

**FACULDADE DE CIÊNCIAS E SAÚDE EDUFOR**  
**CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**O SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE:** particularidades da atuação do assistente social na Unidade de Pronto Atendimento Socorrinho II em São Luís/MA

---



São Luís/MA

2022

**LAÍS AMORIM DE ASSUNÇÃO**

**O SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE:** particularidades da atuação do assistente social na Unidade de Pronto Atendimento Socorrinho II em São Luís/MA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Serviço Social da Faculdade EDUFOR, como requisito obrigatório para obtenção de título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador(a): Prof.<sup>a</sup> Ma. Izamara Nunes Sousa

São Luís/MA

2022

A851a Assunção, Laís Amorim de

O serviço social na política de saúde: particularidades da atuação do assistente social na Unidade de Pronto Atendimento Socorrinho II em São Luís/MA / Laís Amorim de Assunção — São Luís: Faculdade Edufor, 2022.

71 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (SERVIÇO SOCIAL) — Faculdade Edufor - São Luís, 2022.

Orientador(a): Izamara Nunes Sousa

1. Serviço Social. 2. Política de saúde. 3. Socorrinho II. 4. Atuação profissional. I. Título.

**O SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE:** particularidades da atuação do assistente social na Unidade de Pronto Atendimento Socorrinho II em São Luís/MA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Serviço Social da Faculdade EDUFOR, como requisito obrigatório para obtenção de título de Bacharel em Serviço Social.

São Luís, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

### **BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Aylana Cristina Rabelo Silva  
Mestra em Desenvolvimento Socioespacial e Regional (UEMA)

---

Prof.<sup>a</sup> Izamara Nunes Sousa  
Mestra em Desenvolvimento Socioespacial e Regional (UEMA)  
Orientador(a)

---

Prof.<sup>a</sup> Paulo de Jesus Pereira Neto  
Graduado em Direito

Dedico este trabalho de conclusão de curso para todos(as) profissionais de saúde, especialmente os(as) assistentes sociais que são desafiados(as) todos os dias em reafirmar seu espaço de atuação, suas competências e atribuições privativas na política de saúde. Dedico também, ao trabalho dos assistentes sociais na saúde na direção dos Projetos de Reforma Sanitária e Ético-Político Profissional, os quais imprimem maior qualidade ao atendimento prestado à população usuária dos serviços de saúde no Brasil.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus em primeiro lugar, por ter me oportunizado condições para conseguir realizar o meu sonho que é se tornar uma assistente social, sem os amparos divinos eu não conseguiria chegar até aqui com êxito.

À minha mãe, que sempre me apoiou e fez com que eu tivesse um auxílio junto aos meus filhos para que eu pudesse me dedicar aos estudos. Aos meus filhos pois mesmo eles ainda não tendo consciência de nada desse processo foram minha força diária para seguir caminhando para que eu possa dar um futuro digno aos dois. Ao meu irmão Thiago, que também somou forças nesse processo.

A meu companheiro Paulo, que sempre me apoiou incondicionalmente e me ajudou a concluir o meu curso, tanto por ter acompanhado meu processo de perto quanto por ter me ajudado financeiramente.

Meus sinceros agradecimentos as professoras do curso de Serviço Social da Faculdade Edufor, professora Enaire, Aylana e Izamara, em especial a minha orientadora Izamara, que através de todos os ensinamentos de excelência me possibilitaram grandes aprendizados e reflexões.

Agradeço à coordenadora e professora Christiane Lima, por todo o comprometimento com os alunos e pela dedicação em ter feito esse processo ter sido mais leve e dinâmico.

Aos meus amigos de turma, que tornaram o dia a dia de estudo mais agradável e divertido.

A todos os que me ajudaram direta e indiretamente no meu processo de graduação meus sinceros agradecimentos por tudo.

*Mais do que nunca, os assistentes sociais estão desafiados a encarar a defesa da democracia, das políticas públicas e consubstanciar um trabalho – no cotidiano e na articulação com outros sujeitos que partilhem destes princípios – que faça frente ao projeto neoliberal, já que este macula direitos e conquistas defendidos pelos seus fóruns e legislações normativas da profissão. É nas palavras leves da poesia, que se encontra a dimensão do desafio: “Quebrando pedras, plantando flores”*

Maria Inês Bravo

## RESUMO

A presente pesquisa tem como finalidade um estudo acerca da atuação do Serviço Social na política de saúde, mais especificamente no âmbito das particularidades da atuação profissional na Unidade de Pronto Atendimento Socorrinho II, no município de São Luís/MA. Busca-se, dessa forma, compreender a atuação do assistente social sob os determinantes sociais da saúde na instituição estudada. Por isso, elencou-se um breve resgate sócio-histórico da saúde pública no Brasil, bem como se deu a relação de inserção do Serviço Social na política. Nesse sentido, o estudo apresenta uma breve investigação das principais reflexões sobre a relação do Serviço Social na saúde e, por fim, foi realizada uma pesquisa de campo, através de uma entrevista semiestruturada, na Unidade de Pronto Atendimento Socorrinho II com a finalidade de conhecer a realidade do assistente social. Como resultado, foi possível compreender o cotidiano, ainda de forma breve, do assistente social em uma instituição de saúde. No qual esse se faz principalmente através de orientações e esclarecimentos sobre direitos sociais (previdenciários, socioassistenciais, dentre outros), realização de entrevistas sociais, emissões de declarações para o paciente e acompanhantes e encaminhamentos para demais políticas públicas.

**Palavras-chave:** Serviço Social. Política de Saúde. Socorrinho II. Atuação Profissional.

## ABSTRACT

This research aims to study the role of Social Work in health policy, more specifically in the context of the particularities of professional performance in the Emergency Care Unit Socorrinho II, in the city of São Luís/MA. Thus, it seeks to understand the role of the social worker under the social determinants of health in the institution studied. For this reason, a brief socio-historical rescue of public health in Brazil was listed, as well as the insertion of the Social Service in the policy. In this sense, the study presents a brief investigation of the main reflections on the relationship of Social Service in health and, finally, a field research was carried out, through a semi-structured interview, in the Socorrinho II Emergency Care Unit with the purpose of getting to know the reality of the social worker. As a result, it was possible to understand the daily routine, still briefly, of the social worker in a healthcare institution. In which this is done mainly through guidance and clarification on social rights (social security, social assistance, among others), conducting social interviews, issuing statements to the patient and companions and referrals to other public policies.

**Keywords:** Social Work. Health Policy. Socorrinho II. Professional Performance.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### FIGURAS

- Figura 1** - Determinantes sociais da saúde .....35  
**Figura 2** - Unidade de Pronto Atendimento Socorinho II, em São Luís/MA.....54

### QUADROS

- Quadro 1** - Projetos em disputa pela Saúde Pública Brasileira .....29  
**Quadro 2** - Panorama histórico das principais ações de saúde pública entre a década de 1980 a 1990 .....29  
**Quadro 3** - A saúde pública no contexto anterior e depois do Sistema Único de Saúde (SUS) .....31  
**Quadro 4** - Evolução cronológica dos principais marcos históricos da saúde pública no Brasil no período de 1988 a 2011 .....33  
**Quadro 5** - Conquistas que se integraram na dinâmica profissional do assistente social através do Movimento de Reconceituação do Serviço Social .....44  
**Quadro 6** - Fatores que contribuíram para a expansão do Serviço Social na saúde48  
**Quadro 7** - Elementos para uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde .....51  
**Quadro 8** - Principais competências e atribuições do assistente social na Unidade de Pronto Atendimento Socorinho II .....60

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CF	Constituição Federal
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIASS	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PNS	Plano Nacional de Saúde
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: construção sócio-histórica e contemporaneidade .....</b>	<b>18</b>
<b>2.1 A construção sócio-histórica da saúde pública no Brasil: os caminhos até a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).....</b>	<b>19</b>
<b>2.2 A Constituição Federal de 1988 e a saúde como garantia: parâmetros legislativos da saúde no Brasil contemporâneo .....</b>	<b>31</b>
<b>3 O SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE: aspectos para o debate.....</b>	<b>38</b>
<b>3.1 A emergência do Serviço Social no Brasil: breve histórico e atualidade ....</b>	<b>38</b>
<b>3.2 A inserção profissional do(a) assistente social no âmbito da política de saúde .....</b>	<b>46</b>
<b>4 O SERVIÇO SOCIAL NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO SOCORRINHO II .....</b>	<b>53</b>
<b>4.1 Unidade de Pronto Atendimento Socorrinho II: história e atualidade da instituição de saúde .....</b>	<b>54</b>
<b>4.2 Particularidades da atuação profissional do assistente social na Unidade de Pronto Atendimento Socorrinho II.....</b>	<b>55</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>62</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>64</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>69</b>
<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>69</b>
<b>APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista Semiestruturada .....</b>	<b>71</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem por objeto de estudo o Serviço Social na política de saúde: particularidades da atuação do assistente social na Unidade de Pronto Atendimento Socorrinho II no município de São Luís/MA. O tema deste trabalho de conclusão de curso constitui-se um significativo instrumento de compreensão das peculiaridades do trabalho do assistente social nas instituições de saúde.

Dessa forma, reconhecer a importância do trabalho profissional do Serviço Social na atual conjuntura expressa o processo de organização societária vigente e as dinâmicas que implicam as relações de trabalho e o papel do espaço sócio-ocupacional para o fortalecimento da categoria.

Nesse sentido, esse estudo representa a sistematização de uma análise que enfoca os determinantes sociais da saúde sobre a atuação do assistente social diante de suas atribuições e competências profissionais, mediados pelas condições de trabalho na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Socorrinho II.

A aproximação com o presente tema se deu através de uma experiência de estágio curricular obrigatório na Rede de Atenção às Urgências. Nessa vivência, foi possível acompanhar o trabalho do assistente social na política de saúde, conhecendo suas relações institucionais, bem como com os usuários.

Essa experiência propiciou reflexões relevantes no que diz respeito aos anseios do espaço sócio-ocupacional, principalmente após o contexto de reestruturação produtiva e a adesão do Estado aos princípios do neoliberalismo. Nessa conjuntura neoliberal, há novas determinações para o cotidiano do mercado de trabalho, o que impacta diretamente no trabalho social.

Além disso, como uma profissão inscrita na divisão sociotécnica do trabalho, o Serviço Social está fundamentalmente participando do processo de produção e reprodução das relações sociais, estando associado às diversas transformações da sociedade, acompanhando o projeto da sociedade e as contradições que a permeiam (IAMAMOTO, 2007).

Com a realidade neoliberal, o Estado redimensiona seu papel nas políticas públicas, em destaque as que compõem a seguridade social. Com essa nova direção, as políticas adquiriram novas formas de atenção por parte do Estado. Desse modo, o interesse em conhecer a realidade profissional do assistente social na UPA resultou

na construção do objeto de pesquisa para além das análises realizadas em estágio supervisionado.

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) fazem parte da Rede de Atenção às Urgências. Começaram a ser inauguradas no Brasil a partir de 2012, com objetivo de concentrar os atendimentos de saúde na complexidade intermediária. Com essa descentralização, a população se beneficiaria no acesso e na capacidade de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

A escolha desse campo para estudo considera a importância do espaço sócio-ocupacional da saúde para o Serviço Social. Esse tipo de unidade de saúde. Inaugurado na Política Nacional de Atenção às Urgências, apresentaram-se, inicialmente, como uma solução para os problemas de acesso e atendimento de saúde, uma vez que auxiliam as grandes emergências. No entanto, com as tentativas contínuas de privatização da saúde por políticas neoliberais, a política de saúde vem sofrendo diversos impactos que dificultam a sua operacionalização.

Esse contexto se apresenta a partir do projeto privatista que norteou a contrarreforma do Estado desde a década de 1990 no Brasil, o qual busca empreender no país o enxugamento do Estado, destinando-o para execução de serviços privatizados na esfera pública.

Além disso, essa circunstância vai em vias opostas às conquistas democráticas inscritas na Constituição Federal de 1988 e com o que menciona o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como base os princípios da universalidade, acesso gratuito, integralidade, descentralização organizativa, dentre outros.

A atuação do assistente social na saúde recai diretamente sobre os determinantes sociais da saúde. Esses determinantes expressam que as condições de vida e de trabalho das pessoas estão rigorosamente relacionadas às suas situações de saúde.

Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde, o conceito está ligado não somente aos fatores físicos/biológicos, mas também aos fatores sociais, culturais, econômicos, psicológicos, étnico-raciais e comportamentais que influenciam a ocorrência e os fatores de risco dos problemas de saúde da população.

Portanto, considerando o assistente social como um profissional de saúde que possui competências e atribuições que se aplicam no espaço sócio-ocupacional da saúde, é indispensável que se discuta a atuação do profissional em seus diversos

espaços de trabalho na saúde pública, tal como compreender sua intervenção, suas relações de trabalho com outros profissionais e com os usuários e de que maneira o se traduz a mediação na garantia de direitos.

O caminho para isso é a pesquisa. Porém, pesquisar a partir de um contexto científico, no âmbito das ciências sociais, requer o reconhecimento do problema da pesquisa como componente central para a busca de interpretações da realidade estudada. No Serviço Social, a pesquisa “se situa visando a instrumentalização do assistente social para a elaboração de projetos de intervenção e para a intervenção propriamente dita” (GUERRA, 1995, p. 13).

Inicialmente, a questão central considerada como elemento de problematização é a relevância histórica e contraditória que a política de saúde assume no trabalho do assistente social. Por ser uma profissão que atua sobre as manifestações da questão social, o Serviço Social está profundamente ligado às transformações da sociedade.

Essa “questão social”, para Iamamoto (2010) é o objeto de trabalho do Serviço Social. Ela possui múltiplas expressões e necessita de respostas profissionais em sua intervenção. Essas múltiplas expressões representam a matéria-prima do trabalho profissional.

O contexto de intervenção do assistente social está presente em meio aos processos sociais que se produzem e reproduzem as manifestações da “questão social” na sociedade (IAMAMOTO, 2007, p. 62). Assim, o trabalho do assistente social se reproduz historicamente sob diferentes formas.

Essas “diferentes formas” assumem diferentes posicionamentos, tanto no fazer profissional, quanto na dimensão teórico-metodológica e direção ética da profissão. Compreender essas diferenças exige um aprofundamento na emergência da profissão, bem como do cenário social, político e econômico da sociedade brasileira e seus desdobramentos no trabalho do assistente social.

Falar de trabalho no Serviço Social demanda compreender a centralidade que o trabalho possui como eixo fundamental das relações sociais. O trabalho, como fundante do ser social, não se origina no capitalismo. Em seu sentido simples, objetiva satisfazer apenas as necessidades vitais do homem através de seu contato com a natureza.

Com o desenvolvimento da sociedade capitalista, o trabalho adquire novas funções que passam a considerar não somente o seu valor de uso, mas também o seu valor de troca. Esse debate sociológico oferece ao Serviço Social ampla

criticidade acerca do trabalho, que em alguns momentos era apresentado à categoria apenas como algo positivo (ANTUNES, 2005).

Os assistentes sociais pertencem à classe que, a partir da venda de sua força de trabalho, expressam a produção e reprodução das relações sociais em curso. Dessa forma, seu trabalho é profundamente impactado de acordo com as configurações assumidas pela sociedade capitalista. Essas configurações vêm tanto do processo de atendimento às necessidades dos usuários dos serviços, quanto da condição de assalariamento da categoria profissional.

Iamamoto (2010, p. 214) reitera que no âmbito da produção bibliográfica sobre a discussão do trabalho do assistente social em seus espaços sócio-ocupacionais não adquiriu centralidade no debate da literatura da profissão. Para a autora, como resultado, houve uma frágil associação entre os fundamentos do Serviço Social e o trabalho profissional, tendo uma série de mediações que não foram privilegiadas nessas discussões.

No que diz respeito ao trabalho do assistente social na política de saúde, é importante demarcar o contexto de emergência da profissão em um país onde não existia uma política de saúde pública estruturada. Historicamente, na América Latina e principalmente no Chile, apesar da influência franco-belga e dos dogmas cristãos, o trabalho do assistente social surge no contexto dos serviços de saúde com o desígnio de auxiliar e contribuir com o trabalho do médico, além das questões morais.

Essa relação nitidamente era vista como uma "complementaridade" do trabalho do médico. Considerava-se o trabalho do médico como central e a categoria paramédico/subtécnico foi bastante utilizada para referenciar aqueles profissionais que não eram médicos, inclusive o do assistente social (MATOS, 2013).

Apesar da política de saúde no Brasil só se consolidar com a Constituição Federal de 1988, houve alguns pontos que podem ser considerados caminhos para a construção da saúde pública no país. O seguro social surge em 1923, através da promulgação da Lei Eloy Chaves (nº 4682, de 24 de janeiro de 1923). Com a lei, institui-se o sistema de Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), que destinava seu atendimento à categoria profissional dos ferroviários, marítimos e estivadores.

Na década de 1930, a saúde estava associada ao vínculo formal de trabalho. Dessa forma, só tinha acesso aos serviços de saúde aqueles que possuíam vínculo com a previdência social, ou seja, que tinham carteira de trabalho assinada. Na assistência à saúde, a maior inovação aconteceu apenas em 1949, durante o governo

de Vargas, quando foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU).

Nessa mesma conjuntura, o Serviço Social caminha para seu amadurecimento teórico a partir do Movimento de Reconceituação Profissional. Com a perspectiva intenção de ruptura, a profissão passa a se destacar pelos seguintes aspectos: influência da tradição marxista nas publicações, a interlocução com outras áreas do conhecimento e o contato com as transformações societárias (SANTOS; MELO, 2018).

Desde 1997, o Serviço Social é considerado pelo Conselho Nacional de Saúde como uma profissão da área de saúde, sendo sua atuação concentrada nas ações emergenciais, de educação e de informação em saúde, de planejamento e assessoria e de mobilização da comunidade (COSTA, 2000).

Com a institucionalização do exercício profissional do assistente social na saúde, durante muito tempo foram produzidos cartilhas e documentos que resultavam de discussões da categoria, onde buscou-se subsidiar o trabalho dos profissionais de Serviço Social na saúde. Em destaque, o documento “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde” organizado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e os Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS).

No documento, destaca-se quatro eixos principais do trabalho do assistente social na saúde, sendo eles: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão e assessoria, qualificação e formação profissional.

Portanto, conhecer a realidade do trabalho do assistente social através da pesquisa em uma instituição de saúde, no caso da presente pesquisa uma Unidade de Pronto Atendimento, torna-se fundamental para vislumbrar a realidade, desafios e possíveis lacunas do exercício profissional, sobretudo, na necessidade da construção intelectual contínua do Serviço Social no espaço da saúde.

No que se refere aos objetivos da pesquisa, de acordo com o que apresenta Lakatos e Marconi (2003, p. 45), os objetivos apresentam o que pretendemos alcançar, delimitando uma problemática a ser refletida. Dessa forma, a clara determinação dos objetivos pode garantir, a longo prazo, uma linha de coerência científica, daí a necessidade de se delinear objetivos coesos.

Para os autores citados, o objetivo geral diz respeito a uma visão global e abrangente sobre o tema, se relacionando com um conteúdo intrínseco dos

fenômenos estudados. Já os objetivos específicos apresentam caráter mais concreto, possuindo uma função intermediária e instrumental “[..] permitindo, de um lado, atingir o objetivo geral e, de outro, aplicar situações particulares’ (LAKATOS; MARCONI, 2003, p. 46).

Dessa forma, o objetivo geral da presente pesquisa é analisar a atuação do assistente social na Unidade de Pronto Atendimento Socorrinho II em São Luís/MA. Quanto aos específicos temos: compreender o trabalho do assistente social na conjuntura da saúde; conhecer as principais demandas que emergem para o Serviço Social na saúde; identificar as contribuições do assistente social em uma instituição da política de saúde pública; e reconhecer as expressões da questão social mais latentes que envolvem a atuação do assistente social na saúde.

Na ciência, o conhecimento científico se distingue de outros tipos pela racionalidade obtida através de procedimentos, visando explicar o “por que” e “como” os fenômenos acontecem. Nas ciências sociais, o método científico possui suas particularidades.

Nesse sentido, Para Lakatos e Marconi (2003, p. 83) “todas as ciências caracterizam-se pela utilização de métodos científicos, mas nem todos os ramos que empregam estes métodos são ciências”. Dessa forma, os autores afirmam que, dada as circunstâncias, o método se caracteriza como “[...] o conjunto das atividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar o objetivo – conhecimentos válidos e verdadeiros -, traçando o caminho a ser seguido”.

Assim, dentro das ciências sociais aplicadas, a perspectiva teórico-metodológica que subsidiará a presente pesquisa é o materialismo histórico-dialético, onde o marxismo, através de Karl Marx, representa a principal referência. Quando Marx escreveu sobre seu método, ratificou a importância da investigação de “analisar as diferentes formas de desenvolvimento da matéria e de perquirir a conexão íntima entre elas” (2011, p. 28).

Na primeira etapa, de cunho bibliográfico, foi realizada uma pesquisa aprofundada em publicações: livros, teses, monografias, publicações avulsas, pesquisas etc. Essa fase da pesquisa, de acordo com Lakatos e Marconi (2003, p. 185), compreenderá quatro aspectos distintos, sendo “a) identificação; b) localização; c) compilação; d) fichamento”.

Quanto à documentação direta, que será a posterior fase da presente pesquisa e no geral se constitui como um levantamento de dados no local onde os fenômenos

ocorrem, será realizada uma pesquisa de campo a qual se caracteriza como aquela utilizada “[...] com objetivo de conseguir informações e/ou conhecimentos acerca de um problema, para o qual se procura uma resposta, ou de uma hipótese, que se queira comprovar, ou, ainda, descobrir novos fenômenos e as relações entre eles” (LAKATOS; MARCONI, 2003, p. 186).

Como componente imprescindível da pesquisa de campo, a observação é uma técnica de coleta de dados para conseguir informações. Não diz respeito apenas em ver e ouvir, mas também em examinar fatos ou fenômenos que se deseja estudar. Trata-se de um elemento essencial para a investigação científica.

Como coleta de dados, foi realizada uma pesquisa de campo no âmbito da Unidade de Pronto Atendimento Socorrinho II, em São Luís do Maranhão. Na ocasião, outro elemento fundamental para a coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, com objetivo principal de obter informações do entrevistado sobre o assunto pesquisado.

Tendo em vista que se possuem diferentes tipos de entrevistas, que variam de acordo com o propósito do entrevistador, a presente pesquisa se orientará a partir da entrevista despadronizada ou semiestruturada, onde possui um roteiro previamente estabelecido, mas o entrevistador tem liberdade para desenvolver cada situação em qualquer direção que considere adequada (LAKATOS; MARCONI, 2003).

## **2 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: construção sócio-histórica e contemporaneidade**

Discutir a história da saúde no Brasil é um desafio eloquente. Isso, pois, deve ser feito de maneira abrangente e que possa integrar as particularidades que a saúde adquiriu em diferentes momentos históricos. Quando se resgata o panorama histórico da saúde, verifica-se as diversas facetas que a atual política social já assumiu até a sua consolidação enquanto garantia fundamental ao cidadão brasileiro.

Porém, ao se realizar o resgate histórico da política de saúde no Brasil, é apenas no século XX que esta passa a se manifestar de forma estrutural e tutelada pelo aparelho do Estado. É somente com a República, especificamente com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) que a saúde começa a se operacionalizar enquanto política. Apesar disso, como será realizado posteriormente, o histórico da saúde no Brasil é essencial para a compreensão da atual conjuntura.

Nesse sentido, o intuito deste capítulo é descrever as particularidades dessa construção sócio-histórica no movimento da realidade, contemplando a conjuntura social, econômica e política para compreender os desdobramentos que esses planos geram para o âmbito da saúde.

Por essa diversidade em sua concepção, é que emerge a necessidade desse resgate histórico, que vai desvelar, em específico, a conjuntura da saúde em diferentes momentos da história brasileira, descrevendo brevemente os momentos "embrionários" da saúde até a sua forma vigente.

Dessa forma, neste capítulo foi feito um resgate sócio-histórico da saúde desde a colonização do país, passando pelo Império e República até a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 – que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação em saúde – e da Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade no Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Essa consolidação se deu, principalmente, pelo processo de redemocratização do Brasil que ocasionou na formulação da Constituição de 1988 e do Movimento pela Reforma Sanitárias, importantes momentos que serão discutidos posteriormente. No entanto, a nível de conhecimento, a saúde pública no Brasil tem uma ferramenta essencial para a sua consolidação: a sua presença na Constituição Federal de 1988,

que garante a “[...] saúde enquanto direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas” (BRASIL, 1988).

## **2.1 A construção sócio-histórica da saúde pública no Brasil: os caminhos até a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS)**

Com a chegada dos portugueses às terras brasileiras, se formou um novo padrão de funcionamento das relações sociais como um todo. Esse ideário europeu, que antes não se fazia presente, introduziu ao país um conjunto de mecanismos sociais, políticos, econômicos e culturais que formavam as colônias portuguesas.

Com a chegada dos portugueses à Terra de Santa Cruz, um mundo novo e desafiante se formava em relação às enfermidades. Aqui, juntaram-se à malária, doença tropical, até então desconhecida para os europeus, aquelas trazidas pelos colonizadores, como peste bubônica, cólera e varíola e, posteriormente, com a chegada dos africanos, a filariose e a febre amarela. Um cenário preocupante foi-se desenhando, pois era frágil o conhecimento acerca da transmissão e do controle ou tratamento dessas novas doenças. Diferentes intervenções ou visões sobre as moléstias surgiam a cada momento (BAPTISTA, 2007 *apud* OLIVEIRA, 2012, p. 32).

Durante essa época, a ciência médica foi se desenvolvendo de acordo com o aparecimento de doenças e, dentre os profissionais, desenvolveram-se novos médicos, cirurgiões e boticários, todos membros da elite burguesa e formados especificamente em universidades europeias (AVELAR, 2011). Com a chegada dos padres jesuítas ao Brasil, começaram a surgir as primeiras Santas Casas de Misericórdia, em Santos (1543) e em Salvador (1549).

[...] nos três primeiros séculos de colonização, as únicas formas de assistência médica e hospitalar disponibilizadas à população eram as enfermeiras jesuítas e as Santas Casas de Misericórdia. Elas precederam a própria constituição jurídica do Estado brasileiro. Uma vez criadas, a primeira em 1543, por Tomé de Souza, que era o mandante geral da colônia, passaram a se dedicar ao atendimento de enfermos, amparo à velhice, à criança, aos hansenianos e a educação, entre outros trabalhos. A assistência médica foi uma das formas de catequizar o indígena. Contava-se então, na época, com a Companhia de Jesus para atender além do indígena, os colonizadores e outros (AVELAR, 2011, p. 234).

Como o objetivo maior dos colonizadores era essa expansão e legitimação da colônia brasileira, as suas intervenções versavam sobre mecanismos de controle da

população aqui já encontrada e, em troca de assistência médica, usavam a Companhia de Jesus como um instrumento de dominação portuguesa.

No Brasil, a necessidade de internação de pacientes destituídos de recursos ou recém-chegados, sem família e sem moradia, acarretou logo no século XVI a criação das Santas Casas da Misericórdia, segundo os moldes da estabelecida em Lisboa. O surgimento dessas coincidiu com uma nova política de ocupação de terras inaugurada pela Coroa Portuguesa, promovendo a intervenção direta dos empreendedores europeus na esfera da produção conforme a legislação das sesmarias e o estabelecimento de capitães-donatários, todos fidalgos da pequena nobreza, segundo a prática feudal lusa (AVELAR, 2011, p. 234).

É perceptível que as Santas Casas de Misericórdia protagonizaram esse primeiro momento de assistência médica no Brasil colônia, apesar do padrão curativo que fornecia na época. Mas essa necessidade adveio, em grande maioria, das problemáticas em saúde do povo português e não dos aqui já encontrados. Apesar disso,

Durante o período colonial, a medicina também era exercida por pajés, feiticeiros africanos, jesuítas, cirurgiões portugueses, hispânicos e holandeses. A forma de administração, na época, dificultava a criação de ensino superior de medicina, pois isso seria uma ameaça à dependência de Portugal. Havia alguns médicos brasileiros, formados na Europa e alguns europeus que vinham exercer aqui a sua profissão (AVELAR, 2011, p. 235).

Ou seja, apesar da medicina trazida pela colonização europeia se consolidar no Brasil através de uma assistência médica superficial, os povos originários, bem outros protagonistas do processo de colonização também usufruíram de seus instrumentos, ainda que se apresentassem extremamente limitados e escassos. Mas essa utilização, como menciona Avelar (2011) foi feita com cautela e sob controle de Portugal, que se preocupava bastante com sua dominação.

Outro grande protagonista nesse processo foi a atuação da Igreja na área da saúde, a qual estabeleceu-se, junto aos colonizadores, uma aliada ao controle social da época e um subsídio para a garantia da manutenção e expansão da colonização no país (AVELAR, 2011).

No Brasil, desde a colônia até o século XX, a Igreja cumpriu funções na área da saúde e de todas as demais áreas que atendiam a população. As Santas Casas são exemplos marcantes na filantropia de saúde no Brasil. De resto, a benemerência das pessoas (AVELAR, 2011, p. 236).

As Santas Casas de Misericórdia, como visto anteriormente, foram um marco dessa relação Igreja e assistência em saúde. Na história do Brasil, por exemplo, ela se tornou um instrumento crucial para a compreensão da saúde no período da colonização brasileira. Como dito, as santas Casas eram instituições de saúde que, apesar da referência, detinham em sua concepção a ideia filantrópica e benemerente da saúde, profundamente ligada à doutrina da Igreja Católica e seus ditames morais.

No geral, a saúde do Brasil no período colonial era precária, pois não existiam mecanismos legais e, os que existiam, resumiam a sua atuação em ações pontuais em que o caráter filantrópico prevalecia. Nesse cenário, a assistência em saúde era escassa, onde as pessoas adoeciam e, por consequência, morriam em suas próprias casas ou em instituições filantrópicas (OLIVEIRA, 2012).

[...] a saúde na colônia não foi tratada pela metrópole como uma prioridade. A perspectiva em vigor era muito mais combater o mal a despeito de cultivar o bem, o que não significa que não tenha existido uma atenção com a saúde dos colonos, já que era deles mesmos que dependia a manutenção e a preservação da possessão portuguesa, mas, sim, que a saúde não aparece como algo que possa ser produzido, incentivado, organizado, aumentado (MACHADO, 1978, p. 56).

Em síntese, a saúde na colônia não era motivo de preocupação e suas práticas estavam intrinsecamente ligadas às crenças culturais, religiosas e empíricas. Com a chegada do período Imperial no Brasil, novos panoramas na saúde foram instaurados. Por isso, a compreensão da medicina, da própria relação do Estado e sociedade, da assistência médica e da racionalidade científica alteram-se e geram novas configurações para o âmbito da saúde brasileira.

A transferência da Corte Portuguesa para o Brasil, em 1808, desencadeia transformações que serão importantes para a relação entre o Estado, a Sociedade e a Medicina. Quando o poder central se instala, atribui a ele mesmo determinadas funções; garantir o enriquecimento, a defesa e a saúde do "povo" da nova terra. Dentro desse quadro, inserem-se modificações importantes no âmbito da Medicina, com a criação do Ensino Cirúrgico no Brasil e da Provedoria da Saúde (GALVÃO, 2014, p. 13).

Essa conjuntura impacta o contexto social, político, econômico e cultural da sociedade brasileira, tendo em vista que com a chegada do Império o Brasil se reestrutura sobre bases novas, que trouxeram ao país novas configurações em todos os sentidos, inclusive no que concerne à saúde.

[...] no campo da medicina, durante o século XIX, estabeleceu-se no Brasil uma nova política de saúde de abrangência social, com o deslocamento de seu objeto de intervenção do indivíduo para a sociedade, processo este que teve seu desenvolvimento na Europa desde os setecentos. Com este maior cuidado com as cidades a partir do século XVIII, a higiene pública tornou-se o grande pilar desta nova política de saúde que se consolidará no Brasil a partir do século XIX, distinguindo-se do modelo de medicina praticado desde os primórdios da ocupação portuguesa da América, cujo modo de intervenção ainda era a cura da enfermidade, e não a prevenção e manutenção de um estado contínuo de saúde (MACHADO et al, 1978, p. 18-19).

Além disso, durante todo o Império, a saúde foi um marco crucial para a compreensão da época. Em 1850, o Brasil vivia sob o reinado de Dom Pedro II. Nesse período, o aparecimento do vírus da febre amarela<sup>1</sup> gerou um impacto devastador ao país, pois sua expansão foi expressiva e, conseqüentemente, várias pessoas morreram em diversas regiões do país. Nos próximos 60 anos, até o início do século XX, a febre amarela provocou mortes em todo o país a cada verão.

A preocupação com o controle de endemias, ainda no período imperial, marca o início da institucionalização das ações de saúde no Brasil. Esta gênese vai determinar, também, as duas direções para a atuação governamental no setor: a primeira está relacionada ao desenvolvimento da saúde pública que, com um caráter mais coletivo e voltada para o tratamento de endemias, será melhor estruturada no final do século XIX e início do século XX. A segunda permitiu a consolidação do atendimento médico individual fortalecido com o advento do presidencialismo no país no início dos anos 20 (SILVA, 1996, p. 10).

É sobre esse contexto que emerge as particularidades do período da República Velha<sup>2</sup>, principal momento para se discutir a institucionalização das políticas sociais, inclusive a de saúde, na lógica capitalista e estatal. Na primeira década do século XX, a saúde pública brasileira passa a ser influenciada por referências americanas, como a Escola de Saúde Pública Americana de Baltimore, vinculada à John Hopkins University (SILVA, 1996).

Nas primeiras décadas do século XX, o Brasil experimentou profundas transformações políticas, sociais, econômicas e culturais. Essas transformações se

---

<sup>1</sup> O impacto da epidemia de febre amarela no Rio de Janeiro, de 1849 a 1850, alterou sensivelmente essa imagem pública. O fato de ter feito vítimas fatais na elite favoreceu a compreensão do quadro sanitário do Brasil como um problema científico e político importante, ampliando a repercussão das polêmicas médicas sobre o assunto (FINKELMAN, 2002, p. 39).

<sup>2</sup> Momento de ascensão da República, no final do século XIX, onde a oligarquia agrária chega ao poder. A saúde pública no período da República Velha está associada às tentativas de se conter as doenças coletivas, uma vez que a imigração trouxe consigo muitas doenças e não existiam políticas públicas de saúde (FIGUEIREDO; JUNIOR, 2017, p. 23).

relacionam, em síntese, com a emergência das forças oligárquicas agroexportadoras<sup>3</sup> e com a expansão da industrialização do país, fato que se configura a expansão dos grandes centros urbanos e, conseqüentemente, dos inúmeros problemas sociais, inclusive relacionados à saneamento básico e condições de saúde, que apareceram nesse cenário.

A saúde emergiu como efetiva prioridade de governo no Brasil no começo do século XX, com a implantação da economia exportadora de café, na região Sudeste. A melhoria das condições sanitárias, entendida então como dependente basicamente do controle das endemias e do saneamento dos portos e do meio urbano, tornou-se uma efetiva política de Estado, embora essas ações estivessem bastante concentradas no eixo agrário-exportador e administrativo formado pelos estados do Rio de Janeiro e São Paulo (FINKELMAN, 2002, p. 119).

Nesse mesmo período, especificamente no início da década de 1920, a corrente médico-sanitarista do Brasil entende que:

[...] o processo saúde-doença é um fenômeno coletivo. O conceito de consciência sanitária permitia compreender como o meio insalubre atinge os indivíduos. Medicina e saúde pública eram entendidas como campos distintos, a primeira para curar através da clínica, patologia e terapêutica, e a segunda para prevenir doenças, prolongar e promover a saúde através da higiene e da educação sanitária (MERHY et al, 1993, p. 178).

Ou seja, já se começa a pensar possibilidades mais amplas para a saúde brasileira, trazendo reflexões não somente para a perspectiva curativa, mas de prevenção e promoção de saúde. Porém, isto ainda é visto de forma segregada e dicotômica, desfavorecendo a integralidade da saúde na época.

Nesse contexto, além das características citadas anteriormente acerca das primeiras ações de institucionalização da saúde pública no Brasil, outro marco imprescindível para esse processo foi a criação, a partir da década de 1920, das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs).

[...] o que vai marcar a saúde, a partir da década de 20 vai ser o nascimento de uma organização que constitui a base fundacional da previdência social de nossos dias. Sua transcendência ganha maior significado pela vinculação estreita que irá manter a questão da assistência à saúde até os dias atuais. Através das primeiras Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), o Sistema Previdenciário no Brasil surge enquanto uma organização coletiva no interior

---

<sup>3</sup> A economia exportadora de café compunha-se de dois segmentos: um núcleo agrário – produtor de café e de alimentos – e um núcleo urbano – que abrangia as atividades de financiamento, comercialização, transporte, administração e indústrias.

de cada empresa ou fábrica, por iniciativa dos trabalhadores, voltada para atenção às necessidades sociais, no interior de um processo de industrialização e assalariamento, em que se tornam presentes questões como as da **assistência à doença** e o amparo previdenciário dos operários (FINKELMAN, 2002. 149, grifo nosso).

As CAPs, que surgiram a partir da promulgação da Lei nº 4.682<sup>4</sup> de 24 de janeiro, de autoria do deputado Eloy Chaves. De acordo com Finkelman (2002), no ano de 1932, já existiam 140 CAPs com quase 19 mil segurados, 10.300 aposentados e aproximadamente 8.800 pensionistas. No entanto,

Em substituição ao sistema extremamente fragmentário das CAPs, foram fundados os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), congregando o conjunto dos trabalhadores de um dado ofício ou setor de atividade. O primeiro Instituto, destinado aos funcionários públicos federais, foi criado em 1926, mais tarde denominado Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE) (FINKELMAN, 2002, p. 237).

Os IAPs, diferentemente das CAPs, conseguiram integrar mais trabalhadores aos serviços oferecidos pelo sistema previdenciário. Nesse sentido, a expansão das demais categorias profissionais garantiria a ampliação dos serviços para mais operários e, com isso, contribuíram para que a previdência estivesse mais unificada e menos desigual.

De acordo com Finkelman (2002), desde a promulgação da Lei Eloy Chaves, apesar da assistência médica possuir certa centralidade no que concerne aos benefícios da previdência social, as legislações dos IAPs revelaram que existiam vários órgãos que os serviços de saúde tinham um caráter secundário e eram cheios de restrições. Nessa conjuntura:

[...] originou uma solução intermediária. A Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), instituída pela Lei nº 3807 de 26 de agosto de 1960, posteriormente regulamentada pelo Decreto nº 48.959, em setembro do mesmo ano, uniformizou as regras, mas manteve a organização institucional segmentada. De qualquer forma, a promulgação da LOPS trouxe um avanço significativo no sentido de viabilizar a futura unificação da previdência social, visto que uniformizava os tipos de benefícios concedidos, a forma de contribuição para

---

<sup>4</sup> Em 1923, a Lei Eloy Chaves deu estabilidade aos ferroviários com dez ou mais anos de serviço. Com essa lei, a previdência social brasileira foi implantada. Criou as Caixas de Aposentadoria e Pensões para os empregados das empresas ferroviárias, contemplando os benefícios de aposentadoria por invalidez, aposentadoria ordinária (atualmente chamada de aposentadoria por tempo de contribuição), pensão por morte, bem como o benefício de assistência médica, todos eles custeadas por contribuições do Estado, dos empregadores e dos trabalhadores (BRASIL, 1923).

o financiamento do sistema e os procedimentos administrativos dos institutos (FINKELMAN, 2002, p. 238).

No entanto, todos esses avanços propiciados pela promulgação da LOPS não conseguiram, em sua totalidade, corrigir os erros dos múltiplos institutos, tanto CAPs quanto IAPs. Finkelman (2002) menciona que, mesmo depois de se propor corrigir o problema de uniformidade, a distribuição dos gastos entre os diversos programas ainda era uma problemática.

Enquanto a assistência médica evoluía de forma segmentada e restrita aos contribuintes urbanos da previdência social, no âmbito da saúde pública surgia a primeira mudança na cultura campanhista de atuação verticalizada do governo federal com a criação, em 1942, do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Esse serviço, criado em função do acordo entre os governos do Brasil e dos Estados Unidos, tinha por objetivo fundamental proporcionar o apoio médico-sanitário às regiões de produção de materiais estratégicos que representavam, na época, uma inestimável contribuição do Brasil ao esforço de guerra das democracias no desenrolar da II Guerra Mundial (FINKELMAN, 2002, p. 239).

Essa atenção inicial aos combatentes da Guerra também marca o início das atividades institucionais, a partir do aparelho estatal, na assistência social brasileira. Foi uma iniciativa fortemente apoiada pela expansão capitalista da hegemonia estadunidense e teve seu protagonismo exercido, especificamente, pela então primeira-dama Darcy Vargas.

O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), juntamente com a Legião Brasileira de Assistência (LBA) exerceram um importante papel na assistência aos soldados brasileiros enviados para a II Guerra Mundial, onde estas instituições tinham um instrumento central na assistência aos mais necessitados através do voluntariado.

Posteriormente, na década de 1960, o contexto da saúde pública torna a se reestruturar, dessa vez a partir de mais uma unificação e compartilhamento do mesmo ministério associado ao campo da saúde e da previdência social. Anteriormente o que tinham feito com as CAPs e IAPs, agora fizeram a nível estrutural mais abrangente e distinto. Nesse período,

[...] se consolidou a duplicidade de responsabilidades federais no campo da saúde, divididas entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Previdência Social. Isto porque a fusão das instituições de seguro social fortaleceu a previdência social tanto administrativa como, sobretudo, financeira e politicamente, contribuindo para o fracasso das tentativas integracionistas conduzidas na órbita do Ministério da Saúde (FINKELMAN, 2002, p. 240).

Nesse sentido, e com o objetivo central de encontrar soluções para as problemáticas de segmentação institucional que eram latentes, surge em 1966 o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), criado pelo Decreto Lei nº 71 de 21 de novembro de 1966. Além de corrigir esses erros, o INPS também tinha por objetivo aumentar a eficiência do sistema ora promulgado e estruturado (FINKELMAN, 2022). Ademais, esse é um período que:

[...] registra maior avanço em termos de extensão de cobertura, com a incorporação da população rural, ainda que em regime diferenciado, tanto em benefícios quanto na forma de contribuição. A assistência médico-hospitalar aos trabalhadores rurais foi condicionada, a partir de 1971, à disponibilidade de recursos orçamentários (FINKELMAN, 2002, p. 244).

Toda essa polêmica é vivenciada na ditadura brasileira. Sem dúvidas, o contexto exigia atenção devido às inúmeras represálias e retrocessos em relação à saúde pública e sua consolidação no Brasil. Um dos expressivos cancelamentos realizados nesse período foi o do Plano Nacional de Saúde (PNS), que representou uma preocupação após a instauração do regime de 1964 para os ditadores.

O PNS se notabilizou por algumas características centrais que, se implementadas, teriam modificado substancialmente o sistema de saúde vigente no país, entre elas, a universalização do acesso e a integração da assistência médica do Ministério da Saúde, o que foi objeto de forte resistência, ainda que não explícita, da área previdenciária (FINKELMAN, 2022, p. 241).

Esse PNS representou, sem dúvidas, um importante mecanismo de incentivo a universalização da saúde pública, visto que até então esta se restringia ao âmbito da contribuição previdenciária. No entanto, não era proveitoso para a previdência que o desfalque que a instauração de uma saúde pública e universal traria para o que era privatizado e centralizado, por isso, suas bases foram questionadas e, conseqüentemente, reconfiguradas de acordo com a ordem vigente.

No vácuo deixado pelo cancelamento do PNS, o novo ministro da Saúde, Mário Machado de Lemos, tentou implementar um conjunto de princípios e diretrizes destinados a orientar a ação e decisão do governo, definindo os postulados básicos a serem observados na institucionalização e implementação do Sistema Nacional de Saúde (SNS). A prestação de serviços gerais de saúde seguiria alguns princípios que hoje regem o Sistema Único de Saúde (SUS), tais como a universalização da assistência, a

regionalização dos serviços e a integração entre serviços preventivos e assistência individual (FINKELMAN, 2002, p. 242).

Como dito, as diretrizes que se propunha a SNS eram bem próximas do então Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, essa integração dos serviços, a própria ideia de universalidade e equidade dentro de uma conjuntura histórica repressiva, não era capaz de ter sua legitimidade garantida via Estado ditatorial. Nesse sentido,

O projeto abortou e os elementos que estavam no seu cerne (universalização, regionalização, hierarquização da rede e comando único) só seriam retomados quinze anos mais tarde, na VIII Conferência Nacional de Saúde e na Assembleia Nacional Constituinte. Se a busca de um sistema de saúde universal fracassou nas tentativas hegemônicas do Ministério da Saúde, o Ministério da Previdência, um ano depois, deu um passo importante para o Plano de Pronta Ação (PPA). Este passo rompeu com a lógica da vinculação do direito de assistência médica à condição de contribuinte da previdência (FINKELMAN, 2002, p. 242).

Em 1975, o governo federal toma a iniciativa de organizar o setor da saúde a partir de uma sistematização definindo dois campos institucionais: 1) o do Ministério da Saúde, com atuação voltada para atendimentos relacionados à saúde coletiva e; 2) o do Ministério da Previdência e Assistência Social, voltado a atuar especificamente na assistência médica individual (FINKELMAN, 2002).

Nesse mesmo ano, foi instituído pela Lei nº 6229, de 1975, o Sistema Nacional de Saúde (SNS), representando um grande avanço para as discussões e, conseqüentemente, para a operacionalização do modelo de saúde pública que o Brasil objetivava construir ao longo da história. O SNS tinha como:

[...] objetivo principal corrigir a multiplicidade institucional descoordenada no setor público, conceituada como: “o complexo de serviços do setor público e do setor privado, voltados para as ações de interesse de saúde, organizado e disciplinado nos termos desta Lei, abrangendo as atividades que visem a promoção, proteção e recuperação em saúde (FINKELMAN, 2002, p. 243).

Essa correção, no entanto, não se daria de forma desestruturada, visto que o reconhecimento da racionalidade previdenciária estaria organizada de acordo com o nível elementar do setor de saúde e suas proposições de acordo com a assistência médico-sanitária.

Em 1976 foi criado outro instrumento importante para a história da saúde pública no Brasil. Trata-se do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), aprovado pelo Decreto nº 76.307, de 24 de agosto de 1976 e

foi criado com ações direcionadas a um propósito: levar assistência médico-sanitarista a todos dos que dela carecem através da utilização de técnicas de baixo custo e aplicáveis sem dificuldade e risco (FINKELMAN, 2002). O PIASS:

[...] reconhecia que a complexidade nosológica de uma comunidade aumenta na medida em que cresce o seu grau de desenvolvimento. Essa circunstância recomenda que os serviços de saúde sejam organizados de forma hierarquizada, descentralizada – para unidades mais simples localizadas na periferia – as ações de saúde de maior frequência e de fácil aplicação, mas centralizado – em locais estratégicos – os recursos e serviços especializados ou de maior porte (FINKELMAN, 2002, p. 245).

Ou seja, era um programa que se destinava a levar assistência médico-sanitarista para além dos limites institucionais e previdenciários, expandindo o atendimento e desconsiderando critérios contributivos. Essa estrutura de programa era, portanto, uma das estruturas básicas capazes de contribuir nas diversas problemáticas relacionadas ao processo de saúde-doença até então restritos em relação ao tratamento.

Ainda durante a Ditadura Militar, emerge um movimento que, em síntese, defende a democratização e universalização do acesso à saúde. Ou seja, que o Estado garanta a saúde como direito de todos. Esse movimento, caracterizado como Movimento pela Reforma Sanitária, se caracterizou por ir contra a mercantilização da saúde para que, todos os cidadãos tendo acesso à saúde, a sociedade brasileira compreendesse os determinantes sociais da saúde no processo saúde-doença.

Forjado em um período de transição democrática, questionando o autoritarismo e criticando o modelo de saúde (medicalizado, de baixa efetividade e alto custo financeiro), o movimento pela reforma sanitária não se detinha à reivindicação de mudanças apenas na política de saúde, mas, sim, tinha em sua ideia original a proposta de uma reforma social mais ampla, em busca da democratização da sociedade (PAIM, 2009, p. 37).

Esse projeto sanitário, entretanto, não era o único que se debruçava em compreender a saúde. Existia outro intitulado de “Projeto Privatista” que versava sobre a saúde e sua operacionalização, ambos em disputa devido às distinções entre as concepções que norteavam seus interesses acerca da saúde. Dentre as principais diferenciações entre as concepções, pode-se verificar no quadro a seguir:

**Quadro 1** - Projetos em disputa pela Saúde Pública Brasileira

ESPECIFICIDADES	REFORMA SANITÁRIA	PRIVATISTA
Bases	Estado Democrático de Direito	Estado Mínimo
Premissas	Saúde: Direito Social e Dever do Estado	Parcerias e privatizações
Estratégias de ação	Universalização, Descentralização e Controle Social	Refilantropização

Fonte: Bravo (2007) apud Silva (2017)

Embalado por essa conjuntura efervescente dos movimentos pela Reforma Sanitária, a década de 1980 representou um marco para a instrumentalização do debate acerca da construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme mostra a tabela a seguir, entre 1980 e 1990 a saúde pública no Brasil vivenciou os mais importantes marcos para a sua consolidação.

**Quadro 2** - Panorama histórico das principais ações de saúde pública entre a década de 1980 a 1990

ANO	MARCO HISTÓRICO
1980	Criação da Comissão Interinstitucional de Planejamento (CIPLAN), cuja principal função era fixar os repasses federais dos dois ministérios (Saúde e Previdência Social) para o financiamento de serviços prestados pelas redes estaduais e municipais, além de estabelecer normas de articulação programática entre Ministério de Saúde, Previdência e Educação.
1982	Instituição do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, mais conhecido como Plano CONASP, que seguia diretrizes como a prioridade para a atenção primária, a integração das diferentes agências públicas de saúde em um sistema regionalizado e hierarquizado e a diminuição da capacidade ociosa do setor público.
1984	Implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), que reforçou a atuação da CIPLAN na área federal, e estimulou a criação de Comissões Interinstitucionais de Saúde, no âmbito dos estados, das regiões estaduais de saúde e dos municípios.
1987	Início do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificadas e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS). Esse programa, como as AIS, enfatizava os mecanismos de programação e orçamentação integradas e as decisões colegiadas tomadas no âmbito das Comissões Interinstitucionais. Avançando no sentido da descentralização da gestão do sistema, tinha como foco as secretarias estaduais de saúde, que deveriam assumir as responsabilidades de órgãos reitores dos sistemas estaduais de saúde.
1985-1988	A partir de 1985 crescia um amplo movimento político setorial que teve, como pontos culminantes, a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), os

trabalhos técnicos desenvolvidos pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), criada pelo Ministério da Saúde, em atendimento a proposta da VIII CNS, e o projeto legislativo de elaboração da Carta Constitucional de 1988.

Fonte: FINKELMAN, 2002, p. 246-248.

É nesse contexto que emerge o Sistema Único de Saúde. Porém, para que de fato se consolide, a Constituição Brasileira de 1988 representou um marco ao considerar a saúde como política da seguridade social<sup>5</sup>. Promulgada em 5 de outubro de 1988, a Constituição redefiniu conceitos pertinentes ao âmbito social, político, econômico e cultural do país.

O SUS foi definido como constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas, federais, estaduais e municipais, da administração direta e das fundações mantidas pelo poder público. A iniciativa privada pode participar do SUS em caráter complementar, mediante contrato de direito público, mas as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência (FINKELMAN, 2002, p. 250).

Nesse sentido, com a consolidação de um sistema de saúde que se preocupasse com a saúde pública e a este parâmetro foi estruturado, o SUS, sob um modelo de atenção configurado em princípios constitucionais universais, equitativos e integralizados, representa um marco para a história da saúde pública no Brasil, conforme apresenta o quadro comparativo a seguir:

---

<sup>5</sup> Representa “[...] um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (CF, 1988, art. 194).

**Quadro 3** - A saúde pública no contexto anterior e depois do Sistema Único de Saúde (SUS)

ANTES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	DEPOIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
O sistema público de saúde atendia a quem contribui com a previdência social. Quem não tinha dinheiro dependia da caridade e da filantropia	O sistema público de saúde é para todos, sem discriminação. Desde a gestação, e por toda a vida, a atenção integral à saúde é um direito.
Centralizado e de responsabilidade federal, sem a participação dos usuários.	Descentralizado, municipalizado e participativo, com 100 mil conselheiros de saúde.
Assistência médico-hospitalar.	Promoção, proteção, recuperação e reabilitação em saúde.
Saúde é ausência de doenças.	Saúde é qualidade de vida.
30 milhões de pessoas têm acesso aos serviços hospitalares.	Mais de 152 milhões de pessoas têm no SUS o seu único acesso aos serviços de saúde.

Fonte: elaborado pelo autor

Este sistema, conforme evidenciado no quadro anterior, se distingue de todo o passado das ações pontuais de saúde pública no Brasil. Isso porque, de acordo com uma lógica ampla de ações e serviços, um sistema estruturado é algo amplo e abrangente, e não apenas algo pontual e orientado à uma perspectiva curativa. Nesse sentido, as discussões posteriores foram realizadas abrangendo o contexto da pós construção do SUS e sua contemporaneidade.

## **2.2 A Constituição Federal de 1988 e a saúde como garantia: parâmetros legislativos da saúde no Brasil contemporâneo**

Como evidenciado na discussão anterior, a história da saúde pública no Brasil é complexa e abundante de particularidades. Tal abundância de características, como visto, é apresentada de uma forma peculiar no decorrer da construção sócio-histórica do país.

Nesse sentido, tendo em vista que o debate contemplou a historicidade da saúde no Brasil desde a colonização, as discussões aqui presentes se direcionaram ao âmbito da contemporaneidade, especificamente com a emergência da regulamentação da saúde pública no Brasil e, sob a influência do pensamento neoliberal<sup>6</sup>, os principais desafios para a sua efetivação na atualidade.

<sup>6</sup> O pensamento neoliberal, de acordo com Anderson (1995, p. 68), se caracteriza como “[...] uma reação teórica e política veemente contra o Estado intervencionista e de bem-estar, atacando qualquer

O conceito de saúde, amplamente debatido na constituinte, se reconfigurou e, de uma forma expressiva, modificou suas bases. É reconhecido, sobretudo, a saúde como um direito social, definindo um novo paradigma para a ação do Estado no contexto, conforme apresenta o art. 196 e 198 da CF/88:

Art. 196 - o direito à saúde deverá ser garantido mediante políticas econômicas e sociais que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, reconhecendo, por conseguinte, a múltipla determinação e a estreita relação da saúde com o modelo de desenvolvimento.

Art. 198 - as ações e serviços públicos de saúde serão organizados em uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um **sistema único de saúde**, de acordo com as seguintes diretrizes: 1) o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; 2) a descentralização com direção única em cada esfera de governo e; 3) a participação comunitária (CF, 1988, grifo nosso).

Nesse sentido, a Constituição Federal de 1988 consagrou o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde como um direito de todo cidadão. Por isso, ao detalhar os princípios e diretrizes, a saúde passou a ser organizada por um sistema amplo, onde incidem as regulamentações jurídicas das Leis nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 e 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Além desses artigos citados anteriormente, a CF/88 discorre sobre a saúde dos artigos 196 a 200, tendo também outras menções acerca da estruturação de um sistema de saúde. Dentre eles, para a Constituição em seu artigo 200:

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros; II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

---

limitação dos mecanismos de mercado por parte do Estado". Vem sendo implantada progressivamente ocasionando uma atuação mínima do Estado no campo das políticas sociais, que procura desenvolver programas de cunho emergencial e assistencialista. A sociedade vivenciava de maneira compulsória a degradação em relação a sua condição de vida".

Sendo os principais marcos da saúde pública brasileira na década de 1990, podemos citar as principais que representam esse avanço e consolidação do SUS no Brasil, em destaque: Constituição da República de 1988; Lei Orgânica da Saúde 8080/90; Lei Complementar da Saúde 8142/90; Normas Operacionais Básicas - NOB<sup>7</sup>; Normas Operacionais de Assistência à Saúde - NOAS<sup>8</sup>; Portaria 399; Pacto pela Saúde 2006<sup>9</sup>, conforme explicita evolução cronológica a seguir, datando da década de 1990 até 2011:

**Quadro 4** - Evolução cronológica dos principais marcos históricos da saúde pública no Brasil no período de 1988 a 2011

ANO	MARCOS
1988	A Constituição Brasileira reconhece o direito de acesso universal à saúde a toda a população, por meio de um Sistema Único de Saúde.
1989	Registro do último caso de poliomielite no Brasil.
1990	Leis nº 8.080 e nº 8.142 regulamentam os serviços, a participação da sociedade e as bases de funcionamento do SUS.
1991	Estruturação da rede de atenção básica em saúde com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
1992	Aprovação da Norma Operacional Básica (NOB/01)
1993	Descentralização e municipalização dos serviços e a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)
1994	Estruturação da Saúde da Família com equipes multidisciplinares atuando nas comunidades
1995	Regulamentação do Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS
1996	Redefinição do modelo de gestão do SUS que disciplina as relações entre União, estados, municípios e Distrito Federal.
1999	Criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), uma nova etapa no registro e fiscalização de medicamentos e alimentos.

<sup>7</sup> Com a Lei nº 8.080, fica regulamentado o Sistema Único de Saúde. As Normas Operacionais Básicas, por sua vez, a partir da avaliação do estágio de implantação e desempenho do SUS, se voltam, mais direta e imediatamente, para a definição de estratégias e movimentos táticos, que orientam a operacionalidade do sistema.

<sup>8</sup> Embora constante nas diretrizes do SUS, a regionalização só vem merecer destaque a partir das NOAS. Com o propósito de corrigir as deficiências das normas anteriores, foram elaboradas e publicadas as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001 e 01/2002), frutos de intensa negociação entre representantes de diferentes esferas governamentais, membros do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e tendo como arena decisória a instância representada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) (BRASIL, 2003).

<sup>9</sup> É um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios), com objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas de Saúde (BRASIL, 2003).

<b>2002</b>	Publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2022), que define a regionalização e a assistência à saúde / Criação das Políticas Nacionais de Saúde da Pessoa com Deficiência, de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.
<b>2003</b>	Criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)
<b>2004</b>	Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de Humanização do SUS e de Saúde do Trabalhador
<b>2005</b>	Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos / Plano Nacional de Saúde
<b>2006</b>	Pacto pela Vida, em defesa do SUS e de gestão estabelecidos pelos gestores das esferas federal, estadual e municipal, com objetivos e metas compartilhadas / Política de Saúde da Pessoa Idosa
<b>2008</b>	Ação efetiva para regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, que trata do financiamento das ações e serviços públicos de saúde.
<b>2011</b>	Plano Nacional de Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis / Regulamentação do Cartão Nacional de Saúde / Estratégia Rede Cegonha.

Fonte: elaborado pelo autor

O SUS, como já mencionado, foi regulamentado pela Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080), de 1990. Ela é uma lei que conta com 55 artigos e que ao passar dos anos foi sofrendo algumas alterações em sua estrutura. Dentre os objetivos do SUS, estão: I) identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde; II) formular a política de saúde, promovendo, nos campos econômico e social, a redução dos riscos de doenças e agravos; III) garantir às pessoas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, integrando ações assistenciais e preventivas (BRASIL, 1990).

Outro importante instrumento legislativo foi a Lei 8.142, de 1990, a qual dispõe sobre o controle social<sup>10</sup> no SUS. No seu discorrer, especificamente no que se refere às instâncias colegiadas para a efetivação do controle social, tem-se dois importantes âmbitos: as conferências de saúde<sup>11</sup> e o conselho de saúde<sup>12</sup> (BRASIL, 1990).

<sup>10</sup> O controle social diz respeito, especificamente, à participação da sociedade na elaboração das políticas públicas no Brasil, sua gestão, controle administrativo-financeiro, monitoramento dos planos e programas de saúde.

<sup>11</sup> A conferência de saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde (BRASIL, 1990).

<sup>12</sup> O Conselho Nacional de Saúde (CNS) é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde, integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde. O conselho é composto por 48 conselheiros titulares e seus respectivos primeiros e segundos suplentes, que são representantes dos segmentos de usuários, trabalhadores, gestores do SUS e prestadores de serviços em saúde. Além do Ministério da Saúde, fazem parte do CNS movimentos sociais, instituições governamentais e não-governamentais, entidades de profissionais de saúde, comunidade científica, entidades de prestadores de serviço e entidades empresariais da área da saúde (BRASIL, 1990, n.p.).

Um fator imprescindível para o conceito de saúde foi incluir os determinantes sociais da saúde<sup>13</sup> no SUS. Esses aspectos que condicionam essa concepção, vão muito além de entender a doença apenas como algo isolado, sem determinações sociais. Conforme mostra a figura a seguir:

**Figura 1** - Determinantes sociais da saúde



Fonte: Dahlgren e Whitehead (2000).

Apesar de todos esses avanços, a política de saúde no Brasil, atualmente, está sendo potencialmente sucateada pela lógica neoliberal, que ocasiona uma atuação mínima do Estado diante das políticas sociais. Em contrariedade ao processo de implantação do SUS, o neoliberalismo emerge no Brasil ainda na década de 1990, onde o projeto neoliberal, liderado pelo então Ministro da Administração e Reforma do Estado, Luís Carlos Bresser Pereira, defendia que:

Reformar o aparelho do Estado significa garantir a esse aparelho maior governança, ou seja, maior capacidade de governar, maior condição de implementar as leis e políticas públicas. Significa tornar muito mais eficientes as atividades exclusivas de Estado, através da transformação das autarquias em “agências autônomas”, e tornar também muito mais eficientes os serviços

<sup>13</sup> Os determinantes sociais não podem ser avaliados somente pelas doenças geradas, pois vão além, influenciando todas as dimensões do processo de saúde das populações, tanto do ponto de vista do indivíduo quanto da coletividade na qual ele se insere. Por isso é importante que o setor saúde se some aos demais setores da sociedade no combate às iniquidades - o que chamamos de intersetorialidade. Todas as políticas que assegurem a redução das desigualdades sociais e que proporcionem melhores condições de mobilidade, trabalho e lazer são importantes nesse processo, além da própria conscientização do indivíduo sobre sua participação pessoal no processo de produção da saúde e de qualidade de vida (OLIVEIRA, s.d, n.p.).

sociais competitivos ao transformá-los em organizações públicas não-estatais de um tipo especial: as “organizações sociais” (BRASIL, 1995, p. 44 – 45).

Dessa forma, com um Estado mínimo, o qual é defendido pelo neoliberalismo, as políticas sociais ficam sucateadas, pois estas são, ou não, minimamente objeto de intervenção estatal. Dessa forma, por a política de saúde compor o âmbito das políticas sociais, esta é profundamente impactada pelo contexto. Com isso, a responsabilidade do Estado, em seu viés voluntário, transfere incumbências para esfera privada e, também, para a própria sociedade civil. Nessa circunstância:

Ao Estado cabe um papel coordenador suplementar. Se a crise se localiza na insolvência fiscal do Estado, no excesso de regulação e na rigidez e ineficiência do serviço público, há que reformar o Estado, tendo em vista recuperar a governabilidade (legitimidade) e a governança (capacidade financeira e administrativa de governar). A perspectiva da reforma é garantir taxas de poupança e investimento adequadas, eficiente alocação de recursos e distribuição de renda mais justa. O lugar da política social no Estado social-liberal é deslocado: os serviços de saúde e educação, dentre outros, serão contratados e executados por organizações públicas não-estatais competitivas. (BEHRING, 2009, p. 173)

Nesse sentido, é necessário situar esse contexto devido os impactos que essa conjuntura trava na perspectiva de dificultar a consolidação do SUS. Pois com um Estado mínimo, não há financiamento necessário para o SUS que, em sua amplitude, necessita de investimentos abrangentes para a gestão dos serviços do sistema.

Com investimentos limitados, o neoliberalismo, a partir de seu incentivo à privatização das políticas sociais, passa a implementar a saúde na agenda da privatização<sup>14</sup>. Nesse movimento, o acesso à saúde passa a ser objeto de problema, pois começa a existir na saúde uma interface entre o setor público e privado, indo contra ao que preconiza a universalização do SUS e sua descentralização.

Diante desse cenário de contrarreforma das políticas sociais, inclusive a de saúde, os movimentos sociais, assim como os movimentos pela Reforma Sanitária o

---

<sup>14</sup> O termo privatização do SUS se refere ao movimento de transferência de responsabilidades do setor público para o setor privado, desde a terceirização da força de trabalho médica/paramédica à administração de unidades públicas pela iniciativa privada, quer com ou sem fins lucrativos. Dessa maneira, utilizou-se o termo privatização do SUS por melhor caracterizar o movimento em curso no Brasil. É claro, que esse termo não declara o SUS como um sistema privado, pelo contrário, revela o fenômeno neoliberal de deslocamento do sistema em direção ao modelo proposto pelo Banco Mundial, traduzindo-se na ampliação do mercado das seguradoras privadas de saúde com um sistema público complementar ao modelo privado, que atenderia aqueles que não se inserissem nesse subsistema (PAULA, 2005, p. 34).

fizeram historicamente, se organizaram para criar mecanismos de resistência frente aos retrocessos que o modelo neoliberal estava causando no SUS.

Pode-se destacar, nesse sentido, a expansão dos Fóruns Populares de Saúde em defesa do SUS e a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde<sup>15</sup>. Em síntese, esses movimentos tinham como perspectiva a defesa da estatização da saúde articulada com os movimentos sociais e contra o neoliberalismo, criticando fortemente os governos que assumiram em sua agenda a pauta da privatização do SUS (ANDREAZZI; BRAVO, 2018).

Portanto, esse é um contexto que exige atenção para com o fortalecimento do SUS, visto que esse segue sendo potencialmente atacado por governos ultraneoliberais e que, partindo da perspectiva de aumentos de investimentos em outros âmbitos governamentais (em sua maioria econômicos), sucateiam o acesso à uma saúde pública, universal e de qualidade.

---

<sup>15</sup> A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS) é uma organização composta por militantes da saúde (movimentos populares, estudantis, social e sindical, além de organizações políticas e intelectual) que compõem Fóruns Estaduais e lutam por um SUS 100% público, estatal e de qualidade, estando articulada em 20 estados e no Distrito Federal, existindo ainda 17 fóruns municipais (FNCPS, 2018, n.p.).

### **3 O SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE: aspectos para o debate**

Tendo em vista todo o arcabouço histórico apresentado no capítulo anterior sobre a política de saúde, é essencial que se fundamente, nessa etapa da discussão, a relação que esses aspectos possuem com a profissão de Serviço Social. Nesse sentido, esse capítulo se concentrou nas principais particularidades do vínculo do Serviço Social com o desenvolvimento histórico da saúde pública no Brasil.

Essas particularidades, no entanto, devem estar situadas em uma análise da profissão, ainda que breve, e de toda a sua história no Brasil. Isso revela a dinâmica da vida social e conseqüentemente torna mais compreensível todo o cenário contemporâneo. Dessa forma, a proposta partiu da premissa de que relacionando a emergência do Serviço Social no Brasil à sua inserção na política de saúde no Brasil é possível interpretar o porquê que historicamente a saúde é uma das áreas que mais empregam assistentes sociais no país.

#### **3.1 A emergência do Serviço Social no Brasil: breve histórico e atualidade**

A discussão sobre a emergência nos diversos países latino-americanos, bem como na conjuntura estadunidense, perpassa reflexões sobre o âmbito social, político, econômico e cultural da sociedade da época. Ou seja, o surgimento da profissão nesses países, como no Brasil, demandam explicações macroestruturais da sociedade e do desenvolvimento do modo de produção capitalista.

É inserido no processo de industrialização impulsionado pelo sistema capitalista, que a profissão surge em vários países, onde as manifestações de objeto de trabalho – a questão social – passam se expressar de forma evidente e latente. Como questão social, pode-se entendê-la como:

[...] as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e da repressão. O Estado passa a intervir diretamente nas relações entre o empresariado e classe trabalhadora, estabelecendo não só uma regulamentação jurídica do mercado de trabalho, através da legislação social e trabalhista específicas, mas gerindo a organização e prestação de serviços sociais, como um novo tipo de enfrentamento da questão social (IAMAMOTO; CARVALHO, 2007, p. 77).

Dessa forma, o surgimento do Serviço Social no Brasil está muito atrelado às condições sócio-históricas do movimento da realidade social em toda a América Latina. Nesse contexto mais estrutural, os países latino-americanos, subordinados ao imperialismo, eram extremamente controlados pelos países centrais da Europa e Estados Unidos. Assim,

O desenvolvimento das forças produtivas e as relações sociais engendradas nesse processo determinam novas necessidades sociais e novos impasses que passam a exigir profissionais especialmente qualificados para o seu atendimento, segundo os parâmetros de racionalidade e eficiência inerentes à sociedade capitalista (IAMAMOTO, 2006, p. 77).

Esse novo padrão, no entanto, inaugura uma profissão que é institucionalizada, sobretudo, pela doutrina social da Igreja Católica, bem como para contribuir com a hegemonia das classes dominantes. Com isso, o surgimento do Serviço Social no Brasil está intimamente ligado à sua intervenção nas expressões da questão social, oriundas do processo de industrialização, bem como para assumir uma postura de mediadora de conflitos entre a burguesia e o proletariado. A atuação profissional, portanto, se destinara na:

[...] estruturação do perfil da emergente profissão no país a Igreja Católica, responsável pelo ideário, pelos conteúdos e pelo processo de formação dos primeiros assistentes sociais brasileiros. Cabe ainda assinalar, que nesse momento, a questão social é vista a partir de forte influência do pensamento social da Igreja, que a trata como questão moral, como um conjunto de problemas sob a responsabilidade individual dos sujeitos que os vivenciam, embora situados dentro de relações capitalistas. Trata-se de um enfoque individualista, psicologizante e moralizador da questão social, que necessita para seu enfrentamento de uma pedagogia psicossocial, que encontrara no Serviço Social possibilidades de desenvolvimento (YAZBEK, 2009, p. 92).

Nessa perspectiva, o Serviço Social, em sua emergência era um agente que conduzia a harmonia dentro das contradições capitalistas, a fim de controlar possíveis reivindicações de trabalhadores e atuar para manter o padrão de desenvolvimento do capitalismo monopolista no Brasil (YAZBEK, 2009).

Dessa forma, a profissão tem sua emergência a partir da mobilização de agentes sociais - Igreja; Burguesia - para garantir seus interesses e privilégios com base nos processos de exploração e controle dos trabalhadores. Por isso, o direcionamento do “Bloco Católico” em intervir nas expressões da chamada questão social, foi um momento estratégico para a conjuntura política da época, pois somente

apoiado às premissas da doutrina social católica, o projeto de desenvolvimento capitalista iria conseguir sustentação política, econômica e social da época, pois a Igreja ainda detinha certa hegemonia (YAZBEK, 2009).

Em 1930, com o processo de industrialização sendo implementado no Brasil a partir da transição do modelo tipicamente agroexportador<sup>16</sup> para o mundo das indústrias, o país passou por um momento extremamente complicado para o âmbito social, pois veio à tona uma série de problemáticas devido a intensa industrialização e, conseqüentemente, da urbanização do país. Nesse cenário,

O Serviço Social, legitimado no Brasil na década de 1930, passou por diferentes períodos que marcaram profundamente o cenário profissional. Esta constatação decorre do fato de que as bases da inserção do Serviço Social no Brasil estão relacionadas à dinâmica das relações sociais determinadas historicamente na sociedade brasileira, a partir de um processo cumulativo de fatos e eventos ocorridos nos âmbitos social, político, econômico e religioso (IAMAMOTO, 2006, p. 33).

Ou seja, a profissão está ligada à como a sociedade se comporta ao longo de seus processos históricos, os quais marcam profundamente a forma na qual o assistente social irá intervir diante de suas demandas. Assim, as condições de trabalho dos assistentes sociais, “[...] têm raízes nesses processos sociais, historicamente datados, expressando tanto a dinâmica da acumulação, sob a prevalência de interesses rentistas, quanto a composição do poder político” (IAMAMOTO, 2007, p. 343). Esse contexto de emergência, nesse sentido, se deu justamente por condições estruturais da sociedade não somente brasileira, mas mundial.

No ano de 1929, a bolsa de valores de Nova York “quebrou”, houve, portanto, um “crash” econômico nos EUA<sup>17</sup>. Esse contexto, sem dúvidas, impactou

---

<sup>16</sup> O século XX no Brasil trouxe as condições necessárias para o rompimento do modelo agroexportador vigente até então e o início da industrialização em consequência da organização da classe trabalhadora. É sabido que até o início do século passado a economia brasileira e sua exportação estavam centradas na produção de café, principalmente, no eixo São Paulo - Minas Gerais. Em decorrência da hegemonia econômica destes estados a primeira república esteve centralizada, também, no âmbito político através da adoção de um sistema de rodízio na escolha de presidentes do país, conhecida como política do café com leite, que conservava um grupo restrito no poder, fazendo com que Minas e São Paulo passassem a monopolizar as escolhas dos dirigentes da nação (FIGUEIREDO, 1979).

<sup>17</sup> A crise de 1929, também chamada de Grande Depressão, seguiu à crise da bolsa durante três anos. Durante esse período, empresas fecharam suas portas, e milhões de pessoas se viram sem emprego, na maioria das vezes sem proteção social, incapazes de pagar seus alugueis, reduzidas à espera das distribuições gratuitas de alimentos e agasalhos, levadas a despejo e à mendicância (FIGUEIREDO, 1979, p. 37).

profundamente todo o mundo. Na ocasião, a economia americana sofreu uma das mais expressivas crises de toda a sua história.

Paralelamente, o Brasil, que também sofreu bastante com a crise de 1929, passa a inaugurar a chamada “Revolução de 1930”<sup>18</sup>, iniciada pelo então Presidente da República Getúlio Vargas que através da substituição da monarquia dos grandes latifundiários da política de café com leite, instaurou uma política com forte liderança presidencialista. Com esse novo contexto,

O Estado assume, então, uma organização corporativista e passa a tutelar as relações de trabalho, regulando a vida econômica, política e social, intervindo nos movimentos populares, que eram entendidos como excessos revolucionários. Determina uma legislação que busca conciliar os interesses contraditórios entre capital e trabalho e impede livre negociação entre o patrão e o empregado. Fica evidenciada a busca pela harmonia social, na criação de projetos políticos sustentados no amparo e na proteção do trabalhador (FIGUEREDO, 1979, p. 36).

Por outro lado, a questão social, impulsionada pelo investimento ao processo de industrialização do Brasil, passa a se manifestar de forma mais latente e nítida ao meio social, pois esta está veementemente ligada ao desenvolvimento do capitalismo e o desequilíbrio deste processo nos países de capitalismo dependente. Nessa época, essas manifestações da questão social eram vistas como um problema de ordem moral e não estando relacionada a conjuntura da sociedade (YAZBEK, 2009).

É nesse quadro que o Serviço Social se institucionaliza no Brasil, inicialmente ligado à doutrinação católica e tecnificado, a partir da década de 1940, com a influência do Serviço Social norte-americano, o qual fundamenta sua intervenção em bases conservadoras da matriz teórico positivista. Assim, a profissão orientou seu exercício profissional a partir da sistematização funcionalista, que enxerga a população com base nos padrões de eficiência, diagnóstico e tecnificação da ação profissional do assistente social, levando-o para o cotidiano da burocratização de seus espaços de trabalho (YAZBEK, 2009).

---

<sup>18</sup> Pensada como uma grande contestação do poder oligárquico no Brasil, a Revolução de 1930 representou o momento em que através de um movimento armado iniciado no dia 03 de outubro de 1930, sob a liderança civil de Getúlio Vargas e sob a chefia militar do tenente-coronel Pedro Aurélio, com o objetivo imediato de derrubar o governo de Washington Luís e impedir a posse de Júlio Prestes, eleito presidente da República em 1 de março. O movimento tornou-se vitorioso em 24 de outubro e Vargas assumiu o cargo de presidente provisório. As mudanças políticas, sociais e econômicas que tiveram lugar na sociedade brasileira no pós-1930 fizeram com que esse movimento revolucionário fosse considerado o marco inicial da Segunda República no Brasil (FIGUEREDO, 1979, p. 39).

A atuação do assistente social esteve subsidiada pelo positivismo até meados da década de 1960, quando a profissão passou a questionar suas bases de intervenção diante da própria dinâmica da realidade social<sup>19</sup>. Assim, a partir de encontros sistemáticos de assistentes sociais que começaram a se organizar para discutir o papel do Serviço Social, surge o um movimento determinado a revisar a prática profissional do assistente social. Diz respeito ao Movimento de Reconceituação do Serviço Social na América Latina, momento em que:

[...] em primeiro lugar, buscou o reconhecimento e a busca de compreensão dos rumos peculiares do desenvolvimento latino-americano em sua relação de dependência com os países centrais. Em segundo lugar, verificam-se os esforços empreendidos para a reconstrução do próprio Serviço Social, da criação de um projeto profissional abrangente e atento às características latino-americanas, em contraposição ao tradicionalismo. Em terceiro lugar, uma explícita politização da ação profissional, solidária com a libertação dos oprimidos e comprometida com a transformação social [...] todos esses fatores canalizam para a reestruturação da formação profissional, articulando ensino, pesquisa e prática profissional (NETTO, 2005, p. 131).

Com esse movimento, a profissão passou a questionar suas bases e a adequar-se de outros subsídios teóricos-metodológicos existentes. É um momento de debate, de contraposições e de fortalecimento dos processos organizativos da profissão. Essa renovação, portanto, imprimiu a profissão uma nova forma de agir profissionalmente. Netto (2005, p. 131) afirma que entende-se por renovação:

[...] o conjunto de características novas, que no marco das contradições da autocracia burguesa, o Serviço Social articulou, à base do rearranjo de suas tradições, procurando investir-se como instituição de natureza profissional dotada de legitimação prática, através de respostas a demandas sociais e da sua sistematização, e de valorização teórica, mediante a remissão às teorias e disciplinas sociais.

Considerando a diversidade teórico-metodológica, apresentada por Netto (2005) pelo conjunto de posições ideo-teóricas existentes, o Movimento de Reconceituação do Serviço Social implicou reflexões imprescindíveis a novos

---

<sup>19</sup> Em meados dos anos 1960, as sociedades de base urbano-industrial enfrentaram tensionamentos sociais que irão materializar na eclosão de lutas e mobilizações das classes subalternas, pelo reconhecimento de suas demandas sociais em busca de direitos. Esses movimentos, põem em questão a racionalidade do Estado burguês e suas instituições; nas suas expressões mais radicais, negam a ordem burguesa e o seu estilo de vida. Em qualquer dos casos, recolocam em pauta as ambivalências da cidadania fundada na propriedade e redimensionam a atividade política, multiplicando os seus sujeitos e suas arenas (NETTO, 2005, p. 143).

fundamentos para a profissão, bem como de suas raízes sociopolíticas e direcionamentos de suas práxis. Por isso, existiram várias perspectivas, dentre elas: perspectiva modernizadora; reatualização do conservadorismo e intenção de ruptura (NETTO, 2005).

A perspectiva modernizadora é apontada por Netto (2005) como a perspectiva que se legitima sob bases conservadoras e tradicionais e tem como marco principal tornar apto o exercício profissional do assistente social para uma conjuntura sociopolítica de Ditadura Militar. Assim, representa uma perspectiva que se propõe “[...] enquanto instrumento de intervenção inserido no arsenal de técnicas sociais a ser operacionalizado no marco de estratégias do desenvolvimento capitalista, às exigências postas pelos processos sócio-políticos emergentes no pós-64” (NETTO, 2005, p. 164). Nessa mesma direção, Abreu (2002, p. 06) assinala que:

A ideologia desenvolvimentista modernizadora vincula-se a uma concepção de desenvolvimento fundado na chamada teoria da modernização. Esta teoria explica o subdesenvolvimento como estágio de transição entre tempos históricos distintos, correspondentes a padrões socioculturais constitutivos de polos atrasados e modernos presentes em uma sociedade.

Como um direcionamento profundamente tradicional, a perspectiva modernizadora se comprometeu a desenvolver um posicionamento teoricamente estrutural-funcionalista, se preocupando em desenvolver ações pontuais com a população, sem necessariamente criticar a ordem societária vigente. Logo, representava a manutenção da ordem burguesa em que o desenvolvimento da ação profissional pautava-se na visão moralista da pobreza e na administração tecno burocrática do exercício profissional (NETTO, 2005).

A segunda perspectiva desse movimento foi intitulada de reatualização do conservadorismo. Nessa corrente, Netto (2005) apresenta aspectos de retomada das matrizes teóricas da emergência da profissão no país, ou seja, elementos renovadores que dialogassem com as práticas conservadoras e ligadas à caridade e moralização doutrinária das expressões da questão social.

Entende-se que no processo de Reatualização do Conservadorismo, busca-se aperfeiçoar as antigas práticas profissionais de acordo com as novas exigências do perfil profissional, ou seja, busca-se mantê-las num viés mais crítico que pudesse apresentar argumentos plausíveis para adentrar a nova prática profissional. Essa perspectiva “supunha reatualizar o

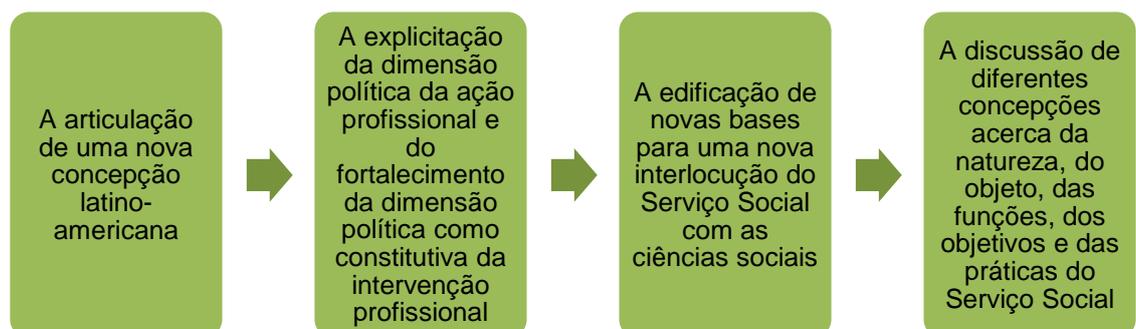
conservadorismo, embutindo-o numa ‘nova proposta’, ‘aberta’ e ‘em construção’” (NETTO, 2005, p.203)

A última perspectiva do Movimento de Reconceituação do Serviço Social na América Latina representa a até então hegemônica na profissão. É a intenção de ruptura, caracteriza por Netto (2005) como a que mais apresentou criticidade acerca do Serviço Social tradicional sustentado até a década de 1980. Nesse sentido, foi uma perspectiva que se constituiu, originalmente, sob bases inteiramente novas, objetivando romper substancialmente com as correntes teórico anteriores.

Assim como as outras correntes cuja emersão e confronto animam a renovação do serviço social no Brasil, a perspectiva da intenção de ruptura não é um puro resultado da vontade subjetiva dos seus protagonistas: ela expressa, no processo de laicização e diferenciação da profissão, tendências e forças que percorrem a estrutura da sociedade brasileira no período de que nos ocupamos (NETTO, 2005, p. 225).

No geral, essa articulação latino-americana foi imprescindível para a atualização político-profissional do Serviço Social na história. Netto (2005), traz uma avaliação das principais conquistas, a nível latino-americano, do Movimento de Reconceituação para o Serviço Social latino-americano e, em especial, o brasileiro, conforme apresenta no gráfico a seguir:

**Quadro 5** - Conquistas que se integraram na dinâmica profissional do assistente social através do Movimento de Reconceituação do Serviço Social



Fonte: Netto (2005)

Nesse sentido, Netto (2005) ao fazer um balanço de todo esse Movimento de Reconceituação do Serviço Social latino-americano, considera que os aspectos cruciais para o desenvolvimento deste processo se deu, principalmente, a partir de condições histórica que concretizaram, em um campo complexo de mediações:

[...] a revisão crítica operada nas fronteiras das ciências sociais, culminando com a deslegitimação do que operava como fundamentação científica, bem como o deslocamento sociopolítico de instituições cujas vinculações com o Serviço Social são notórias: as igrejas, em especial a católica. Além disso, o movimento estudantil, cujo protagonismo em meio às peculiaridades da rebelião juvenil, foi decisivo na crítica ao tradicionalismo no Serviço Social (NETTO, 2005, p. 08).

É sob essa circunstância que na década de 1990 se constrói no Serviço Social terreno fértil para a materialização da perspectiva intenção de ruptura nas bases ético-políticas, teórico-metodológicas e técnico-operativa da profissão na contemporaneidade. Dessa maneira, é construído o Projeto Ético-Político do Serviço Social (PEPSS), que:

[...] tem em seu núcleo o reconhecimento da liberdade como valor ético central – a liberdade concebida historicamente, como possibilidade de escolher entre alternativas concretas; daí um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais. Conseqüentemente, o projeto profissional vincula-se a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem dominação e/ou exploração de classe, etnia e gênero. (NETTO, 2005, p. 104).

Todo esse contexto, baseado em princípios fundamentais para orientação do assistente social sob influência da teoria social crítica<sup>20</sup>, gesta a construção de novas conduções para as relações de trabalho expressas na criticidade acerca do modo de produção capitalista. Esse PEPSS, sobretudo, apresenta três dimensões que, articuladas entre si, conferem a materialidade dos princípios apresentados. Se refere

---

<sup>20</sup> Teoria crítica é toda teoria que não reduz a realidade ao que existe. A realidade é considerada pela teoria crítica como um campo de possibilidades. A análise crítica assenta-se no pressuposto de que a existência não esgota as possibilidades da existência e que, portanto, há alternativas susceptíveis de se superar. A Teoria Social Crítica foi gestada dentro de um contexto Capitalista. E, nesse Sistema Econômico, Marx considera que o homem é submetido a um quadro de alienação, restando-lhe como alternativa assumir uma postura crítica frente a essas realidades que o oprime, sendo que a práxis é justamente aquela que [...] permite a suspensão dessa alienação evidentemente não sem contradições e conflitos. No âmbito das Ciências Sociais, não obstante relevância da Teoria Social Crítica no respaldar o ensino, a pesquisa e a extensão, verifica-se que, por se encontrar em contínua evolução, contemplando conceitos e interpretações no decorrer da construção de seu processo histórico, não esteve isenta de polêmicas e críticas por parte de alguns estudiosos (BARROCO, 2007, p. 194).

à dimensão político-organizativa da categoria<sup>21</sup>; dimensão jurídico-política da profissão<sup>22</sup>; e a dimensão da produção de conhecimentos no interior do Serviço Social<sup>23</sup>.

Portanto, tendo em vista a contextualização apresentada sobre a história do Serviço Social no Brasil até a sua contemporaneidade, é essencial que se considere os grandes avanços que o Movimento de Reconceituação do Serviço Social na América Latina representou para uma análise crítica dos processos de trabalho do assistente social na sociedade capitalista, que através de análises críticas sobre as relações sociais, consegue compreender as condições históricas para o desenvolvimento de suas intervenções, bem como os desdobramentos da atual conjuntura neoliberal para os seus espaços de trabalho.

### **3.2 A inserção profissional do(a) assistente social no âmbito da política de saúde**

No que se refere à inserção dos assistentes sociais no contexto da política de saúde, remonta-se esta relação desde os primórdios da profissão no Brasil. Isso porque, ao mesmo tempo em que a política de saúde foi sendo construída, ainda na década de 1930, o Serviço Social também passa a ser institucionalizado no país.

De acordo com Bravo (2007), o âmbito da saúde foi que mais absorveu assistentes sociais no Brasil na década de 1940. Em específico, o estado de São Paulo, através do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, Hospital da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, do Dispensário de

---

<sup>21</sup> Aqui se assentam tanto os fóruns de deliberação quanto as entidades representativas da profissão. Fundamentalmente, o conjunto CFESS/CRESS (Conselho Federal e Regionais de Serviço Social) a ABEPSS (Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social) e as demais associações político-profissionais, além do movimento estudantil representado pelo conjunto de CA's e DA's (Centros e Diretórios Acadêmicos das escolas de Serviço Social) e pela ENESSO (Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social). É através dos fóruns consultivos e deliberativos destas entidades representativas que são tecidos os traços gerais do projeto, quando são reafirmados (ou não) determinados compromissos e princípios (BRAZ, 2009, p. 191)

<sup>22</sup> O aparato jurídico-político e institucional da profissão que envolve um conjunto de leis e resoluções, documentos e textos políticos consagrados no seio profissional. Há nessa dimensão duas esferas diferenciadas, porém articuladas, são elas: um aparato 64 político-jurídico de caráter estritamente profissional; e um aparato jurídico-político de caráter mais abrangente. No primeiro caso, temos determinados componentes construídos e legitimados pela categoria tais como: o atual Código de Ética Profissional, a Lei de Regulamentação da Profissão (Lei 8662/93) e as novas Diretrizes Curriculares recentemente aprovadas pelo MEC (BRAZ, 2009, p. 192).

<sup>23</sup> Dimensão da produção de conhecimentos no interior do Serviço Social: É a esfera de sistematização das modalidades práticas da profissão, onde se apresentam os processos reflexivos do fazer profissional e especulativos e prospectivos em relação a ele. Esta dimensão investigativa da profissão tem como parâmetro a afinidade com as tendências teórico-críticas do pensamento social (BRAZ, 2009:191)

Tuberculose do Departamento de Saúde do Estado, o Departamento Estadual da Criança e outros hospitais e clínicas particulares, foram campos que localizaram diversos profissionais de Serviço Social na época. Esses profissionais atuavam através do chamado Serviço Social médico.

A maioria dos TCCs produzidos pelos formandos em Serviço Social desde a fundação da Escola de Serviço Social em 1936, em São Paulo, buscou descrever e analisar a experiência prática de estagiários e assistentes sociais das instituições em que estavam inseridos. Constata-se que no início de sua profissionalização, os assistentes sociais se concentraram em número relevante nos serviços da área de saúde em São Paulo: 23% dos formados em 1947 pela Escola de Serviço Social de São Paulo estavam atuando no campo do Serviço Social Médico (MARSIGLIA, et al., 2016, p. 42).

Esses trabalhos evidenciavam as particularidades de atuação do assistente social na época, sobretudo os que atuavam na assistência médica e saúde. Essa atuação se destinava, em sua maioria, para intervenções e técnicas utilizando instrumentos que pudessem dinamizar o acesso e o atendimento à saúde, principalmente de camadas sociais vulnerabilizadas e que não possuíam relações de trabalho, pois era um fator imprescindível para se ter acesso à saúde: estar empregado (BRAVO, 2007).

Além desse ambiente hospitalar, sobretudo privado, os assistentes sociais também passaram a atuar, ainda na década de 1940, em atividades ambulatoriais e de saúde pública, com destaque o Centro de Saúde Santa Cecília; instituições de atenção à saúde de pessoas com deficiência; Dispensários de Tuberculose; Postos de Puericultura, entre outros (BRAVO, 2007). Nesse sentido,

[...] a atuação do assistente social se fazia no sentido de estimular os esforços, as capacidades e a responsabilidade do paciente com o tratamento médico e/ou hospitalar, de intermediar a relação, paciente/médico/organização, de dar seguimento ao tratamento médico proporcionando condições para tal. Contribuía ainda para a efetividade da administração hospitalar, desenvolvendo atividades e procedimentos que atualmente são desempenhados por outros profissionais, como Terapia Ocupacional, Relações Públicas, Psicologia, Fisioterapia (MARSIGLIA, et al., 2016, p. 43).

Com as expressões da questão social, também relacionadas à problemas de saúde pública, foram se tornando mais complexas e evidentes, a atuação do assistente social nas ações pontuais de saúde também era alvo de pauta. Em 1945, com o término da Segunda Guerra Mundial, novas exigências foram impostas pelo

capitalismo, onde houve uma agudização das expressões da questão social, contexto que exigiu um posicionamento e intervenção do Estado nessas problemáticas. Nesse momento, dois fatores foram essenciais para a expansão do Serviço Social na área da saúde:

**Quadro 6** - Fatores que contribuíram para a expansão do Serviço Social na saúde



Fonte: BRAVO (2009).

Esse novo conceito elaborado pela OMS estava relacionado aos aspectos biopsicossociais, o qual determinou a necessidade de uma equipe profissional com diversos profissionais a atuarem no âmbito da saúde, o que se configurava como um trabalho multidisciplinar. Foi nesse contexto que assistentes sociais começaram a ser ainda mais requisitados a atuar na saúde, através do desenvolvimento de uma prática educativa, principalmente aos aspectos relacionados à hábitos de higiene e saúde (BRAVO, 2009).

Nos anos de 1950, surge as propostas racionalizadoras no âmbito da saúde. Essa perspectiva, que surge nos Estado Unidos, traz consigo uma gama de orientações médicas, dentre elas a medicina integral, a medicina preventiva e a medicina comunitária. No entanto, essas intervenções não foram reproduzidas pelos assistentes sociais da época, pois, “[...] mantiveram como locus central de sua ação os hospitais e ambulatórios” (BRAVO, 2009). Nesses ambientes, os serviços no qual os assistentes sociais atuavam eram:

[...] a higiene pré-natal, infantil, pré-escolar, tuberculose, verminose, laboratório e as atividades tinham como proposta fundamental introjetar na população educação sanitária por intermédio de educadores de higiene, professores instruídos em assuntos sanitários, como também testar formas específicas de descentralização do trabalho sanitário nas grandes cidades (BRAVO, 2009, p. 193).

No que se refere aos instrumentos técnico-operativos do assistente social na época, Bravo (2009) menciona que estes destinavam-se, em sua maioria, para a realização de entrevistas sociais para pacientes e suas famílias, visitas domiciliares e evoluções de prontuários, que subsidiavam a escrita de possíveis relatórios sociais.

Na década de 1960, a profissão sofreu duros impactos com o golpe militar de 1964. As profundas transformações sociais, políticas, econômicas e culturais da época impactaram profundamente a profissão e, conseqüentemente, vários os rebatimentos foram para suas áreas de atuação, inclusive a área da saúde. Bravo (2009, p. 194) afirma que:

A profissão, do seu desenvolvimento até os anos 60, não teve polêmica de relevo que ameaçasse o bloco hegemônico conservador que dominou tanto a produção do conhecimento como as entidades organizativas<sup>4</sup> e o trabalho profissional. Alguns assistentes sociais com posições progressistas questionavam a direção do Serviço Social, mas não tiveram condição de alterá-la. Nos anos 60, esta situação começou a se modificar, surgindo um debate na profissão questionando o seu conservadorismo. Essa discussão não surgiu de forma isolada, mas com respaldo das questões levantadas pelas ciências sociais e humanas, principalmente em torno da temática do “desenvolvimento” e de suas repercussões na América Latina. Esse processo de crítica foi abortado pelo golpe militar de 1964, com a neutralização dos protagonistas sócio-políticos comprometidos com a democratização da sociedade e do Estado.

Com a ascensão do Movimento de Reconceituação do Serviço Social, a área da saúde vai receber as influências das diversas perspectivas em confronto do movimento. Sendo assim, a categoria recebe influências da perspectiva modernizadora que na área da saúde vai legitimar a prática curativa, fortalecendo a assistência médica previdenciária. Nesse sentido, as principais características do trabalho do assistente social eram: “[...] a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios” (BRAVO, 1996). Isso vai se perdurar durante todo o contexto entre 1974-1979, que de acordo com Bravo (1996):

O Serviço Social na saúde não se alterou, apesar do processo organizativo da categoria, do aparecimento de outras direções para a profissão, do aprofundamento teórico dos docentes e do movimento mais geral da sociedade. O trabalho profissional continuou orientado pela vertente “modernizadora”. As produções teóricas, apesar de restritas na área, também não romperam com essa direção. Ressalta-se como exceção à essa tendência um artigo publicado na Revista Serviço Social e Sociedade, por Nicoletti (1979), que enfoca a planificação em saúde e a participação

comunitária, abordando questões presentes no debate do movimento sanitário (BRAVO, 2007, p. 195).

A década de 1980 inaugura um movimento que visa reordenar a política de saúde no Brasil e configurá-la em um caráter universal. Esse momento é caracterizado como o de ascensão dos Movimentos pela Reforma Sanitária Brasileira<sup>24</sup>, cujo objetivo era criar uma resistência frente a realidade do sistema de saúde no Brasil onde a característica principal para o seu acesso era a questão previdenciária. A construção desse projeto se iniciou através das crises do modelo centrado na ação médica e inacessibilidade para não empregados (BRAVO, 2009).

Para essa mobilização ganhar força, foi necessário que muitos segmentos sociais, inclusive profissionais, integrassem a luta pela Reforma Sanitária. Dentre esses grupos, destaca-se o Serviço Social, que também vivenciava o Movimento de Reconceituação e conseguiu, através da adequação profissional a uma perspectiva de orientação crítica, perceber a necessidade do debate sobre a saúde pública brasileira (BRAVO, 2009).

Num balanço do Serviço Social na área da Saúde dos anos 80, mesmo com todas essas lacunas no fazer profissional, observa-se uma mudança de posições, a saber: a postura crítica dos trabalhos em saúde apresentados nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais; a apresentação de alguns trabalhos nos Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva; a proposta de intervenção formulada pela Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABESS), Associação Nacional dos Assistentes Sociais (ANAS) e Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS) para o Serviço Social do INAMPS; e a articulação do CFAS com outros conselhos federais da área da saúde (BRAVO, 2007, p. 46).

Todos esses avanços representaram uma organização frente a consolidação de uma perspectiva ampliada de saúde, em consonância com a criação de um Sistema Único de Saúde capaz de abranger o caráter de universalidade e ser capaz de atender a todos os cidadãos. Com o SUS construído, através da Lei 8.080 e Lei 8.142, todas da década de 1990, um dos maiores desafios tanto para materialização das diretrizes dessas leis quanto para o trabalho do assistente social na saúde foi o

---

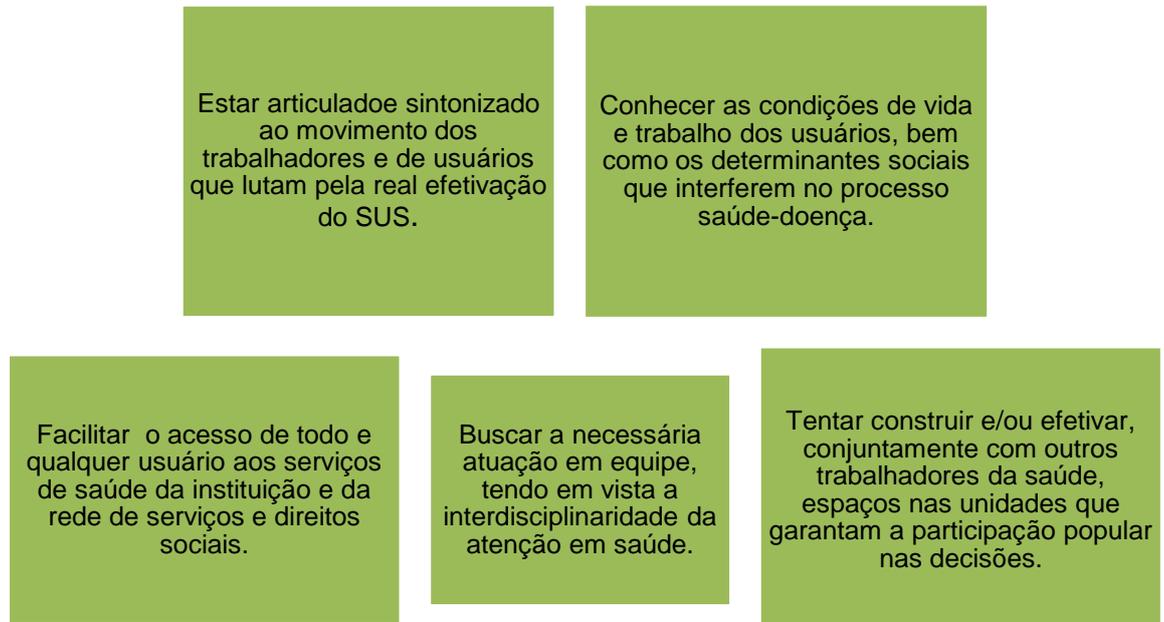
<sup>24</sup> Foram os movimentos que se articularam a diversos atores sociais entre eles a universidade que passou a ser o principal meio de contestação devido ao fechamento de grande parte dos canais de expressão política, juntamente com o movimento sindical e experiências dos profissionais de saúde. Na pauta das reivindicações estavam à saúde como direito de todo cidadão e dever do Estado, a participação da sociedade nas decisões sobre as políticas governamentais, ações preventivas, fim da Lei de segurança nacional e da ditadura militar e por uma constituinte livre e soberana (CASTRO, 2018).

projeto neoliberal, implementado pela contrarreforma do Estado <sup>25</sup>iniciada no governo de Fernando Henrique Cardoso.

A contrarreforma do Estado, como assim é chamada, e o investimento em políticas neoliberais direcionaram impactos à política de saúde e aos profissionais das diversas instituições, como é o caso dos assistentes sociais, profissionais que não se encontram imunes aos novos rebatimentos dos processos de refilantropização, privatização e aviltamento das políticas sociais públicas (BESSERA, 2016, p. 71).

Esse cenário, como dito, vai impactar diretamente o trabalho dos assistentes sociais nas diversas instituições de saúde no cenário contemporâneos, comprometendo a garantia dos direitos sociais elencados nos preceitos constitucionais, bem como a consolidação das legislações que compõem o SUS. Portanto, pensar a atuação do Serviço Social na área da saúde, de forma competente e crítica, exige:

**Quadro 7** - Elementos para uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde



Fonte: (CFESS, 2010, p. 30)

<sup>25</sup> A contrarreforma é um projeto político de base neoliberal que envolve o econômico, o social e a cultura política; a sua lógica é investir em redução de direitos trabalhistas e ajustes nas políticas sociais com sérios desdobramentos na política de saúde e sobre os profissionais das diversas instituições, que incluem, dentre outras medidas, a redução do financiamento; introdução de novos modelos de gestão de unidades hospitalares de alta complexidade; precarização das condições de trabalho; e ingresso no serviço público por processo seletivo temporário (BESSERA, 2016, p. 76).

Esses elementos do quadro, fazem parte de um documento histórico elaborado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). Trata-se do documento intitulado “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”<sup>26</sup>, que resulta do Grupo de Trabalho Serviço Social na Saúde, instituído em 2008. Esse documento:

Visa responder, portanto, a um histórico pleito da categoria em torno de orientações gerais sobre respostas profissionais a serem dadas pelos assistentes sociais às demandas identificadas no cotidiano do trabalho no setor saúde e àquelas que ora são requisitadas pelos usuários dos serviços, ora pelos empregadores desses profissionais no setor saúde. Procura, nesse sentido, expressar a totalidade das ações que são desenvolvidas pelos assistentes sociais na saúde, considerando a particularidade das ações desenvolvidas nos programas de saúde, bem como na atenção básica, média e alta complexidade em saúde (CFESS, 2010, p. 12).

Assim, como uma das principais cartilhas técnicas organizadas pelas entidades representativas do Serviço Social, o documento apresenta um leque de reflexões sobre as particularidades da atuação do assistente social na saúde, tal como faz isso com a presença do direcionamento do projeto de Reforma Sanitária e do fortalecimento do Projeto Ético-Político do Serviço Social.

---

26

Disponível em:  
[http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf)  
f. Acesso em: 20 ago. 2022.

## 4 O SERVIÇO SOCIAL NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO SOCORRINHO II

Esse capítulo consiste na sistematização das análises realizadas através da pesquisa de campo da presente pesquisa, a qual tem como objetivo central conhecer a realidade do assistente social na Unidade de Pronto Atendimento Socorrinho II, instituição de saúde da região metropolitana de São Luís, capital do estado do Maranhão.

Assim, primeiramente foi feito um levantamento acerca das principais informações da Unidade de Pronto Atendimento Socorrinho II, visando situar a instituição de saúde e suas características organizacionais. Em seguida, as análises destinaram para a sistematização da entrevista semiestruturada com uma profissional de Serviço Social do hospital.

Apenas para situar, em nível mais geral, o assistente social é um profissional da área da saúde regulamentado pela Resolução CFESS nº 383, de 29 de março de 1999. De acordo com essa resolução, o assistente social deve ser considerado um profissional de saúde pois, como um grande interventor no âmbito das políticas sociais e, sendo a saúde uma política de seguridade social, este deveria integral o rol de profissionais do âmbito. Em seu art. 1º e 2º, a resolução resolve:

Art.1º - Caracterizar o assistente social como profissional de saúde;

Art. 2º - O assistente social atua no âmbito das políticas sociais e, nesta medida, não é um profissional exclusivamente da área da saúde, podendo estar inserido em outras áreas, dependendo do local onde atua e da natureza de suas funções (CFESS, 1999, n.p.).

Essa resolução considera, inclusive, que o Serviço Social é uma categoria que atua na política de saúde, mas não somente nela, tendo em vista a amplitude das políticas sociais e públicas e dos diversos espaços de atuação do assistente social construídos historicamente.

Na esfera das unidades de pronto atendimento, denominadas UPA's, instituições regulamentadas pela Portaria nº 1600/GM/MS de 07 de julho de 2011, mas que são referenciadas desde a Política Nacional de Atenção às Urgências implementadas pela Portaria nº 1.863 de 2003, também possuem diretrizes que orientam a presença de assistentes sociais em suas equipes multidisciplinares.

Essa regulamentação adveio da Portaria nº 2002, do Ministério da Saúde, que aprova no quadro das UPA's a possibilidade de assistentes sociais na composição da equipe. Nesse Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, se faz presente todo um arcabouço de estruturação dessas instituições, como também faz recomendações para sua operacionalização e funcionamento.

#### **4.1 Unidade de Pronto Atendimento Socorrinho II: história e atualidade da instituição de saúde**

A Unidade de Pronto Atendimento de Urgência e Emergência “Frei Antônio Sinibaldi” Socorrinho II é uma instituição de saúde que integra o núcleo de Unidades de Pronto Atendimento da região metropolitana de São Luís, capital do estado do Maranhão. Localizada na Rua Hemetério Leitão, 1, bairro São Francisco, o Socorrinho II é gerenciado pela Secretaria Municipal de São Luís, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e possui diversas especialidades.

**Figura 2** - Unidade de Pronto Atendimento Socorrinho II, em São Luís/MA



Fonte: Arquivo da WEB, 2022.

Inaugurado em 2008, pelo então prefeito Tadeu Palácio, o Socorrinho II caracteriza-se como uma unidade de pronto atendimento relativamente recente. Na época, a unidade foi construída com a intenção de prestar assistência a nível de atendimento para a médica complexidade, objetivando ampliar os atendimentos na grande ilha de São Luís.

Atualmente, atua com diversas especialidades médicas e clínicas, sendo uma equipe composta por toda uma equipe administrativa (recepcionistas, atendentes, entre outros) e uma equipe multidisciplinar com enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, médicos, clínicos gerais, técnicos em radiologia, primeiros socorristas, dentre outros.

#### **4.2 Particularidades da atuação profissional do assistente social na Unidade de Pronto Atendimento Socorrinho II**

Como visto, a saúde pública brasileira é um amplo e complexo espaço de atuação de assistentes sociais por todo o país. Como uma das áreas de maior empregabilidade do Serviço Social, a produção de conhecimento no interior desses espaços deve sempre está como pauta no âmbito da categoria, pois é a partir da sistematização dos processos de trabalho dos assistentes sociais, que é possível perceber se este contribui para o fortalecimento de sua ética profissional através do compromisso com o Projeto Ético-Político do Serviço Social.

A presente discussão, já introduzida por reflexões essenciais para o objeto de pesquisa, é a parte crucial para a problemática elaborada. Trata-se da estruturação da pesquisa de campo sobre a atuação do assistente social na Unidade de Pronto Atendimento Socorrinho II, ou seja, todo o elencado de elementos essenciais para a articulação da pesquisa com os objetivos propostos.

De acordo com a coleta de dados, a discussão se deu a partir da entrevista semiestruturada, a qual possibilitou ao assistente social entrevistado a autonomia de possíveis colocações e exemplificações sobre quaisquer conteúdo relacionado ao objeto que não necessariamente fizesse parte da entrevista. Inicialmente, buscou-se compreender, na ótica do profissional assistente social entrevistado, a importância do Serviço Social na política de saúde. Para o profissional:

Com a Constituição Federal de 1988 o SUS foi instituído amparado pelo conceito que saúde é um direito de todos e dever do Estado. Por isso o Serviço Social deve estar sempre presente para favorecer o acesso da população à saúde levando em consideração as legislações como a Lei 8.080 que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) e dentre outras leis que regulamentam as ações de saúde (ASSISTENTE SOCIAL DO SOCORRINHO II, 2022).

Verifica-se que a profissional frisou os grandes avanços e se não os mais expressivos da saúde pública no Brasil, pois foi apenas com a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), que a população mais vulnerável, os mais pobres, os que não eram inseridos no mercado de trabalho, passaram a ter o direito a uma saúde gratuita e universal, que independe de critérios de renda, de posições no mercado de trabalho e de contribuições previdenciárias. Assim, o profissional ressalta a importância do Serviço Social nesse processo de mediação desse direito à saúde, sendo fundamental sua atuação diante do compromisso com as legislações vigentes e na luta por um projeto de saúde apoiado no Movimento pela Reforma Sanitária (ASSISTENTE SOCIAL DO SOCORRINHO II, 2022).

Com isso, é possível verificar que a concepção de saúde que orienta o exercício profissional do assistente social da instituição se insere em uma lógica de defesa da saúde como uma política de seguridade social que se universalize e se descentralize ainda mais para os cidadãos brasileiros, tendo como premissa um viés crítico acerca dos processos burocráticos que dificultam a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS, reconhecendo a necessidade de pensar mecanismos ainda mais urgentes para romper com o padrão privatista de saúde.

O assistente social, de acordo com Bravo (2009), deve distanciar-se desse projeto privatista, que vem apresentando demandas para que o profissional trabalhe apenas com a “[...] seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e de práticas individuais” (BRAVO, 2009, p. 199).

Nesse sentido, ao contrário disso, o assistente social entrevistado ressaltou a importância da atuação do assistente social está fundamentada no projeto da Reforma Sanitária, o qual possibilita a busca de democratização do acesso à saúde, além do “[...] atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo a participação cidadã” (BRAVO, 2009, p. 199).

A principal proposta da Reforma Sanitária é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nessa direção, ressalta-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho, ou seja, com ênfase nos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade,

descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; e efetivo financiamento do Estado (CFESS, 2010, p. 19).

Por isso, a perspectiva da Reforma Sanitária, com ênfase à intervenção do assistente social na saúde, é imprescindível para que as reflexões sobre os processos de trabalho se efetivem a partir da análise crítica institucional, as quais se fundam na lógica de produção mercadológica que submete todos os dias os indivíduos à subsunção capitalista.

Um dos principais desafios para esse projeto da Reforma Sanitária e, conseqüentemente, para o trabalho dos assistentes sociais na saúde, desde a década de 1990, é o avanço do neoliberalismo no país, exemplificada pela criação do Plano Real e da Contrarreforma do Estado. Nesse cenário, instaura-se um contexto de intensas privatizações e terceirizações, inclusive da política de saúde pública.

A contrarreforma do Estado atingiu a saúde por meio das proposições de restrição do financiamento público; da dicotomia entre ações curativas e preventivas, rompendo com a concepção de integralidade por meio da criação de dois subsistemas: o subsistema de entrada e controle, ou seja, de atendimento básico, de responsabilidade do Estado (uma vez que esse atendimento não é de interesse do setor privado) e o subsistema de referência ambulatorial e especializada, formado por unidades de maior complexidade que seriam transformadas em Organizações Sociais. Nessa lógica, há ênfase em programas focais: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF); além da utilização de cuidadores com a finalidade de baratear os custos das ações básicas (CFESS, 2010, p. 20).

Tendo em vista que a concepção de saúde que norteia o trabalho do assistente social entrevistado é a da Reforma Sanitária, que amplia os horizontes da política de saúde pública, foi questionado sobre as perspectivas no que diz respeito a valores e princípios que embasam as ações do profissional no espaço de trabalho. Nesse sentido, ressaltou-se:

O Serviço Social deve estar presente nos vários níveis de execução da política de saúde como seja: área de gestão, planejamento, operacionalização, avaliação e controle. Nesses espaços, o profissional deve estar bem-posicionado e acima de tudo possuir valores e princípios orientados pelo seu Projeto Ético-Político Profissional, com ênfase na: ausência de preconceitos raciais, religiosos, de gênero, orientações sexuais e de classe; respeito aos direitos humanos, à confidencialidade; ter senso de justiça social, dentre outros (ASSISTENTE SOCIAL DO SOCORRINHO II, 2022).

Dessa forma, é evidente que o profissional compromete-se com processos de trabalho pautados em reflexões críticas sobre as expressões das relações sociais que emergem, que através do respeito aos princípios fundamentais inerentes à dignidade da pessoa humana, busca propostas de superação de um trabalho com estereótipos, com preconceitos e moralização das expressões da questão social. Relacionando já com uma pergunta feita na entrevista, se buscou conhecer as principais expressões da questão social identificadas no espaço de trabalho do assistente social no Socorrinho II.

Para o profissional, as principais expressões da questão social identificadas em seu espaço de trabalho estão: pobreza; desigualdade racial; desemprego; violência; uso de álcool e outras drogas, dentre outros. Essas expressões representam as contradições entre o capital e o trabalho na sociedade capitalista. São inerentes ao capital e nele se expressam através das desigualdades sociais, de gênero, de classes, entre outros (IAMAMOTO; CARVALHO, 2011).

Compreendido a importância, para o entrevistado, do assistente social na política de saúde, assim como sobre qual concepção de saúde norteia o desenvolvimento de sua atuação, se buscou conhecer um pouco sobre a organização do Serviço Social na Unidade de Pronto Atendimento Socorrinho II. Assim, o assistente social afirma que:

O Serviço Social no Socorrinho do São Francisco consta na sua estrutura organizacional com competências e funções específicas devendo acolher usuários em suas dificuldades, possibilitando uma escuta qualificada principalmente para aqueles segmentos que exigem maior atenção: criança e adolescente; gestantes; idosos; pessoas com deficiência; mulheres vítimas de violência e usuários em situação de vulnerabilidade (ASSISTENTE SOCIAL DO SOCORRINHO II, 2022).

É nítido que a instituição de saúde recebe, todos os dias, uma diversidade populacional que revela a necessidade contínua de aprimoramento intelectual e de formação para que o assistente social amplie suas possibilidades de intervenção e para com o público diverso que procura a política de saúde. Por isso, o assistente social da instituição ressalta que se deve estabelecer um atendimento especializado, objetivando o mais adequado acesso aos serviços de saúde, com informações e

esclarecimentos sobre as formas de atenção (ASSISTENTE SOCIAL DO SOCORRINHO II).

Além disso, o profissional menciona que o caráter das orientações é muito recorrente no ambiente da instituição de saúde, onde os pacientes e usuários buscam informações e encaminhamentos contínuos para as suas solicitações, tal como esclarecimentos sobre dúvidas concernentes ao cotidiano dos hospital, sobre direitos sociais, dentre outros. Esse aspecto da atuação fortalece a perspectiva de que o assistente social detêm de uma dimensão educativa em seus espaços de trabalho, pois:

Ao viabilizar o acesso a um recurso material concreto ou contribuir com o acesso a um direito do usuário, o(a) assistente social não apenas repassa o material, mas o faz dentro de um processo educativo, que exige diálogo competente, troca de informações, orientações, potencialização da organização e mobilização dos sujeitos para a conquista dos seus direitos. A dimensão socioeducativa é, portanto, fundante da identidade do Serviço Social (JACINTO, 2017, p. 81)

Além disso, a realização da mediação também é citada na entrevista, onde o assistente social realiza essa mediação de conflitos entre a família e a equipe de saúde. Mas o caso de mediação, conforme aponta o profissional, é algo realizado dentro do estreitamente necessário.

Em se tratando da atuação profissional do assistente social no Socorrinho II, se questionou as particularidades dessa atuação e os principais elementos a serem considerados da mesma. Nesse sentido, foram elencados que no cotidiano da instituição fazer-se cumprir os protocolos da unidade onde estejam implícitas competência e responsabilidade do assistente social, onde as principais demandas advêm dos usuários em situação de vulnerabilidades independente de seu quadro de adoecimento.

Nesse processo, o assistente social “[...] deve intervir em situações que extrapolam a questão da saúde do usuário e que exigem uma intervenção social, implantando um fluxo de encaminhamentos para a rede socioassistencial e orientando o usuário quanto aos direitos sociais, dentre outros” (ASSISTENTE SOCIAL DO SOCORRINHO II, 2022).

As competências e atribuições privativas representam uma discussão complexa no âmbito da saúde, pois muitas vezes os profissionais assistentes sociais

são requisitados para desempenharem funções que fogem de suas possibilidades de intervenção e contrariam a ética profissional do Serviço Social. Tendo em vista que esse debate é essencial para o objeto de pesquisa, se questionou sobre a relação entre competências e atribuições com a instituição de saúde em questão. O profissional de Serviço Social ressalta que, dentre as competências requisitadas e atribuições privativas, pode-se destacar:

**Quadro 8** - Principais competências e atribuições do assistente social na Unidade de Pronto Atendimento Socorrinho II



Fonte: (ASSISTENTE SOCIAL DO SOCORRINHO II, 2022)

Além das atribuições e competências profissionais, a dimensão técnico-operativa também é um elemento necessário para a discussão pois este revela a operacionalização do trabalho profissional, explicitando os princípios, as finalidades, o planejamento, as técnicas e as condições objetivas da intencionalidade do exercício profissional do assistente social. Mas este debate sobre a dimensão técnico-operativa, especificamente sobre os instrumentais do assistente social, deve ser pensado a partir da três dimensões, pois:

[...] pensá-las de modo articulado e orgânico, reconhecendo a particularidade de cada uma, permite entender o papel da teoria como possibilidade, uma vez que leva ao conhecimento da realidade, indica caminhos, estratégias, bem como o instrumental técnico-operativo que deve ser utilizado e como deve ser manuseado. Implica, portanto, em pensar a relação que se estabelece entre teoria e prática, com as mediações necessárias para que a

finalidade ideal, através da intervenção, possa se constituir em finalidade real, objetiva (SANTOS et al., 2013, p. 24).

Nessa linha de raciocínio, os principais instrumentais técnico-operativo do trabalho do assistente social na Unidade de Pronto Atendimento Socorrinho II são:

- Escuta qualificada;
- Entrevista Social;
- Relatórios Sociais;
- Estudos Sociais;
- Reuniões;
- Declarações para pacientes ou acompanhantes;
- Encaminhamentos para demais políticas públicas;
- Fichas de notificação compulsória; dentre outros.

Outro fator importante para a atuação do assistente social são as condições de trabalho, relacionados aos principais desafios para o exercício profissional. Nesse sentido, o profissional de Serviço Social do Socorrinho II, quanto aos principais desafios de sua atuação, destaca que dentre eles estão o espaço físico, que se configura de forma limitada, impossibilitando que algumas intervenções aconteçam. Ademais, há também a questão de equipamentos limitados, que na ausência de computadores e acesso à internet, acabam dificultando os próprios protocolos a serem seguidos da instituição de saúde.

Portanto, as dificuldades para o trabalho do assistente social são uma realidade evidente, que por consequência do avanço da privatização e terceirização dos espaços sócio-ocupacionais do assistente social, devido ao contexto ultraneoliberal vigente, precariza e torna desafiador atuar enquanto profissional de Serviço Social. Por isso, é indispensável que o profissional se comprometa com o PEPSS, contrapondo-se aos valores ultraneoliberais e a perspectiva privatista da saúde, contribuindo com o fortalecimento das pautas coletivas da classe trabalhadora.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A produção de conhecimento no âmbito da saúde, mais particularmente na área do Serviço Social, se mostra essencial para o aprimoramento das possibilidades de intervenção do assistente social e para o fortalecimento das diretrizes e princípios que orientam o Sistema Único de Saúde.

Em toda a discussão realizada no presente trabalho de conclusão de curso, os debates evidenciam a necessidade contínua de se pesquisar ainda mais os espaços de trabalho do assistente social na contemporaneidade, onde na saúde, por exemplo, o reconhecimento dos impactos causados pelo projeto neoliberal, podem possibilitar à categoria profissional uma organização junto ao projeto da Reforma Sanitária, explicitando as bases emancipatórias e universais da política de saúde e se distanciando de compromissos privatistas e lucrativos.

Em síntese, a política de saúde só vai adquirir uma roupagem “pública” a partir da Constituição Federal de 1988. Antes dela, as ações de saúde pública eram isoladas e repentinas, sem um caráter continuado e integralizado. Com a construção do SUS, novos espaços se configuram e dinamizam a saúde como um direito de todo o cidadão e dever do Estado. Ao mesmo tempo, novos espaços de trabalho surgem para o assistente social na saúde pública, pois o Serviço Social, desde a década de 1940, esteve ao lado da saúde estatal, ainda que através do aspecto previdenciário. Por isso, a saúde se tornou um dos espaços de maior empregabilidade de assistentes sociais, junto com outras políticas públicas.

A partir disso que surgiu a necessidade da pesquisa científica em um espaço de atuação do assistente social em uma instituição de saúde, fortalecendo a produção de conhecimento e as análises críticas sobre o cotidiano e as intervenções do assistente social.

Diante do exposto, ao discutir toda uma conjuntura sócio-histórica da política de saúde, bem como relacioná-la a inserção do assistente social nos processos de trabalho, foi possível compreender o cotidiano, ainda de forma breve, do assistente social em uma instituição de saúde. No qual esse se faz principalmente através de orientações e esclarecimentos sobre direitos sociais (previdenciários, socioassistenciais, dentre outros), realização de entrevistas sociais, emissões de declarações para o paciente e acompanhantes e encaminhamentos para demais políticas públicas.

O estudo, além de apresentar o caráter empírico, contribui para o incentivo à pesquisa nos espaços de trabalho do assistente social e revela à sociedade em geral a necessidade do profissional intervindo nas instituições de saúde. Para a profissão, a principal contribuição é o reconhecimento da importância do profissional junto aos usuários do SUS e também de suas competências e atribuições privativas, pois além de ser um profissional da saúde, o assistente social tem uma Lei de Regulamentação Profissional (Lei 8.662/1993), que subsidia o exercício profissional nos mais variados espaços sócio-ocupacionais, determinando as possibilidades e as não atribuições dos profissionais nas áreas.

Assim, considera-se que os objetivos da presente pesquisa foram alcançados e que, ao mesmo tempo, busca-se instigar mais produção de conhecimento em matéria de Serviço Social, principalmente incentivando e buscando sistematizar análises críticas sobre os espaços de intervenção do assistente social na contemporaneidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Marina Maciel. **Serviço Social e a organização da cultura: perfis pedagógicos da prática profissional**. São Paulo: Cortez, 2002.

ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (Orgs.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

ANTUNES, Ricardo. **O Caracol e sua Concha: ensaio sobre a nova morfologia do trabalho**. São Paulo: Cortez, 2005.

AVELAR, Paulo Ricardo de. **Surgimento da Saúde no Brasil**. (Apostila). Universidade Federal de Juiz de Fora: Faculdade de Economia, 2011. Disponível em: [https://www.ufjf.br/oliveira\\_junior/files/2011/08/Aula-6-EcoUFJF.pdf](https://www.ufjf.br/oliveira_junior/files/2011/08/Aula-6-EcoUFJF.pdf). Acesso em: 15 ago. 2022.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura (Org.). **Política de saúde: a organização e a operacionalização do SUS**. São Paulo: Fiocruz, 2007.

BARROCO, M. L. **Ética e Serviço Social: fundamentos ontológicos**. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BESERRA, Ingrid Karla da Nóbrega. **Serviço Social e contrarreforma da saúde: racionalidade e instrumentalidade no exercício profissional**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). 150f. Universidade Federal de Pernambuco, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/17418>. Acesso em: 20 out. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. DF: Brasília, 1988. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 10 ago. 2022.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. DF: Brasília, 1988. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 10 ago. 2022.

BRASIL. **Decreto nº 4.682**, de 24 de janeiro de 1923. Presidência da República. Subchefia para assuntos jurídicos. DF: Brasília, 1923. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1910-1929/d4682.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1910-1929/d4682.htm). Acesso em: 10 out. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 20 out. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm). Acesso em: 20 out. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 1.601**, de 7 de julho de 2011. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1601\\_07\\_07\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1601_07_07_2011_rep.html). Acesso em: 20 out. 2022.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil. In: **Serviço Social e Saúde: Formação Profissional e Trabalho Profissional**. MOTA, Ana Elizabete et al. São Paulo: Cortez, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza; DE ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky. Política de saúde e a formação dos trabalhadores no sistema único de saúde. **Libertas**, v. 19, n. 02, p. 421-436, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/27313>. Acesso em: 16 out. 2022.

BRAVO, Maria Inês. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.

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

CASTRO, Eduardo Lazarino de. **Reforma Sanitária e Renovação do Serviço Social no Brasil: duas faces de um mesmo processo societário**. Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, v. 16, n. 1, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22567>. Acesso em: 25 out. 2022

CFESS. Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. In: **Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais**. Brasília, 2010.

CFESS. **Resolução CFESS nº 383**, de 29 de março de 1999. Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. Brasília, 1999. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao\\_383\\_99.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf). Acesso em: 22 out. 2022.

COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos assistentes sociais. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, ano XXI, nº 62, mar. 2000.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and Strategies to promote social equity in health**. Stockholm: Institute for Future Studies; 2000.

FIGUEIREDO, Eurico de Lima (coord.). **Os militares e a Revolução de 30**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1979.

FIGUEIREDO, Nadja Oliveira; JÚNIOR, Francisco Gilson Rebouças Porto. Políticas públicas de saúde: aportes para se pensar a trajetória histórica brasileira. **Revista Desafios**, v. 4, n. 1, pág. 21-31, 2017. Disponível em: <https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/53059>. Acesso em: 20 ago. 2022.

FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

FNCPS. **Quem somos**. Frente Nacional contra Privatização da Saúde, 2018. Disponível em: <https://www.contraprivatizacao.com.br/p/quem-somos.html>. Acesso em: 16 out. 2022.

GALVÃO, Márcio Antônio Moreira. **Origem das políticas de saúde pública no Brasil: do Brasil colônia a 1930**. (Slide). Departamento de Ciências Médicas: UFRJ, 2014. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/origem\\_politicas\\_saude\\_publica\\_brasil.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/origem_politicas_saude_publica_brasil.pdf). Acesso em: 15 ago. 2022.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1995.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo. In: **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**, 2006.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo: Cortez, 2010.

IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 33. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

JACINTO, Adriana Giaqueto. Trabalho socioeducativo no Serviço Social à luz de Gramsci: o intelectual orgânico. *Revista Katálysis*, v. 20, p. 84-92, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/DPvXpTxCCTxkmfrfNcw8gFG/?format=html>. Acesso em: 11 nov. 2022.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos da metodologia científica**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MACHADO, Roberto et al. **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni; CARREIRA, MOCS; AMARAL, Denise Perroud. Do serviço social médico ao serviço social na saúde: meio século de história em São Paulo. **Serviço Social & Saúde**, v. 15, n. 21, 2016. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/download/8647307/14259/21954>. Acesso em: 25 out. 2022.

MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço Social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional**. São Paulo: Cortez, 2013.

MERHY, Emerson E.; QUEIROZ, Marcos S. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, p. 177-184, 1993. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/1993.v9n2/177-184/pt/>. Acesso em: 20 ago. 2022.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e serviço social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós 64**. 8ª ed. São Paulo: Cortez, 2005.

NETTO, José Paulo. O movimento de reconceitualização: 40 anos depois. In: Revista **Serviço Social & Sociedade**, nº 84, ano XXVI. São Paulo: Cortez, 2005.

OLIVEIRA, André Luiz de. História da saúde no Brasil: dos primórdios ao criar do SUS. **Revista Encontros Teológicos**, v. 27, n. 1, 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/conta/Downloads/lepidus,+Encontros+Teologicos+61.compressed.31-42.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2022.

PAIM, Jairnilson Silva. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, v. 33, n. 81, p. 27-37, 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341772004.pdf>. Acesso em: 17 out. 2022.

PAULA, Ana. P. P. **Por uma nova gestão pública: limites e potencialidades da experiência contemporânea**. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

SANTOS, C. M.; SOUZA FILHO, R.; BACKX, S. A dimensão técnico-operativa do Serviço Social: questões para reflexão. In: SANTOS, C. M.; BACKX, S.; GUERRA, Y. (Orgs). **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos**. 2. ed. Juiz de Fora: UFJF, 2013. p. 21-44.

SANTOS, F. H. C.; MELO, T. V. Visita domiciliar no Serviço Social: instrumento de controle ou de garantia de direitos? In: RAMOS, A.; SANTOS, F. H. C. **A dimensão técnico-operativa no trabalho do assistente social: ensaios críticos**, 2018.

SILVA, Heliana Marinho da. **A política pública de saúde no Brasil: dilemas e desafios para a institucionalização do SUS**. Dissertação (Mestrado em Administração Pública). 132f. Fundação Getúlio Vargas. São Paulo, 1996. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/8657/000076050.pdf?sequence=1>. Acesso em: 20 ago. 2022.

SILVA, Renato Urbano da. **Serviço Social na saúde: estratégias de gestão no contexto da contrarreforma**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). 165f.

Universidade Federal de Pernambuco, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/31823/1/DISSERTA%c3%87%c3%83O%20Renato%20Urbano%20da%20Silva.pdf>. Acesso em: 14 out. 2022.

YAZBEK, Maria Carmelita et al. O significado sócio-histórico da profissão. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, p. 125-143, 2009. Disponível em: <https://www.poteresocial.com.br/wp-content/uploads/2017/08/2.1-O-significado-s%C3%B3cio-hist%C3%B3rico-da-profiss%C3%A3o-%E2%80%93-Maria-Carmelita-Yazbek.pdf>. Acesso em: 25 out. 2022.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**PESQUISADOR(A):** Laís Amorim de Assunção

**ORIENTADOR(A):** Izamara Nunes Sousa

Dados da Pesquisa:

**TÍTULO:** O Serviço Social na Política de Saúde: particularidades da atuação do assistente social na Unidade de Pronto Atendimento Socorrinho II em São Luís/MA

**PESQUISADOR(A):** Laís Amorim de Assunção

Nós, Laís Amorim de Assunção, pesquisadora responsável pela presente pesquisa e Izamara Nunes Sousa, orientadora da pesquisa, convidamos V. Sa. Para participar como voluntário(a) do estudo.

A presente pesquisa pretende analisar a atuação do assistente social no âmbito da Unidade de Pronto Atendimento Socorrinho II, bem como conhecer as particularidades do exercício profissional no cotidiano da instituição de saúde. Para sua realização, utilizamos os seguintes procedimentos metodológicos: pesquisa bibliográfica (através de artigos, livros, documentos etc.) e a pesquisa de campo, que será realizada a partir de uma entrevista semiestruturada com V. Sa.

Sua participação nesse estudo é de extrema importância. Além disso, as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em possíveis publicações científicas, não havendo identificação dos(as) voluntários(as), a não ser entre os responsáveis pelo estudo, resguardando o sigilo e a ética que rege a comunidade científica.

#### AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_,  
após a leitura deste documento, acredito estar informado(a) sobre os objetivos da pesquisa, dos procedimentos metodológicos aos quais serei submetido(a) e da garantia da confidencialidade e esclarecimentos. Além disso, ressalto que minha participação é voluntária e posso retirar este consentimento a qualquer momento sem

penalidade ou perda de qualquer benefício. Diante disso, expresso minha concordância de livre e espontânea vontade em participar deste estudo.

---

Assinatura do(a) voluntário(a)

---

Laís Amorim de Assunção  
Pesquisadora responsável pela obtenção do consentimento

## **DECLARAÇÃO**

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecimento deste(a) voluntário(a) para a participação neste estudo.

---

Laís Amorim de Assunção  
Pesquisadora responsável pela obtenção do consentimento

## **APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista Semiestruturada**

1. Na sua opinião, qual a importância do assistente social na política de saúde?
2. Qual a concepção de saúde que norteia o seu trabalho? Quais suas perspectivas sobre o trabalho do assistente social na política de saúde e que valores e princípios embasam suas ações?
3. Fale um pouco sobre a organização do Serviço Social no Socorrinho II, da sua história, dos objetivos, da estrutura organizacional até o planejamento das atividades cotidianas. Sinta-se livre para explorar o tema.
4. Como é a sua atuação nesse espaço sócio-ocupacional? Quais as principais demandas que são postas para atuação profissional do assistente social no âmbito do Socorrinho II?
5. Quais competências lhe são requisitadas? E quanto às atribuições privativas, quais as principais que você pode destacar na sua atuação enquanto assistente social do Socorrinho II?
6. Quais as expressões da questão social mais latentes você identifica no seu cotidiano profissional?
7. Do seu ponto de vista, em seu local de trabalho, as condições éticas e técnicas são adequadas e estão consonantes com as normativas legais para o exercício profissional do assistente social?
8. Quais as dificuldades enfrentadas para a realização do seu trabalho no Socorrinho II?
9. Do ponto de vista técnico-operativo, quais os instrumentais você mais utiliza?
10. Sinta-se livre para possíveis complementações no que tange ao seu exercício profissional do assistente social na instituição de saúde Socorrinho II.