria e exclusão, contudo condensa a banalização do humano e atesta a radicalidade da alienação e a invisibilidade do trabalho social e dos sujeitos que a realizam.

A partir da análise das reconfigurações das políticas sociais, do Estado e da questão social, podemos afirmar que o neoliberalismo, com seus novos conceitos constituiu um capitalismo exacerbado, que dificulta cada vez mais a atuação profissional dos Assistentes Sociais. Pois conforme afirma Mota:

A categoria profissional desenvolve uma ação de cunho sócio-educativa na prestação de serviços sociais, viabilizando o acesso aos direitos e aos meios de exercê-los, contribuindo para que necessidades e interesses dos sujeitos de direitos adquiram visibilidade na cena pública e possam, de fato, serem reconhecidos (MOTA, 2009, p. 166).

Assim, o profissional em Serviço Social, atua na defesa de direitos sociais dos usuários ao mesmo tempo em que tem seus direitos igualmente violados, tendo em vista que os assistentes sociais também são sujeitos de direito, e torna-se necessário buscar visibilidade na cena pública para reconhecimento de seu trabalho. Isso remete a necessidade de reconhecimento do assistente social como trabalhador assalariado, porquanto é uma profissão inscrita na divisão social e técnica do trabalho.

Além disso, o Serviço Social é regulamentado como profissão liberal, a qual dispõe de estatutos que atribuem autonomia teórico-metodológica, ético-política e

técnico-operativa à condução do exercício profissional, no entanto o exercício da profissão se realiza mediante contrato de trabalho com organismos empregadores, o que confere ao assistente social a qualidade de trabalhador assalariado (MOTA, 2009).

Podemos assim afirmar que o trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais também sofre com a reestruturação produtiva do capital, da qual resultam diferentes formas de precarização do trabalho, atinge o mercado de trabalho dos assistentes sociais, incidindo contraditoriamente, tanto no movimento de mudança quanto na redução de postos de trabalho.

Para atender as demandas existentes na rotina de trabalho os profissionais precisam reinventar o seu fazer profissional a cada dia, buscando novos meios, novas possibilidades para responder às expressões da questão social, que cada vez mais se modificam. Trata-se da necessidade da utilização da instrumentalidade¹⁴ no exercício profissional do assistente social como uma propriedade ou um determinado modo de ser que a profissão adquire no interior das relações sociais.

Tendo em vista que é preciso compreender como está sendo realizado o fazer profissional dos assistentes sociais e ter claro quais as atribuições e atividades do Serviço Social dentro de cada instituição, para que desta forma seja mais fácil responder às expressões da questão social, a instrumentalidade possibilita que os profissionais objetivem sua intencionalidade em respostas profissionais, e por meio desta capacidade os assistentes sociais modificam, transformam e alteram as condições objetivas e subjetivas¹⁵ e as relações interpessoais e sociais existentes na realidade social brasileira (GUERRA, 2000).

É nesse processo de modificações sociais que as profissões constroem seus projetos profissionais coletivos, no nosso caso, o projeto ético-político profissional que há pelo menos três décadas vem sendo posto em marcha coletivamente pelo Serviço Social brasileiro. E é esse projeto que entra em permanente tensão e contradição com o estatuto de trabalhador assalariado do assistente social (IAMAMOTO, 2012).

¹⁴ A instrumentalidade é analisada por Guerra (2011) enquanto condição de reconhecimento social da profissão, pois ela se dá no cotidiano do trabalho do assistente social por meio da capacidade de criação, adaptação e transformação das condições objetivas e subjetivas do fazer profissional.

¹⁵ Condições objetivas são aquelas relativas à produção material da sociedade, são condições postas na realidade material; As condições subjetivas são as relativas aos sujeitos, às suas escolhas, ao grau de qualificação e competência, ao seu preparo técnico e teórico-metodológico, aos referenciais teóricos, metodológicos, éticos e políticos utilizados (GUERRA, 2000).

Nessa construção, como afirma Mota (2009), é necessário que a profissão seja analisada como parte das transformações históricas da nossa sociedade, é necessário romper com a visão endógena da profissão, buscando compreender como essas transformações atingem o conteúdo e direcionamento da própria atividade profissional. Para que isso fosse possível:

Importantes investimentos acadêmico-profissionais foram realizados no sentido de se construir uma nova forma de pensar e fazer o Serviço Social, orientadas por uma perspectiva teórico-metodológica apoiada na teoria social crítica e em princípios éticos de um humanismo radicalmente histórico, norteadores do projeto de profissão no Brasil (MOTA, 2009, p. 166-167).

Desse modo o projeto de profissão do Serviço Social é construído numa sociedade classista, e se constitui numa dimensão política, se desenvolve em meio às contradições econômicas e políticas engendradas na dinâmica das classes sociais antagônicas. Logo, o projeto profissional é, também, projeto político, e consequentemente projeto político-profissional (TEXEIRA; BRAZ, 2009).

Netto (1996) explica que os projetos profissionais apresentam a auto-imagem de uma profissão, tendo em vista que eles elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos teóricos, práticos e institucionais para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas.

Podemos então afirmar que a construção do projeto profissional do Serviço Social é de suma importância para a profissão, pois contribuiu para o redimensionamento da profissão, renovando-a no âmbito da sua interpretação teórico-metodológica no campo dos valores, da ética e da política. Reafirmando a nova postura profissional e o rompimento com práticas conservadoras, colaborando com a renovação da profissão à medida que contribuiu para formação do pensamento dos profissionais e com as mudanças na composição social do corpo profissional.

Importante ressaltar que o projeto profissional do Serviço Social é fruto da construção histórica da profissão. Seu surgimento tem por base a direção sócio-política do projeto ético-político, desde 1970, a partir das mobilizações da classe trabalhadora (ABRAMIDES, 2007). E também que sua construção ocorre através de

sujeito coletivo, da categoria profissional, o conjunto dos membros que dão efetividade à profissão, por meio da organização do corpo profissional, no caso a organização compreende o sistema CFESS/CRESS, a ABEPSS, a ENESSO, os sindicatos e as demais associações de assistentes sociais (MOTA, 2009).

4.2 Os desafios para a efetivação do Projeto ético-político

O projeto ético-político do Serviço Social brasileiro é bem claro e explícito quanto aos seus compromissos, como afirma Netto (1999) o projeto articula em si mesmo elementos constitutivos, tais como: uma imagem ideal da profissão, os valores que a legitimam, sua função social e seus objetivos, conhecimentos teóricos, saberes interventivos, normas e práticas. Além disso, “tem em seu núcleo o reconhecimento da liberdade como valor ético central – a liberdade concebida historicamente, como possibilidade de escolher entre alternativas concretas; daí um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais” (NETTO, 1999, p. 104-105).

Dessa forma o projeto ético-político se constitui no projeto da profissão, que é indissociável dos projetos societários, tendo em vista que os projetos societários estão presentes na dinâmica de qualquer projeto coletivo e estão relacionados com as particularidades que envolvem os interesses sociais presentes na sociedade, pois:

Os interesses particulares de determinados grupos sociais, como o dos assistentes sociais, não existem independentemente dos interesses mais gerais que movem a sociedade. Questões culturais, políticas e, fundamentalmente, econômicas articulam e constituem os projetos coletivos. Eles são impensáveis sem estes pressupostos, são infundados se não os remetemos aos projetos coletivos de maior abrangência: os projetos societários (BRAZ, 2005, p. 02).

A partir dessas constatações é possível afirmar que nosso projeto profissional está vinculado a um projeto societário que propõe a construção de uma nova sociedade, a qual seja mais justa, sem explorações ou dominações, pautado em opções que reafirmam a defesa dos direitos humanos.

Silva (2009) reforça que os valores humano-genéricos, com os quais a profissão se compromete, são produto da práxis social, ou seja, são produto dos sujeitos organizados politicamente em torno de um projeto societário que tem como pressuposto a liberdade civil, social e política.

De acordo com Netto (1999) projetos societários são projetos coletivos que reside no fato de se construírem como projetos macroscópicos, com propostas para o conjunto da sociedade. Em outras palavras, é um projeto coletivo com propostas e demandas para atender uma sociedade a ser construída, com amplitude e inclusividade no âmbito macroeconômico, pois possui dimensões políticas que estabelece uma relação de poder dentro de um projeto hegemônico da sociedade.

Braz (2005) acrescenta que os projetos societários, de modo geral, podem ser transformadores ou conservadores, e que entre os transformadores há várias posições que têm a ver com as formas (as táticas e as estratégias) de transformação social. A construção dessa ideia nos permite afirmar que o projeto profissional do Serviço Social filia-se a um projeto de sociedade transformador.

Entretanto o neoliberalismo também dispõe de um projeto societário, que é antagônico ao projeto societário o qual se filia o Serviço Social. Trata-se de um projeto societário capitalista, que opera apenas pelo interesse material, desencadeado a partir do processo de reestruturação produtiva, o qual trouxe um impacto significativo na produção e reprodução da vida social, tendo em vista a contradição existente no capitalismo entre a enorme potencialidade produtiva e a impossibilidade de realizar essa produção e coloca-la à disposição da humanidade.

Teixeira e Braz (2009) esclarecem que todo projeto, numa sociedade classista, têm uma dimensão política, e se desenvolve em meio às contradições econômicas e políticas engendradas na dinâmica das classes sociais antagônicas. No Brasil as classes sociais estão divididas entre a burguesia e o proletariado, que apresentam distintos e contraditórios interesses. Assim sendo, as classes sociais travam uma disputa constante para que seja implantado na sociedade o projeto societário o qual contribua para seus interesses, constituindo uma disputa entre projetos societários que determinam, em última instância, a transformação ou a perpetuação de uma dada ordem social.

Todas as reconfigurações ocorridas nas políticas sociais, no Estado, e na questão social, anteriormente apresentadas, são reflexo da implantação do projeto societário neoliberal. Como já elucidado, essas reconfigurações, causadas pela

introdução do projeto societário do neoliberalismo, interferem diretamente na rotina de trabalho dos assistentes sociais, que para responder às expressões da questão social precisam reinventar seu fazer profissional. Porém, mais que isso, essa disputa entre projetos societários, e a efetividade com que o projeto de sociedade neoliberal é implantado, constitui limites para efetuação do projeto ético-político do Serviço Social.

Silva e Silva (2009) reafirma que o posicionamento dos últimos governos de adesão ao projeto neoliberal favoreceu o delineamento de um contexto marcado pelo recuo do movimento democrático e popular brasileiro, pela degradação das condições de trabalho e dos serviços públicos, e pelo desmonte dos direitos. Os desdobramentos desse posicionamento constituem-se em uma ameaça à implementação do projeto profissional do Serviço Social e para o exercício profissional qualificado e orientado por fundamentos éticos consagrados no projeto.

Os autores que tratam desta discussão (IAMAMOTO, NETTO, MOTA, SARRETA, BRAZ, entre outros) fazem uma crítica efetiva às diretrizes de cunho neoliberal que propiciaram o ajuste estrutural no Brasil, referem-se ao gradativo processo de retração do Estado na provisão das políticas sociais; ao processo de responsabilização da sociedade civil na provisão das necessidades sociais e à remercantilização dos direitos e das políticas sociais em decorrência da degradação dos serviços públicos.

Além disso, Mota (2009) aponta que um grande desafio para a efetivação do projeto ético-político profissional neste atual cenário é torná-lo um guia efetivo para o exercício profissional, pois isso exige um radical esforço de integrar o dever com sua implementação prática, sob o risco de se deslizar para uma proposta ideal, abstraída da realidade histórica. Ou seja, os assistentes sociais devem intervir nas expressões da questão social com um posicionamento ético-político e técnico orientado pelos princípios e valores propugnados pelo projeto ético-político, buscando assim favorecer os interesses da classe trabalhadora, e com isso fazer frente ao novo projeto de restauração da ordem do capital, a atuação profissional deve pautar-se na busca pelo fortalecimento da prática político-organizativa da categoria e pela luta visando à manutenção da autonomia de suas organizações.

Importante ressaltar que a dimensão ética do projeto profissional não se reduz ao Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais, mas a todo aparato normativo da profissão, tais como: a Lei de Regulamentação da Profissão; as

Diretrizes Curriculares; e os Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais, que contribuem para o esclarecimento sobre qual a função e o papel do Serviço Social em cada área de atuação, já que estabelecem as atribuições e competências profissionais, delimitando também as atribuições privativas da profissão.

No âmbito da saúde o Serviço Social também é afetado pelos limites advindos do processo de redução das funções do Estado no campo das políticas sociais, com o cumprimento do ideário neoliberal. Entretanto as reconfigurações, supracitadas anteriormente, refletem tanto na vida dos usuários do SUS quanto na vida dos profissionais que prestam serviço ao sistema de saúde, desta forma a atuação dos assistentes sociais sofre influência ao tratar das expressões da questão social, que ora se apresenta de maneiras diferentes, a partir das novas formas de manifestação dos problemas que se estabelecem na política de saúde.

Porquanto a ideologia neoliberal está indo de encontro aos princípios do SUS e tem dificultado a efetivação das diretrizes desse sistema de saúde, assim como a efetivação dos direitos conquistados por meio da Constituição Federal de 1988, que fortalece a efetivação do SUS, e isso tem constituído um paradoxo entre a atual política econômica e os avanços históricos da política de saúde. Nas palavras de Vasconcelos:

Atualmente, as políticas focalistas do Estado neoliberal não só excluem a maioria do acesso aos beneficiários, mas rompem com o que está garantido na Constituição Federal, principalmente no que se refere à saúde, assistência e previdência, constantes em lei como direito do cidadão e dever do Estado, dificultando a universalização dos direitos e, principalmente, o controle social (VASCONCELOS, 2007, p. 85).

Diante disso é possível afirmar que mesmo o SUS representando um avanço nas políticas de saúde e uma conquista histórica da classe trabalhadora, muito mais ainda é preciso investir para que a política de saúde se materialize no cotidiano dos usuários, conforme planejado e defendido pelo projeto de reforma sanitária, contudo o Estado tem atuado de modo para que o SUS se configure numa estratégia da política econômica de recorte neoliberal para redução de custos.

Mesmo diante de dotas as dificuldades, e sabendo que a cultura neoliberal constitui-se numa ameaça ao aprofundamento do projeto ético-político da profissão, é possível afirmar que persistir na efetivação deste projeto é algo valoroso e

significativo para a profissão, pois o alto custo social decorrente do nosso projeto ético-político fortalece a tese de que os valores contidos no novo projeto profissional, concatenados ao projeto societário da classe trabalhadora, são atuais e relevantes para o combate ao ideário neoliberal. Conforme afirma Mota:

Mas, na medida em que, no Brasil, tornam-se visíveis e sensíveis os resultados do projeto societário inspirado no neoliberalismo [...] nesta mesma medida fica claro que o projeto ético-político do Serviço Social tem futuro. E tem futuro porque aponta precisamente ao combate (ético, teórico, ideológico, político e práticosocial) ao neoliberalismo, de modo a preservar e atualizar os valores que, enquanto projeto profissional, o informam e o tornam solidário ao projeto de sociedade que interessa à massa da população (MOTA, 2009, p. 158).

Então, mesmo indo contra a hegemônica classe social dominante, a burguesia brasileira, o projeto ético-político do Serviço Social tem possibilidades de efetivar-se. Como afirma Silva (2009) o projeto ético-político profissional do Serviço Social contemporâneo vincula-se a uma nova projeção de sociedade, a qual se propicie aos trabalhadores um pleno desenvolvimento para a inversão e vivência de novos valores.

Tendo em vista que as políticas sociais hoje existentes foram conquistadas historicamente pelas classes menos favorecidas, a classe operária, e com o reforço dos movimentos sociais e a organização da sociedade civil, através de lutas pela legitimação e efetivação de direitos, estando o Serviço Social aliado a estas classes e aos movimentos sociais, como tem ocorrido nos últimos tempos, certamente está na direção certa para efetivação do projeto ético-político da profissão, porque os históricos desafios colocados ao Serviço Social originam-se na “contraditória determinação social da profissão” (MOTA, 2010, p. 25).

Além disso, Mota e Amaral (2009) reafirmam a possibilidade de efetivação do projeto quando explicitam que o projeto ético-político do Serviço Social não está em crise, mas se encontra tensionado e determinado pela crise orgânica mundial do capital. Então, é possível a consolidação do projeto ético-político do Serviço Social, que tem capacidade de balizar a formação e o exercício profissional em defesa da democracia, dos direitos sociais e do combate à desigualdade social, numa perspectiva de construção de uma nova sociabilidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Serviço Social historicamente trabalha no campo das políticas públicas, atuando essencialmente nos serviços disponibilizados para a população. Deste modo, buscou-se nesse trabalho, através da pesquisa bibliográfica, construir uma reflexão sobre a forma como o posicionamento dos governantes do país, ao longo dos anos, por meio de uma política capitalista e neoliberal, interfere na construção de direitos sociais, na formulação das políticas públicas, e como isso recai sobre a atuação profissional dos assistentes sociais, com enfoque na área da saúde. Para tanto, considerou-se a formação ético-política profissional dos assistentes sociais, os projetos societários e a influência da ideologia neoliberal na construção da sociedade, destacando a formação e a reconfiguração das políticas sociais, o posicionamento e papel do Estado e as expressões da questão social, desde 1930 aos dias atuais.

A análise realizada neste trabalho possibilita identificar que o Serviço Social sempre esteve envolvido na construção das políticas públicas e dentro do espaço da saúde, participando direta e indiretamente na construção e nas transformações destas políticas. Pois o Serviço Social teve seu desenvolvimento histórico concomitante com o processo histórico das políticas sociais, ocorreram transformações simultâneas no desenvolvimento da profissão, desenvolvimento das políticas sociais e construção e desenvolvimento do SUS, todos sofreram influências da atuação governamental, sob aspectos do neoliberalismo.

Possibilita identificar igualmente que o SUS está longe de ser o sistema idealizado pelos pensadores e elaboradores do Projeto de Reforma Sanitária, porque mesmo tendo alcançado muitos, e significativos, avanços históricos foram muitos os retrocessos, principalmente após a implantação da ideologia neoliberal no Brasil, que representa na atualidade uma completa ameaça aos princípios e a efetivação do SUS, pois sofre total desrespeito pelos governantes, que insistem na privatização e na construção de medidas paliativas para o atendimento das demandas da população.

O Serviço Social atualmente busca encontrar alternativas para desenvolver o seu trabalho profissional na área da saúde, assim como nas demais áreas, nadando na contracorrente do que está instituído. Validando suas ações no aparato normativo

que regula a profissão, se apoiando nas políticas sociais e se fortalecendo com as leis vigentes, os assistentes sociais tentam garantir aos usuários o direito ao acesso à saúde a partir do novo conceito de saúde instituído através do SUS.

Assim, os profissionais de Serviço Social atuam de modo a tentar assegurar que os usuários tenham direito a cidadania, tentando garantir também o direito a obter os elementos condicionantes da saúde, como água, alimentação, emprego, renda, educação, habitação, e ainda garantir acesso aos serviços responsáveis pela promoção, proteção e recuperação da saúde, que completam o sentido amplo do conceito de saúde.

A organização e articulação dos Assistentes Sociais com as classes menos favorecidas, o proletariado, e um projeto societário contra-hegemônico ao neoliberalismo na luta pela efetivação dos direitos já conquistados e pela implementação e fortalecimento do SUS, demonstra que estes profissionais, mesmo nadando contracorrente do atual sistema político-econômico, estão na direção correta.

Nesse sentido Mota (2009) afirma que cabe ao Serviço Social, numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendam o aprofundamento do SUS, formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde. Para tal o trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais deve ter como direcionamento de suas ações o projeto ético-político profissional, que no âmbito da saúde está articulado ao projeto de reforma sanitária.

As fontes analisadas demonstram, pela sua extensão e diversidade de conteúdo, que são grandes os desafios postos ao Serviço Social, diante da atual conjuntura em que vivemos no Brasil. No entanto no decorrer de todos esses anos, os quais foram analisados no presente documento, o Serviço Social já superou muitos obstáculos e tem se superado enquanto profissão.

Desse modo, esta análise nos revela que precisamos continuar nos fortalecendo e lutando pela consolidação do projeto ético-político do Serviço Social, pois assim como conseguimos nos superar enquanto profissão rompendo com um Serviço Social conservador e lutando por direitos e pela efetivação destes, podemos continuar nos reinventando e superar os desafios que a atual conjuntura neoliberalista nos impõe, mantendo o posicionamento em defesa da democracia, dos direitos sociais e do combate à desigualdade social.

REFERÊNCIAS:

ABRAMIDES, M. B. C. Desafios do Projeto Profissional de ruptura com o conservadorismo. In **Revista Serviço Social & Sociedade**. n. 91. Ano XVIII. especial 2007.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2007. (Biblioteca Básica de Serviço Social; v. 2).

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

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 05 de outubro de 1988.

_____. **Lei 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Publicada no Diário Oficial da União em 20 de setembro de 1990a.

_____. **Lei 8.142**, de 07 de junho de 1993. Publicada no Diário Oficial da União em 13 de julho de 1993.

_____. **Lei 8.662**, de 28 de dezembro de 1990. Publicada no Diário Oficial da União em 31 de dezembro de 1990b.

_____. **Lei 12.550**, de 15 de dezembro de 2011. Publicada no Diário Oficial da União em 16 de dezembro de 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996**. Brasília, v. 134, n. 216, nov. 1996. Seção1, p. 22932-22940.

BRAVO, Maria Inês de Souza [et al.] (organizadoras). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2001a.

BRAVO, Maria Inês de Souza. As Políticas de Seguridade Social Saúde. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB- CEAD/ CFESS, 2000.

_____. A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica. In: **Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio**. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001b.

_____. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas Sociais e Práticas Profissionais**. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRAZ, M. M. R. Notas sobre o Projeto ético-político do Serviço Social. In: **Assistente social: ética e direitos**. Coletânea de Leis e Resoluções. 4 ed. Rio de Janeiro, CRESS/7R., 2005.

CHESNAIS, François. A Mundialização do Capital. In: **Trabalho e Educação**. Belo Horizonte, nº. 3, jan./jul. 1998.

DRAIBE, Sônia Miriam. A política social no período FHC e o sistema de proteção social. In: **Tempo Social**. vol.15 no.2 São Paulo Nov. 2003.

FONSECA, C. M. O. **Saúde no Governo Vargas (1930-1945):** Dualidade Institucional de Um Bem Público. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

GUERRA, Yolanda. A instrumentalidade no trabalho do assistente social. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**, Módulo IV: O trabalho do assistente social e as políticas sociais, CFESS/ABEPSS- UNB, 2000.

_____. **Instrumentalidade e Serviço Social**. 9ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche:** capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2012.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. De. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil** - Esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 39ª ed. São Paulo: Cortez, 2013.

MARQUES, R. M. ; MENDES, A. Desvendando o social no governo Lula: a construção de uma nova base de opinião. In: PAULA, J. A. de (org). **Adeus ao Desenvolvimento - a opção do governo Lula**. Belo Horizonte: Autêntica, 2005.

_____. A. **Servindo a dois senhores:** as políticas sociais no governo Lula. Revista Katálises Florianópolis v. 10 n. 1 p. 15-23 jan./jun. 2007.

MARX, Karl. Manuscritos Econômicos-Filosóficos. In: **FROMM, Erich. Conceito Marxista do Homem**. 8ª edição, Rio de Janeiro, Zahar, 1983.

MENDES, Eugênio Vilaça (org.). **Distrito Sanitário** – O processo social de mudança das práticas do Sistema Único de Saúde. 4ª ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

MONTAÑO, Carlos; DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Estado, Classe e Movimento Social**. São Paulo: Cortez, 2011. (Biblioteca Básica de Serviço Social; v. 5).

MOTA, Ana Elizabete [et al], (orgs). **Serviço Social e Saúde:** Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2009.

MOTA, Ana Elizabete. Redução da pobreza e aumento da desigualdade: um desafio teórico-prático ao Serviço Social brasileiro. In: MOTA, A. E. (Org.). **Ideologias da contrarreforma e o Serviço Social**. Recife: Editora Universitária-UFPE, 2010.

MOTA, Ana Elizabete; AMARAL, Ângela. Projeto profissional e projeto societário. In: **Revista Inscrita – Conselho Federal de Serviço Social**. Ano VIII – Nº XII – Brasília. Novembro de 2009.

NETO, E. R. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: **Incentivo à participação e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde/NESP**; UnB. – 2ª ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. 15ª ed. São Paulo: Cortez, 2010.

_____. A construção do projeto ético-político. In: **Capacitação em Serviço Social e política social**. Mod.1 Brasília: CFESS/ABEPSS/CEAD/UNB, 1999.

_____. Transformações societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. In: **Revista Serviço Social & Sociedade**. n. 50. Ano XVII. abril 1996.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. In: **Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG**, v. 35, 2001.

SADER, E.; GENTILI, P. **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

SANTOS, Josiane Soares. **“Questão Social”**: Particularidades no Brasil. São Paulo: Cortez, 2012a. (Biblioteca Básica de Serviço Social; v. 6).

_____. Particularidades da “questão social” no Brasil: mediações para seu debate na “era” Lula da Silva. In: **Revista Serviço Social & Sociedade**. n. 111, p. 430-449, jul./set. 2012b.

SARRETA, F. O.; BERTANI, I. F. A construção do SUS e a participação do assistente social. In: **Revista Serviço Social & Saúde**. UNICAMP Campinas, v. X, n. 11, Jul. 2011.

SILVA, Iolani Soares. **O projeto ético-político profissional do Serviço Social: o sentido de ruptura**. In: **Revista Serviço Social & Sociedade**. n. 97, p. 109-123. Jan/mar. 2009.

SILVA, Leticia B. RAMOS, Adriano. **Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional**. 1ª ed. Campinas 2013.

SILVA E SILVA, M. O. Trinta anos da revista Serviço Social e Sociedade: contribuições para o desenvolvimento do Serviço Social no Brasil. In: **Revista Serviço Social & Sociedade**. n. 100. São Paulo: Cortez, 2009.

TEIXEIRA, C. F. SUS, **Modelos Assistenciais e Vigilância em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995.

TEIXEIRA, J. B.; BRAZ, M. O projeto ético-político do Serviço Social. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. CFESS/ABEPSS/CEAD/Unb. 2009.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury (organizadora). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2011.

VASCONCELOS, A. M. **A Prática do Serviço Social: Cotidiano, Formação e Alternativas na Área da Saúde**. São Paulo; Cortez. 5ª ed. 2007.