



**RATIO FACULDADE TEOLÓGICA E FILOSÓFICA  
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

MICHELLE DE OLIVEIRA DANTAS

**SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DA SAÚDE NO BRASIL  
uma discussão teórica**

**FORTALEZA – 2017.1**

MICHELLE DE OLIVEIRA DANTAS

**SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DA SAÚDE NO BRASIL**  
**uma discussão teórica**

Monografia submetida à aprovação do Curso de Bacharelado em Serviço Social pela Faculdade Teológica Ratio, como requisito parcial para obtenção de título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Ms. Maria do Socorro Lima Martins Matos

FORTALEZA 2017.2

MICHELLE DE OLIVEIRA DANTAS

SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DA SAÚDE NO BRASIL  
uma discussão teórica

Monografia como pré-requisito para obtenção do título de Bacharelado em Serviço Social, outorgado pela Faculdade Teológica Ratio, tendo sido aprovada pela banca examinadora composta pelos (as) professores (as).

Data de aprovação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Prof.<sup>a</sup> Mas. Maria do Socorro Lima Martins Matos (Orientadora)  
Ratio – Faculdade Teológica e Filosófica

---

Prof.<sup>a</sup> Esp. Francisca Emmanuella Saraiva Martins  
Ratio – Faculdade Teológica e Filosófica

---

Prof.<sup>a</sup>. Ms. Diocleciana Paula da Silva  
Ratio – Faculdade Teológica e Filosófica

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, pois sem ele eu não teria forças para essa extensa caminhada, agradeço a minha mãe, Vera Lúcia, por continuamente ter me dado apoio e não me permitir desistir; ao meu esposo Lúcio Flávio que me ajuda com muito carinho, não mediu empenhos para que eu chegasse até esta fase de minha vida, e a meus irmãos Romário e Richardson por fazer parte de minha vida.

Agradeço a minha professora orientadora Socorro Martins que teve paciência e que me ajudou bastante à completar este trabalho; agradeço também aos meus professores que durante muito tempo me ensinaram e que me mostraram o quanto estudar é bom.

Aos meus amigos, pelas alegrias, tristezas e dores divididas. Com vocês, as interrupções entre um parágrafo e outro de produção desenvolvimento tudo o que tenho produzido na vida.

Agradeço ao mundo por alterar as coisas, por jamais fazê-las serem da mesma forma, pois assim não teríamos o que pesquisar, o que descobri e o que fazer, pois por meio disto consegui concluir a minha monografia.

**“Frequentemente é necessário ter mais coragem para ousar fazer certo do que  
temer fazer errado.”  
(Abraham Lincoln).**

## RESUMO

Este trabalho tem por finalidade compreender a saúde como direito universal do cidadão e dever do Estado, destacando as garantias constitucionais e estatutárias conquistadas por meio do Projeto de Reforma Sanitária, em particular o Sistema Único de Saúde, vinculado à saúde e a trajetória do Serviço Social. Nele está descrita uma breve trajetória das políticas de saúde no Brasil. A participação do assistente social no método de edificação e desenvolvimento do SUS. A profissão vem determinando conhecimentos e escolhas para enfrentar as dificuldades vivenciadas no cotidiano, gerando a ampliação do trabalho na área da saúde. A importância de se apresentar a atuação profissional na área da Saúde tem como objetivo comprovar a ampliação de uma prática refletida, que permita aos demais profissionais e gestores da Política de Saúde o reconhecimento do trabalho do Assistente Social em sua compreensão crítica. A metodologia utilizada é a pesquisa bibliográfica para melhor entendimento do progresso histórica da saúde no Brasil até a contemporaneidade, tendo como principal foco o Assistente Social na área das políticas públicas no Brasil. Tendo como objetivo geral compreender, com base na bibliografia, o exercício do Serviço Social na política de saúde no Brasil; e como objetivos específicos: procurar na literatura o marco legal do Serviço Social na Saúde; Buscando a participação do Assistente Social na edificação da política de saúde no Brasil; Buscando a importância da intercessão do Serviço Social na área da saúde.

**Palavras-chave:** Serviço Social. Saúde Pública. SUS. Política de Saúde.

## **ABSTRACT**

The current study aims to understand the health as a universal right of the citizen and the duty of the State, highlighting the constitutional guarantees and statutory won through the Project of Sanitary Reform, in particular the Single Health System, linked to health and the trajectory of Social Service. It is described a brief history of health policies in Brazil. The participation of the social worker in the method of building and development of SUS. The profession is determining knowledge and choices to cope with the difficulties experienced in everyday life, generating the expansion of work in the area of health. The importance of presenting the professional activity in the area of Health has as objective to prove the magnification of a practice reflected, enabling the other professionals and managers of health policy recognition of the work of the Social Worker in your critical understanding. The methodology used is the bibliographical research for better understanding of the historic progress of health in Brazil until the contemporaneity, having as its main focus the Social Worker in the area of public policies in Brazil. Taking as General Objective: To understand based on the bibliography the exercise of Social Work in health policy in Brazil. And specific objectives: Search in the literature, the legal framework of Social Work in Health; seeking the participation of the Social Worker in the edification of health policy in Brazil; seeking the importance of intercession of Social Service in the area of health; Seeking the participation of the Social Worker in the edification of health policy in Brazil; seeking the importance of intercession of Social Service in the area of health.

**Keywords:** Social Service. Public health. SUS. Health Policy.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AIS** – Ações Integradas de Saúde
- CAPS** – Caixas de aposentadorias e Pensões
- CEBES** – Centro Brasileiro de Estudos e Saúde
- CEME** – Centro de Medicamentos
- CIMS** – Comissões Internacionais Municipais de Saúde
- CDS** – Conselho de Desenvolvimento Social
- CONAPS** – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
- DATAPREV** – Empresa de tecnologia e informações da Previdência Social
- DSS** – Departamento de Serviço Social
- DNERu** - Departamento Nacional de Endemias Rurais
- IAPs** – Institutos de Aposentadorias e Pensões
- INAMPS** – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- INPS** – Instituto Nacional de Previdência Social
- LOAS** – Lei Orgânica de Assistência Social
- LOPS** – Lei Orgânica da Previdência Social
- LOS** – Lei Orgânica da Saúde
- ONG's** – Organização Não Governamentais
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- OPAS** – Organização Pan-Americana de Saúde
- SAMHRS** – Sistema de Assistência Médico-Hospitalar
- SINPAS** – Sistema Nacional de Previdência Social
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- FAO** – Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação
- MS** – Ministério da Saúde
- MPAS** – Ministério da Previdência e Assistência Social
- PRA** – Programa de Racionalização Ambiental

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2 PRECEDENTE HISTÓRICO DO SUS</b> .....	20
2.1 Precedentes Históricos do SUS/Nascimento da Previdência Social no Brasil ....	20
2.2 Proposta de Contenção de Gastos e Surgimento das Ações Centralizadas de Saúde Pública/Crise do Regime de Capitalização e Nascimento do Sanitarismo Desenvolvimentista .....	23
2.3 Crise da Reforma e Consolidação da Rede Privada em Saúde/Década de 80: A Eclosão da Crise Estrutural e Consolidação das Propostas Reformadoras.....	28
2.4 Perspectivas Contemporâneas em Saúde Pública.....	34
<b>3 TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL</b> .....	37
3.1 As primeiras formas de atendimento de Saúde .....	37
3.2 A construção da Política Nacional de Saúde.....	49
3.3 Limites e desafios do Serviço Social na Saúde .....	59
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	65
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	67

## 1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso de Serviço Social, tem como objetivo discutir a questão da saúde pública no Brasil e o trabalho do assistente social dentro dessa área.

De acordo com Iamamoto e Carvalho (2011), o Serviço Social nasceu no bojo da sociedade capitalista, na década de 1930, expressando o domínio do Estado interventor com as reclamações da classe trabalhadora por melhores condições de trabalho e de vida. O processo de acúmulo do capital aumentava desenfreadamente e manifestava-se materialmente na vida dos subordinados. Isto procedia no desenvolvimento da questão social já colocada no seio da sociedade. Com a exploração do trabalho e os baixos salários, os proletariados encontravam-se em meio a difíceis condições de vida, caracterizando moradias insalubres e a falta do que se configura enquanto básico para a subsistência dos indivíduos, como água, luz e esgoto. (CASTRO e ANDRADE, 2013, p. 2 APUD. IAMAMOTO e CARVALHO 2011).

O Serviço Social enquanto profissão aparece vinculado ao agravamento das moléstias sociais, contraindo a função de executor das ações sociais mencionadas à população pauperizada, que existiam com objetivo amenizar os tumultos entre a classe proletária e a burguesia.

O Serviço Social surgiu na América Latina voltado para o âmbito da saúde, com a criação da Escola de Serviço Social. Estabelecida em 1925 em Santiago no Chile. A Escola do médico Alejandro Del Río, brota com o objetivo de adicionar uma ajuda aos médicos, otimizando o atendimento a área da saúde. Na década de vinte os médicos exerciam grande papel na sociedade e os agente sociais tinham um admirável papel de ajudar esses médicos. Dessa forma, foi uma escola especializada em desenvolver profissionais designados a complementar o trabalho dos médicos, mas a escola de Alejandro Del Río não vinha com interesse de ajudar a sociedade chilena em uma ocasião de crise, ela agia mais em benefício das necessidades de expansão estatal, e esses agentes sociais tinham como obrigação ajudar somente os médicos. (IAMAMOTO, 2011, p.24).

Pouco período após, em 1929, igualmente no Chile, é fundada a primeira Escola Católica por Miguel Cruchaga Torcornal um homem público que desempenhou cargos respeitáveis na política. Essa Escola atingiu papéis diferentes

da Escola de Alejandro Del Río. A Escola Elvira Matte de Cruchaga vem com integral apoio da Igreja Católica, o país na ocasião estava passando por severas crises econômicas e amplos protestos políticos e a Igreja tenta, nesse cenário, buscar readquirir o papel de líder moral da sociedade.

Para entendermos a Política de Saúde no Brasil necessitamos destacar ruptura desde os períodos antecedentes à ação estatal na área da saúde até os dias de hoje, para isso necessitamos compreender as determinações sócio-históricas.

No século XVIII não existia assistência médica pública, os atendimentos era concretizados filantropicamente em hospitais privados, muitos deles sustentados pela igreja. No século XIX ocorreram algumas mudanças econômicas e políticas, nasceram algumas iniciativas no âmbito da saúde pública como campanhas e a vigilância do exercício profissional. No final do século o movimento operário embora em crescimento, tem como uma de suas exigências a questão da saúde.

Bravo (2008, p. 90) afirma que: a saúde surge como “questão social” no Brasil no início do século XX, na capacidade da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo o aumento da divisão do trabalho, ou seja, a emergência do trabalho assalariado.

Em 1923 foram criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) um anterior ao previdenciário brasileiro. Com as CAPs os operários tinham direito a auxílio médico-curativo, abastecimento de medicamentos, aposentadoria tanto por período de serviço como nos casos de velhice ou invalidez, pensão para os subordinados e auxílio funeral. As CAPs estavam financiadas pela União, empregadoras e empregados é administrada pelos empregados e empregadores, no entanto, o presidente era designado pelo Presidente da República. Entretanto esse direito a saúde era limitado ao trabalhador, ou seja, um direito contributivo e era diferente também entre os setores, pois aqueles que alcançavam se organizar como as empresas ferroviárias e marítimas tiveram necessariamente seus direitos garantidos.

A década de 1930 é abalizada com o processo de industrialização e com o governo Getúlio Vargas, começando assim, a ditadura militar. Dentre as transformações ocorridas neste período, destaca o papel do Estado que passa a interferir nos problemas sociais, embora que de forma paternalista, existindo a

centralização da política da saúde e educação e foi criado o Instituto de Aposentadorias e Pensões – IAP, dividindo a saúde em dois departamentos, a pública e previdenciária.

A saúde pública apresentava um caráter preventivo e para Bravo (2006, p. 91) “centralizará na criação de condições sanitárias mínimas para as população urbana e, restritamente, para as do campo.” Havendo, então, distintas campanhas para o combate de endemias. A saúde previdenciária existia um caráter curativo e só poderia usufruir deste direito, os trabalhadores urbanos, contribuintes do IAP.

O período de 1945 – 1960, caracterizado como período pós-guerra e de implantação do Welfare-State, o governo Dutra implantou o Plano Salte, criou o Ministério da Saúde em 1953, intensificou as campanhas de vigilância sanitária e definiu os serviços básicos de saúde oferecidos à população. No ano de 1960, o governo implantou a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) que unificou a legislação referente aos IAPs. (BEHRING, 2011, p. 37)

O período conhecido como Médico Assistencial Privatista teve começo com o aparecimento da assistência médica previdenciária, desencadeado com o aparecimento da assistência médica previdenciária, desencadeado com a criação do INPS em 1967 e INAMPS em 1977, que viabilizou a política dos convênios com as esferas privadas de assistência médica. Neste momento, a assistência oferecida através do INAMPS não era universal, favorecendo apenas aos indivíduos colaboradores da Previdência Social, a população não previdenciária tinha entrada muito restrita a saúde e eram acolhidos apenas em serviços filantrópicos.

Como fruto das lutas populares e sindicais a área da saúde foi a que mais alcançou sucesso no que diz respeito ao fortalecimento dos direitos sociais, acontecimento refletido na Constituição de 1988. Com perfil bastante programático em múltiplos aspectos, a nova carta constitucional propôs um novo ordenamento ao âmbito saúde, propiciando um desenho privado em aspectos ético-político fundamentais, Universalizou-se o direito à saúde, apontando para a segurança do pleno ingresso aos serviços sem quaisquer critérios de exclusão ou discriminação. Abriram-se espaços para decisões políticas no campo sanitário compartilhadas com os usuários e para a gestão democrática dos serviços de saúde pelo meio da participação popular, permitindo o controle sociais, por diferentes sujeitos coletivos

que interagem dentre si e com o Estado. Esse aumento foi reiterado, em 1990, com a aprovação das leis 8080 e 8142.

Entretanto, a aprovação da legislação complementar, que instituiu e regulamentou o sistema nacional de saúde brasileiro ficou permeada por confrontos e negociações intensas, refletindo a posição contrária dos grupos de interesses vinculados ao setor. Da mesma configuração, os embates seguintes afrontados pelos processos de reforma do Estado tornaram as contradições dentre as duas propostas mais acirradas.

De um lado, no momento da implantação da proposta constitucional, da adesão da legislação complementar e infraconstitucional, as forças conservadoras regressaram com vigor e demoraram a inclusão da saúde na agenda governamental. Compete notar, mesmo que as inovações mais radicais relativas ao exemplo de atenção sugerido pela legislação do SUS apenas tem seu início com a Norma Operacional Básica/96 em 1996.

Por outro sentido o respectivo fluxo dos movimentos populares, nas décadas que continuaram a aprovação da Constituição, foi um episódio marcante. A desqualificação das atuações coletivas, designadas pejorativamente de desempenhos jurássicos, durante o Governo Fernando Henrique Cardoso colaborou para a desmobilização de grupos conectados ao setor saúde, delongando e favorecendo a atuação dos grupos ligados ao ideal privatista.

Ainda assim, o núcleo intenso da proposição admitida, tanto em termos constitucionais quanto infraconstitucionais, exhibe características peculiares que devem ser analisadas em máxima profundidade por duas razões. A primeira é por expressar, no Brasil, uma probabilidade inovadora em relação aos direitos sociais expressando a inserção política de atores sociais até o momento excluídos na adequação das agendas públicas, quebrando com a sujeição histórica dos direitos sociais ao trabalho formal, e marcando para a atenção às necessidades integrais de saúde de todo cidadão. A segunda é a tendência de tais inovações com o Código de Ética Profissional e a Lei da Regulamentação da Profissão, aprovados em 1993.

A ampliação dos direitos de cidadania, a preocupação com a universalidade, com a justiça social e o papel do Estado na provisão da atenção social são questões comuns que merecem destaque.

Destacar-se, como um primeiro rompimento com a situação anterior, em semelhança ao plano jurídico e político, a ideia de universalidade. Ou seja, o direito de todo cidadão brasileiro ter ingresso universal e igualitário aos serviços e atuações de saúde, rompendo com uma desigualdade histórica que qualificava os brasileiros em cidadãos de primeira e segunda classe. Os de primeira classe eram os que agregavam o mercado de trabalho, tendo entrada à medicina previdenciária.

Os de segunda classe continham suas necessidades de saúde atendidas unicamente pelo meio de um precário sistema constituído pelas Santas Casas de misericórdia, pela boa vontade da classe médica e pelos incomuns serviços conservados pelo Ministério e Secretarias Estaduais de Saúde. No plano da relação Estado sociedade essa recomendação significou o reconhecimento que a atenção às necessidades de saúde não pode ser imposta ao mercado. Nesse sentido, aponta Luz (1991. p. 29), deposita no debate a “visão desmedicalizada da saúde”, [...] no examinar em que subentende um significado afirmativo (positiva) de saúde, distante da visão tradicional que identifica saúde com ausência atinente de doença, típica das instituições médicas.

Sobressai-se que, além de prever a entrada universal e igualitária como obrigação do Estado, os determinantes das condições de saúde ligados no texto constitucional, mencionam dois setores, o social e o econômico. Ultrapassam uma visão de direito e política social que tem permanecido no país de se raciocinar a distribuição de bens e serviços autonomizada em relação ao campo da produção.

A concepção aumentada de saúde como “o efeito real de um conjunto de condições coletivas de existência, como a expressão ativa – e participativa – do exercício de direitos de cidadania, entre os quais o direito ao trabalho, ao salário justo, à participação nas decisões e gestões de políticas institucionais” (LUZ, 1991 p 29) impõe distinguir a intrínseca relação dentre direitos sociais e econômicos, compreendendo, também, que a influência estatal, na esfera das políticas sociais não pode ser vista como subordinada dos interesses econômicos.

O discurso da importância da saúde como um direito social e a apreensão de sua garantia bem como uma obrigação do Estado supera uma abordagem restringida e situada em um discurso acrítico e normativo. Supera uma expectativa analítica que atribui às políticas sociais o desempenho de diminuir as injustiças

sociais, resgatando, de “maneira anacrônica, princípios, dogmas e valores que surgem da superação do romantismo” (MENEZES, 1993, p. 28), da antiga escola humanitária e filantrópica que extingue e obscurece o discurso das classes sociais e de interesses em falta de entendimento. Defini embora, de modo radical que, enquanto direito, a vontade do dever de exercer é do Estado, sendo reconhecido que a saúde não pode ser um bem ou serviço realizado de permuta no mercado.

A Saúde no Brasil começa com uma contextualização de discussão a respeito da evolução de indicadores selecionados de oferta, aplicação e aproveitamento de ações, programas e políticas estratégicas e peculiares na consolidação do SUS. Com o movimento de reconceituação, este aspecto começa a se reverter, os assistentes sociais acabam a lutar pela ruptura com o serviço social tradicional, acabam a pensar censurando na prática profissional, permitindo a busca de um novo olhar para as dificuldades sociais e econômicas beneficiando, o processo de revisão crítica do Serviço Social.

Com isso o exercício do assistente social foi se solidificando e ganhando espaço nos diversos seguimentos das políticas sociais. Com a concretização do SUS, a política de saúde adveio a ser um dos maiores campos de atuação dos assistentes sociais, pois a saúde passa a ser entendida como um completo estado de bem estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças e invalidez.

A prática profissional vem se mostrando necessária para a promoção à saúde, sua interferência vem se ampliando, de forma que possa fazer uma vinculação com os usuários, trabalhando na segurança dos seus direitos, seja em nível de promoção, proteção e ou recuperação da saúde.

Para um desempenho adequado e crítica do Serviço Social na área da saúde, o profissional necessita estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que batalham pela real concretização do SUS, facilitar o ingresso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de afazeres aos rearranjos sugeridos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, dentre outros.

Desta forma, a política da Saúde e o Serviço Social carecem ofertar a promoção à saúde, garantindo os princípios democráticos, concernente ao ingresso universal e igualitário como obrigação do estado, permitindo assim, que o assistente social possa interferir e garantir a realização dos direitos assegurados por lei ao usuário.

O Assistente Social é de essencial importância na área da saúde. Ao observarmos que a área da saúde a cada dia esta se tornando “precária” por direitos já adquiridos estão ficando negligenciado, confiamos que é por meio do Assistente Social, através das políticas da saúde que os direitos são elucidados, pois é batalhando junto ao cliente e familiares fazendo valer os direitos conquistados por meio das políticas publicas.

A atuação contributiva do assistente social com outros profissionais da saúde é uma busca continua. A prática habitual desse profissional tem reforçado a obrigação de conhecimentos multidisciplinares e interdisciplinares para obter uma visão ampla do paciente, levando-se suas circunstancias sociais, econômicas e culturais, visando colaborar para uma assistência humanizada e qualificada.

O trabalho não é tão pretendido pela sociedade. O Assistente Social não tem tanto reconhecimento, entretanto esse profissionais, entendem bastante da luta dos direitos humanos. Ele é importante para sociedade, pois pode intervir na luta pelos direitos humano. Concretiza seu trabalho, procurando por familiares, pelos direitos negligenciados, concebendo o cidadão de se sentir alguém importante na sociedade.

Nessa conjuntura, a intervenção do assistente social tem expandido a sua expectativa ao entender que o processo saúde-doença também é apontado socialmente. Por isso, o profissional acredita nos aspectos emocionais e sociais do paciente como razões determinantes para a evolução do trabalho. À medida que o paciente revelar-se fragilizado devido à enfermidade, algumas vezes, afrontada por dificuldades sociais e familiares, precisa ser acolhido e ouvido, tendo espaço para expor suas angústias, explicar dúvidas e ser entendido em sua amplitude.

Como acadêmicos observamos que embora a forte tradição e legitimação que o Serviço Social tem na área da saúde, as ações no âmbito municipal e na atenção básica foram limitadas, realidade esta que vem se transformando significativamente

com municipalização possibilitada pelo SUS. No alcance em que os serviços públicos se aproximam das precisões sociais e necessidade de saúde as procuras reprimidas se determina.

O Assistente Social na saúde necessitam procurar articular o exercício profissional com a permanente investigação sobre a realidade, com essa informação fica fácil entender todas as transformações na contemporaneidade e, desse modo buscarmos juntos á população usuária, as opções de enfrentamento. Com esse estudo almejamos compreender o trabalho do assistente social na política de saúde no Brasil. Explanando a suma importância do assistente social neste espaço.

A opção dessa pesquisa foi para conseguirmos conhecer a fundo o trabalho do Assistente Social na política da saúde no Brasil, sua importância nesse espaço. Por já conhecer um pouco da área da saúde e saber da dificuldade afrontada pela população para se conseguir atendimento e a falta de conhecimento da população sobre seus direitos, nos levou a nos penetrar mais nesse tema.

É por meio dessa pesquisa que almejamos compreender com base na bibliografia o exercício do Serviço Social na política de saúde no Brasil. Procurando na literatura o marco legal do Serviço Social na Saúde. Buscando na literatura a participação do Assistente Social na edificação da política de saúde no Brasil. Buscando na literatura a importância da intercessão do Serviço Social na área da saúde.

O presente trabalho é desenvolvido a partir da utilização de uma metodologia baseada na pesquisa bibliográfica, com autores como: Bravo, Boschetti, Behring, Braga, Simões, Yamamoto, Farias entre outros, que permitiu conhecer a base bibliográfica e conceitual do método de trabalho do assistente social na área da saúde, assim como o processo histórico que alcançou a inserção deste profissional nesta área.

O tema é muito oportuno, analisando que a saúde é um direito social, com caráter universal e que um dos embasamentos da profissão de assistente social é a defesa intolante dos direitos e também a promoção da autonomia do ser humano dessa forma o texto trás uma reflexão das ações do profissional de serviço social, realizando aproximações com a realidade vivida. Para isso foram feitos estudos em livros, revistas e consultas na internet.

Esta pesquisa tem por objetivo mostrar reflexão a cerca do desempenho do Serviço Social na política de Saúde no Brasil, e os desafios contemporâneos. Procuramos expor assim variações sócio histórica que a política brasileira vivenciou com o processo de Reforma Sanitária no Brasil, consentindo um aumento dos espaços sócio ocupacionais da profissão. Entende-se que apesar dos progressos obtidos com a política de saúde no Brasil, a realidade aponta para um espaço desafiador para atuação de todas as profissões envolvidas dentre elas o Serviço Social. Para este estudo recorreremos à aprofundar-se na bibliográfica.

Por se referir uma pesquisa bibliográfica, é importante realçar que ela esta sendo concretizada para fundamentar teoricamente o objeto de estudo, cooperando como elementos que subsidiam a análise futura dos dados obtidos. Sugere-se na revisão bibliográfica, pois vai mais além da simples observação de dados englobados nas fontes pesquisadas, pois imprime sobre ela à teoria, a compreensão critica do sentido neles contidos.

Usando um desenho metodológico circular e de aproximações sucessivas no andamento da pesquisa bibliográfica, admitindo através da flexibilidade na compreensão dos dados, pois o desígnio de estudo pode ser frequentemente revisto, garantindo o aperfeiçoamento na definição dos procedimentos metodológicos, como também a exibição mais eficiente do trajeto da pesquisa que esta sendo concretizada.

Pode-se assegurar, então, que alcançar um levantamento bibliográfico é se intensificar intelectualmente com o conhecimento coletivo, para ir mais a frente. É abastecer-se com condições cognitivas aperfeiçoadas, a fim de: evitar a duplicação de pesquisas, ou bem quando for de interesse, desfrutar novamente e replicar pesquisar em diferente hierarquia e contextos; observando prováveis falhas nos estudos realizados; entender os recursos necessários para a edificação de um estudo com propriedades específicas; ampliar estudos que detenham lacunas na literatura apresentando real colaboração para a área de informação; sugerir temas, problemas, proposições e metodologias inovadores de pesquisa; otimizar recursos disponíveis em prol da sociedade, da área científico, das instituições e dos governos que auxiliam a ciência.

A pesquisa bibliográfica bem como um processo metodológico é importante na produção do conhecimento científico capacitado para gerar, principalmente em temas pouco explorados, a postulação de suposição ou explanação que auxiliarão no ponto de partida para outras pesquisas.

Sendo assim, a partir do estudo concretizado dividimos o presente trabalho de conclusão de Curso da seguinte forma. Na primeira parte abordaremos sobre a trajetória do SUS e o Serviço Social. Na segunda parte relata a trajetória das primeiras formas de atendimento de Saúde no Brasil e da Restauração da Política Nacional de Saúde.

Deste modo a primeira parte traça uma panorâmica do progresso das ações de Saúde Pública desde a Constituição de 1891, que definiu aos Estados a responsabilidade pelas ações de saúde e saneamento até as intenções e perspectivas da atualidade. Todavia, são citados fatos e personalidades que tiveram um papel expressivo para época, viu-se obrigado atuar de forma radical na batalha a doença e agentes infecciosos, sugerindo o código sanitário que instituía a desinfecção e extermínio de edificações consideradas danosas à saúde pública, além da campanha de vacinação obrigatória, episódios esses foram alvos de críticas.

Outros episódios também foram descobertos, como o nascimento da previdência social e a colapso do regime de capitalização após a guerra de Vargas. Partindo do artigo 196 da Constituição Federal de 1988, que firma a saúde como direito de todos e dever do Estado, reflete-se que esta deve encontrar-se vinculada aos direitos humanos, ao direito ao trabalho, à moradia, educação, alimentação e lazer. Portanto, a seguir aponta que a efetivação do direito à saúde depende do provimento de políticas que garantam esse direito, cabendo, especificamente ao SUS a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e das sociedades de forma equitativa.

## **2 PRECEDENTES HISTÓRICOS DO SUS**

### **2.1 Precedentes Históricos do SUS/Surgimento da Previdência Social no Brasil**

Anunciada a República, em 1889, o Brasil passou a ser contido pelas oligarquias compostas pelos coronéis, magnatas políticos em uma época onde a concorrência eleitoral era praticamente inexistente; e os bacharéis, a oligarquia elitizada, constituída por intelectuais políticos da época.

A Primeira República frisava as tendências centrífugas, diferenciando-se, dentre outros aspectos, domínio das oligarquias estaduais e por uma coligação federal de poderes locais atomizados (SANTOS, 2002, 2005).

Dessa modo, pode-se observar a presença do controle municipal exercido pelas oligarquias regionais, fato que colaborava para a ausência do afeto de nacionalidade do povo brasileiro. Essa ausência de nacionalidade era um dos fundamentais problemas encarado na época pelos intelectuais, que cobiçavam construir a nacionalidade brasileira e fortalecer a presença do Estado em todo o território nacional. Com a invenção da radiocomunicação e dos correios e telégrafos, abriu-se um novo horizonte para um sistema de comunicação interligado no país, fortalecendo o governo federal nos municípios, o que gerou intensa força das oligarquias regionais.

A Constituição de 1891 determinou que, cabia aos estados a responsabilidade pelas ações de saúde e saneamento, assim como pelas de educação.

Segundo Conil (2002), as políticas de saúde apareceram, na virada do século XIX para o século XX, com as transformações no modo de produção, incorporando autoritarismo ao nascente cientificismo europeu. Oswaldo Cruz, natural do Instituto Pasteur, irá encarar as epidemias da época (febre amarela e varíola) que advertem a saúde dos portos e a agroexportação por meio de campanhas com vacinações e fiscalizações sanitárias. Ou seja, as primeiras atuações do Estado na área de saúde apresentavam um claro interesse econômico, para possibilitar as exportações dos produtos brasileiros.

Durante os séculos XVIII e XIX, os cientistas europeus buscavam explicações para os quadros de morbidade que acometiam a população. As pesquisas acerca das doenças baseavam-se na observação da morbidade com registro contínuo dos quadros de adoecimento e morte (evolução da doença e acompanhamento dos casos) e na busca de casualidade e formas de transmissão das doenças (COSTA, 1985, p. 66).

Iniciava assim a procura por conhecimento e atuações na área de saúde pública, com a criação em 1897, da Diretoria Geral de Saúde Pública e a criação de institutos essenciais de pesquisa, como o Instituto Soroterápico Federal inventado em 1900, renomeado Instituto Oswaldo Cruz (IOC) um ano depois.

A reforma na saúde foi projetada a partir de 1903, sob a coordenação de Oswaldo Cruz, que assume a Diretoria Geral de Saúde Pública. Extensivamente, em prol do saneamento e da reorganização urbana para eliminar os focos de desordem, a atuação no campo da psiquiatria é abarcada pela ação de Juliano Moreira. Em 1904, Oswaldo Cruz propõe um código sanitário que institui a desinfecção, inclusive domiciliar, o arrasamento de edificações consideradas nocivas à saúde pública, a notificação permanente dos casos de febre amarela, varíola e peste bubônica e a atuação da polícia sanitária. Ele também implementa sua primeira grande estratégia no combate às doenças: a campanha de vacinação obrigatória. Seus métodos tornaram-se alvo de discussão e muita crítica, culminando com um movimento popular no Rio de Janeiro, conhecido como a Revolta da Vacina (COSTA, 1985; COC, 1995, p. 134).

Com a ação de Oswaldo Cruz, prosseguiu-se bastante no domínio e no confronto de algumas doenças, distante do conhecimento sobre as próprias. Mas embora as ações de saúde pública ficassem mais focadas para ações coletivas e preventivas, ampla parte da população também não possuía recursos próprios para bancar uma assistência à saúde.

Em janeiro de 1923, influenciado pela Legislação Argentina acerca da previdência social, o Deputado Eloy Chaves exibiu um Projeto de Lei que sugeria a instituição da Caixa de Aposentadoria e Pensões para os ferroviários, em cada uma das empresas de estrada de ferro. Este projeto de Lei foi autorizado pelo Congresso e sancionado pelo Presidente da República, convertendo-se no Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, conhecido posteriormente como “Lei Eloy Chaves”. Esta caixa de proteção social foi motivada também pelo exemplo previdenciário inglês de seguro e sugeria atender:

“socorros médicos em caso de doença em sua pessoa ou pessoa de sua família, que habite sob o mesmo teto e sob a mesma economia; a medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração; aposentadoria; e, a pensão para seus herdeiros em caso de morte” (Artigo 9º, § 1º a 4º, do Decreto nº 4.682 de 24 de janeiro de 1923 – Lei Eloy Chaves).

Essa Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAPs) foi inventada exclusivamente para os servidores públicos e classificado segundo os princípios da seguridade social, de acordo com a contribuição por parte dos segurados.

As CAPs eram organizadas pelas empresas e administradas e financiadas por empresas e trabalhadores, em uma espécie de seguro social. Nem toda empresa oferecia ao trabalhador a possibilidade de formação de uma CAP – esse era um benefício mais comum nas empresas de maior porte. O Estado em nada contribuía financeiramente e muito menos tinha responsabilidade na administração dessas Caixas – sua atuação restringia-se à legalização de uma organização que já vinha se dando de maneira informal desde 1910, e ao controle a distância do funcionamento dessas caixas, mediando possíveis conflitos de interesses (TEIXEIRA & OLIVEIRA, 1985, p.87).

Com as CAPs, um fragmento mínima dos trabalhadores do país passava a contar com uma aposentadoria, pensão e auxílio à saúde. Assim, o direito à saúde neste período mantinha-se restrito à condição de segurado.

A ação sanitária da Primeira República alcançou importantes resultados, essencialmente na esfera política, o que consegue ser observado com a criação, em 1920, depois de um intenso movimento de negociação política, contendo sanitaristas, o governo federal, estados e domínio legislativo, do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), conduzido até 1926 por Carlos Chagas. Primeiramente, defendia-se a criação de um ministério independente, como sucedia em outros países latino-americanos, entretanto tal sugestão foi profundamente atacada pelas oligarquias rurais que mostravam essa criação como uma intimidação ao princípio da autonomia estadual. Em fundamento ao projeto de lei, o Deputado Eloy Chaves explanou que:

Nas aposentadorias tive muito em vista não só o tempo de serviço como a idade do aposentado. Procurei evitar o auxílio demasiado aos inativos, ampliando aos verdadeiramente inválidos. Diminuí progressivamente a importância das aposentadorias à medida que aumentava os ordenados. Garanti ao empregado ferroviário esses favores de aposentadoria, qualquer que seja seu tempo de serviço, desde que fique incapacitado de exercer seu emprego por acidente havido no exercício do mesmo emprego. Ao

organizar a direção da Caixa, procurei dar-lhe plena autonomia, libertando-a das peias da fiscalização do Poder Público. Deve ser dirigida e fiscalizada pelos que por ela vão ser beneficiados. Haverá em sua constituição para assegurar-lhe a tranquilidade e continuidade, uma parte de diretores fixa e outra parte renovável por eleição. Aliás, uma e outra pertencerão ao quadro dos empregados ferroviários.

As transformações políticas realizadas com a criação do DNSP discutem sobre as disposições antioligárquicas e os enfrentamentos intraoligárquicos apresentados na década de 1920 e culminados com a Revolução de 1930. A origem do DNSP foi decorrência de acentuado processo de transação política, contendo sanitaristas, governo federal, estados e poder legislativo.

De consonância com a Constituição de 1891, no que se menciona às políticas sociais, sucede, no campo da saúde, o prosseguimento de uma política social pública e nacional. O período da Primeira República pode ser evidenciado como a “era do saneamento” (HOCHMAN, 1998), identificando-se o intervalo de 1910 a 1930 como o progresso da consciência do governo em conexão aos diversos impasses sanitários do país. Com a reestruturação dos serviços sanitários e a inspiração do DNSP, no decorrer do regime oligárquico da Primeira República, foi capaz aos estados:

Obter auxílio federal mediante acordos para ações de saúde e saneamento. Esses convênios viabilizam a ação do poder central nos estados, sem ferir suas respectivas autonomias. Ao longo do tempo, houve o crescimento das atividades públicas em saúde e saneamento em todo o território nacional, tanto do governo federal, como de governos estaduais que passaram o desenvolver seus próprios serviços. São Paulo foi praticamente o único estado que se dedicou a uma ampla política sanitária, desde o início da República, e que se manteve autônomo em relação aos serviços federais. A era do saneamento não significou a resolução de todos os complexos problemas de saúde pública, mas legou uma infra-estrutura estatal, com a autoridade sanitária presente em grande parte do território brasileiro. (HOCHMAN, 1998, p. 54).

Até então na Primeira República, conduziram instituídas bases para a formação de um sistema nacional de saúde, assinalado pela concentração e verticalização das condutas no governo central. A época de 1930 é visto como símbolo inicial das políticas sociais e da unificação estatal.

## **2.2 De 1930-1945: Proposta de Limitação de Gastos e Surgimento das Ações Centralizadas de Saúde Pública/Crise do Regime de Capitalização e Aparecimento do Sanitarismo Desenvolvimentista**

Em 1930 foi instituído o Ministério da Educação e da Saúde Pública (Mesp) no Governo Provisório do Presidente Getúlio Vargas, o qual aconteceu por consecutivas reformulações.

Inicialmente, o período compreendido pelo Governo Provisório (1930-1934) foi marcado por uma grande instabilidade política, reflexo, entre outras razões, da heterogeneidade de forças que haviam se aliado durante o processo revolucionário. Naquela conjuntura política, tornou-se evidente que o setor agroexportador brasileiro passava por uma crise de hegemonia, identificada principalmente nas dissidências regionais. Como os demais setores da sociedade – no caso os grupos agrários não ligados ao café e os grupos urbanos emergentes – não se encontravam suficientemente coesos para se constituir como força política hegemônica, os desdobramentos do movimento de outubro de 1930 ficaram sujeitos às disputas políticas entre as diferentes facções que haviam se agrupado em torno da Aliança Liberal, particularmente entre tenentes e oligarquias dissidentes (GOMES, 1980, p.47).

Após ser obtido o Ministério do Trabalho, os trabalhadores tiveram direitos antes inexistentes. Getúlio Vargas, nomeado como o pai dos trabalhadores iniciou uma política de amparo aos trabalhadores desejando o apoio dos próprios nos projetos do Estado, subsidiando, assim, os seus interesses econômicos. É nessa etapa que são instituídos os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), aumentando o papel da CAPs, oferecendo início ao sistema de proteção social brasileiro.

Com a inspiração dos IAPs sucedeu-se a abranger em um mesmo instituto toda uma categoria profissional, não somente empresas, o Estado adveio a participar da sua direção, domínio e financiamento. A partir daí, dá-se abertura à criação de um sistema público de previdência social, entretanto, até aquele momento o formato do vínculo contributivo formal do trabalhador para a segurança do benefício, caso não colaborasse estaria excluído do sistema de cobertura. Em consequência desse sistema ficavam excluídos: os trabalhadores rurais, o profissional liberal e todo trabalhador que cumprisse uma função não reconhecida pelo Estado. Dessa maneira, a proteção previdenciária era um privilégio de

escassos, gerando uma injustiça social em ampla parte da população, podendo-se observar uma cidadania adequada e excludente, pois não confirma a todos os mesmos direitos.

Existia a discriminação dos benefícios de aliança com a categoria profissional, exercendo com que determinadas categorias, principalmente as mais respeitáveis para o processo agroexportador, incluíssem mais benefícios que outras, pois as IAPs estabeleciam e ofereciam aos seus cooperadores um número maior de benefícios, como um exemplo melhor de assistência médica e hospitalar.

Ao mesmo competi cuidar da saúde pública, ou seja, tudo o que falasse respeito à população e que não se achava resguardado pela medicina previdenciária, ou seja, todos excelentes que não se achavam habilitados a desfrutar dos serviços apresentados pelas caixas e pelos propositos previdenciários, como era o evento dos pobres, desempregados e os que desempenhavam atividades informais.

Essa delimitação a respeito da informação de direitos sociais provocou, ao mesmo momento, a agregação entre assistência médica previdenciária e trabalhadores urbanos e a destaque das ações de saúde pública como políticas e amostras de serviços retornados predominantemente para a população rural. (LIMA, 2005, p. 72).

Lima (2005) cita um texto divulgado em 1948 pelos sanitaristas Ernani Braga e Marcolino Candau resumindo com incomum sensibilidade este fato:

No Brasil, especialmente nos últimos anos, observou-se, sob o controle do governo, o desenvolvimento de um extenso programa de assistência médico-social compulsório para as classes assalariadas, programa esse que, apesar de vir atender a uma razoável parte de nossa população, não pode ainda cogitar da grande massa constituída pelos habitantes da zona rural, os quais por não trabalharem em regime regular de emprego, não sendo, portanto obrigados a contribuir para as organizações de seguro médico-social, vêem-se, em sua maioria, totalmente desprovidos de qualquer tipo de assistência médico-sanitária, a não ser aqui e ali e assim mesmo muito mal, aquela que é prestada pelos serviços oficiais de saúde e pelas instituições de caridade". (CANDAU & BRAGA, 1948, p. 47).

Dessa forma pode observar que mesmo o Estado sustentando ações de saúde pública, requerendo o controle e a prevenção de doenças transmissíveis e operando na assistência a determinadas doenças, a assistência à saúde e embora

tenha que contar com a caridade, o assistencialismo dos hospitais e dos profissionais de saúde.

Com a decaída de Vargas, em outubro de 1945, a eleição de Eurico Gaspar Dutra e a promulgação de uma nova constituição em 1946, o país começa um período de 19 anos de conhecimento democrático. A saúde pública adveio a ter uma composição mais concentrada com programas e serviços verticalizados para implantar campanhas e ações sanitárias. Do mesmo modo a saúde pública e a assistência médica advieram a ser resolvidas em um espaço mais democrático, configurado por disputas político-partidárias, eleições livres, funcionamento dos domínios republicanos, liberdade de imprensa e coordenação e procura por direitos e incorporação.

Entre diversas doenças tropicais da época, a malária assumia um lugar de destaque. Era apontada por muitos como ‘a doença econômica’ por excelência (LIMA, 2005 apud PACKARD & BROWN, 1997). Esses novos significados e interesses presentes na associação entre saúde e desenvolvimento passaram a marcar os espaços institucionais no campo da saúde pública (LIMA, 2005 apud PACKARD, 1997, p.63).

Neste momento ocorreu um forte debate sobre os gastos econômicos das doenças como impedimento ao desenvolvimento dos países, particularmente no que se pertence à expansão agrícola e à rendimento do trabalho (LIMA, 2005, p. 88).

Vários programas de liderança e erradicação das “doenças tropicais” aproximavam o empenho de instituições nacionais e internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) – remodelada então em Escritório Regional da OMS para as Américas –, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e a Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO).

Nos fundamentais países desenvolvidos da Europa compõem-se, no pós-guerra, os Estados de Bem-Estar Social (também admitidos como *Welfare State*) com o objetivo de reedificar as economias comprometidas pela guerra e configurar Estados fortes e empenhados com a democracia e a justiça social – uma forma de conflitar-se o comunismo e sustentar as economias europeias no padrão adversário mundial (ESPING - ANDERSEN, 1995, p. 29).

Os Estados de Bem-Estar consistem em uma política sustentada e pactuada entre a área econômica e a social com o objetivo de garantir o bem-estar da população e manter a produção econômica. Os pilares dessa política eram: o pleno emprego, a provisão pública de serviços sociais e universais – como saúde, educação, saneamento, habitação, lazer, transporte, etc. – e a assistência social para aqueles não incluídos no sistema produtivo (FARIA, 1997, p. 99).

Nesse momento, ainda não existia uma política de bem-estar social no Brasil, mas possuía uma ideologia desenvolvimentista, sugerindo a relação pobreza-doença-subdesenvolvimento, com a obrigação de melhorar o nível de saúde da população para obter o desenvolvimento. Uma política de saúde pública universal ressaltando a prevenção das doenças transmissíveis, e alguma política de saúde previdenciária, reservada aos contribuintes da previdência e seus subordinados, com destaque na assistência curativa. O direito à saúde, absoluto e absoluto ainda não era garantido a todo cidadão brasileiro.

O 'Sanitarismo desenvolvimentista', avaliado por vários autores (LABRA, 1985; ESCOREL, 2000; BRAGA & PAULA, 1981) que tinha em Samuel Pessoa, Mário Magalhães e Gentile de Melo seus principais representantes, reagia ao companheirismo, à unificação, à fraqueza dos governos locais e ao baixo entendimento do estado sanitário do país pela falta de conhecimentos e informações vitais – legados do Estado Novo –, e propugnava o envolvimento das semelhanças entre pobreza e doença e sua relevância para a modificação social e política do país. Ainda que heterogêneo interiormente, esse 'novo sanitário' unificava a corrente nacional-desenvolvimentista e se propagaria com mais vigor na ação de radicalização política que assinalou o início da década de 1960 (LIMA, 2005, p. 57).

De 1945 a 1964, o país permanecia a ser prevalentemente rural. O confronto às epidemias rurais e às doenças transmissíveis era a fundamental apreensão das organizações de saúde pública, para isso foi instituído o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) em 6 de março de 1956. De concordância com a Lei 2.743, sua fundamental responsabilidade era atacar às principais epidemias do país, entre elas malária, leishmaniose, doença de chagas, peste, febre amarela, esquistossomose, ancilostomose, hidatidose, bócio endêmico e tracoma.

A criação do Ministério da Saúde (MS), a reforma dos serviços nacionais, até então especializados na definição e implementação de medidas isoladas

para cada doença, com sua integração em um órgão único, o DNERu, mantinha como posição hegemônica a defesa do foco central nas doenças da coletividades, em especial nas endemias rurais que obstaculizavam o desenvolvimento em um país ainda rural. Ainda que o DNERu integrasse ações antes dispersas em diferentes órgãos que combatiam isoladamente doenças específicas, o modelo ainda se mantinha vertical, orientado para enfermidades rurais e coordenado pelo governo federal (LIMA, 2005, p. 124).

A Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960, aprovada pelo Presidente Juscelino Kubitschek, estabeleceu a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS). As organizações de previdência social estiveram constituídas como serviço público distanciado da União, com originalidade jurídica de natureza autárquica.

O golpe militar de 1964 acompanhou transformações para o sistema sanitário brasileiro, com ênfase na assistência médica, no desenvolvimento progressivo do setor particular e na inclusão de parcelas sociais no sistema previdenciário.

A derradeira ação expressiva no sistema previdenciário brasileiro aconteceu em 1966 com a união dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O recente órgão consentiu uma padronização dos institutos, especialmente acerca dos benefícios oferecidos, ocasionando constrangimento naqueles colaboradores de institutos com mais benfeitorias, afinal, com a união, os menos ricos poderiam, desfrutar de mais benefícios do instituto. Há ainda expansão da abrangência previdenciária para a assistência psiquiátrica, até então concretizada em hospitais públicos, especialmente para pessoas de baixa renda.

### **2.3 O Período de 1968 – 1979: Crise Reforma e Firmação da Rede Privada em Saúde/Década de 80: A Eclosão da Crise Estrutural e Concretização das Propostas Renovadas**

No início de meados da década de 1970, posteriormente um cenário de crise política e econômica imediato do governo militar, despertou a se definir novas táticas para manter o governo, entre elas existiu a definição do II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) e a política de início do governo.

Frente às críticas ao seu projeto político, social, o regime militar procurou resistir ampliando, por um lado, de forma controlada, o espaço de manifestação política; por outro, utilizando-se simultaneamente de dois mecanismos voltados para responder às demandas das camadas populares: concessões econômicas restritas e uma política social ao mesmo tempo repressivo e paternalista (TEIXEIRA & OLIVEIRA, 1985, p. 37).

O II PND foi um espaço quinquenal retornado ao acréscimo econômico e social, o qual permanecia ideologicamente norteado pela visão do 'Brasil Grande Potência'. Surgiam nele, todavia, algumas preferências no campo social: ensino, saúde e infra-estrutura de serviços urbanos. O diagnóstico exposto para a saúde pública e, de modo inclusivo, para a assistência médica da previdência apontava a carência de habilidade gerencial e composição técnica, o que restringia a eficácia dos recursos públicos e elas designadas e chegava o risco das decisões de aumentá-las substancialmente.

Para fazer frente a esses desafios, o governo criou o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), à semelhança do Conselho de Desenvolvimento Econômico e o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). O regime precisava lançar mão de políticas sociais para a sua legitimação, por isso investiu, canalizou recursos e priorizou projetos nestes setores. No entanto, não tinha quadros para ocupar todos os espaços abertos e terminou por criar espaços institucionais para pessoas de pensamento contrário, senão antagônicos, ao dominante em seu setor. Por esta brecha, lideranças do movimento sanitário entraram na alta burocracia estatal, na área da Saúde e da Previdência Social (SCOREL, 1998, p. 59).

As constringências por reforma na política de saúde permitiram modificações sólidas ainda nos anos 70, modificações que se concretizaram de forma elementar e abrigando os interesses do Estado autoritário. Entre as políticas praticadas, segundo Baptista (2005, p. 66), enfatiza-se:

- a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), em 1974, que distribuiu recursos para o financiamento de programas sociais;
- a formação do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), em 1974, que organizou as ações a serem implementadas pelos diversos ministérios da área social;
- a instituição do Plano de Pronta Ação (PPA), em 1974, que constitui em uma medida para viabilização da expansão da cobertura em saúde e desenhou uma clara tendência para o projeto de universalização da saúde;
- a formação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), em 1975, primeiro modelo político de saúde de âmbito nacional que desenvolveu imediatamente um conjunto integrado de ações nos três níveis de governo;
- a promoção do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), em 1976, que estendeu serviços de atenção básica à

saúde no nordeste do país e se configurou como a primeira medida de universalização do acesso à saúde;

- a constituição do Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social (Sinpas), em 1977, com mecanismos de articulação entre saúde, previdência e assistência no âmbito do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), e a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), que passou a ser o órgão coordenador de todas as ações de saúde no nível médico-assistencial da previdência social.

Outra ordenação bastante respeitável na luta do movimento sanitário foi o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – CEBES instituído em 1976 e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco). Iniciada em 1979 como uma associação dos programas de pós-graduação em saúde coletiva e saúde pública, ressaltando a residência em medicina preventiva e social, para desenvolver gestores sanitários para o Sistema Nacional de Saúde.

Os reformistas procuravam a universalização do direito à saúde, a centralização dos serviços oferecidos pelo Inamps e a integralidade das ações. No Brasil, desenvolvia a disputa sobre o direito à saúde, em um bom senso mais amplo. Deste modo, o direito à saúde expressava a segurança de qualidades dignas de vida e de ingresso universal e igualitário às ações e serviços para melhoria, proteção e recobrimento em todos os níveis, protestado pelo Estado.

O governo Figueiredo, caracterizado pela abertura política e a influência do II PND, apresentou-se mais próspero para a área da saúde, pois os experimentos municipais de reorganização de serviço de saúde e o Pias ofereciam sinais de sucesso. A movimentação da Reforma Sanitária sugeria escolhas de ampliação da área de assistência médica da previdência, adicionando os embates de relevância com a previdência e abrangendo poder institucional e forças do setor privado. Tais forças resultam na inspiração de mecanismos de coordenação dentre os ministérios com a intenção de se preparar um projeto para recompor o setor.

A década de 1980 começou-se em clima de resocialização, crise política, social e institucional do país, integrando como primeiro passo a realização da 7ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) com o desígnio de reformular a política de saúde e formular o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), que pretendia uma extensão nacional do Pias, ou seja, procurava dotar o país de uma rede de serviços básicos que proporcionasse, em quantidade e qualidade, os

cuidados primários de amparo, promoção e recuperação da saúde, tendo como meta o revestimento de saúde para toda a população até o ano 2000 (Conferência Nacional de Saúde, 1980). Apresentava como suas suposições básicas a hierarquização de natureza do atendimento por níveis de complicação, a integração dos serviços presentes em qualquer um dos níveis de complicação, seja na rede pública ou privada, e a regionalização da recepção por áreas de populações deliberadas. Todavia, não sobrevinha de uma sugestão de investimento no nível primário de atenção, que não atingia na rede hospitalar particular.

Entanto, o Prev-Saúde terminou não sendo introduzido pelo governo e muito menos instituído na prática, dadas as oposições interburocráticas acordadas no Inamps, a forte objeção das entidades do desenvolvimento médico empresarial e ainda as pressões resultante do campo da medicina liberal e do setor privado acordado (CORDEIRO,1991). Tais motivos contribuíam para que o Prev-Saúde não se efetivar-se, tornando-se um plano “natimorto”, e como tal, continuou como padrão das melhorias sanitárias desejados pela sociedade, em nenhum momento, atendidas pelo governo. Esses princípios reformistas começavam a se agregar em uma sugestão abrangente de definição da política de saúde.

A década de 1980 é, no entanto marcada por movimentos de oposição ao sistema de saúde. A derradeira medida tomada foi o desenvolvimento do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciário (Conaps), em 1981, como órgão do Ministério da Previdência e Assistência Social. O Conasp precisaria buscar respostas palpáveis que esclarecessem a razão da crise no setor, necessitando operar como organizador e fundamentador da assistência médica procurando suavizar e racionalizar gastos. Portanto, deveria aconselhar critérios para propor recursos previdenciários do setor saúde, recomendar políticas de financiamento e de assistência à saúde, além de considerar e avaliar a intervenção e a influência da Secretaria de Assistência Médica da Previdência Social.

A avaliação do Conasp definiu diversas modificações no modelo de saúde até então vigente, como: inadequação de atividades à realidade; inclusão escassa de diferentes prestadoras; recursos financeiros escassos; desvalorização dos serviços próprios; e, superprodução dos serviços combinados.

Essa avaliação recomendava uma rede de saúde, ineficiente, desintegrada e complicada, indutora de engano e desvios de recursos. A partir dessa estimativa, foram formadas propostas operacionais básicas para a reorganização do setor, mas não para o término do sistema. Em meio a as propostas oferecidas, destacam-se: o Programa das Ações Integradas de Saúde (País), a Programação e Orçamento Integrada (POI), o Programa de Racionalização Ambulatorial (PRA) e o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS).

O País, após designado apenas Ações Integradas de Saúde (AIS), apareceu como a fundamental saída para a universalização do direito à saúde e concerniu uma proposta de “integração” e “racionalização” dos serviços públicos de saúde e de articulação destes com a organização conveniada e contratada, o que acordaria em um sistema unificado, regionalizado e hierarquizado para o atendimento. A sugestão resumia-se na assinatura de convênios dentre os Inamps e os estados e municípios para transferência de recursos designados à construção de unidades da rede com o acordo dos governos de proporcionar assistência gratuita a toda a população e não só para os favorecidos da previdência. Com essa sugestão, as AIS, recobravam a estratégia oferecida no Prev-Saúde e progrediam significativamente na adequação de políticas que induziriam à reforma do setor saúde, fortalecendo a coordenação de ações entre a união e os estados e a integração do planejamento à prática institucional.

Em 1985, o regime militar alcança ao fim com a eleição indireta da chapa de oposição, sustentada pela dissidência do próprio partido governista. O presidente eleito, Tancredo Neves, acaba antes de tomar direito, adquirindo o governo, chamada Nova República, o vice-presidente José Sarney. No setor econômico, o governo Sarney é apontado por dois planos, o Plano Cruzado I e II, que tendem atacar a hiperinflação, procurando a estabilidade e o desenvolvimento econômico. No setor político, procura-se um equilíbrio entre as forças vencedoras sob a hegemonia dos políticos democratas e liberais.

Com a aproximação da Nova República, o plano das AIS foi restabelecido, impulsionando, unido com uma nova POI, a reformulação do sistema de saúde propendendo uma rede unificada.

Condutores do movimento sanitaria passam a ocupar posições de evidência no âmbito político-institucional no país, coordenando as políticas e transações no setor da saúde e previdência. Em consequência disso, no ano de 1986, sucedeu a VIII Conferência Nacional de Saúde, presidida por Sérgio Arouca, outrora presidente da Fundação Oswaldo Cruz. “Esta conferência foi um marco histórico da política da saúde brasileira, pois, pela primeira vez, contava-se com a participação da comunidade e dos técnicos na discussão de uma política setorial”. A conferência contou com participação de mais de quatro mil pessoas nos debates, evidenciando-se que a transformações, no setor da saúde extrapola as fronteiras de uma reforma administrativa e financeira.

Existia a necessidade de uma reforma mais profunda, com a aplicação do conceito de saúde e sua apropriada ação institucional. Foi consentida, por unanimidade, a diretriz da universalização da saúde e do controle social ativo de acordo com os exercícios de saúde constituídos, ficando as propostas de fortalecimento do setor público, cobrindo um direito à saúde integral. No documento da 8ª Conferência Nacional de Saúde consta que:

- Saúde como Direito - em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, que podem gerar desigualdades nos níveis de vida.
- Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.

Este documento serviu de referência na discussão da Assembleia Nacional Constituinte em 1987/1988, ficando reconhecido como um documento de expressão social. Na 8ª CNS, além disso, se discutiu a unificação do INAMPS com o Ministério da Saúde, carecendo a Previdência Social ficar comprometida das ações próprias do seguro social, enquanto que a saúde ficaria entregue a um órgão federal com novas características. Ficando assim, aprovada a criação de um sistema único de saúde com isolamento total da saúde em relação à previdência.

As propostas da 8ª CNS não estiveram realizadas prontamente, pois, ainda havia a discussão a respeito do financiamento e acerca da operacionalização do novo sistema de saúde. Desse modo, em julho de 1987, elaborou-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), através de uma proposta do INAMPS/MPAS, que se mostrar-se como base na construção do SUS.

O SUDS progrediu na política de descentralização da saúde e, especialmente na descentralização do orçamento, consentindo uma maior autonomia dos estados na programação das ações do setor; deu seguimento às estratégias de hierarquização e universalização da rede de saúde e afastar-se do INAMPS a soma de poder que ele concentrava (VENÂNCIO, 2005). Assim sendo, os superintendentes do INAMPS, que tinham uma força político espantosa, antes, advieram a não haver mais poder algum, estando em segundo plano, e quem adveio a ter o domínio foram os secretários estaduais de saúde, virando-se gestores principais. Acontecia ao mesmo tempo da efetivação do SUS, a argumentação da Assembleia Nacional Constituinte de 1987/88, contendo como base o relatório da 8ª CNS para debater a reforma sanitária, e enfim a aprovação do SUS.

O debate constituinte foi acirrado e revelou resistências por parte dos prestadores de serviço privado do setor de saúde e da medicina autônoma, além de conflitos de interesses entre os reformistas da previdência social. As disputas de interesse não foram suficientes para barrar a aprovação do SUS e seus princípios, mas impediram a definição de algumas políticas importantes para o processo de implementação da reforma, tais como o financiamento, a regulação do setor privado, a estratégia para a descentralização e unificação do sistema, dentre outras (FARIA, 1997, p. 77).

Em 5 de outubro de 1988 é proclamada a Oitava Constituição do Brasil, nomeada 'Constituição Cidadã', ficando um marco fundamental na redefinição das preferências da política do Estado no espaço da saúde pública.

Ao longo de 1989, as transações se aplicaram em torno da lei complementar que ofereceria bases operacionais para o SUS. Nesse mesmo ano, é concretizada a primeira eleição direta para presidente da República, adquirindo a presidência em janeiro de 1990, Fernando Collor de Mello. Nessa ocasião sucedia o projeto de formulação da Lei Orgânica da Saúde (LOS 8.080/1990), anunciada pelo governo

Collor, padeceria uma grande abundância de vetos. Foi nessa circunstância que iniciaria a edificação do SUS.

## **2.4 Perspectivas Contemporâneas em Saúde Pública**

A história do controle social da saúde pública no Brasil é expressão de luta e esforço de representantes da sociedade que destinam tempo, empenho e recursos materiais no procedimento que garante a participação da sociedade civil na história do Sistema Único de Saúde (SUS).

Desenvolvida pela Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) é a decorrência de um artifício de articulação do Movimento pela Reforma Sanitária e de diferentes pessoas empenhadas com a importância dos direitos sociais de todo cidadão brasileiro, ao definir um caráter universal às ações e aos serviços de saúde no País. O procedimento de consolidação do SUS resultou em alterações na legislação brasileira, procurando uma melhor elaboração do sistema onde possa conduzir as transformações econômicas e sociais do Brasil.

O recolhimento dessa história é elemento do compromisso do Conselho Nacional de Saúde com o reconhecimento e realização do controle social em Saúde no Brasil. Para uma melhor elaboração do SUS, que consentisse aos conselheiros de saúde de todo o país ter ingresso à legislação federal que regulamenta o setor saúde, o Conselho Nacional de Saúde ofereceu Leis, Normas e dispositivos constitucionais que determinam os princípios e diretrizes do sistema de saúde brasileira. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem permanecido analisada como a maior política de inclusão social no País implantado sob o novo regime democrático.

A instituição do SUS basear-se da Constituição Federal de 1988 representa um marco histórico das políticas de saúde em nosso país, visto que na nova constituição, o cuidado à saúde passa a ser garantido legalmente como direito essencial de cidadania, competindo ao Estado a obrigação de provê-la a todos os cidadãos brasileiros e estrangeiros que habitam no Brasil. E desde a sua instituição, quatro temas sobre a gestão têm estado apontados como fundamentais: a descentralização, o financiamento, o controle social e a gestão do trabalho.

O direito à saúde, garantido na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, fica claro na Constituição Federal de 1988 que define a Saúde como direito de todos e dever do Estado, sugerindo os princípios e diretrizes legais do Sistema Único de Saúde – SUS. Conforme o artigo 196 da Constituição Federal Brasileira de 1988:

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 universitário e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A saúde preconizada na Constituição está infundida no debate da Reforma Sanitária Brasileira, estabelecido na década de 70, com ampla expressão na decorrência do intenso e participativo debate ocorrido na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986. Durante a década de 90 observa-se à árdua luta pela fundação do SUS, embora que se esteja distante de aperfeiçoar esta tarefa, muito se avançou.

Saúde é condição de vida e, por conseguinte, deve permanecer vinculada aos direitos humanos, ao direito ao trabalho, à moradia, educação, alimentação e lazer. O direito à saúde, principalmente quando verificado sob a ótica do atributo de vida, estabelece também que a superação das diferenças envolva o acesso democrático a alimentos, medicamentos e serviços que constituam seguros e que apresentem sua qualidade controlada pelo Poder Público. Condição de vida implica o reconhecimento do ser humano como ser integral. O conceito de cidadania que a Constituição garante deve ser oferecida nas condições de vida da população. Ressalva-se que a promoção a atenção à saúde são fundamentais e operam parte do elenco de políticas sociais indispensáveis para a edificação de uma sociedade justa e democrática, fazendo-se esta a missão central do SUS.

Nessa definição, a concretização do direito à saúde estar sujeito ao provimento de políticas sociais e econômicas que garantam desenvolvimento econômico sustentável e distribuição de renda; competindo, especificamente ao SUS a promoção, coberta e recuperação da saúde dos indivíduos e das coletividades de modo equitativa.

Em 19 de setembro de 1990, foi aprovada a Lei Federal nº 8.080, a chamada Lei Orgânica da Saúde (LOS), formada pela Comissão Nacional de Reforma

Sanitária (CNRS), que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recobramento da Saúde. No entanto, a legitimidade do processo representado e do movimento pela reforma sanitária institui-se na melhor garantia da operacionalização dos ideais dos SUS, ou seja, de seus princípios e diretrizes.

Além disso, o controle social foi certificado pela Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, conservando a perspectiva de conhecimento social na gestão do SUS e consequentemente, aquisição dos cidadãos, que sobrevieram a ocupar espaços estratégicos a partir de incluso dos aparelhos do Estado.

Para que possamos analisar a realidade existente, é necessário explorar os determinantes históricos incluídos neste processo. Assim como somos produto do nosso passado e da nossa história, o setor saúde também sofreu as influências de todo o contexto político-social pelo qual o Brasil adveio ao longo do tempo. Na próxima parte deste trabalho iremos acompanhar a Trajetória da Política de Saúde no Brasil, para melhor compreensão do estudo.

### 3 TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

#### 3.1 As primeiras formas de atendimento de Saúde

O aparecimento do Serviço Social no Brasil tem sua procedência no amplo movimento social que a Igreja Católica desenvolve com o objetivo de recristianizar a sociedade. Com o aumento da industrialização e das populações das áreas urbanas, aparece a necessidade de controlar a massa operária. Com isso o Estado concentra parte das reivindicações populares, que pleiteavam condições de reprodução: alimentação, moradia, saúde, aumentando as bases de importância da cidadania social, por meio de uma legislação social e salarial. Conforme Iamamoto (1998), essa maneira visava principalmente o interesse do Estado e das classes influentes de conectar as classes subalternas ao Estado, promovendo sua manipulação e dominação.

O desempenho do profissional assistente social na área da saúde exibia características de cunho filantrópico embasadas em práticas cristãs oriundas da igreja católica, apoiada pelo Estado. Logo, o Serviço Social operava nos problemas de saúde expostos pela “população cliente” por meio de práticas sócio-educativas no intuito de reassumir a moral recaindo na “psicologização dos problemas sociais”. (SILVA e MELO, 2011, p. 4 APUD, BRAVO & MATOS, 2006)

O Serviço Social enquanto profissão surge vinculado ao agravamento das mazelas sociais, assumindo a função de executor das ações sociais destinadas à população pauperizada, que tinham por objetivo amenizar os conflitos entre a classe proletária e a burguesia. Sabe-se, portanto, que desde sua origem o Serviço Social encontra-se em meio ao antagonismo dos interesses entre as duas classes sociais fundamentais. (Nogueira e Sarreta, 2015, p. 2).

A partir da década de 1960 deu início na categoria o movimento de reconceituação que buscou a ruptura com a atuação do Serviço Social clássico, e teve como resultado a definição da direção política e ideológica da profissão, calcada no comprometer-se com o amparo de direitos da classe trabalhadora com perspectivas à edificação de uma nova resolução societária. Tais normas foram implantadas ao Código de Ética Profissional em 1993.

O Serviço Social recebia as influências dessa conjuntura de luta política, contudo a preocupação central da categoria nesse momento era a disputa pela nova direção a ser dada a profissão, por esse motivo não foi identificada uma participação diretamente ligada ao movimento pela reforma sanitária. (BARVO e MATOS, 2009, p. 204).

Na mesma época em que o Serviço Social advinha por esta ação de renovação e amadurecimento teórico, o Brasil descobria-se em uma ocasião de extensa efervescência política pelo fim da ditadura militar e concomitante a redemocratização do país, sobressai-se a força do movimento de reforma sanitária, que pelejou pela universalização do acesso a saúde, compreendendo que este era o direito de todos e uma obrigação do Estado.

A expansão do Serviço Social no país ocorre a partir de 1945, relacionada com as exigências e necessidades de aprofundamento do capitalismo no Brasil e às mudanças que ocorreram no panorama internacional (...) nesta década, a ação profissional na saúde também se amplia, transformando-se no setor que mais vem absorvendo os assistentes sociais (BRAVO & MATOS, 2006, p. 198).

É nesse espaço histórico que o Serviço Social operava, suas ações profissionais na área da saúde, atendendo as cobranças colocadas à profissão naquela época, que apresentava como plano de fundo o aprofundamento das bases de legitimação do capitalismo no cenário brasileiro com excessivas implicações no âmbito mundial, em “função do término da 2ª Guerra Mundial” (BRAVO & MATOS, 2006. p. 198). Nesse aspecto, a atuação profissional do assistente social expande-se respectivamente à área da saúde, o que vai determinar efetivamente no maior campo profissional para os assistentes sociais brasileiros.

É considerável salientar que tal inclusão, não se deu de modo homogênea e nem tampouco hegemônica na área da saúde, o se examinava, era uma predominância das práticas médico-hegemônicas que apresentava como expectativa fornecer para a expansão do labor curativo em agravo da prevenção e ingresso da saúde no campo sanitário.

Perante o exposto, ressalta-se que o Serviço Social na década de 1960 carecia rever suas contribuições teóricas e metodológicas diante à ação profissional ampliada no âmbito das relações sócio-institucionais, mais que isso, examinava a

necessidade de modificar radicalmente suas perspectivas de atuação neste campo, haja vista a fraqueza teórica-crítica tomada e explanada na época, em decorrência da forte presença do tradicionalismo nas suas formas de intervenção.

Em 1964 se instaura o período ditatorial no Brasil, fato que vai atingir diretamente o Serviço Social que vivenciava naquele período o processo de renovação, onde se constatava a busca permanente de rompimento com o conservadorismo que permeava a profissão nesse contexto (SILVA e MELO, 2011, p. 4, APUD, BRAVO & MATOS, 2006).

Nessa conjuntura, o Serviço Social passa a congrega uma ótica endógena da profissão, procurando permanentemente seu processo de revisão interna, em que ampla parcela dos profissionais adotava a urgente e essencial mudança no contexto das relações sociais que surgiam no campo da saúde neste período histórico. Desse modo, a proposta formada foi designada de “Modernização Conservadora”, pois os assistentes sociais acreditavam decididamente que tal perspectiva daria conta de romper com o tradicionalismo até então presente no interior da profissão.

Nessa perspectiva, o Serviço Social na década de 1970 começa a se organizar enquanto categoria profissional, no intuito também de elaborar novas propostas teórico-metodológica para a atuação dos profissionais, momento pelo qual se realiza uma integração para o desenvolvimento da profissão, no entanto, tal perspectiva pautava-se nos aportes do estrutural-funcionalismo norte-americano, podendo apreender que tal fato não permitiu a desvinculação das práticas individuais e curativas no âmbito da saúde em que os assistente sociais exerciam nas funções. (SILVA e MELO, 2011, p. 5, APUD, BRAVO & MATOS, 2006).

Perante o apresentado, verifica-se que embora contenha uma tentativa de “modernização da profissão” essa não trouxe acrescentamentos expressivos para a interferência dos assistentes sociais, principalmente no campo da saúde, tenha visto que a ação profissional nas instituições permaneceu pautada na “teoria sistêmica, na atualização e que influenciou a preparação dos programas sociais e a política social de saúde” (ABRANTES, 2008, p. 50).

Diante do objetivo de conseguir um controle ainda mais amplo, o Estado advém a intervir não simplesmente na regulação do mercado, por meio de política salarial e sindical, como também no estabelecimento e domínio de uma pratica assistencial. O Serviço Social enquanto profissão posiciona-se no processo de

representação das relações sociais, como atividade auxiliar e subsidiária no exercício da influência social e na difusão da ideologia da classe predominante entre a classe trabalhadora.

No campo das políticas sociais é a partir da década de 1930 que se assiste ao aparecimento de um conjunto de leis pertencente à criação de órgãos gestores de políticas sociais e à segurança de direitos trabalhistas como podemos atribuir a seguir.

No período que antecede os anos de 1930, a atuação do Estado Brasileiro na área da saúde voltou-se para auxiliar o modelo de desenvolvimento econômico agroexportador e as práticas sanitárias tinham o objetivo de controlar as doenças que ameaçavam e prejudicavam o desempenho da classe trabalhadora, na venda de sua força de trabalho e a dinâmica de produção capitalista. O modelo praticado era o Sanitarismo Campanhista que visava através de estruturas verticalizadas o combate das doenças, intervindo junto à população, estas ações apresentavam um caráter coletivo, vinculadas a conjuntura econômica vigente (OLIVEIRA PAOLA, 2009, p. 18, APUD, KAZLOWSKI, 2008).

A aquisição de alguns direitos sociais pelas classes trabalhadoras foi intercedida pela interferência estatal, no seu formulário de manutenção da ordem social capitalista e de intercessão das relações em meio a as classes sociais. No século XX, esta intervenção será aprofundada, com a elaboração de políticas para o setor e o aparecimento de diversas propostas.

Pois bem, o advento da crise internacional de 1929-1932 teve como principal repercussão no Brasil uma mudança da correlação de forças no interior das classes dominantes, mas também trouxe consequências significativas para os trabalhadores, precipitando os acontecimentos na efervescente sociedade brasileira daqueles tempos. Estamos falando da chamada "Revolução" de 1930. Segundo Boris Fausto (1975), é possível questionar a ideia de que tenha acontecido em 1930 uma revolução no Brasil. (BOSCHETTI BEHRING, 2011, p. 104 e 105).

No Brasil, com relação às assuntos de saúde, a interferência estatal só aconteceu no Século XX, mais realmente na década de 1930. No século XVII, o auxílio médico era pautado na filantropia e no exercício liberal. No século XIX, em consequência das transformações econômicas e políticas, determinadas iniciativas apareceram no campo da saúde pública, como a precaução do exercício profissional e a concretização de campanhas limitadas. Nos derradeiros anos do século, a

questão saúde já surge como exigência no nascente movimento operário. No começo do século XX, surgem determinadas ações de organização do setor saúde, que serão aprofundadas a partir de 1930.

O movimento de 1930 não foi a revolução burguesa no Brasil, com o incremento da indústria, como interpretaram muitos intelectuais e historiadores, mas foi sem dúvida um momento de inflexão no longo processo de constituição de relações sociais tipicamente capitalistas no Brasil. Vargas esteve à frente de uma ampla coalizão de forças em 1930, que a historiografia caracterizou como um Estado de compromisso, que impulsiona profundas mudanças no Estado e na sociedade brasileiras. Os primeiros sete anos foram marcados por uma forte disputa de hegemonia e da direção do processo de modernização. De certa forma, a Constituição de 1934 expressa as tendências e contratendências desse período. Mas a radicalização de segmentos do movimento tenentista, a chamada Intentona Comunista, em 1935, o crescimento do integralismo – o movimento fascista brasileiro – e sua influência nas hostes governamentais alteram a situação do pacto de compromisso inicial, e em 1937 instaura-se a ditadura do Estado Novo, com Vargas à frente. (BOSCHETTI BEHRING, 2011, p. 105).

Refere-se com Braga e Paula (1985, p. 41-21) quando garante que a saúde surge como “questão social” no Brasil no começo do século XX, no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira, considerando o avanço da divisão do trabalho, ou seja, a emergência do trabalho assalariado.

Inicialmente, na medicina previdenciária, foram implantadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) em 1923, as quais tinham como objetivo atender os trabalhadores que possuíam um vínculo formal de trabalho. Posteriormente foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), um marco na medicina previdenciária, que mantiveram a lógica de atendimento das CAPs, porém com orientação contencionista (OLIVEIRA PAOLA, 2009, p. 19, APUD, BRAVO, 2006)

A saúde pública, na década de 1920, contrai novo relevo no discurso do poder. Há experiência de expansão dos seus serviços por todo país. A reforma Carlos Chagas, de 1923, arriscar-se ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central, compondo uma das estratégias da União de acréscimo do poder nacional no interior da crise política em curso, marcada com sinais pelos tenentes, a partir de 1922.

O ano de 1923 é chave para a compreensão do formato da política social brasileira no período subsequente: aprova-se a lei Eloy Chaves, que institui

a obrigatoriedade de criação de Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) para algumas categorias estratégicas de trabalhadores, a exemplo dos ferroviários e marítimos, dentre outros. Naquele momento, o Brasil tinha uma economia basicamente fundada na monocultura do café voltada para a exportação – eis aqui a base da nossa heteronomia -, produto responsável por cerca de 70% do PIB nacional. Por isso os direitos trabalhistas e previdenciários foram reconhecidos para aquelas categorias de trabalhadores inseridas diretamente nesse processo de produção e circulação de mercadorias. Uma maior diversificação da economia brasileira viria apenas após a crise de 1929-1932 – que paralisou o comércio de café e a economia brasileira – e a chamada Revolução de 30. As CAPs foram as formas originárias da previdência social brasileira, junto com os Institutos de Aposentadorias e Pensão (IAPs), sendo o dos funcionários públicos o primeiro a ser fundado, em 1926. Por fim, em 1927 foi aprovado o famoso Código de Menores, de conteúdo claramente punitivo da chamada delinquência juvenil, orientação que só veio a se modificar substantivamente em 1990, com a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente. (BOSCHETTI BEHRING, 2011, p. 80).

As CAPs eram bancadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Elas eram constituídas por empresas, de maneira que só amplos estabelecimentos continham condições de mantê-las. O presidente das mesmas era designado pelo presidente da República e os senhores e empregados compartilhavam paritariamente da administração. Os melhoramentos eram proporcionais às contribuições e estiveram previstos: assistência médica-curativa e abastecimento de medicamentos; aposentadoria por momento de serviço, velhice e invalidez, pensão para os subordinadas e auxílio funeral.

Os trabalhadores subordinado ao setor urbano do complexo exportador foram os mais enfrentados politicamente e que primeiro pelejaram pela organização das Caixas em suas empresas: os ferroviários em 1923, os estivadores e os marítimos em 1926. Os demais só o arranjaram após 1930.

O fundamental, nesse contexto do final do século XIX e início do século XX, é compreender que nosso liberalismo à brasileira não comportava a questão dos direitos sociais, que foram incorporados sob pressão dos trabalhadores e com fortes dificuldades para sua implementação e garantia efetiva. Essa situação começa a se alterar nos anos 1920 e sofrerá mudanças substanciais a partir dos anos 1930. (BOSCHETTI BEHRING, 2011, p. 81).

As adulterações acontecidas na sociedade brasileira a partir da década de 1930 têm como apontadores mais aparentes o processo de industrialização, a rearranjo do papel do Estado, o aparecimento das políticas sociais mais a frente de outras respostas às reclamações dos trabalhadores.

O contexto de 1930, com suas propriedades econômicas e políticas, permitiu o aparecimento de políticas sociais nacionais que replicassem às questões sociais de formato orgânica e sistemática. As questões sociais em geral e as de saúde em privado, já depositadas na década de 1920, necessitavam ser encaradas de forma mais elaborada. Precisavam transformar-se em questão política, com a ingerência estatal e a criação de novos dispositivos que favorecesse, de determinado modo, os empregados urbanos, que se distinguiam como subordinados sociais importantes no cenário político nacional, em consequência da nova dinâmica da acumulação. Este procedimento, sob controle do capital industrial, teve como características principais o aceleração da urbanização e o aumento da massa trabalhadora, em precárias circunstâncias de higiene, saúde e habitação.

A política de saúde estabelecida nesse momento era de caráter nacional, formada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública será prevalente até meados de 1960 e concentrou-se na criação de condições sanitárias menores para as populações urbanas e, restritamente, para os do campo. O subsetor de medicina previdenciária só virá sobressair o de saúde pública a partir de 1966.

As fundamentais escolhas tomadas para a saúde pública, na época de 1930 a 1940, foram conforme Braga e Paula, (1986, p. 53 e 54):

- Ênfase nas campanhas sanitárias;
- Coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde;
- Interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão-de-obra para as cidades;
- Criação de serviços de combate às endemias (Serviços Nacional de Febre Amarela, 1937; Serviço de Malária do Nordeste, 1939; Serviço de Malária da Baixada Fluminense 1940 financiados os dois primeiros pela Fundação Rockefeller – de origem norte – americana);
- Reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública.

A medicina previdenciária, que apareceu na década de 1930, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), ambicionou ampliar para um número maior de categorias e assalariados urbanos os seus benefícios como

formato de “antecipar” as exigências destas categorias e não prosseguir uma cobertura mais ampla.

O Sistema público de previdência começou com os IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões -, que se expandem na década de 1930, cobrindo riscos ligados à perda da capacidade laborativa (velhice, morte, invalidez, doença), naquelas categorias de trabalhadores estratégicas, mas com planos pouco unificados e orientados pela lógica contributiva do seguro. O primeiro IAP foi criado em 1933 – o IAPM, dos marítimos -, e com isso foram se extinguindo as CAPs, organizações privadas por empresa, até 1953. (BOSCHETTI BEHRING, 2011, p. 106).

Conforme Oliveira e Teixeira (1986, p. 61, 62), o exemplo de previdência que dirigiu os anos 1930 e 1940 no Brasil foi de direção contencionista, ao avesso do modelo extenso que conteve o período anterior (1923-1930). Para os autores, um dos determinantes para o arrefecimento dos gastos foi, sem equívoco, a decorrência produzida pelo rápido desenvolvimento da massa de trabalhadores inseridos. A previdência preocupou-se mais efeito com a aglomeração de reservas financeiras do que com a extensa prestação de serviços. A legislação do período, que se principia em 1930, buscou definir a diferença entre “previdência” e “assistência social”, que antes não existia. Foram determinados limites orçamentários máximos para as gastos com “assistência médico-hospitalar e farmacêutica”.

Até os anos 1930, não existia uma política nacional de saúde, sendo que a intervenção efetiva do Estado inicia-se naquele momento, a partir de dois eixos: a saúde pública e a medicina previdenciária, ligada aos IAPs, para as categorias que tinham acesso a eles. A saúde pública era conduzida por meio de campanhas sanitárias coordenadas pelo Departamento Nacional de Saúde, criado em 1937. Há também o desenvolvimento da saúde privada e filantrópica, no que se refere ao atendimento médico-hospitalar (Bravo, 200). (BOSCHETTI BEHRING, 2011, p. 107).

A colocação e a concretização desse novo modelo, que admitiu a acumulação e a expansão capitalista, ficavam acompanhadas de novas formas de domínio social e político. Existiu repressão das classes trabalhadoras e limitação dos salários. Como mecanismo compensatório, foi implantada uma série de conceitos de política social, sem consulta ou conhecimento da classe trabalhadora. Nesse contexto, possuiu uma tendência ao aumento da demanda de Assistente Social, como atuantes executores das política social. Desses profissionais, determinaram-se

domínio em políticas sociais, planejamento, administração de serviço, o que expressava um desenvolvimento de técnica e metodológica ríspida e apropriada ao mercado de trabalho.

Em 1930, foi criado o Ministério do Trabalho, e em 1932, a Carteira de Trabalho, a qual passa a ser o documento da cidadania no Brasil, estabelecendo de alguns direitos aqueles que dispunham de emprego registrado em carteira. Essa é uma das características do desenvolvimento do Estado social brasileiro: seu caráter corporativo e fragmentado, distante da perspectiva da universalização de inspiração Beveridgiana. (BOSCHETTI BEHRING, 2011, p. 106).

No Brasil pós-1964, as alterações no exemplo econômico existiam redefinido e reforçando seus laços de vinculação em relação aos países industrializados. As aquisições de capital estrangeiro no País consentiram, todavia, um grande designação de sua economia, com conseqüente reorganização administrativa tecnológica e financeira.

Na ditadura militar pós-64 o país viveu mais um processo de modernização conservadora, talvez o Último suspiro nessa modalidade marcante do desenvolvimento nacional: industrialização e urbanização aceleradas, e modernização do Estado brasileiro, inclusive com expansão de políticas sociais centralizadas nacionalmente. Esse processo, que representou uma espécie de salto adiante, foi conduzido pela lógica de “deixar crescer o bolo para depois dividir”, segundo a conhecida frase de Delfim Netto, então responsável pela política econômica. O que assistiu, na verdade, foi ao acirramento das contradições sociais no país, com a radicalização das expressões da questão social. (BOSCHETTI BEHRING, 2011, p. 15).

A ditadura sinalizou para o montante da sociedade brasileira a consolidação de uma tendência de segmento econômico-social e político que formou um país novo. As amplas dificuldades estruturais não foram esclarecidos mas aprofundados, virando-se mais complexos e com uma extensão ampla e dramática.

Houve uma mudança do perfil dos profissionais de Serviço Social, que se tornaram trabalhadores assalariados, oriundos das camadas médias baixas e da classe trabalhadora. O Serviço Social inseriu-se na universidade, deixando a condição originária das instituições de ensino isoladas e confessionais, para mergulhar em um contexto majoritariamente público e laico. (BOSCHETTI BEHRING, 2011, p. 15).

Carecido a provocação dessas representações da questão social à obrigação do aumento do trabalho do Assistente Social e da disputa quanto a posição da categoria no que deferência as expressões da questão social.

É interessante notar o processo contraditório da ditadura, que moderniza setores da sociedade e no mesmo passo cria as condições para o seu próprio ocaso: gerou a maior concentração operária do mundo – o ABCD paulista – e assalariou os profissionais de nível superior. Pois bem, essa nova situação estrutural exigiu do Serviço Social uma reflexão mais sofisticada sobre a realidade brasileira e a criação de identidades políticas com “os de baixo”, que assumiam uma nova posição no cenário político em fins dos anos 1970, marcado pelas greves dos metalúrgicos paulistas, pela presença dos movimentos sociais urbanos e do movimento estudantil, entre outros. (BOSCHETTI BEHRING, 2011, p. 15).

As modificações da economia e do Estado brasileiro, durante as décadas de 1960 e 1970, conduziram mudanças afetuosas no que diz respeito ao processo de formação do sistema de proteção social brasileiro. O início da década de 1960 foi caracterizado pela crise do populismo, que é oferecida pela crise da aliança paulista e pelo apuramento do conflito social.

A crise da ditadura – crise econômica já a partir de 1974, com indícios de esgotamento do “milagre brasileiro”, mas também política, com a emersão de uma sociedade civil mais complexa, que inclui uma classe trabalhadora organizada e concentrada, com uma agenda de lutas democráticas – abre espaço também para segmentos mais críticos no meio profissional, antes abafados. (BOSCHETTI BEHRING, 2011, p. 15).

A crise provocada em 1964 se mostrou bem mais aguda que as sucessivamente anteriores. Mais a frente da crise de governo, deu lugar a uma crise do regime e à ruptura do próprio pacto político que predominava desde o pós-guerra. O Estado populista, decorrente do compromisso da elite renovador de trinta com os setores populares, rompeu-se com a interferência militar. O significado mais amplo que se pode remover do impulso original do longo processo iniciado em 1964 é o da reestruturação do dispositivo de influência do Estado, em todos os seus níveis, do econômico ao político.

Um artigo de Costa (1979), publicado no primeiro número da Revista *Serviço Social e Sociedade*, mostra que, apesar dessa condição estrutural, a introdução da temática da política social nas pautas profissionais foi tardia – a partir dos anos 1950 nos congressos internacionais, e dos anos 1970 no

debate brasileiro, com ênfase no planejamento de programas sociais. Houve uma tentativa malograda de introduzir a discussão no currículo em 1962, o que só aconteceu de fato em 1970, em plena ditadura militar, ou seja, a partir de um viés tecnocrático de abordagem do tema. Como se pode ver, entre a criação das primeiras escolas, a partir de 1936, e a introdução no currículo, houve um hiato de três décadas para a percepção desse vínculo estrutural entre Serviço Social e política social. Mas inclusão no currículo exatamente nos anos 1970 não resolveu esse hiato, considerando o modo como o tema foi apreendido pelo Serviço Social na época. (BOSCHETTI BEHRING, 2011, p.14).

A união da Previdência Social, com a conexão dos IAPs em 1966, se deu consentindo a duas características fundamentais: o crescente papel interventivo do Estado na comunidade e a atuação dos trabalhadores do jogo político, com sua eliminação na gestão da previdência, permanecendo-lhe privado apenas o papel de financiadores.

Ao considerar a origem da interferência estatal nas políticas sociais, Pierson (1991, p. 110) conhece que o desenvolvimento alterado entre as nações, tanto em termos de aquisição, critérios de custo, composições de fundos, quanto de impulsos sociais e políticos, impede o estabelecimento de uma amostra única. Mas o autor distingue as iniciativas que lembrariam as situações da influência estatal em período de predomínio do liberalismo:

- entre 1883 e 1914, todos os países europeus implantaram um sistema estatal de compensação de renda para os trabalhadores na forma de seguros;
- no mesmo período, 11 dos 13 países europeus introduziram seguro-saúde e 9 legislaram sobre pensão aos idosos; em 1920, 9 países tinham alguma forma de proteção ao desemprego. (BOSCHETTI BEHRING, 2011, p. 67).

Longe disso, a proteção social permanecia fortemente fundamentada na habilidade contributiva dos trabalhadores, o que desenvolveu as injustiças e diferenças predominantes na sociedade. As estruturas corretoras das desigualdades e da pobreza determinadas pelo sistema de mercado, que precisariam operar por meio das políticas sociais, ficaram muito frágeis. Isso já que não havia a garantia de direitos sociais fundamentais a todos os indivíduos, indiferentemente destes comunicarem ou não do processo de produção.

Na segunda metade da década de 1980 houve um amadurecimento do debate profissional sobre política social, com o afastamento da interlocução com a tradição marxista em seu viés estruturalista. Sobretudo a partir de 1985, verifica-se a busca de novas referências na tradição marxista, com destaque para Gramsci. Nega-se a ideia da sociedade sobredeterminada e das políticas sociais como aparelhos ideológicos do Estado, presente na leitura influenciada por Althusser, o que implicou a rejeição da miséria da teoria destituída da política e da história (Thompson, 1981; Coutinho, 1972 APUD, BOSCHETTI BEHRING, 2011, p. 17).

Como muitas das obras sociais foram acionadas ao universo previdenciário, existiu uma mistura de políticas de caráter contributivo, bem como as aposentadorias e pensões, com diversas de caráter não contributivo, como o acolhimento médico e assistencial. Embora nessas diferenças, a maioria das políticas foi custeada com recursos da folha salarial, que intensificava uma parcela reservada da população e apresentava um nível de progressividade reduzido.

Para debater-se a relação entre questão social e Serviço Social no Brasil, examinou-se a intensificação da tecnologia de industrialização no país, após a Revolução de 1930 e o resultante acirramento das inclusões sociais próprias do sistema capitalista que alcançaram com a degradação da questão social. Nessa conjuntura brotou o Serviço Social e se ampliaram os primeiros campos de trabalho da nova profissão. Ficaram estudadas as origens e históricas da profissão e o quadro histórico, social, político e econômico da sociedade brasileira, em que o Serviço Social sucessivamente esteve implantado. Deu-se destaque à análise de várias conformações da questão social no Brasil, desde a década de 1930 do século XX, quando o Serviço Social foi inserido e as experiências de enfrentamento dos problemas a ele relacionados, pelo meio da fundação de políticas sociais. Num método de avanços e recuos, que seguiu o movimento dinâmico da história e confrontação de muitos desafios, essa profissão institucionalizou em território brasileiro, tomando seu escopo na divisão social do trabalho, oportuno de uma sociedade capitalista.

### **3.2 A restauração da Política Nacional de Saúde**

A Política nacional de Saúde, que se planejava desde 1930, foi concretizada no período de 1945 a 1950. O Serviço Específico de Saúde Pública (SESP) foi

cunhado durante a 2ª Guerra Mundial, em pacto com órgãos do governo americano e perante o patrocínio da Fundação Rockefeller. No fim dos anos 1940, o Plano Salte, de 1948, foi criada e continha as áreas de Saúde, Alimentação, Transporte e Energia: a Saúde foi posta como uma de suas finalidades fundamentais. O plano proporcionava previsões de aquisição de 1949 a 1953, mas não foi executado.

Uma das propriedades centrais deste momento é que a ação governamental vai admitir o objetivo de acordar uma política de acumulação que não exacerbasse as injustiças sociais, com a política focada para a equidade que, além de envolver, até vai socorrer a acumulação.

A posição da Saúde da população, na ocasião de 1945 a 1964 (com algumas mudanças identificadas especialmente nos anos de 1950, 1956 e 1963. Em que os custos com saúde pública estiveram mais favoráveis, existindo progresso das condições sanitárias), não conseguiu extinguir o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as distintas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como igualmente a mortalidade geral.

A composição de atendimento hospitalar de natureza reservada, com fins lucrativos, já permanecia preparada a partir dos anos 1950 e marcava na direção da constituição das empresas médicas. A corporação médica unida aos interesses capitalistas do setor era, na ocasião, a mais constituída e pressionava do financiamento por meio do Estado, da produção particular, protegendo claramente a privatização. Contudo, apesar dos apertos, a assistência médica previdenciária até 1964, era equipada necessariamente pelos serviços próprios dos Institutos. Os meios de compra geral da prestação da assistência médica pelos institutos. Esta ocasião vai ser inteiramente desigual no regime que se alojou no país após 1964.

A medicalização da vida social foi atribuída, tanto na Saúde Pública como na Previdência Social. O setor saúde carecia adquirir as características capitalistas, com a inclusão das alterações tecnológicas advindas no exterior. A saúde pública apresentou na ocasião um declínio e a medicina previdenciária desenvolveu, especialmente após a reorganização do setor, em 1966.

Conforme Oliveira e Teixeira, (1986, p. 207) foi inserido no país, nessa situação, o modelo de privilegiamento do produtor privado com as seguintes características:

- Extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana, incluindo, após 1973, os trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos;
- Ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, e articulação do Estado com os interesses do capital internacional, via indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar;
- Criação do complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos;
- Interferência estatal na previdência, desenvolvendo um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado desses serviços;
- Organização da prática médica em moldes compatíveis com a expansão do capitalismo no Brasil, com a diferenciação do atendimento em relação à clientela e das finalidades que esta prática cumpre em cada uma das formas de organização da atenção médica.

O bloco de poder introduzido no aparelho estatal em 1964, não alcançando, ao longo de dez anos, solidificar a sua hegemonia, necessitou gradativamente transformar a sua semelhança com a sociedade civil. Possuiu a obrigação de constituir novos canais de intercessão, que regularizassem a dominação burguesa e suas decorrências políticas, econômicas e sociais.

Nos anos de 1970 a Saúde Pública brasileira passou por mudanças radicais e modificou-se em Saúde Coletiva, ou seja, um novo modelo foi construído, na abrangência sobre o processo saúde e doença (OLIVEIRA PAOLA, 2009, p. 21, APUD, ASSUMPÇÃO, 2007). Por saúde Coletiva entende-se:

É uma expressão que designa um campo de saber e de prática referindo à saúde como fenômeno social e, portanto, de interesse público. Propõe um novo modo de organização do processo de trabalho em saúde que enfatiza a promoção da saúde, a prevenção de riscos e agravos, a reorientação da assistência a doentes, e a melhoria da qualidade de vida, privilegiando mudanças nos modos de vida e nas relações entre os sujeitos sociais envolvidos no cuidado à saúde da população (ZAZLOWSKI, 2008, p. 18).

A política social, na ocasião de 1974 a 1979, teve por finalidade obter maior efetividade no enfrentamento da “questão social”, a fim de conduzir as reclamações e pressões populares.

O Ministério da Previdência e Assistência Social foi criado em 1974, incorporando a LBA, a Fundação Nacional para o Bem-estar do Menor (Funabem, criada em 1965) – que veio a substituir o antigo SAM extinto de

1964, sem necessariamente alterar seu caráter punitivo, mantido no Código de Menores de 1979 -, a Central de Medicamentos (CEME) e a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev). Esse complexo se transformou, com uma ampla reforma administrativa, no Sistema Nacional de Assistência e previdência Social (SINPAS), em 1977, que compreendia o INPS, o Instituto Nacional de Assistência Médica (Inamps) e o Instituto Nacional de Administração da Previdência Social (Iapas), além daquelas instituições referidas acima. Nessa associação entre previdência, assistência e saúde, impôs-se uma forte medicalização da saúde, com ênfase no atendimento curativo, individual e especializado, em detrimento da saúde pública, em estreita relação com o incentivo à indústria de medicamentos e equipamentos médico-hospitalares, orientados pela lucratividade (Bravo, 1996 e 2000, APUD, BOSCHETTI BEHRING, 2011, p. 137).

A política nacional de saúde encarou constante tensão dentre a ampliação dos serviços, o desimpedimento de recursos financeiros, as preocupação advindos das vinculações burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. As melhoras realizadas na estrutura organizacional não obtiveram reverter o destaque da política de saúde, distinguida pela predominância do conhecimento da Previdência Social, pelo meio de ações as proporções de saúde pública, que apesar de forma restringida, acrescentaram as contradições no Sistema Nacional de Saúde.

Os anos 1980 são conhecidos como a década perdida do ponto de vista econômico, ainda que também sejam lembrados como período de conquistas democráticas, em função das lutas sociais e da Constituição de 1988. O recrudescimento do endividamento externo e suas consequências são dados fundamentais para entender o ocaso da ditadura e nosso passaporte para crise econômica crônica daqueles anos, após o curto tempo virtuoso do milagre. Na entrada dos anos 1980, tem-se um aprofundamento das dificuldades de formulação de políticas econômicas de impacto nos investimentos e na redistribuição de renda, não só no Brasil, mas no conjunto da América Latina. (BOSCHETTI BEHRING, 2011, p. 138).

Nos anos 1980, a sociedade brasileira ao também no tempo em que passou um processo de popularização política ultrapassando o regime ditatorial instaurado em 1964, conheceu uma intensa e delongada crise econômica que prossegue até os dias atuais. As desilusões com a trajetória democrática aconteceram, especialmente, com seu giro conservador após 1988, não se revelando em ganhos materiais para a massa da população.

Na década de 1980, com a democratização e a influência de novos atores sociais, como os profissionais da saúde, por suas entidades, fortaleceram-se as reivindicações pela melhoria da política de saúde e o fortalecimento do setor público e do movimento sanitarista; destacando-se o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde – CEBES -, ampliando os debates acerca dos temas da saúde e sua democratização. (SIMÕES, 2014, p. 127).

A saúde, nessa época, contou com a participação de novos subordinados sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das sugestões governamentais expostas para o setor, colaborando para um extenso debate que penetrou a sociedade civil, saúde permitiu ser interesse somente dos técnicos para adotar uma dimensão política, ficando estreitamente atrelada à democracia. Dos personagens que embarcaram em cena nesta ocasião, destaca-se: os profissionais de saúde, interpretado pelas suas entidades, que excederam o corporativismo, protegendo questões mais gerais como o melhoramento da situação saúde e o revigoramento do setor público; o movimento sanitário, incluindo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como condutor de difusão e acrescentamento do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contra propostas; os partidos políticos de oposição, que instituíram, a posicionar nos seus programas a temática e possibilitaram debates no Congresso para discussão da política do campo e os movimentos sociais urbanos, que concretizaram eventos em articulação com outras organizações da sociedade civil.

Reivindicava-se a universalização do acesso aos serviços públicos de saúde, considerada direito social e dever do Estado; a descentralização da política de decisões para a esfera estadual e municipal; um sistema unificado de saúde, com a finalidade de reordenar o setor e reinterpretar e assegurar as demandas de saúde em nível individual. (SIMÕES, 2014, p. 127).

O acontecimento marcante e essencial para a discussão da questão Saúde no Brasil emanou na preparação e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, concretizada em março de 1986, em Brasília – Distrito Federal. O temário central abordou sobre: A Saúde como direito essencial a personalidade e à cidadania; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, custeamento setorial.

Na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília em 1986, foram debatidos inúmeros temas inovadores, sobretudo sobre a instituição

de um Sistema Único de Saúde (inspirado no modelo inglês) e a relação entre a saúde pública e a sociedade, com a participação de entidades representativas da sociedade civil. O sistema único, desvinculado da previdência social, deveria centralizar as políticas governamentais para o setor e, ao mesmo tempo, regionalizar o gerenciamento da prestação de serviços, priorizando o setor público e universalizando o atendimento. Serviu de base a experiência anterior do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS -, da Conferência (Escoda e Lima, 1992 APUD SIMÕES, 2014, p. 127).

As fundamentais propostas discutidas por esses sujeitos coletivos constituíram a universalização do acesso; a percepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reformulação do setor por meio da estratégia do Sistema Unificado de Saúde apontando uma profunda organização setorial com uma nova visão sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisivo para os campos estadual e municipal, o financiamento ativo e a democratização do poder local por meio de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde.

Com o método constituinte de 1988, foram confirmadas, em parte, as promessas do movimento sanitário, de decisão com os seguintes princípios (Bravo, 2000):

- a saúde pública deve ser concebida como direito universal dos cidadãos e dever do Estado, não contributiva, não sendo mais possíveis, em consequência, quaisquer discriminações entre segurados e não segurados da previdência social, população urbana, rural e outras;
- as ações e os serviços de saúde devem ser considerados de relevância pública, cabendo ao Poder Público sua regulamentação, fiscalização e controle, mesmo quando exercido por entidades particulares;
- as ações e os serviços públicos de saúde, prestados pelo Estado, devem constituir-se em um sistema único, integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com a participação da comunidade;
- participação do setor privado no sistema de saúde, em regime complementar, mediante a destinação de recursos públicos, para subvenção a entidades sem fins lucrativos;
- proibição da comercialização de sangue humano e seus derivados;
- prioridade para as medidas preventivas de saúde.

Portanto, após lutas e exigências da sociedade brasileira, e com a concretização da VIII Conferência Nacional da Saúde, concordou-se o projeto da Reforma Sanitária, com a criação de um sistema único de saúde e seus fundamentos e diretrizes básicas.

O desenvolvimento do SUS na sua aparência legal parte de uma compreensão abrangente de saúde, não significando somente ausência de doença, e da função do Estado na prestação desse serviço, entusiasmado pelo projeto da reforma sanitária. Sobressaem-se os seus princípios, conforme Matos (2003, p. 98):

- **Universalidade:** A defesa de que toda pessoa, independente de contribuição financeira ou não, tem direito aos serviços públicos de saúde.
- **Descentralização:** A compreensão de que a política pública de saúde deve ser de maneira descentralizada, privilegiando o planejamento da esfera local. Sem com isso desobrigar os estados e o governo federal.
- **Hierarquização:** Que os serviços de saúde sejam estruturados de maneira que haja uma ordenação da prestação de acordo com as demandas apresentadas.
- **Integralidade:** A compreensão de que o atendimento deve entender o homem enquanto uma totalidade, bem como a articulação entre os saberes envolvidos nesse processo, notadamente na articulação entre a assistência preventiva e a curativa.
- **Regionalização:** Buscar uma articulação entre a rede de serviços de uma determinada região, por compreender que a situação de saúde de uma população está ligada diretamente às suas condições de vida, bem como articular a rede de serviços de saúde existentes.
- **Participação Popular:** A defesa da participação da sociedade civil na elaboração, fiscalização e implementação da política pública de saúde, portanto o exercício de controle social.

No fim década de 1980 existia algumas dúvidas com relação à elaboração do Projeto de Reforma Sanitária, devido a múltiplas dificuldades presentes, como:

Fragilidade das medidas reformadoras em curso, a ineficácia do setor público, as tensões com os profissionais de saúde, a redução do apoio popular diante da ausência de resultados concretos na melhoria de atenção à saúde e a reorganização dos setores conservadores contrários a reforma que passam a dar a direção no setor a partir de 1988 (BRAVO, 2000, p. 111).

No Brasil, as afrontas da Reforma Sanitária discutiam o conceito diminuído de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), organização esta que foi instituída em 1948 e expunha tal conceito como sendo “uma condição de equilíbrio ativo (que inclui a capacidade de reagir a inevitáveis doenças) entre o ser humano e seu ambiente natural, familiar e social” (KRUGER, 2005, p. 70).

Historicamente a saúde tem sido o maior empregador de assistente sociais. Dos primórdios da profissão até o final dos anos de 1980, sua atuação neste campo se deu no âmbito curativo e por meio de abordagem individual.

Até 1960 o Serviço Social não se apresentava com polêmicas internas significativas. A partir desta década alguns segmentos profissionais começaram a questionar a posição conservadora, articulados, sobretudo com a perceptiva de superação do subdesenvolvimento latino-americano, configurado assim o início do processo de reconceituação (KRUGER, 2010, p. 4 APUD, BRAVO, 1996).

O combate pela socialização da saúde, que adquiriu corpo no Movimento pela Reforma Sanitária, está em íntima ligação com as mobilizações advindas no plano sociopolítico para a modificação da ordem autoritária para democrática. As soluções para as dificuldades de saúde do Brasil não se depositavam apenas como soluções técnicas, mas se garantia que qualquer solução técnica é igualmente política, e qualquer solução política advém pelo debate democrático.

O período de renovação profissional o Brasil em meio a ditadura militar se desenvolveu em três direções: a perspectiva modernizadora, a reatualização do conservadorismo e a intenção de ruptura. Não é intenção deste trabalho explicitar as tendências de cada uma destas vertentes, mas ressaltar que o Serviço Social na área da saúde no período de renovação estava voltado predominantemente para a estratégia de modernização conservadora, com vinculação destacada na estrutura do complexo previdenciário de assistência médica. Nesta época o mercado de trabalho se ampliou em hospitais e ambulatório de assistência médica. (KRUGER, 2010, p. 4, APUD, BRAVO, 1996).

Conforme Keuger (2010, p. 4) neste momento o mercado de trabalho se expandiu em hospitais e ambulatórios e na previdência social, mas somente na saúde pessoal e não coletiva.

A ação do Serviço Social na saúde continuou por todo período como sendo uma atuação psicossocial junto a pacientes e familiares. O surgimento do Movimento Sanitário não teve repercussões nos assistentes sociais vinculados a área. Do mesmo modo o processo organizativo e o aprofundamento teórico da profissão da direção da intenção da ruptura não influenciou o Serviço Social na saúde nem no nível do discurso, predominando a vertente modernizadora (KRUGER, 2010, p. 4, APUD, BRAVO, 1996).

A VIII Conferência, numa juntura bem diferente das anteriores, contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, entre as quais mil delegados. Procedeu, obviamente, um marco, pois colocou no cenário da discussão da saúde a sociedade. As discussões saíram dos seus fóruns exclusivos (ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e adotaram outras

dimensões com a presença das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento. A questão da Saúde extrapolou a análise setorial, mencionando-se à sociedade como um todo, sugerindo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária.

A Constituição de 1988 declarou o direito à saúde universal, não condicionada a contribuição. É o que diz o art. 196 da Constituição e Lei n. 8.080, de 19/09/1990 (Lei Orgânica da Saúde – LOS -, que regulamentou os arts. 196 a 200 da Constituição Federal, alterados pelas Leis n. 9.382/1999, n. 10.424/2002 e n. 11.108/2005). A Lei n. 8.142, de 28/12/1990, regulou a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Além disso, instituiu as conferências e conselhos de saúde, sua estrutura e funcionamento. (SIMÕES, 2014, p. 129).

A ação constituinte e a promulgação da Constituição de 1988 atuou, no plano jurídico, o compromisso de afirmativa e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e necessidade de enfrentamento dos grandes índices de desigualdade social. A Constituição Federal estabeleceu avanços que procuraram corrigir as históricas iniquidades sociais acumuladas secularmente, impossibilitado de universalizar direitos existindo em vista a longa tradição de privatizar o evento público pelas classes dominantes.

As ações e serviços de saúde são concebidos, na Constituição, em face da redução do risco de doença, no sentido do interesse público. Por isso, serviços particulares de saúde, não integrados à política pública, tal como definida pelo Conselho Nacional de Saúde – CNS –, estão excluídos do conceito constitucional de saúde e da participação complementar do sistema único. Porém, as instituições privadas que prestem assistência à saúde integram-se aos serviços públicos, de forma complementar, mediante convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (art. 199). (SIMÕES CARLOS, 2014, p. 129).

A Assembleia Constituinte com semelhança à Saúde transformou-se num território político em que as propensões se organizaram em dois grupos polares: os grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais), e as forças propugnadoras da Reforma Sanitária, configurada pelo Plenário Nacional pela Saúde na Constituinte, órgão que adveio a coligar cerca de duas centenas de institutos formado do setor. A eficiência do Plenário das Entidades, para alcançar

seus objetivos, foi decorrência do uso apropriado de três instrumentos de luta: a competência técnica de formular com precocidade um projeto de texto constitucional claro e espesso; a pressão continuada sobre o constituinte; a mobilização da sociedade. A sugestão de emenda popular exibida por Sérgio Arouca, apontado pelo plenário de Saúde para defendê-lo no Plenário da Constituinte, foi firmada por mais de cinquenta mil eleitores, representando 167 entidades.

A Constituição instituiu planos integrados de ação de medicina preventiva e curativa, saúde ocupacional e higiene, medicação, alimentação e meio ambiente, por sua vez assegurados por uma estrutura unificada, em resultado de vontade constituinte de uma política integralizada de combate a doença, assegurada a toda a população, independentemente de sua condição social. (SIMÕES, 2014, p. 129 e 130).

O texto constitucional inspira-se nas conjunturas defendidas durante vários anos pelo movimento sanitário, apesar de não ter sido possível atender todas as demandas quando elas se afrontavam com interesses empresariais ou de setores do próprio governo. As demandas centrais sobre financiamento do novo sistema permaneceram pouco definidas, não tendo sido formado um percentual sobre os orçamentos dos quais se origina. Com semelhança aos medicamentos, há somente uma alusão à competência do sistema de saúde para fiscalizar sua produção. A saúde do trabalhador não considerou propostas como o direito do trabalhador desobrigar-se a trabalhar em locais comprovadamente insalubres, assim como, de ter informações a propósito de toxicidade dos produtos manipulados.

Encerrou-se, sobretudo, o longo período de discriminação entre a medicina previdenciária, voltada para a saúde dos trabalhadores e a política nacional de saúde, direcionada a todos os cidadãos, sediada no ministério da Saúde. A medicina previdenciária foi extinta e a unificação do sistema de saúde incorporou a população, sem distinções corporativistas. O INAMPS foi extinto, assumindo a previdência social sua finalidade histórica de sistema de seguro social, para as situações de incapacidade laboral, temporária e definitiva. (SIMÕES, 2014, p. 128).

Entretanto, esse movimento não expressou um abandono completo do perfil anterior. Acontece, isto sim, uma acentuação dos elementos de iniquidade do sistema, a despeito da desenvolvida incorporação de novos grupos sociais, como formato de “legitimação” de regime. Sobressai-se a completa dependência das

decisões privativas da burocracia estatal. No entanto, o Estado autoritário tendeu a se correlacionar com a sociedade civil através da admissão de indivíduos e interesses privados do sistema, eliminando a representação coletiva na semelhança entre Estado e Sociedade.

### **3.3 LIMITES E DESAFIOS DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE**

Perante os interesses antagônicos em semelhança à consolidação do SUS, a inclusão do Assistente Social na Saúde também é divergente e apresenta diferentes procuras para atuação deste profissional. Segundo Lamamoto (2008) a organização social capitalista inclui-se diversas armadilhas no cotidiano profissional que carecem ser objetos de atenção. E é com esse aspecto que o Assistente Social deve descobrir as contradições colocadas no seu cotidiano profissional.

Segundo o documento Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2010) os profissionais são direcionados pelo projeto privatista a trabalhar “a seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais”, e em contrapartida, o projeto de Reforma Sanitária apresenta como principais demandas do serviço social na saúde questões como: “democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular” (CFESS, 2010, p. 26).

No que pertence o posicionamento do Serviço Social em presença das demandas colocadas, sabe-se que há uma difícil relação entre o Projeto Ético-Político profissional e o de Reforma Sanitária, por meio da semelhança entre os princípios, contribuições e referências teóricas e metodológicas, além da relação na ocasião histórica em que estes Projetos são construídos, ambos no processo de redemocratização da sociedade brasileira nos anos de 1980.

Deste modo para uma atuação harmônica com as orientações éticas da profissão e que verdadeiramente alcance o cerne da problemática da saúde e o fortalecimento do comprometimento com a classe trabalhadora, se faz necessário ser coeso com princípios pautados pelo Projeto de Reforma Sanitária.

Contudo, observam-se como limites da prática profissional no campo da Saúde a forte presença da perspectiva conservadora que se manifesta na descrença da Saúde enquanto política pública universal na necessidade de construção de um saber específico e fragmentado a exemplo da prática médica, na autorepresentação dos assistente sociais enquanto sanitaristas após realizarem a formação em saúde pública, e na intervenção fenomenológica denominada Serviço Social Clínico (CFESS, 2010).

Além do mais, muitas vezes o exercício do Serviço Social simplesmente é considerado no atendimento direto ao usuário em nível de assistência, ficando desprezados na funções de gestão, assessoria e planejamento.

As novas demandas como gestão, assessoria e a pesquisa, consideradas como transversal ao trabalho profissional e explicitadas na Lei de Regulamentação da Profissão (1993) e nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS (1996), na maioria das vezes, não são assumidas como competências ou atribuições profissionais (CFESS, 2010).

Para uma ação profissional coesa a categoria precisa levar em conta o conceito desenvolvido de Saúde, não mais compreendida durante ausência de doença, mas sim durante fruto das semelhanças sociais e destas como o meio físico, social e cultural. Desse modo, o atuar profissional deve superar a perspectiva biologista e distanciar-se de práticas paramédicas e do despedaçamento do conhecimento, pois o trabalho com as aparências sociais que definem o processo saúde-doença determina o conhecimento e visão desenvolvimento, que trabalhem com sujeito em sua totalidade.

Para Bravo e Matos (2009), um desempenho competente do Serviço Social na Saúde pressupõe:

- estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e de rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde;
- estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais;

- tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;
- elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;
- efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados (CFESS, 2010, p. 30).

É notória, logo, a relevância do trabalho do Assistente Social para concretização do SUS. A apreensão central do Serviço Social na saúde precisa ser a identificação dos empecilhos existentes para a concretização do projeto de reforma sanitária e do projeto ético político. Para Costa (2009), “o assistente social se insere, no interior do processo de trabalho em saúde, como agente de interação ou como um elo orgânico entre os diversos níveis do SUS e entre este e as demais políticas sociais setoriais, o que nos leva a crer que o seu principal papel é assegurar a integralidade das ações”.

Nessa luta, ressalva-se a força que a ação privada vem ganhando gradualmente no espaço público, além da nítida probabilidade que se confirmar-se a cada dia de que o SUS é prometido àqueles que não têm ingresso ao sistema privado ou seja, assiste-se a desativação dos direitos conquistados na Constituição Federal de 1988, a desmoralização aos princípios estruturantes de experimento de instauração da proteção social brasileira.

Prosseguir na luta pela concretização da saúde pública de qualidade demanda a reintegração da força do Projeto de Reforma Sanitária e o resgate do seu caráter político e ideológico. Há obviamente um caráter revolucionário nas particularidades do movimento sanitário, pois tem um potencial transformador que transpõe o âmbito de setor saúde e assinala para mudanças societárias, assim sendo o movimento da Reforma Sanitária brasileira não se termina com instituição do SUS.

No que referir-se o posicionamento do Serviço Social, compreende-se que há uma difícil relação entre o Projeto Ético-Político profissional e o de Reforma

Sanitária. E tem uma relação entre os princípios, contribuições e referências teóricas e metodológicas.

Os estudos corroboraram a semelhança no período histórico em que estes Projetos são estabelecidos, ambos no processo de redemocratização da sociedade brasileira nos anos de 1970.

São projetos que revelar-se a resistência de organizações de trabalhadores da sociedade brasileira em um combate contra-hegemônica, a favor da democracia e da participação social. Iamamoto (2008) explica o trabalho do assistente social e a importância da adoção de estratégias profissionais:

As condições que peculiarizam o trabalho do assistente social são uma concretização da dinâmica das relações sociais vigentes na sociedade. Como as classes sociais só existem em relação, pela mútua mediação entre elas, o trabalho profissional é necessariamente polarizado pela trama de suas relações e interesses, tendendo a ser cooptado pelas que têm uma posição dominante. Reproduz, também, pela mesma atividade interesses contrapostos, que convivem em tensão. Responde tanto a demandas do capital e do trabalho, e só pode fortalecer um ou outro polo pela mediação de seu oposto. Participa tanto dos mecanismos de exploração e dominação, quanto, ao mesmo tempo e pela mesma atividade, da resposta às necessidades de sobrevivência da classe trabalhadora, da reprodução do antagonismo desses interesses sociais, reforçando as contradições que constituem o motor da história (IAMAMOTO, 2008, p. 170).

A saúde se forma como ambiente de resistência e conflitos entre os interesses do capital, concebido pelo projeto de Reforma Sanitária. No que dizer respeito este conflito, diferentes cobranças são conduzidas ao assistente social atualmente na área da saúde.

Sobressai-se, que a apropriação do debate crítico a respeito da saúde distingue-se como essencial á categoria profissional dos Assistentes Sociais, uma vez que motiva e fortalece sua atuação. O desafio congregado pela categoria profissional expõe-se neste compromisso:

[...] as entidades do Serviço Social tem por desafio articular com os demais profissionais de saúde e movimentos sociais em defesa do projeto de Reforma Sanitária, construído a partir de meados dos anos de 1970. Tem-se por pressuposto que transformações estruturais nas políticas sociais, e na saúde em particular, só serão efetivadas por meio de um amplo movimento de massas que questione a cultura política da crise gestada pelo grande capital e que lute pela ampliação da democracia nas esferas da economia, da política e da cultura. (CFESS, 2010, p. 23).

Deste modo, o Serviço Social enquanto profissão que tem como obrigação ético político a defesa inflexível dos direitos sociais e da classe labutadora no método de luta de classes precisa apropriar-se da discussão sugerida neste trabalho para o fortalecimento do Projeto de Reforma Sanitária, o qual está ajustado ao Projeto Ético-Político Profissional.

O conhecimento e cogitação dos conceitos exibidos fundamentam a adoção de um posicionamento crítico em conservação do direito a saúde pública de qualidade, regularizada nos princípios da universalidade, integralidade, autonomia, igualdade e informação, garantido pelo SUS (BRASIL, 1988). Essa colocação em defesa da Reforma Sanitária, que defende o conceito desenvolvido de saúde, a luta pela garantia da promoção universal à saúde e contra as formas de ambição da mesma é concorrente com o Código de Ética e o Projeto Ético político Profissional do Assistente Social.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O seguimento do presente trabalho permitiu uma análise de como as Políticas de Saúde Públicas e o Serviço Social pode aprimorar e transformar os resultados obtidos na saúde. Dada à relevância do assunto, torna-se indispensável o desenvolvimento com formas de adiantar as políticas no acolhimento demorado nos atendimentos realizados no âmbito da saúde.

Buscamos, a partir dessa revisão bibliográfica, colher alguns questionamentos e acatamento da efetivação da política de saúde brasileira atual, com o objetivo de contestar. Ao mesmo tempo que não se discuti de forma extensa as questões levantadas neste trabalho, já debatida por outros autores, prosseguiremos a seguir o discurso oficial de priorização da saúde, com um aumento apenas quantitativo dessa estratégia.

Contendo como referencia os aspectos debatidos anteriormente, demonstra-se que há uma distância entre o SUS real e o SUS constitucional, extensão essa que necessita ser percorrida rumo à efetivação da sugestão do movimento sanitário. Apreende-se como pano de fundo desde cenário o amplo conflito entre o projeto privatista e o Projeto de Reforma Sanitária para saúde pública, universal e absoluto.

O andamento do Serviço Social brasileiro, no que se refere à ruptura com o conservadorismo, requer profissionais que não objetivam simplesmente atuar de modo tradicional e rapidamente, mas que abranjam que as respostas às demandas que lhe são colocadas sugerem entender os significados sociais de tais demandas e intervenções que lhes possam atribuir outros.

É fundamental que a categoria pense se está avançando para a ruptura determinante com o conservadorismo ou se segue só na intervenção de ruptura. Entender que este traço da cultura política, do inesperado, fragmenta as ações profissionais e fortalece a lógica do sistema capitalista é indispensável ao assistente social. Nessa definição, não dá para os profissionais abrir mão da razão, já que se faz notório sair do campo das ações parciais e entender o movimento dialético e contraditório da realidade, ter nitidez de como a história vem se submergindo e priorizando a riqueza na mão de poucos. Portanto, é de essencial relevância

entender o movimento próprio das políticas públicas em um contínuo processo de continuidades e rupturas.

O Serviço Social que debatem das políticas sociais contribuem para apurar o debate do campo saúde, tanto no campo da política de saúde propriamente (a tensão entre o projeto da Reforma Sanitária e o projeto privatista), como marcando novos espaços de atuações técnicas e político (promoção de saúde e conselhos de saúde) e sugerindo possibilidades de requalificação dos atos a partir das demandas tradicionais da saúde (atenção básica, plantões de hospitais, ações em equipes multiprofissionais).

Na procedência da profissão o trabalho social, apresentava papel imprescindível de corrigir os excessos e atenuar as rebeliões no intuito de suavizar o sofrimento e melhorar o estado de milhares de seres humanos, ao tentar atingir essa tarefa o trabalho social continha uma visão ingênua e maniqueísta.

No Brasil, a prática do assistente Social inicialmente dava-se aspecto de formar a ordem, a moral ou a higiene, com o método de expansão e concretização do modo de produção capitalista, com as crises políticas, sociais e econômicas, o profissional é convocado para contribuir na articulação da harmonia social na relação Estado/sociedade.

Com as transformações de Estados, especialmente na fase da ditadura militar, os profissionais de Serviço Social advêm a analisar criticamente suas interferências, visto que a contenção era grande em todos os sentidos da vida social e as regressões dos direitos não permitiam uma intervenção que correspondessem às demandas da sociedade. Neste sentido, a categoria procurou articulação com a classe trabalhadora e os movimentos sociais, relação esse que permitiu a reflexão crítica de sua atuação despertando a procura de um referencial teórico que estabelecesse uma ideologia de transformação social.

Compreendemos que o Serviço Social brasileiro sobreveio por diversas alterações ao longo das últimas décadas, segundo resgatado acima. Nesses mais de oitenta anos de profissão no país, os últimos trinta anos registram um respeitável amadurecimento do posicionamento crítico ao projeto capitalista de sociedade. A partir da década de 1980, com o passado da reconceituação, o vertente da ruptura do método de renovação, o código de ética profissional de 1986 e depois o de 1993

e seus progressos o serviço social brasileiro, começa um novo estágio no seu ethos profissional.

Ressaltamos que resgatar a história e os fundamentais enfrentamentos e aquisição da categoria dos assistentes sociais, é essencial para que possamos prosseguir trilhando caminhos contra hegemônicos e repensando, refazendo, reinventando, nossas ações profissionais.

Podemos dizer que os métodos e modificações vividos e influenciados pela ditadura militar, distinguem o “fim do início” da profissão, que atualmente se apresenta madura e preparada a erguer uma trajetória vinculada à classe trabalhadora. Este é serviço ousado e que demanda coragem, e isto não falta aos profissionais que estabelecem e constroem, acreditamos que este projeto, mesmo sendo originado a partir dos anos de 1970, está em constante construção, o projeto profissional pós 1964, o projeto este designado de Projeto Ético-Político, que necessita ser a todo o tempo reafirmado, revisitado e fortalecido, para que em algum tempo alcancemos as suas proposições.

Concluimos nosso trabalho refletindo que a edificação de estratégias não se dá de forma isolada. A sistematização dos serviços, a reflexão da metodologia e a suposição de ações coletivas produzem a condição e a qualidade do trabalho realizado pelo Assistente Social. Profissionais e usuários tornaram-se sujeito e atores sociais ao próprio tempo, baseado pela importância do registro das ações, reconhecendo que sem recordação não há história e, por meio do protagonismo dos atores sociais, é esta história que permite uma intervenção real do assistente social no cotidiano de seu exercício justificando a ocupação dos espaços público e democráticos.

## REFERENCIAS

AROUCA, S. O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo/ Rio de Janeiro: Unesp/ Fiocruz, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 648, de 28 março de 2006. Disponível em: <http://www.ministerio.saude.bvs.br/html/pt/colecoes.html>. Acesso em: 12 de setembro de 2017.

BAPTISTA, T. W. F. Políticas de Saúde no Pós-Constituinte: um estudo da política implementada a partir da produção normativa dos poderes executivo e legislativo no Brasil. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: IMS / Uerj, 2003.

BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade social e trabalho: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil. Brasília: Letras Livres; Ed. UnB, 2006.

BRAVO, M. I. S. Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

BRAGA, J. C. De S. & PAULA, S. G. De. Saúde e Previdência: estudos de política social. São Paulo: Cebes/ Hucitec, 1981.

BRAZ, Marcelo Moura dos Reis. A contemporaneidade do capital e o Serviço Social: limites e possibilidades do projeto profissional. Projeto de pesquisa – ESS/UFRJ, 1999.

BRAZ, Marcelo Moura dos Reis; TEIXEIRA, Joaquina Barata. O projeto ético-político do Serviço Social. In: CFESS/ABEPSS. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

BRASIL, [Leis, etc.]. Constituição Federal, Código civil (2002/1916), Código de Processo Civil, Código Penal, Código de Processo Penal, Código Tributário, Código

comercial, Código de Defesa do consumidor, Código de Trânsito Brasileiro, Código eleitoral, Código Florestal, Consolidação das Leis do Trabalho, Estatuto da Criança e do Adolescente. Legislação Complementar Fundamental/ [organização equipe América Jurídica]. 1ª ed. Rio de Janeiro: América Jurídica, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 7ª, 1980. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1980.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 8ª, 1986. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1987.

BRASIL, Ministério da Saúde. Direito Sanitário e Saúde Pública. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde; Márcio Lório Aranha (Org.) Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde no Brasil: desafios e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL, Ministério do Trabalho e Previdência Social. Eloy Chaves: precursor da previdência social no Brasil. Departamento Nacional de Previdência Social, Divisão de Divulgação e Intercâmbio. Composto e Impresso na Gráfica do IAPB, divulgação n. 15, 1965.

BRASIL. Constituição de 1891. Disponível em: <<https://www.planalto.gov.br/ccivil>. Acesso dia: 20 de Novembro de 2017

BRASIL. Decreto nº 4.682 de 24 de janeiro de 1923 – Lei Eloy Chaves. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1923/4682.htm>> . Acesso em: 11 de Novembro de 2017.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8080.pdf>>. Acesso em 23 de Outubro de 2017.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>> Acesso em 23 de Outubro de 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. Pacto pela Saúde 2006. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/mostraPagina.asp?codServico=11&codPagina=4249>. Acesso em: 16 de Outubro 2017.

COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, 2000. n. 62.

\_\_\_\_\_. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <[www.senado.gov.br](http://www.senado.gov.br)>. Acesso em: 15 de setembro. 2017.

CANDAU, M. & BRAGA, E. Novos Rumos para a Saúde Pública. Revista de Fundação Especial de Saúde Pública, 2 (2): 569 – 590, 1948.

CARVALHO, G. I, & SANTOS, L. Sistema Único de Saúde: comentários à lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90). 3ª ed. Campinas: Unicamp, 2002.

CASA DE OSWALDO CRUZ (COC). Guia do Acervo da Casa de Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: COC / Fiocruz, 1995.

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social. Lei de Regulamentação da Profissão. Código de Ética do/a Assistente Social. Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993. Brasília: CFESS, 1993.

CONILL, E. M. Epidemiologia e Sistemas de Saúde. In: Curso de Especialização a Distância em Direito Sanitário para Membros do Ministério Público e da Magistratura Federal. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CORDEIRO, H. O Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Ayuri, 1991.

COSTA, N. R. Lutas Urbanas e Controle Sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes, 1985.

\_\_\_\_\_. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de assistência social. Brasília: CFESS, 2009.

\_\_\_\_\_. Política de Educação Permanente do conjunto CFESS-CRESS. Brasília: CFESS, 2013.

\_\_\_\_\_. Resolução CFESS n.º 383/99. Ementa: Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. Relator: Valdete de Barros Martins. DOU 29/03/1999. Brasília, DF: 1999.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org). Textos de Apoio em Políticas de Saúde. Organizado por Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

SCOREL, S. Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

SCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, Lídia et al. (Org.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

\_\_\_\_\_. Saúde Pública: utopia de Brasil. Rio de Janeiro: Relume Drumará, 2000.

ESPING – ANDERSEN, G. O Futuro do Welfare State na Nova Ordem Mundial. Revista Lua Nova, 35: 73-111, 1995.

FARIA, T. W. Dilemas e Consensos: a seguridade social brasileira na Assembléia Nacional Constituinte de 1987/88 – um estudo das micro-relações político-institucionais entre saúde e previdência social no Brasil. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: IMS / Uerj, 1997.

FAVARET, A. C. et al. Estimativa do Impacto da Vinculação Constitucional de Recursos para a Saúde. Cadernos de Economia da Saúde, série J (4): 36, 2001.

FEUERWERKER, L. C. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. Interface. Botucatu, 2005. v. 9, n. 18, p. 489-506.

GIOVANNI, G. (Orgs.). Brasil: Radiografia da Saúde. Campinas: Instituto de Economia/UNICAMP, 2001. p. 175- 216.

GOMES, A. de C. Regionalização e Centralização Política: partidos e constituinte nos anos 30. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

HOCHMAN, G. A Era do Saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo: Hucitec/ Anpocs, 1998.

IAMAMOTO, Marilda Villela. A questão social no capitalismo. *Temporalis*, Revista da Associação de Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS, Brasília: Graflin, ano 2, n. 3, p. 9-32, jan.-jul. 2001.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 36. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

LABRA, M. E. O Movimento Sanitarista dos anos 20: da conexão sanitária internacional à especialidade em saúde pública no Brasil. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas, 1985.

LIMA, N. T. O Brasil e a Organização Pan-americana de Saúde: uma história em três dimensões. In: FINKELMAN, J. (Org.). *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Opas/ Fiocruz, 2002.

\_\_\_\_\_. (Org.). *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Organizado por Nísia Trindade Lima, Sílvia Gerschman e Flávio Coelho Edler. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

LUZ, M. T. Notas Sobre as Políticas de Saúde no Brasil de “Transição Democrática” – anos 80. In: Saúde em Debate. Londrina, 1991. n. 32, p. 27-32.

JACOBI, Pedro Roberto et al. A saúde como direito e como serviço. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

KOSIK, Karel. Dialética do concreto. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976. LESSA, Sérgio. Mundo dos homens: trabalho e ser social. São Paulo: Boitempo, 2002.

LUKÁCS, Georg. As bases ontológicas da atividade e do pensamento do homem. Revista Temas, São Paulo: Ciências Humanas, n. 4, 1978.

MEIRELLES, H. L. Direito Administrativo Brasileiro. 31ª ed, atualizada por Eurico de Andrade Azevedo, Délcio Balestero Aleixo e José Emmanuel Burle Filho. São Paulo: Malheiros, 08-2005.

MARCONDES, W. B. A convergência de referencias na Promoção da Saúde. In: Saúde e Sociedade. São Paulo, 2004. v.1, n. 1, p. 5-13, MATOS, M. C. O debate do Serviço Social na Saúde nos anos noventa. In: Serviço Social e Sociedade, São Paulo: Cortez, 2003. v. 74.

MATTOS, R. A. Os sentidos da Integralidade. Algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: 2004. v. 9, n. 4. Disponível em: <[www.scielo.com.br](http://www.scielo.com.br)> Acesso em: 07 de Novembro de 2017

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em: <http://textocsp.bvs.br/metaiah/metaiah.php?lang=pt&topic=429&graphic=yes>. Acesso em: 15 de Setembro de 2017.

PACKARD, R. M. Malaria Dreams: postwar visions of health and development in the Third World. Medical Anthropology, 17 (3): 279-296, 1997.

PACKARD, R. M & BROWN, P. Rethinking Health Development and Malaria: historicizing e cultural model in Internacional Health. *Medical Anthropology*, 17 (3): 181-194, 1997.

SANTOS, W. G. dos. *O ex-Leviatã Brasileiro: do voto disperso ao clientelismo concentrado*. Rio de Janeiro: Record, 2005.

SANTOS, Josiane Soares. *Questão social: particularidades no Brasil*. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

VASCONCELOS, Ana Maria. *A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde*. São Paulo: Cortez, 2003.

\_\_\_\_\_. *A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde*. São Paulo: Cortez, 2009.

VIANA, Maria José de Faria. *Assistência social no contexto do pluralismo de bemestar: prevalência da proteção social plural ou mista, porém não pública*. Goiânia: Editora PUC Goiás, 2012.