

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL  
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

**BÁRBARA AMARAL SCHMITZ**

**A política de saúde e o serviço social: as contradições  
vivas numa sociedade de classes**

Porto Alegre

2015

BÁRBARA AMARAL SCHMITZ

**A política de saúde e o serviço social: as contradições vividas  
numa sociedade de classes**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao departamento de Serviço Social da  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
para fins de obtenção do título de Bacharel em  
Serviço Social.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Dolores Sanches Wunsch

Porto Alegre

2015

BÁRBARA AMARAL SCHMITZ

**A política de saúde e o serviço social: as contradições vividas  
numa sociedade de classes**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao departamento de Serviço Social da  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
para fins de obtenção do título de Bacharel em  
Serviço Social.

Aprovado em \_\_\_\_\_ de 2015

**BANCA EXAMINADORA:**

---

**Profª Drª Dolores Sanches Wunsch**  
**Orientadora**

---

**Profª Drª Jussara Maria Rosa Mendes**  
**Arguidora**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente a minha família, em que, mesmo com todas as limitações existentes sempre esteve ao meu lado, acreditando no meu melhor e possibilitando o meu crescimento enquanto pessoa. Agradeço à minha mãe, Maristela Gomes Amaral, mulher guerreira e que sempre serviu de inspiração para todos nós. Agradeço ao meu pai, João Carlos que sempre se dedicou à família estando presente tanto nos momentos bons como também nos ruins. A minha irmã, Gabriela Schmitz, que me ensinou a importância de se compartilhar momentos, experiências e amor.

Agradeço a minha família que mora em Tupanciretã, por todos os natais e momentos felizes que foram compartilhados durante esses anos todos. Um especial a minha querida avó Neusa Gomes, que até hoje faz muita falta, mas certamente estaria muito feliz por esse momento. Ao meu avô, Júlio Amaral, que proporcionou todo o meu estudo, sempre acreditando e incentivando o meu crescimento.

Às minhas queridas dindas, Maricélia Amaral e Norma Pires, que estiveram presentes em minha vida, me dando sempre muito amor e carinho.

À minha família de Canoas, principalmente à minha avó Theresinha Edy, mulher batalhadora e que serve de inspiração pela fibra e força com que levou e ainda leva a sua vida.

Agradeço às minhas amigas que há anos me acompanham nessa estrada que é a vida, respeitando minhas transformações e compartilhando momentos maravilhosos, obrigada por todos os momentos que passamos juntas desde a infância, Mariana Souza, Bianca Pedroso, Daiane Lemos, Carolina Grippa, Caroline Flores.

Agradeço àquelxs amigxs que chegaram ao longo desses anos de graduação e que hoje fazem os meus dias mais coloridos, minha mais nova companheira de vida, mi negrita, Natasha Pergher; minha flor, Natália Tonelo; o camarada Guilherme Azambuja e meu tão querido e hoje distante Cauê Iarto.

Agradeço a primeira turma de Serviço Social (2010) que iniciou essa caminhada junto de mim, como também a turma de 2011, ambas foram turmas acolhedoras e contribuíram para minha transformação ao longo desses anos.

Agradeço àqueles que participaram do Centro Acadêmico de Serviço Social – CASS, que contribuíram direta ou indiretamente pra construção desse espaço que foi muito importante durante a minha trajetória pela universidade.

Sou grata ao meu lindo “Clã e Bonde Andando”, que foram essenciais nessa caminhada, em que pude compreender a importância de saber cultivar as amizades, aceitando diferenças e construindo momentos únicos! Obrigada tigrada linda, Thianne, Francielle, Manuela A., Camila, Bruna, Thaís, Vanessa, Tassiane, Juliane e Lauana.

Agradeço pelxs queridxs “Seso Zueira” que alegam os espaços compartilhados entre todos, e ao Coletivo Outros Outubros Virão, principalmente o núcleo de Porto Alegre, que contribuiu para o meu processo de (des)construção a cerca da realidade vivida.

Agradeço ao meu supervisor de campo Pedro Ribeiro e ao restante da equipe do Serviço Social do Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul – PACS, que me acolheram naquela instituição, possibilitando intensas aprendizagens. Agradeço ao pessoal da Equipe de Campo do Telessaúde, principalmente à “Centroneira do Sul” que me acolheu, fazendo minhas manhãs mais felizes.

À todos os professores que contribuíram muito para a minha formação enquanto Assistente Social, mas também como pessoa. Em especial à minha supervisora acadêmica e orientadora Dolores Wünsch, que com dedicação e tranquilidade soube me orientar da melhor maneira possível, reconhecendo potencialidades que poderiam ser exploradas durante este percurso, sendo a minha referencia enquanto profissional e também como pessoa.

O conhecimento é assim:  
ri de si mesmo  
E de suas certezas.  
É meta de forma  
Metamorfose  
Movimento  
fluir do tempo  
que tanto cria como arrasa  
a nos mostrar que para o  
voo  
é preciso tanto o casulo  
como a asa.

Mauro Iasi

## RESUMO

Este trabalho de conclusão de curso da Universidade Federal do Rio Grande do Sul tem como objetivo trazer reflexões a cerca do campo profissional ocupado pela categoria no campo da política de saúde. Explicita as contradições identificadas a partir das vivências numa Unidade de Pronto Atendimento de Saúde, do município de Porto Alegre-RS, durante o estágio Curricular obrigatório (2012 a 2013) e realiza uma análise crítica e reflexiva acerca dos processos de trabalho do assistente social. O estudo parte do aprofundamento da teoria marxista clássica para poder delinear claramente como as contradições fazem parte da totalidade da sociedade e como influenciam diretamente no trabalho profissional. O trabalho é dividido em três capítulos, sendo que no primeiro trabalha a constituição da sociedade dividida em classes e o papel do Estado a partir da perspectiva marxista. O segundo capítulo, elucida o campo das políticas públicas, em específico a política de saúde no Brasil, trazendo um apanhado histórico da saúde pública no país e um panorama referente à totalidade acerca desse processo, retratando como ocorre a articulação dos trabalhadores para concretizar sua luta por melhores condições de vida, trabalho e saúde. Assim, evidencia o surgimento do Sistema Único de Saúde e como se dá a municipalização da saúde em Porto Alegre reconhecendo como uma conquista legítima da classe trabalhadora, frente às investidas do grande capital na precarização dos serviços. O terceiro capítulo, retrata o Serviço Social no campo da saúde, pensando de maneira intrínseca como a categoria profissional é um produto da luta de classes, refletindo como exerce suas ações referente às contradições vividas diariamente em seus espaços profissionais. Este último capítulo apresenta um recorte histórico da categoria, analisando seu surgimento e a construção do Projeto Ético Político do Serviço Social, bem como o espaço que é ocupado pela categoria na saúde pública brasileira.

**Palavras chaves:** Estado; política de saúde; serviço social; processos de trabalho;

## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO .....   | 9  |
| 2 A SOCIEDADE DIVIDIDA EM CLASSES E O PAPEL DO ESTADO.....                         | 12 |
| 2.1 O ESTADO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS NUMA SOCIEDADE<br>CAPITALISTA .....           | 20 |
| 3 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E A LUTA DE CLASSES .....                          | 27 |
| 3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....   | 34 |
| 3.1.1 O Sistema Único de Saúde em Porto Alegre .....                               | 39 |
| 4 O SERVIÇO SOCIAL E A SAÚDE PÚBLICA .....   | 44 |
| 4.1 SERVIÇO SOCIAL E PROCESSOS DE TRABALHO EM MEIO A<br>FRAGMENTAÇÃO DA SAÚDE..... | 52 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....   | 60 |
| REFERÊNCIAS .....  | 64 |



## 1 INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão de curso tem como objetivo retratar os acúmulos teóricos e práticos obtidos durante a graduação no curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. O conteúdo deste trabalho é construído pelos conhecimentos apreendidos a partir de experiências vividas durante os anos de graduação, juntamente com o processo de militância no Movimento Estudantil, desenvolvido através do Centro Acadêmico do Serviço Social – CASS. Para isso, retoma-se os materiais produzidos durante o período de estágio obrigatório de 2012 a 2013 nos processos de formação para além dos muros da universidade.

Para tal, a proposta desse trabalho traz, fundamentalmente, as inquietações e indagações que emergiram da vivência no estágio curricular realizado numa Unidade de pronto Atendimento de Saúde, do Município de Porto Alegre - RS onde as contradições vivenciadas no campo de trabalho trouxeram a necessidade de realizar um debate mais amplo para a categoria profissional referente aos espaços de atuação.

Este trabalho pretende tecer uma análise com base no método materialista dialético, buscando compreender a essência para além do que está dado, explicitando, assim, no campo da política de saúde, suas contradições. Para isso serão utilizados referenciais teóricos como Karl Marx, Friedrich Engels, entre outros, que darão base para a realização da análise aqui proposta.

O debate assenta-se na análise crítica ao modelo societário vigente e suas repercussões nas políticas sociais, em especial a política de saúde e os rebatimentos nos processos de trabalho em que os Assistentes Sociais se inserem. Nessa perspectiva, o trabalho pretende debater, como a intervenção profissional pode ser potencializada frente às demandas que chegam à instituição, assim como busca enfatizar a importância da consciência crítica sobre os processo de trabalho.

Percebe-se que o resultado da instrumentalidade do serviço Social no cotidiano profissional é um produto de todo processo de trabalho executado, e que precisa caminhar em conjunto na perspectiva das dimensões da formação

profissional. O Assistente Social, como trabalhador que exerce um papel nas instituições, precisa responder de diversas formas às demandas colocadas pelo espaço sócio ocupacional. Ocorrendo, muitas vezes, à resposta às mesmas, sem muitas vezes compreender a importância de suas intervenções. Logo, estes profissionais precisam compreender o significado desse trabalho e sua direção social, percebendo que ambos devem caminhar juntos para que, assim, o seu trabalho não seja executado de forma mecanizada, resultante de um processo de alienação do trabalho.

O presente trabalho vem ao encontro de problematizar o que está posto nos campos práticos da profissão, realizando um estudo aprofundado sobre a sociedade capitalista, o papel do Estado; a função social das políticas públicas; e o trabalho do assistente social inserido na política de saúde no Brasil. Assim, este trabalho pretende realizar um aprofundamento acerca do debate e estudo referente à sociedade de classes e sua totalidade. Ou seja, vai além das experiências vivenciadas no estágio curricular e do arsenal técnico-operativo acionado para a realização da mesma, buscando identificar e evidenciar as contradições percebidas no contexto societário que incidem nos espaços sócio-ocupacionais.

O trabalho é dividido em três grandes capítulos. Ao longo do primeiro é trabalhado a constituição da sociedade dividida em classes e o papel que cumpre o Estado, a partir da perspectiva marxista, trazendo como essa sociedade se organiza, citando aspectos históricos de opressão e exploração entre classes. Para isso, faz-se a análise a partir do estudo referente à estrutura econômica, buscando a totalidade do modo de produção capitalista e como esta sociedade materializa o papel do Estado.

Ainda no primeiro capítulo é realizada uma contextualização sócio-histórica de como a sociedade dividiu-se em classes, buscando elucidar como se desenvolve a produção social da vida, e como esta acaba sendo determinante nas relações sociais de produção. A importância deste capítulo está em retratar como a estrutura econômica, que é a base de sustentação da sociedade burguesa, tem na superestrutura um controle da organização da vida em sociedade materializando os interesses da classe dominante. Abordada-se também sobre as políticas sociais e como estas se

desenvolveram ao longo da construção da sociedade burguesa, retratando-as como resultado da luta de classes expressando a tentativa de conciliação dos interesses antagônicos dessas classes, explicitando como as contradições entre as mesmas nasceram e que permanecem até hoje.

No segundo capítulo, elucida-se o campo das políticas públicas, em específico a política de saúde no Brasil, trazendo um apanhado histórico da saúde pública no país, retratando como acontecia a relação da assistência à saúde da população em geral. Durante este capítulo será realizado um panorama referente à totalidade acerca desse processo, retratando como ocorre a articulação dos trabalhadores para concretizar suas lutas por melhores condições de vida, trabalho e saúde. Assim, será abordado também sobre o surgimento do Sistema Único de Saúde – SUS –, e como se dá a municipalização da saúde em Porto Alegre, reconhecendo como uma conquista legítima da classe trabalhadora, frente às investidas do grande capital na precarização dos serviços.

O terceiro capítulo possui como objetivo retratar o Serviço Social no campo da saúde, pensando de maneira intrínseca como a categoria profissional é um produto da luta de classes, refletindo suas ações referente as contradições vividas diariamente em seus espaços profissionais. Portanto, este capítulo tem como finalidade fazer um recorte histórico da categoria, analisando seu surgimento e a construção do Projeto Ético Político do Serviço Social, bem como o espaço que é ocupado pela categoria na saúde pública brasileira.

Por fim, nas considerações finais reafirma-se que o Serviço Social se desenvolve como profissão inserida na divisão social do trabalho a partir do desenvolvimento industrial e a expansão urbana, passando por diversas “fases” na sua intervenção. Assim, fazendo essa análise podemos realizar um debate mais aprofundado referente à atuação profissional na conjuntura atual compreendendo que as contradições vividas numa sociedade de classes têm como consequência limitar e alienar os processos de trabalho em que a categoria se encontra.

## **2 A SOCIEDADE DIVIDIDA EM CLASSES E O PAPEL DO ESTADO**

Para que se torne possível uma abordagem mais ampla sobre a política pública de saúde, torna-se fundamental identificar e compreender que nesta se materializam contradições, às quais emergem da sociedade dividida em classes cuja produção da vida se baseia no sistema capitalista. Para isso, surge a necessidade de iniciar as análises a partir da estrutura econômica desta sociedade, partindo da totalidade do seu modo de produção e como esta se utiliza da superestrutura – O Estado.

Para a discussão a cerca do papel do Estado realizar-se-á uma contextualização sócio-histórica de como a sociedade divide-se em classes, retratando como se desenvolve a produção social da vida, e como esta determina as relações sociais de produção. Assim, o objetivo desse capítulo inicial é de abordar reflexivamente essas relações e como estão intrinsecamente ligadas ao grau de desenvolvimento das forças produtivas materiais, estabelecendo diversas formas de divisão do trabalho como consequência.

Historicamente, percebe-se em todos os estágios anteriores da sociedade que a produção era essencialmente coletiva e o consumo se realizava também por distribuição direta dos produtos no interior das comunidades primitivas, maiores ou menores, conforme Engels (2012) afirma. Assim, esse caráter comum da produção trazia consigo a dominação dos produtores sobre seu processo de produção e conseqüentemente de seus produtos, fazendo com que o homem participasse de todas as etapas de produção, ganhando sentido o seu trabalho.

O trabalho, segundo a teoria marxista, é um processo entre o homem e a natureza, que ocupa papel central no desenvolvimento da sociedade, onde o ser humano, com sua ação, impulsiona a troca material com a natureza, controlando-a e transformando-a. Ao mesmo tempo o trabalho coloca o homem em movimento, defrontando-o com a força dessa natureza, e transformando a si mesmo, conforme Marx esclarece:

Antes de tudo, o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercambio material com a natureza. Defronta-se com a natureza como uma de suas forcas. Põe em movimento as forcas naturais de seu corpo – braços, pernas, cabeça, mãos -, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana. Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza. (MARX, 2013, p. 211).

Através do trabalho os homens constroem relações entre si, gerando uma dependência mutua, aderindo, assim, uma relação social de produção da vida. É nessa relação entre os homens e a natureza que regras serão necessárias e estabelecidas fazendo com que a divisão do trabalho tome proporções mais complexas.

Com o desenvolvimento da civilização e o desenvolvimento da divisão do trabalho, surge a luta pela propriedade dos meios de produção, que nada mais são que um conjunto formado pelos meios de trabalho (instrumentos de produção, como infraestrutura, ferramentas), e objetos de trabalho (terras, matéria prima). Essa disputa acontece entre aqueles que acumularam muitas terras e os que não as tinham, aqueles que obtinham grandes acumulações acabavam por explorar aqueles que não tinham, apropriando-se do trabalho alheio, com o objetivo de acumular cada vez mais para si. Como afirma Engels:

[...]a divisão do trabalho vai se introduzindo lentamente. Ela mina o caráter comum da produção e da apropriação, instaura a apropriação individual como regra predominante, criando, desse modo, a troca entre indivíduos. (...) A produção mercantil acaba se tornando, gradualmente, a forma dominante. (ENGELS, 2012, p. 151).

Os modos de produção variam no decorrer da historia, conforme Engels (2012) a escravidão é a primeira forma de exploração, própria do mundo antigo. Sucedem-na a servidão na Idade Média, e o trabalho assalariado nos tempos mais recentes. Logo, nota-se que a apropriação do trabalho e sua mercadoria, faz com que o homem acabe tornando-se, também, um produto no meio dessa produção. Assim, os que detêm o poder sobre os meios de produção, conseqüentemente estabelecem o poder sobre àqueles que não possuem tais meios, resultando numa divisão do trabalho e assim, consolidando-se as classes sociais.

As classes sociais resultam dessa divisão da sociedade causada pela propriedade privada, conforme Lênin afirma “as classes são grupos de homens,

dos quais um pode se apropriar do trabalho do outro, em virtude da posição diferente que ocupam num regime determinado de economia social” (LENIN, 2007, p. 25). A partir dessas diversas formas de desenvolvimento da produção, novas formas de constituição de classes surgem, com novas demandas de organização e controle.

Em todas as épocas anteriores da história, encontram-se diversas sociedades estruturadas em várias seções, com alterações na sua organização e nas posições dos indivíduos que nela se encontram. Assim, a exploração de uma classe por outra acaba sendo a base da civilização, atuando numa constante contradição, atribuindo quase todos os direitos a uma classe (a dominante) enquanto a outra (dominada) nada, restando apenas cumprir ordens e obrigações.

Com o desenvolvimento das cidades e com a riqueza crescente sendo acumulada individualmente por algumas classes, a civilização consolida-se, complexificando cada vez mais a divisão do trabalho. O poder que nos primórdios da civilização se encontrava apenas em clãs familiares, começa a se ampliar para aqueles que possuem maiores concentrações de riqueza. A sociedade burguesa nasce lentamente com o declínio da sociedade feudal, mantendo as contradições existentes entre as classes, acrescentando, apenas, novas condições de opressão e domínio. Logo, MARX e ENGELS, (2008) “(...) dos servos da Idade Média que nasceram os burgueses livres das primeiras cidades, a partir destes, desenvolveram-se os primeiros elementos da burguesia”.

Com os mercados do Oriente, a partir das grandes navegações, juntamente com a colonização da América, o volume das mercadorias aumenta consideravelmente, gerando conseqüentemente um aumento também dos meios de troca, desenvolvendo assim o comércio e, ocasionando uma crescente necessidade de consumo por parte dos homens. Assim, do seio da sociedade feudal desenvolve-se uma nova classe, a burguesia, e junto dela novos meios de desenvolvimento referente à exploração surgem, explica Marx que “(...) vemos assim, como a burguesia moderna é ela mesma o produto de um longo processo, moldado por uma série de transformações nas formas de produção e circulação”.

Percebe-se que a história acontece num movimento dialético, em que as classes dominantes, a partir das suas necessidades, apropriam-se do desenvolvimento das forças produtivas, direcionando o movimento das classes dominadas, limitando a autonomia e desenvolvimento desta, apropriando-se, ainda, do trabalho da mesma. Como se pode elucidar, historicamente a sociedade modificou-se através do crescimento dos mercados em que a manufatura perdeu espaço, dando lugar ao surgimento de grandes indústrias, substituindo pequenos produtores por industriais milionários. Assim nasce a burguesia, a mais nova classe dominante que ao se tornar proprietária dos meios de produção, altera não só os instrumentos de produção como também as relações sociais que antes existiam, como reforça Marx e Engels (2008) “destruindo as relações feudais, patriarcais e idílicas.”

O mercado mundial é criado pela grande indústria, bancado pela descoberta da América, promovendo o desenvolvimento do comércio e da navegação, expandindo assim seus meios de exploração. O capitalismo desenvolve-se a partir da industrialização, primeiramente na Inglaterra e partindo para o restante do mundo. A máquina passa a fixar o ritmo da produção, aumentando a capacidade produtiva da sociedade, concentrando cada vez mais a riqueza na mão dos burgueses, resultando assim no poder político e econômico a essa classe. Por sua vez, a outra parte da sociedade, a classe proletária, acaba por ter apenas a sua força de trabalho, possuindo apenas o necessário para viver e continuar a trabalhar.

A sociedade capitalista desenvolve cada vez mais a acumulação de capital, estruturando as bases materiais para se expandir. Possibilita que a classe proletária viva em maior desigualdade e exploração, fazendo com que os burgueses se apropriem cada vez mais da força de trabalho realizado pela classe dominada. Para compreender este processo de acumulação através da exploração por parte dos burgueses, faz-se necessário que se compreenda alguns elementos centrais para o capital: a mercadoria, a força de trabalho, a mais-valia e o lucro.

Na sociedade capitalista a mercadoria é tudo o que se produz para a troca e não para o uso próprio, o produto destina-se a terceiros, e pode ser

trocada por outra mercadoria ou dinheiro. Toda mercadoria possui um valor de uso e um valor de troca, os homens ao produzirem bens para satisfazer suas necessidades, produzem objetos com valor de uso, valor que diferencia uma mercadoria da outra a partir de suas qualidades e utilidades específicas. Já o valor de troca, que surge na história quando o homem começa a produzir em maior quantidade coisas que não seriam consumidas por ele próprio, tornando o necessário excedente iniciando o processo de troca, em que o valor de troca das mercadorias é medido comparativamente em quantidade, e independente de suas qualidades individuais podem ser trocadas por outras mercadorias. O dinheiro surge enquanto um equivalente geral a todas as mercadorias, assim o produtor troca a sua produção, tendo um equivalente para a troca de novas mercadorias.

Mas o que é comum a todas as mercadorias e que serve como critério para determinar o valor de troca de cada uma em relação à outra é a quantidade de trabalho do homem empregado na sua produção. Ou seja, a quantidade de trabalho pode ser medida em tempo, logo, o valor dessa mercadoria é determinado pelo tempo necessário para produzi-la. Por sua vez, tempo é referente ao tempo médio, em que a sociedade gasta para produzir determinado tipo de mercadoria, e que depende da disposição do nível técnico, da maquinaria e matéria-prima disponível. Marx (3013) afirma, “o valor de uma mercadoria é determinado pela quantidade de trabalho que contem, mas essa quantidade é socialmente determinada”.

Com o a crescimento da industrialização, e a sua produção em larga escala nas fábricas, a grande maioria dos produtores independentes, os artesões, deixam de possuir os meios de produção, bem como seus instrumentos, restando apenas vender sua força de trabalho em troca de um salário, tornando-se assim assalariados. Com essa mais recente massa proletarizada é que o capitalismo industrial se expande, onde a propriedade dos meios de produção passa a concentra-se nas mãos de uma minoria, enquanto artesões e camponeses sem terra, sendo a grande maioria, vendem sua força de trabalho para sobreviver.



“Com o desenvolvimento da burguesia, isto é, do capital, desenvolve-se também o proletariado, a classe dos trabalhadores modernos, que só sobrevivem se encontram trabalho, e só encontram trabalho se este incrementa o capital.” (MARX; ENGELS, 2008, p.19)

Essa força de trabalho, na sociedade capitalista acaba virando mercadoria, e o valor dessa mercadoria é igual ao valor dos meios de subsistência necessários para que o trabalhador tenha condições mínimas para sobreviver e continuar a produzir. Esse valor gerado é pago na forma de salário e serve para reproduzir sua força de trabalho. Logo, o trabalhador acaba dependendo desse trabalho, em que apenas consegue sobreviver se consegue vender a sua força de trabalho vendendo-se diariamente. Como mostra Marx e Engels (2008)

Quanto mais adverso o trabalho, menor o salário. Mais ainda: na medida em que maquinaria e divisão do trabalho se expandem, aumenta a massa de trabalho, seja pelo aumento do tempo de trabalho, seja pela exigência de mais trabalho no mesmo intervalo de tempo, mais velocidade das máquinas etc. (MARX, 2008, p. 20)

A força de trabalho é a única mercadoria, que no processo de produção e nos investimentos do capital, consegue gerar valor superior ao valor pago. Ela quem transfere para o produto acabado um valor maior do que contido nela e é em cima desse valor que a burguesia explora o proletariado. Assim, todo restante do valor gerado através do trabalho, chama-se mais-valia, em que a classe operária é obrigada a executar um trabalho excedente e que fica sem remuneração, pois o burguês paga na forma de salário é o trabalho necessário.

[...] quando o trabalhador opera além dos limites do trabalho necessário, embora constitua trabalho, dispêndio de força de trabalho, não representa para ele nenhum valor. (...) a taxa de mais-valia é, por isso, a expressão preciso do grau de exploração da força de trabalho pelo capital ou do trabalhador pelo capitalista. (MARX, 2013, p. 253-254).

Parte da mais-valia vai direto para o bolso do burguês, e chama-se lucro, já o restante desse capital serve para pagar juros, renda da terra, como também para pagar a administração das empresas, os funcionários públicos de toda máquina administrativa, ou seja, para manter o funcionamento dos meios de produção. Enquanto o trabalhador, aquele que transforma a natureza em sua volta e valorizando assim o seu próprio valor, recebe uma pequena

quantidade de dinheiro para, apenas, sobreviver e continuar vendendo sua força de trabalho, ficando dependente do capitalista.

A burguesia constitui interesses antagônicos e inconciliáveis aos da classe trabalhadora, o resultado dessa relação desigual, entre essas duas classes, é a contradição do produto do trabalho realizado pelo proletariado não ser dele mesmo, mas sim do proprietário capitalista. Logo, para além da apropriação do desenvolvimento econômico surge a necessidade de conquistar também o poder político, legitimando o modo de produção capitalista, através da ideologia dominante, difundindo assim os valores da sociedade burguesa em diversos âmbitos de reprodução da vida. Essa dominação ideológica, nada mais é do que a expressão ideal das relações materiais dominantes que se materializam em ideias e acabam regulamentando e legitimando tanto a produção como a distribuição dos pensamentos de sua época. Como a realidade material acaba por determinar a consciência e essa materialidade tem como domínio a burguesia, a classe dominada toma para si o ideário dominante, reproduzindo essa ideologia. Pode-se, então, concluir através de Marx e Engels:

A forma pela qual os homens produzem seus meios de vida depende sobretudo da natureza dos meios de vida já encontrados e que eles precisam reproduzir. Não se deve, porém, considerar tal modo de produção de um único ponto de vista, ou seja, a reprodução da existência física dos indivíduos. Trata-se muito mais de uma forma determinada de atividade dos indivíduos, de uma forma determinada de manifestar sua vida, um modo de vida determinado. Da maneira como os indivíduos manifestam sua vida, assim são eles. O que eles são coincide, portanto, com sua produção, tanto com o que produzem como com o modo como produzem. O que os indivíduos são, por conseguinte, depende das condições materiais de sua produção. (MARX; ENGELS, 2004, p. 44).

Diante de todas as contradições históricas vividas entre as classes dominantes e as classes dominadas, a classe trabalhadora não chegou a tal ponto de forma pacífica. Muito pelo contrário, houve muita violência e muita luta entre as classes para que o proletariado se organizasse e garantisse minimamente a sua existência. Mas para isso, a burguesia precisou fazer algumas concessões também, surgindo assim a necessidade de construir um aparato de leis e regras políticas para manter o controle da produção através da exploração.

A sociedade capitalista se organiza a partir de uma estrutura e superestrutura, sendo a estrutura econômica a sua base, onde se concentra a produção material de vida em que as forças produtivas se desenvolvem. Como visto anteriormente, é através da produção da vida material realizada nessa estrutura econômica que a organização social acontece, condicionando assim o processo de vida tanto social, como político.

Nessa estrutura econômica desenvolve-se também a luta de classes, a partir da realidade material, colocando em evidência a contradição entre capital e trabalho. A partir do acirramento da disputa entre as classes, surge a necessidade da classe dominante “aprimorar” seus mecanismos de controle sobre a classe dominada, surgindo assim a superestrutura. Esta superestrutura compreende as esferas política, jurídica e de consciência social, ou seja, as instituições responsáveis pela reprodução ideológica da sociedade.

Portanto, é a partir desse histórico conflito de classes que surge o Estado, tendo como objetivo a manutenção da ordem e dominação de uma classe sobre a outra como forma legítima de manter o poder da burguesia sobre a classe trabalhadora. Conforme Lenin:

Como o Estado nasceu da necessidade de refrear os antagonismos de classe, no próprio conflito dessas classes, resulta, em princípio, que o Estado é sempre o Estado da classe mais poderosa, da classe economicamente dominante que, também graças a ele, se torna a classe politicamente dominante e adquire, assim, novos meios de oprimir e explorar a classe dominada. (LENIN, 2007, p. 32)

O Estado burguês precisa se atualizar, e para isso, nota-se através do seu desenvolvimento histórico, quais os formatos que ele assumiu para ser legitimado, conforme Marx e Engels trazem no Manifesto Comunista (2008), “o poder do estado moderno não passa de um comitê que administra os negócios comuns da classe burguesa como um todo” Assim, é preciso perceber como esse Estado mantém a sua dominação política, econômica e ideológica, através do consenso que a classe dominante incentiva, apaziguando o conflito latente que existe entre essas classes antagônicas. Segundo Engels (2012),

o Estado não é, portanto, de modo algum, um poder que é imposto de fora à sociedade. (...) É antes um produto da sociedade, quando essa chega a um determinado grau de desenvolvimento. Assim, pensando nesse Estado, nessa superestrutura que tem como objetivo conciliar e apassar a classe trabalhadora surge também as políticas públicas. (ENGELS, 2012, p.160)

A partir deste entendimento, é possível compreender que quando a classe trabalhadora se coloca em movimento, articulando-se e organizando-se para lutar pela garantia de seus interesses o Estado assume a postura de coerção da classe proletária, reagindo de forma violenta para conter a massa de trabalhadores. Esse controle pode se dar de muitas maneiras, uma delas é realizando algumas concessões, esperando assim, que uma breve conciliação seja realizada e a ordem estabelecida, para que a produção continue.

## 2.1 O ESTADO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS NUMA SOCIEDADE CAPITALISTA

A lógica da produção capitalista não tem como objetivo suprir as necessidades dos homens, mas sim pensar e construir cada vez mais maneiras de acumulação do capital. Historicamente, conforme Marx e Engels (2008), todas as classes dominantes anteriores procuraram garantir sua posição submetendo a sociedade às suas condições de apropriação. E conforme visto, a finalidade dessa produção capitalista é gerar sempre mais abundância material, como também produzir novas necessidades de consumo ampliando a produção, aumentando a riqueza, que logo, acaba concentrando-se na mão de poucos, tendo como consequência, a miséria para aqueles que precisam vender sua força de trabalho para sobreviver.

Com isso, as desigualdades sociais crescem e resultam para a classe trabalhadora condições precárias de habitações, o acesso negado a muitos bens básicos para sobreviver, sendo obrigada a vender sua força de trabalho, adequando-se às condições impostas pelo capital. A condição de assalariados oferece aos trabalhadores longas jornadas de trabalho, salários baixos e viver sob condições instáveis. São essas desigualdades que permitem que o capital se fortaleça, admitindo, assim, cada vez mais a exploração de uma classe sobre a outra, resultando numa grande massa diversificada de trabalhadores. Este contingente é identificado, por Marx e Engels, como exército industrial de reserva, sendo necessário para a estrutura da produção capitalista, empregados em condições precárias ou até mesmo desempregados. Como trazem Marx e Engels:

Será que o trabalho assalariado, o trabalho do proletário, cria propriedade para ele? De modo algum. Cria capital, quer dizer, propriedade que explora o trabalho assalariado e que só pode se multiplicar se criar mais trabalho assalariado que possa ser novamente explorado. A propriedade, em sua forma atual, move-se no antagonismo ente capital e trabalho. (MARX, ENGELS, 2008, p. 32)

No estágio do desenvolvimento que as forças produtivas se encontram, percebe-se a constante pressão em que a classe trabalhadora vive, condicionada a um ambiente extremamente violento, vivendo em condições precárias no âmbito material, mas também enquanto seres sociais, muitas vezes desprovidos dos meios básicos de desenvolvimento humano, como educação, saúde, habitação digna. Para o capital, é necessário que a grande massa proletária viva sob essas condições, que exista essa reserva de trabalhadores que se sujeitem à lógica capitalista, estimulados por uma concorrência crescente, distanciando-se cada vez mais da consciência de classe, estando assim, vulnerável e suscetível aos interesses da burguesia. Assim, conforme Marx:

A condição especial para a existência e a dominação da classe burguesa é a concentração de riqueza nas mãos de particulares, a formação e a multiplicação do capital; a condição de existência do capital é o trabalho assalariado. MARX, ENGELS, 2008, p. 29)

Como foi visto anteriormente, para manter o modo de produção capitalista e toda a sua estrutura econômica, a superestrutura cumpre com o objetivo de estabelecer todo um aparelho de repressão e controle sobre a classe trabalhadora. Bem como estabelece formas administrativas de manter o controle da classe dominante, conforme Lenin (2007), o Estado é um órgão de dominação de classe, um órgão de submissão de uma classe por outra; é a criação de uma ordem que legalize e consolide essa submissão, amortecendo a colisão das classes.

Para que haja a continuidade, de maneira organizada, da apropriação da produção e da propriedade privada pela classe dominante, a burguesia organiza-se estabelecendo maneiras de garantir a sua dominação sobre a classe trabalhadora. É através do Estado que, a partir da “defesa” da existência de uma igualdade entre indivíduos, se mantém e reproduz a desigualdade social, ocultando as contradições das relações sociais de produção, resultando

numa reprodução da classe trabalhadora à ideologia burguesa, como refere Marx e Engels

Os indivíduos que formam a classe dominante possuem, entre outras coisas, também uma consciência e, por conseguinte, pensam; uma vez que dominam como classe e determinam todo âmbito de um tempo histórico é evidente que o façam em toda sua amplitude e, como consequência, também dominem como pensadores, como produtores de ideias que controlem a produção e a distribuição das ideias de sua época e que suas ideias sejam, por conseguinte, as ideias dominantes de um tempo. (MARX, 2004, p. 78)

Assim, conforme Lessa e Tonet,

Por mais aperfeiçoada e “livre” que seja a democracia, ela jamais deixará de ser uma prisão para os trabalhadores. Pode ser uma prisão mais ou menos confortável, mas jamais deixará de ser a forma política por excelência de submissão da sociedade às necessidades de reprodução do capitalismo. Portanto, o Estado capitalista acaba por defender a igualdade política e jurídica, mas com o objetivo de manter o poder na mão de poucos, seguindo com a dominação sob a classe trabalhadora. (LESSA; TONET, 2011, p. 85).

O Estado reproduz a desigualdade entre o burguês e o operário, utilizando também da ilusão da representatividade governamental, em que, o trabalhador, ao votar e eleger os políticos estaria sendo representado formalmente e a maioria da população estaria dirigindo o país. Mas, o Estado, por mais democrático que seja, será, inevitavelmente, um instrumento da classe dominante, uma vez que não consiga manter a ordem sobre os trabalhadores recorrerá à violência explícita e suspender a ordem democrática, a exemplo, a ditadura militar no Brasil.

A partir disso, é visto que as políticas públicas representam uma forma de mediação entre o Estado e a sociedade de classes, onde esse Estado é incapaz de resolver as desigualdades sociais, uma vez que sua existência se dá para a defesa dos interesses capitalistas, estes que necessitam dessa desigualdade para manter seu poder sobre a classe trabalhadora. Estão presentes nessa relação, essas políticas públicas que não tem como objetivo mexer na estrutura capitalista, nem como alvo findar a exploração da classe burguesa sobre o trabalhador, mas sim cumprir com o papel de amenizar e controlar as contradições existentes, constituindo-se, na maioria das vezes, em medidas focalizadas e assistencialistas.

É necessário compreender que as políticas públicas sociais surgem como respostas dadas pelo Estado, enquanto um produto de uma disputa entre as classes, como uma luta autêntica da classe trabalhadora, mas de forma contraditória, também, como uma maneira da classe dominante manter a sua legitimidade, agindo a partir de mecanismos para além da coerção, garantindo concessões para a classe trabalhadora, garantindo a ordem e a produtividade. Conforme Behring ressalta,

As políticas sociais são concessões/conquistas mais ou menos elásticas, a depender da correlação de forças na luta política entre os interesses das classes sociais e seus segmentos envolvidos na questão. (BEHRING, 2008, p.60).

A generalização dos direitos políticos é resultado da luta da classe trabalhadora, que não consegue instituir uma nova ordem social, mas tenciona e questiona o papel do Estado, contribuindo para ampliar minimamente os direitos sociais. Conforme Behring:

O surgimento das políticas sociais foi gradual e diferenciado entre os países, dependendo dos movimentos de organização e pressão da classe trabalhadora, do grau de desenvolvimento das forças produtivas, e das correlações e composições de força do âmbito do Estado. (idem, ibidem, p. 64).

Fazendo a análise do processo histórico, nota-se que durante o século XIX o Estado capitalista começa a realizar ações sociais cada vez mais amplas, planejando essas intervenções, assumindo um caráter de obrigatoriedade. Na segunda metade do século XIX, com a crescente industrialização, a força de trabalho reagia à exploração extenuante que lhe era imposta através do tempo de trabalho, como também a exploração do trabalho de crianças, mulheres e idosos. Logo, a luta de classes materializa-se na luta dos trabalhadores com greves e manifestações contra as exaustivas jornadas de trabalho e também sobre o valor da força de trabalho – o salário.

O período que percorre o século XIX até a terceira década de século XX é profundamente marcado pelo predomínio do liberalismo, que tem, como principal suporte, o princípio do trabalho como mercadoria e sua regulação pelo livre mercado. Para isso, o Estado não intervém na regulação das relações de trabalho e tão pouco no atendimento das necessidades sociais da população, preocupando-se apenas com a garantia dos interesses liberais, assegurando o

{livre mercado e a propriedade privada, naturalizando a miséria e acreditando que políticas sociais estimulam o ócio e o desperdício.

O Estado, materializado em suas diversas instâncias da sociedade burguesa vem compactuando com o capital, priorizando as demandas do mercado em relação às demandas sociais. É necessário enxergar que as políticas públicas fazem parte de todo um contexto sócio-histórico, em que, mesmo sendo um resultado das lutas da classe trabalhadora, acabam seguindo um padrão, sendo limitadas e não tendo como objetivo instigar o desenvolvimento da conscientização da classe trabalhadora, nem mesmo refletir sobre as desigualdades presentes nas várias esferas da sociedade.

As políticas sociais emergem orientadas pela lógica do seguro social na Alemanha, no final do século XIX, marca o reconhecimento público referente à proteção daqueles que já não possuem condições mínimas de vender sua força de trabalho. Assim, as políticas sociais que antes eram direcionadas apenas para situações de extrema pobreza, passam a ampliar a ideia de cidadania e desfocalizar suas ações. Essa modalidade de proteção social acaba espalhando-se no final do século XIX e início do século XX por vários países, mas sem ter o caráter universal.

As diversas formas de conceder direitos e oportunidades iguais para todos, na verdade, acaba ficando restrito apenas no âmbito formal, não alterando concretamente as desigualdades existentes na sociedade capitalista. Assim, as políticas sociais têm como objetivo mediar politicamente e ideologicamente às relações entre aqueles que detêm os meios de produção e aqueles que são explorados, a fim de manter a exploração e a conformação de uma classe sobre a outra. Logo, esse conjunto de políticas estabelecidas, tem por consequência redistribuir minimamente uma parcela da riqueza socialmente produzida para que, aqueles que continuam sendo explorados, mantenham condições básicas para manter a produção capitalista, mantendo a movimentação da economia, sem que haja confronto.

Como traz Behring (2011), as políticas sociais se multiplicam lentamente ao longo do período depressivo, que se estende de 1914 a 1939, e se generalizam no início do período de expansão após a Segunda Guerra. Economicamente a sociedade capitalista vive diversas crises durante a sua



história, sendo compreendidas por longos ciclos de expansão, de aumento da taxa de lucro através da intensificação da exploração de mais-valia, uma possível baixa dos preços das matérias primas, e depressão.

Essa situação cria seus próprios obstáculos: com a redução do exército industrial de reserva, tende a se ampliar a resistência do movimento operário, baixando a taxa de mais-valia. Há uma generalização da revolução tecnológica, que está na base de todo ciclo de expansão, diminuindo os superlucros extraídos do diferencial da produtividade do trabalho. Nesse contexto, impõe-se a queda tendencial da taxa de lucros em relação ao conjunto do capital social. A concorrência é acirrada, bem como a especulação. Há uma estagnação do emprego e da produtividade, o que gera uma forte capacidade ociosa na indústria. Com isso, configura-se uma superabundância de capitais e uma escassez de lucros, produzindo o desemprego generalizado e a queda do consumo, inviabilizando o processo de realização da mais-valia. (BEHRING, 2011, p. 70).

Logo, as soluções para as crises capitalistas, se dão no sentido de reativar o emprego e também o consumo, tendo como importante medida o fundo público, e até mesmo a guerra. Assim, ganha forma a sustentação pública de um conjunto de medidas anticrise ou anticíclicas, e que tem como foco amortecer as crises cíclicas de superprodução, superacumulação e subconsumo. Dento dessas medidas é que se encontram as políticas sociais, compondo esse conjunto de medidas a fim de restabelecer o lucro dos burgueses.

A tentativa de reerguer o Estado capitalista, pós- crise a partir da necessidade de regulação estatal do Estado de bem-estar social nos países mais desenvolvidos economicamente, tinha como demandas estabelecer políticas que visam pleno emprego e crescimento econômico num mercado capitalista, ampliando o mercado de consumo e buscando uma conciliação de classes através de consensos. O Estado de bem-estar social, inspirado no *Keynesianismo*,<sup>1</sup> tem como princípio, conforme Duriguetto e Montañó “a intervenção estatal na regulação capital trabalho, a garantia da reprodução da força de trabalho, a expansão capitalista respondendo a algumas demandas dos trabalhadores” (DURIGUETTO; MONTAÑO, 2011, p. 79). Logo, o Estado desenvolve um modo de organização em que este incorpora as demandas

---

<sup>1</sup> O *keynesianismo* agregou-se o pacto fordista – da produção em massa para o consumo de massa e dos acordos coletivos com os trabalhadores do setor monopolista em torno dos ganhos de produtividade do trabalho –, e estes foram os elementos decisivos, da possibilidade político-econômica e histórica do Estado de Bem Estar Social/ *Welfare State*.(BEHRING, E. 2009)

trazidas pelos operários, com o objetivo de neutralizar os conflitos entre a classe trabalhadora e a burguesia.

Pensando na formação social brasileira, é visto que, o Brasil não acompanha o mesmo tempo histórico que os países de capitalismo central, pois, com o processo de colonização, o país acaba servindo aos interesses dos países mais desenvolvidos industrialmente, constituindo-se em uma sociedade voltada para fora e dependente desse mercado externo. Portanto, não houve uma radicalização por parte das lutas operárias no Brasil no século XIX, pois ainda se encontrava voltado para a área rural, possuindo como base a mão-de-obra escrava, o que não significa que manifestações de extrema pobreza e desigualdade já não fizessem parte do contexto brasileiro. Apenas no começo do século XX, nos períodos pré-industrialização e industrialização do país, que surgem os primeiros sindicatos, que acabam sendo reconhecidos como organização sindical, e o país inicia seu processo de reconhecimento de políticas sociais.

A partir da expansão do neoliberalismo em âmbito mundial, as contradições acabam ficando latentes, a taxa de lucro cresce, bem como a miséria. Possuindo, como característica, a mínima participação estatal nos rumos da economia do país, pouca intervenção do governo no mercado de trabalho e uma política crescente de privatização. As consequências das relações neoliberais alteram as condições de vida da classe trabalhadora, como também o modo de produzir, distribuir e acumular bens materiais, reproduzindo amplamente as desigualdades sociais como consequência dessa relação de produção e reprodução do capital.

O resultado destas relações afeta o Brasil, um país que como o resto da América Latina, desenvolve-se tardiamente no quesito referente à industrialização e conseqüentemente às políticas públicas e direitos sociais. Logo, para compreender, em particular, o processo histórico da política de saúde do país, é preciso realizar uma análise referente à construção dos direitos sociais e como esse foi se moldando ao longo dos anos, como um produto de toda uma relação de luta entre classe trabalhadora e burguesia.

### 3 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E A LUTA DE CLASSES

A concepção de saúde, de maneira geral, foi modificando-se ao longo dos anos, no caso brasileiro e em muitos outros países a realidade da crescente urbanização, a partir da industrialização, começou a alterar a vida da população. Diversos surtos de doenças surgiam nas cidades, alastrando pânico e diminuindo a produção dos trabalhadores nas grandes indústrias, exigindo assim, medidas por parte das autoridades para controle desses episódios. Como ressalta Finkelman:

No caso das Américas, a febre amarela, em fins do século XIX e início do século XX, era considerada o grande desafio da política sanitária, especialmente no que se refere ao comércio entre as nações. Em parte, desempenhou no continente americano papel similar ao da cólera na Europa. (FINKELMAN, 2002, p. 44)

Verifica-se que a febre amarela foi uma das doenças mais marcantes da história da saúde pública brasileira, com impactos sobre os processos políticos e o desenvolvimento científico no país. Com o impacto das epidemias no Brasil, afetando inclusive a própria elite brasileira, a história da saúde pública no país é, em larga medida “uma história de combate aos grandes surtos epidêmicos em áreas urbanas e às denominadas endemias rurais, como a malária, a doença de Chagas e a ancilostomose” (FINKELMANN, 2002, p. 46)

A saúde pública no Brasil e a assistência à saúde da população em geral passou por diversos momentos, os quais serão abordados nesse capítulo, em que se pretende realizar um panorama referente a totalidade a cerca desse processo, retratando como ocorre a articulação dos próprios trabalhadores para concretizar sua luta por melhores condições de vida, trabalho e saúde. Assim, para explicitar as contradições existentes num sistema capitalista, é necessário articular também as investidas do grande capital na manutenção da conciliação de classes, como também as estratégias de conservação do poder na mão da classe dominante.

A saúde no Brasil era dividida em acesso e atendimento diferenciado para uma parcela mínima de cidadãos, aqueles que detinham poder econômico tinham acesso a médicos particulares, enquanto o restante ficava na dependência de curandeiros ou da caridade daqueles que possuíam maior

poder econômico. A economia do país era gerada, principalmente, pela exportação de café, e os portos eram centrais na circulação de produtos e também na força de trabalho, assim, com as epidemias muitos países começaram a deixar de aportar no país, significando prejuízo econômico para a elite, que sentiu necessidade de garantir melhoria das condições sanitárias, controlando as endemias e o saneamento dos portos e centros urbanos. Logo,

Melhores condições sanitárias, de um lado, significavam, uma garantia para o sucesso da política governamental de atração de força de trabalho estrangeira e, de outro, impunham-se como uma necessidade de preservação do contingente ativo de trabalhadores, em um contexto de relativa escassez de oferta de trabalho. (FINKELMANN 2002, p.119).

Percebe-se então, que a saúde ganha configurações de higienização, em que o foco acaba sendo criar condições para garantir o desenvolvimento econômico do país, instituindo assim, políticas focalizadas e repressoras. No início do século XX, as campanhas realizadas sob moldes quase militares, iniciam a implementação de atividades de saúde pública de maneira autoritária, gerando oposição por uma parte da população, como exemplo, a Revolta da Vacina, em 1904, sendo a resistência de uma campanha de vacinação obrigatória contra a varíola sancionada por Oswaldo Cruz, o então Diretor Geral de Saúde Pública.

É visto que a classe dominante pretende garantir condições mínimas de saúde para os trabalhadores, para que estes deem continuidade à produção de riquezas. As ações acabam sendo focalizadas nos polos de exportações, nos centros urbanos, de maneira autoritária e higienista. Conforme Finkelmann:

De um modo geral, a assistência à saúde, prestada por este e pelos órgãos federais que lhe sucederam, estava restrita às situações de epidemia e aos casos de especial interesse para o controle das condições de saúde pública, no eixo central da economia, havendo de fato quase nenhuma capacidade de atuação do poder federal na assistência individual à saúde. (FINKELMANN, 2002, p. 121).

Assim, para manter condições básicas de saúde para os trabalhadores, para que estes continuem produzindo, surge, no início do século XX um sistema de assistência à saúde, precário e limitado, como resultado de um grande êxodo rural, em que ocorre a transição de uma economia predominantemente agrário-exportadora para uma economia urbana e industrial. Nesse mesmo período, com o desenvolvimento das indústrias de

base no Brasil, inicia-se a consolidação do modo de produção capitalista, tendo como consequência a intensificação da jornada de trabalho, e a precarização das condições de vida da grande massa trabalhadora.

Mundialmente, com o desenvolvimento do capitalismo monopolista, muitas formas de organizações e lutas foram se desenvolvendo, impulsionadas a partir das contradições vivenciadas pelos trabalhadores, como exemplo, a Revolução Russa (1917), Revolução Mexicana (1910), entre outras. Com esse panorama internacional de resistência dos trabalhadores em luta, somadas a vinda de imigrantes para o país para trabalhar nas indústrias (estes com uma consciência mais avançada com relação à classe trabalhadora brasileira, devido suas experiências nos seus países de origem), faz com que os trabalhadores se organizem para lutar por melhores condições de trabalho e assim realizando greves por todo o país. Com a crescente desigualdade econômica e social entre as classes, a burguesia percebe que sua autoridade está em risco, assumindo assim maneiras mais elaboradas de manter seu domínio sobre a classe trabalhadora.

É neste período que a saúde passa a ser pautada por ações focadas na higienização e combates às epidemias, como também à saúde do trabalhador. É nesse contexto que emerge o modelo previdenciário brasileiro com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) em 1923. Os benefícios eram proporcionais às contribuições dos trabalhadores e foram previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez; pensão para os dependentes e auxílio funeral, conforme Bravo (2011) revela. Posteriormente, durante o governo do presidente Getúlio Vargas (1930-1945), os CAPs são substituídos pelos Institutos de Pensão e Previdência – IAPs, organizados, também por ramos de categoria profissional e de natureza contributiva.

Verifica-se, assim que nas primeiras décadas do século XX o modelo de intervenção do Estado na área social se deu através de um sistema de proteção social de seguro social, que se expande durante o governo Vargas. É nesse momento histórico, em que muitas greves trabalhistas tomam o país, e que mundialmente há um crescente questionamento e enfrentamento referente ao modelo societário vigente. Frente a isto, a burguesia concede algumas

pautas, que há muito tempo vinham sendo defendidas, tais como: a redução da jornada de trabalho para 8 horas diárias e a proibição do trabalho infantil.

O processo de tomada de decisão e a gestão do sistema eram realizados sem a participação da sociedade e estavam centralizados em grandes burocracias, afastando o trabalhador da construção de um diálogo, e mantendo essa lógica através da força, reforçando a desigualdade e fragmentação dessas políticas. O sistema de saúde era formado por um Ministério da Saúde em convênio com órgãos do governo americano e subfinanciado pelo sistema de assistência médica da previdência social, cuja provisão de serviços se dava por meio de institutos de aposentadoria e pensões divididos por categoria ocupacional, como por exemplo, bancários, ferroviários, entre outros, cada um com diferentes serviços e níveis de cobertura. Como traz, Bravo:

Os trabalhadores vinculados ao setor urbano do complexo exportador foram os mais combativos politicamente e que primeiro lutaram pela organização das Caixas em suas empresas: os ferroviários em 1923, os estivadores e os marítimos em 1926. (BRAVO, 2011, p. 27)

As pessoas, que por sua vez possuíam empregos esporádicos tinham uma oferta inadequada de serviços, composta por pouquíssimos serviços públicos, filantrópicos ou serviços de saúde privados pagos do próprio bolso. Até 1964, a assistência médica previdenciária era prestada principalmente pela rede de serviços dos IAPs (Instituto de Aposentadorias e Pensões) composta por hospitais, ambulatórios e consultórios médicos e é com a unificação deste no INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) que ocorre uma centralização e priorização do setor privado na saúde. Desta forma, era uma assistência prestada apenas para os trabalhadores que possuíam o seguro social previdenciário. A partir disto, gradualmente há um grande estímulo de certo padrão de organização que tem por objetivo lucrar com a saúde, como a contratação de serviços privados de saúde, além de convênios com empresas, criando maneiras fragmentadas de ver o usuário que acessa o serviço, tendo como finalidade baratear os custos e ganhar mais por cima do mesmo.

O setor agrário perde seu poder político, enquanto a burguesia nacional ascende em associação com o capital estrangeiro. Enquanto isso, internacionalmente, há uma crescente hegemonia imperialista pós-guerra

mundial, em que a burguesia, percebendo a força que o proletariado vai adquirindo, inicia seu processo de disseminar a ideologia anticomunista, desqualificando as Revoluções, Russa e Cubana. Assim, nesse período, os conflitos de classes ficam mais acirrados e materializam-se em manifestações por parte dos trabalhadores, através de greves e outras articulações setoriais.

Com o golpe militar vivido no Brasil entre os anos 1960 a 1980 a burguesia deu resposta ao acirramento da luta de classes marcado pelo desenvolvimento dos trabalhadores, que foi sendo construído ao longo do século XX. Logo, conforme Bravo (2011), a ditadura desenvolveu e modernizou o aparelho estatal, de modo a garantir a estabilidade social e política conveniente ao capital financeiro nacional e estrangeiro, em que a violência estatal se transformou em poderosa força produtiva ao controlar a classe operária.

Após o golpe militar de 1964, reformas governamentais aconteceram em todo o país, tendo como tarefa restaurar a ordem na sociedade, reprimindo qualquer movimento contrário a ela, além de buscar tentativas de normalizar a economia, para isso congelaram salários e gastos com as políticas sociais, recebendo grande investimento do capital internacional. Como afirma Escorel:

O processo de modernização autoritária levado a cabo durante a primeira década do regime militar, subordinado aos interesses do grande capital multinacional e nacional, promoveu uma grande reestruturação do aparelho de Estado por meio de reformas financeiras e fiscal de 1964 e 1965, previdenciária em 1966 e tributária e administrativa em 1967. (ESCOREL, 2012., p. 388).

O capital internacional encontrava no país as condições ideais para investimento como força de trabalho em larga escala, salários baixos e muita repressão à organização desses trabalhadores. Durante as décadas da ditadura houve grande impulso referente à expansão de um sistema de saúde predominantemente privado, mas com recursos do orçamento federal especialmente nos grandes centros urbanos, surgindo assim os primeiros complexos hospitalares, com elevadas taxas de acumulação de capital nas grandes empresas produtoras de medicamentos.

Segue-se uma rápida ampliação da cobertura, que incluiu a extensão da previdência social aos trabalhadores rurais, como também empregadas domésticas e, em 1973, trabalhadores autônomos. Verifica-se que a ampliação

da cobertura, em especial aos trabalhadores rurais, deve-se ao processo de resistência dos trabalhadores do campo contra o regime militar ao mesmo tempo, em que esse regime, buscava a cooptação de parte do segmento desses trabalhadores para o seu apoio. Já os demais cidadãos que não contribuíam com a previdência social obtinham saúde em centros e postos de saúde, desde que integrasse certo perfil referente aos programas, como exemplo: materno-infantil, tuberculose, hanseníase; a responsabilidade pela oferta da atenção à saúde foi estendida até aos sindicatos.

Os subsídios diretos a empresas privadas para a oferta de assistência médica aos seus empregados foram substituídos por descontos no imposto de renda, o que levou à expansão da oferta dos cuidados médicos e à proliferação de planos de saúde privados. Assim, a prática médica estava orientada a seguir um padrão, com horizontes voltados à lucratividade do setor saúde, seguindo os moldes capitalistas, passando a diferenciar o atendimento segundo seus “clientes”.

Nesse contexto, conforme traz Escorel (2012), observa-se que a construção de um novo pensamento sobre a saúde acontece a partir de uma nova visão, tratando ela como um viés preventivo, indo para além daquela visão curativa. Assim,

A construção desse novo pensamento sobre saúde recebeu estímulos também da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) que, ao longo da década de 1960, divulgou a aplicação das ciências sociais nas análises dos problemas de saúde. A mesma organização disseminou nos países latino-americanos os programas de medicina comunitária voltados para os grupos mais pobres caracterizados por serem de baixo custo, simplificados e que contavam com a participação da comunidade na sua execução. (ESCOREL, 2012., p. XX).

Com a crescente perspectiva no meio universitário sobre estudos referentes à saúde pública, culminando com o movimento da sociedade civil para destituição do regime militar, inicia-se o processo de abertura lenta e gradual para a democracia. Foi durante o governo Geisel (1974-1979) que aconteceu o II Plano de Desenvolvimento Nacional, que acabou por disponibilizar uma estruturação do movimento sanitário, pois articulou uma rede de articulação de projetos, financiando pesquisas e profissionais, constituindo, assim, as bases institucionais para o movimento sanitário.



Durante os 'anos Geisel', o movimento sanitário começou a ocupar espaços como um pensamento contra-hegemônico, com baixa capacidade de interferência nas decisões institucionais. Porém, a participação serviu para acumular experiências nas instituições federais gestoras dos serviços de saúde ou definidoras da política de saúde, em secretarias municipais de Saúde e em outros LOCI da máquina governamental setorial. Essa experiência acumulada iria traduzir os 'anos Figueiredo', desde o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prevsáude) até as Ações Integradas de Saúde (AIS). (SCOREL, 2012., p. 416)

Na década de 1980, a crise social que permanecia desde a época do “milagre econômico”<sup>2</sup> e a sua concentração de renda, torna-se latente logo no início, fazendo com que a recessão repercutisse, assim fragilizando a aliança do regime militar com o empresariado nacional. Logo, a conjuntura nacional, além de estar marcada pelos resultados da crise econômica, intensifica-se também a mobilização social pela redemocratização do país e pela garantia do direito a melhores condições de vida. E é nesse cenário, a partir da aliança entre comunidades com movimentos populares de resistência em conjunto com militantes e estudantes que nasce o movimento da Reforma Sanitária.

A partir deste período, no campo da política, ocorre o processo do fim do bipartidarismo, em que se dá a legalização dos partidos que se encontravam na clandestinidade, como também o surgimento do Partido dos Trabalhadores (PT) e a criação da Central Única dos Trabalhadores (CUT), além do movimento estudantil, ambos com o objetivo de serem instrumentos de luta da classe trabalhadora. Logo, o movimento de reforma sanitária foi um processo de organização e luta, em que a saúde deixou de ser interesse apenas dos profissionais e técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia, conforme revela Bravo (2011).

Em março de 1986, ocorre a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, tendo como tema central a discussão em torno da saúde como direito, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial. Nessa conferência, cerca de cinco mil pessoas comparecem e participam das discussões, aprovando a unificação do sistema de saúde. Aparecem nessa discussão, o conceito ampliado de saúde, o direito de cidadania e dever do

---

<sup>2</sup> Forte crescimento econômico no país de maneira muito rápida, referente ao início dos anos 1970, mas que logo decaiu.

Estado, criando instâncias institucionais de participação social. Conforme Bravo:

Os debates saíram dos seus fóruns específicos (ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento. A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária. (idem, ibidem, p. 9).

A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde surge a constituição da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) e a conformação da Plenária Nacional de Saúde. Como traz Bravo, a politização da saúde foi uma das primeiras metas a serem implementadas com o objetivo de aprofundar o nível da consciência sanitária, alcançar visibilidade necessária para inclusão de suas demandas na agenda governamental e garantir o apoio político para a implementação das mudanças necessárias. Portanto, a saúde passa a ser considerada como direito de todos e dever do Estado, sendo adotado assim o conceito ampliado de saúde e por fim, sendo criado o Sistema Universal de atenção à saúde.

### 3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Como visto anteriormente, o movimento por uma saúde pública e universal teve seu ápice com a 8ª Conferência de Saúde (1986), em que as demandas acumuladas durante anos, referente à área da saúde, foram trazidas para discussão. Em 1987, como resposta a esse encontro, cria-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). E em 1988, com a criação de um sistema de saúde unificado que a saúde no Brasil é redefinida, a partir da criação do SUS, logo os processos e práticas são reorganizados, pensando e formulando novas concepções de saúde e como alcançá-la.

É importante ressaltar que o cenário político nacional e internacional não se mostrou favorável à implantação desse novo sistema de saúde, que foi fortemente disputado por interesses distintos. De um lado aqueles que defendiam a Reforma Sanitária e do outro, grupos empresariais que

enxergavam sob outra ótica a saúde brasileira, esse grupo era composto por lideranças de diversos grupos, como por exemplo, a Associação de Indústrias Farmacêuticas, que visavam sempre a mercantilização entre saúde x doença. Apesar da disputa, o SUS acaba tornando-se o resultado da ação política decorrente da organização de novos sujeitos políticos, em que esse modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil é orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo território nacional.

O SUS, após longo período de luta e organização, é implementado no início da década de 1990, após a promulgação da Lei Orgânica de Saúde (lei n. 8080/1990) e após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986, sendo essa última, a parte fundamental de articulação para o processo de reforma do sistema de saúde brasileiro que é materializado na Constituição de 1988. Nessa Conferência foram tratados os principais temas, como a busca da equidade, a garantia universal às ações e aos serviços de saúde, o aumento do financiamento público para a saúde, a busca por uma maior integração das ações realizadas nos locais de saúde, como também a nível federal, estadual e municipal, assim, dando mais poder a participação da população referente às suas direções e controle das ações da saúde.

Na Constituição de 1988, nasce também o conceito de Seguridade Social, que teve como palco muita disputa ideológica por parte de vários setores da sociedade. Essa modalidade de intervenção era na verdade já utilizada em outros países e tinha como característica distribuir benefícios e serviços para toda a população abrangendo a previdência, a saúde, a assistência social, educação, entre outros. No Brasil a Seguridade Social, da materialidade à histórica luta por parte da classe trabalhadora, como afirma Conselho Federal de Serviço Social - CFESS (2006) “que acaba por representar a afirmação e extensão de direitos sociais em nosso país, em consonância com as transformações sociopolíticas que se processaram”.

Durante a construção da Constituição Federal e o processo de abertura da democracia que vivia o Brasil, percebia-se um campo de disputas, em que de um lado a participação social, e direitos universais estavam sendo pautados pelos trabalhadores e movimentos sociais, mas por outro havia uma forte iniciativa neoliberal, defendendo um Estado mínimo, visando uma maior

produtividade e cortando gastos relacionados às políticas sociais. E é no início dos anos 1990, com o governo Fernando Collor de Mello, eleito em 1989, que o embate acontece de fato, dando início a um processo de negação a todos os direitos pautados na nova Constituição de 1988, gerando críticas contra as conquistas sociais.

A partir desse processo que se vivia nacionalmente, mas com grande influência internacional, em que a reivindicação sobre um Estado menos interventor, e um poder máximo referente ao capital, era colocada como bandeira de luta da classe dominante acabou por trazer consequências em diversas decisões tomadas governamentalmente. Ou seja, a conjuntura da crise fiscal, associada ao fortalecimento de posições conservadoras e voltadas para o mercado, impôs constrangimentos à implantação do SUS, limitando a possibilidade de ampliação dos serviços de saúde, necessária para garantir a universalização efetiva. Ao se traduzir na redução do gasto público, funcionou como freio objetivo e ideológico à atuação redistributiva do Estado, Menicucci (2006). Assim, é visto que, a década de 1990 é marcada pela desregulamentação das políticas públicas e relações de trabalho, afetando a toda classe trabalhadora.

Nesse momento encontra-se em ascenso, no cenário mundial, o modelo de desenvolvimento neoliberal, em que o Estado, conforme já referido no capítulo anterior, passa a ter uma perspectiva de Estado mínimo. No âmbito da saúde, essa atual conjuntura resultava numa defesa de privatização, colocando a mesma num viés de mercantilização, em que o acesso mínimo a saúde seria defendido para aqueles que não teriam condições de acessar a saúde paga, com forte expansão do setor privado às ações realizadas nas políticas sociais. Como explicita Noronha (2012):

A participação complementar dos serviços privados deve ser realizada mediante o estabelecimento de contratos e convênios, sendo observadas as normas de direito público, os princípios éticos e a regulamentação expedida pelos órgãos de direção do SUS quanto às condições para seu funcionamento, controle e fiscalização. (NORONHA, 2012, p. 438).

O SUS, portanto, não é composto apenas por serviços públicos, mas sim por uma rede de serviços privados, sendo que ambos deveriam ser orientados pelos princípios defendidos na Constituição de 1988. Entretanto, na

contra-lógica neoliberal acaba por resultar numa saúde fragmentada, negando uma concepção de integralidade, visando programas mínimos e focalizados para aqueles que não teriam condições de acessar aqueles serviços privados, pensando assim, outro sistema para os “consumidores” da saúde. Pensando nisso é necessário retratar como o SUS se constitui, pensando nos seus princípios e diretrizes. Seriam esses princípios e diretrizes do SUS: Universalidade de acesso e igualdade em todos os níveis de assistência, tendo como direito a igualdade de todas as ações para todos os usuários, garantindo a promoção, proteção e recuperação da saúde. A integralidade como um conjunto articulado e contínuo de serviços e ações resolutivos, preventivos e curativos, em contato com outras políticas, assegurando uma atuação intersetorial, pensando a saúde na sua totalidade. A participação da comunidade tanto na formulação quanto na fiscalização da implementação de política de saúde, nos níveis municipais, estaduais e federal, com a garantia de espaços que permitam essa participação, mostrando transparência no planejamento e na prestação de contas envolvidas. Por fim, a descentralização, regionalização e hierarquização de ações e serviços, que tem como objetivo garantir o acesso da população a saúde, articulando esse conjunto de ações e serviços de diversas complexidades e custos.

No quesito de organização desse sistema de saúde, é previsto que ocorra uma articulação entre a atuação de gestores do sistema em cada nível de governo, como a Comissão Intergestores Tripartite<sup>3</sup> e as comissões Intergestores Bipartites<sup>4</sup>, conselhos de secretários de saúde nos âmbitos nacional e estadual, como também os conselhos de saúde nos âmbitos

---

<sup>3</sup> Instância de articulação e pactuação na esfera federal que atua na direção nacional do SUS, integrada por gestores do SUS das três esferas de governo - União, estados, DF e municípios. Tem composição paritária formada por 15 membros, sendo cinco indicados pelo Ministério da Saúde (MS), cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). A representação de estados e municípios nessa Comissão é regional, sendo um representante para cada uma das cinco regiões no País. Nesse espaço, as decisões são tomadas por consenso e não por votação. A CIT está vinculada à direção nacional do SUS. (Ministério da Saúde)

<sup>4</sup> Espaços estaduais de articulação e pactuação política que objetivam orientar, regulamentar e avaliar os aspectos operacionais do processo de descentralização das ações de saúde. São constituídas, paritariamente, por representantes do governo estadual indicados pelo Secretário de Estado da Saúde e dos secretários municipais de Saúde indicados pelo órgão de representação do conjunto dos municípios do estado, em geral denominado Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS). (Ministério da Saúde)

municipal, estadual e nacional. É com a lei n. 8.080/1990, que as atribuições de cada esfera do governo é definida, em que a proposta é que seja organizada de maneira descentralizada, oferecendo certa liberdade para cada estado e município. Como traz Arretche:

A estratégia brasileira de descentralização consistiu em transferir aos municípios a autoridade para contratar, auditar e pagar os provedores privados de serviços hospitalares, ainda que, contando com recursos transferidos do governo federal. (ARRETCHE, 2007, p. 184).

E segundo Menicucci:

No Brasil, os obstáculos estruturais se expressam nas profundas desigualdades socioeconômicas e culturais – inter-regionais, interestaduais, intermunicipais –, nas características do próprio federalismo brasileiro, na proteção social fragmentada e no modelo médico-assistencial privatista sobre o qual o sistema foi construído. (MENICUCCI, 2006, p. 465).

Ao compreender esse processo, e toda trajetória histórica do SUS, bem como seus princípios e diretrizes, fica evidente que as contradições e precarizações vividas atualmente no âmbito da política de saúde, restringem a concretização,

Dessa forma, pode-se dizer que os princípios e diretrizes da política de saúde foram construídos na contracorrente das tendências hegemônicas de reforma dos Estados nas duas últimas décadas, e sua implementação tem sofrido a influência dessas tendências. (idem, ibidem, p. 467).

Portando, como resultado dessa apropriação sócio-histórica, nota-se que, ao longo das décadas, as políticas públicas foram sucateadas, e já nascem com certa limitação, que não garantem o total acesso de serviços qualificados à classe trabalhadora, pois não há o investimento e nem interesse da classe dominante para garantir esses direitos em sua qualidade para todos de maneira universal. Logo, percebe-se um desmantelamento das políticas públicas através das crescentes privatizações de serviços e perdas de direitos que foram historicamente conquistados, em que partidos e governantes seguem a lógica de reforçar o processo de centralização e acumulação da riqueza socialmente produzida, permitindo como, por exemplo, parcerias público-privadas de serviços que deveriam ser totalmente públicos.

### 3.1.1 O Sistema Único de Saúde em Porto Alegre

A política de saúde no município de Porto Alegre, assim como na maioria dos municípios brasileiros, se reorganiza a partir do SUS, que o art. 198, da Constituição Federal do Brasil de 1988 refere que as ações do SUS têm, conforme referido no item anterior, as diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. Na regulamentação do SUS, a Lei 8080/90 nas disposições gerais tem o seguinte:

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

1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. (...) Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (BRASIL, 1990a).

Na mesma lei, no que se refere aos seus princípios e diretrizes em âmbito nacional, temos o seguinte:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para

os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e; XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. (BRASIL, 1990a).

A partir da Constituição de 1988 e o surgimento das diretrizes pautadas pelo SUS, a descentralização e a participação da esfera municipal ganha maior destaque seguindo o modelo nacional que estava entrando em vigor, como afirma Costa:

A descentralização é entendida como uma resposta ao movimento anterior que foi a descentralização político administrativa dos governos militares. Propõe redistribuição do poder repassando as competências e decisões para esferas próximas a população. Havendo uma necessidade de redefinição de suas atribuições desconcentrando poder da União e dos Estados para os Municípios. (COSTA, 2006, p. 12).

Assim, no Rio Grande do Sul, tanto a concepção de descentralização como também a ideia de uma autonomia por parte dos municípios, teve passos lentos, devido à grande diversidade demográfica, econômica e social nos municípios gaúchos. Outro fator importante a ser considerado é referente às diversas questões partidárias, em que os governos tanto do estado como do município não tinham um consenso sobre a saúde que iriam programar. Conforme traz a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre:

Até a década de 80, as ações de saúde pública no Brasil se encontravam separadas e sob a gestão de dois órgãos federais: o extinto INAMPS, responsável pelas ações de assistência a saúde individual e sob os comandos do Ministério da saúde, estavam as ações de natureza coletiva, vinculadas essencialmente a prevenção e ao controle de doenças transmissíveis. (SMS, 2011, p. 34).

Anterior à implantação, o município seguia o mesmo padrão nacional de saúde, sendo composto predominante por instituições de saúde não governamentais, mas sendo bancado pelo setor público. Como informa Costa (ANO), a Secretária de Saúde foi criada pelo decreto nº 21.240 de 08/08/1971, tendo como objetivo melhorar o nível de saúde da população assegurando o básico essencial para a promoção, proteção e recuperação. Assim, conforme a Secretaria Municipal de Saúde Porto Alegre (2011), a descentralização da



saúde começou a ganhar cada vez mais força na cidade de Porto Alegre, sendo criadas diversas instâncias para se pensar a saúde da população. Nesse processo da implementação do SUS em Porto Alegre, é estabelecido, em 1994, um cronograma de municipalização e também o Convenio de Municipalização das Ações de Vigilância.

A municipalização da saúde em Porto Alegre começa a ganhar materialidade a partir de 1996, os serviços que existiam na cidade se caracterizavam por somente doze locais de atendimento de atenção primária à saúde e um hospital público, o Hospital de Pronto Socorro, sendo gerido pela Secretaria Municipal da Saúde (SMS). Na continuidade da implementação do SUS no município, em 1999 os serviços oferecidos pelo governo para a população crescem para cem comparados com o doze que existiam em 1996. Conforme Secretaria Municipal de Porto Alegre:

[...] A municipalização veio a calhar para todos. Porto Alegre tinha uma estrutura muito pequena. Fora o Hospital de Pronto Socorro (HPS), a estrutura da Secretaria Municipal de Saúde era mínima. O estado é que respondia por boa parte do atendimento da atenção básica e fazia as ações de vigilância da saúde, em sua maior parte, mesmo que não tivesse estrutura para isso. (...) O Estado já não recebia profissionais nessa área há muito tempo, também não havia mais investimentos. (...) Praticamente não havia vigilância de farmácias nem de medicamentos, e os estabelecimentos de saúde também eram pouco fiscalizados. (SMS, 2011, p. 40).

Conforme preconizado nacionalmente, o SUS defende a descentralização e o controle social, logo, no município de Porto Alegre não chega a ser diferente, em que a criação de conselhos locais, distritais e municipais de saúde, como também os fóruns são defendidos e articulados para serem colocados em prática. As questões da saúde e a implantação do SUS como o sistema de saúde vigente em Porto Alegre é resultado da participação coletiva incluindo os gestores, trabalhadores, prestadores de serviços do SUS e, principalmente, os usuários.

Como rege a Lei 8142/90, no Artigo 1º que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei n. 8.080, define com instâncias de participação colegiada a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.

1º - 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.

2º - O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. (BRASIL, 1990b).

Apesar de toda uma legislação vigente, percebe-se que, a participação social no SUS precisa de maior força, principalmente no que se refere ao seu papel na constante ação referente a condição do orçamento público destinado as política sociais, que historicamente sempre estará refém da economia capitalista. Como exemplo, nota-se que o SUS está sempre sendo minado pela tensão na busca de melhores qualidades de serviços, tanto para usuários que o acessam como também profissionais, além da falta de recursos e matérias, bem como a crescente ampliação de empreendimentos privados que exploram os recursos públicos. Portanto, esse conceito de saúde pública e universal, na prática acaba sendo reduzida, em que muitas são as propostas para se trabalhar a cerca da defesa de um sistema de saúde gratuito e universal, mas que está sempre acompanhada de uma oposição, que insiste em defender a privatização dos serviços.

Em Porto Alegre, há uma constante luta por parte dos conselhos de saúde, em estar ativo e resistente para as diversas iniciativas do meio privado, em prestar serviços de saúde em serviços públicos. Conforme o Conselho Municipal de Saúde revela, no ano de 2007, na gestão do Programa de Saúde da Família (PSF), houve a implantação de equipes terceirizadas através de convênios. A Fundação de Apoio à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FAURGS) já vinha mantendo convenio com a prefeitura, mas por falta de pagamento, resolveu não mais renovar esse serviço. Assim, o gestor municipal resolveu realizar um novo contrato de terceirização, desta vez com uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) de São Paulo, chamada de Instituto Sollus, que não possuía nenhuma experiência na saúde. A partir disso, o Conselho Municipal precisou se organizar e defender o Sistema Único de Saúde, realizando investigações e fiscalizando esses serviços, resistindo ao serviço terceirizado.

Esse é apenas um exemplo dos diversos embates que o Conselho Municipal realiza para garantir que o SUS mantenha-se público e universal, apesar de toda sua limitação. Muito se garantiu nesses anos, e o SUS é um sistema relativamente novo, considerando todo processo histórico, já referido anteriormente e com muitos entraves ainda, mas que precisa de profissionais e usuários atentos para as iniciativas privadas que tendem a sucatear os serviços bem como, lucrar com a saúde da população. Fazendo um resgate histórico, Behring e Boschetti (2011) trazem reflexões importantes que acerca das conquistas democráticas dos trabalhadores e do movimento popular nos anos 1980, que traziam a perspectiva de uma ampla e profunda reforma democrática do Estado, que incluiu o novo estatuto dos municípios e a revisão do pacto federativo no país. No entanto a transformação desse projeto em processo não pode ser plenamente realizada, já que veio se deparando com obstáculos econômicos, políticos e culturais, o que exige persistência, uma vontade política forte e a compreensão de que estão sendo empreendidas mudanças de longo prazo.

## 4 O SERVIÇO SOCIAL E A SAÚDE PÚBLICA

Os capítulos anteriores abordaram como se dá a organização de uma sociedade de classes no sistema capitalista, bem como o papel da estrutura e superestrutura, é chegada a hora de realizar um recorte referente ao Serviço Social, para assim, retratar como esta profissão nasce e se desenvolve no âmbito da política de saúde e em meio ao desenvolvimento societário marcado pela desigualdade. Pensando que a profissão é um produto da luta de classes, é necessário refletir sobre ela em conjunto com o desenvolvimento das relações sociais de produção, analisando suas ações referentes às contradições vividas diariamente em seus espaços profissionais. Portanto, este capítulo tem por objetivo fazer um recorte histórico da categoria, analisando seu surgimento e a construção do Projeto Ético Político do Serviço Social, bem como o espaço que é ocupado pela categoria na saúde pública brasileira.

O Serviço Social se desenvolve como profissão reconhecida na divisão social do trabalho, tendo como base o desenvolvimento capitalista industrial e a expansão urbana, em que ocorre uma crescente expansão do proletariado e da burguesia industrial. Assim, nos anos de 1930 a 1945, surge a profissão no Brasil, sob forte influência européia, desenvolvendo-se conjuntamente com os grandes centros urbano-industriais a partir da iniciativa particular de grupos da classe dominante, tendo a Igreja Católica papel fundamental nesse processo.

A burguesia brasileira tem suas raízes profundamente imbricadas às bases do poder oligárquico e à sua renovação diante da expansão dos interesses comerciais, financeiros e industriais. (...) a velha oligarquia agrária recompõe-se, moderniza-se economicamente, refaz alianças para se manter no bloco do poder, influenciando decisivamente as bases conservadoras da dominação burguesa no Brasil. (IAMAMOTO, 2007, p. 135).

No início do século XX, muitas manifestações operárias começam a ganhar força, a partir das reivindicações referentes a melhores condições de trabalho, melhores salários, proibição do trabalho infantil, garantia de férias, entre outras pautas. Logo, esses trabalhadores que começam a se organizar e lutar por melhores condições de vida acabam assumindo um papel ameaçador para a classe burguesa, que logo, percebe que necessitará elaborar estratégias para conter essa classe trabalhadora. É colocado por Iamamoto (2007) que a

hegemonia burguesa não pode basear-se apenas na coerção, necessitando estabelecer mecanismos de integração e controle. Logo, algumas pequenas garantias são concedidas para a classe trabalhadora, como a criação do Conselho Nacional do Trabalho, e algumas leis que cobrem o trabalhador, e outras como a lei de férias, acidente de trabalho, seguro doença.

Conforme traz Iamamoto,

Portanto, é nesse cenário que a questão social se materializa sendo esta expressão 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 repressão. (IAMAMOTO, 2007, p. 77).

Logo, percebe-se que a questão social, objeto de trabalho do Assistente social, passa a constituir-se essencialmente, na contradição antagônica entre burguesia e proletariado, independente do pleno amadurecimento das condições necessárias à sua superação, em que suas expressões tendem a ficar cada vez mais ampliadas, retratando as contradições vividas nessa sociedade. É nas expressões da questão social que o assistente social atua, Sem, no entanto, por longas décadas, apreender a questão social como seu objeto de trabalho.

Retomando, é na década de 1920 que surgem instituições assistenciais, como a Associação das Senhoras Brasileiras, no Rio de Janeiro, e a Liga das Senhoras Católicas, em São Paulo. Com o passar dos anos cresce a necessidade de formação técnica especializada por parte dessa prática de assistência, ultrapassando a necessidade da própria igreja, sendo importante para a sociedade, como também o Estado e o empresariado. Logo, se dá o processo de formação de diversas escolas de Serviço Social concentrando-se nas capitais dos estados do Rio de Janeiro e São Paulo, seguindo uma lógica doutrinária e assistencialista. No campo da saúde:

Estarão ligadas inicialmente a puericultura e à profilaxia de doenças transmissíveis e hereditárias. As funções exercidas se referirão à triagem (o que o cliente ou família pode pagar), elaboração de fichas informativas sobre o cliente, distribuição de auxílios financeiros para possibilitar a ida do cliente à instituição médica, conciliação do tratamento com os deveres profissionais do cliente (entendimentos com o empregador), o cuidado quanto aos fatores “psicológicos e emocionais do tratamento”, e a adequação do cliente à instituição através da “obtenção de sua confiança”. (IAMAMOTO, 2007, p. 196).

Os núcleos pioneiros do Serviço Social surgem como ramificações da Ação Católica e da Ação Social, tendo sua base social definida pela composição do bloco católico, composto por mulheres de origem familiar privilegiada, e por ser de classe dominante, legítima e reproduz a forma paternalista e autoritária de suas intervenções. O Estado burguês acaba por reconhecer a profissão enquanto mediadora para garantia de direitos da classe trabalhadora, assim, este já não ocupa mais o campo das ações sociais, mas sim o campo das políticas públicas e sociais. Como afirma Martinelli:

Aos assistentes sociais, como responsáveis pela operacionalização desses serviços, era delegado um papel de fundamental importância uma vez que acabavam por representar o próprio Estado diante da população. Sua prática era uma expressão do poder hegemônico da classe dominante, sua identidade era aquela atribuída pela sociedade burguesa constituída: uma estratégia de controle social e de difusão do modo capitalista de pensar. (MARTINELLI, 2005, p. 118)

A expansão do serviço social no país ocorre a partir de 1945, relacionada às exigências e necessidades de aprofundamento do capitalismo no Brasil, influenciadas também pelas mudanças que ocorreram internacionalmente, como exemplo, o término da Segunda Guerra Mundial. Como “nessa década, a ação profissional na saúde também se amplia, transformando-se no setor que mais absorveu os assistentes sociais.” (BRAVO, 2011, p. 28). A influência norteamericana na profissão substituiu a europeia, que marcou a conjuntura anterior, tanto no nível da formação profissional – com alteração curricular –, como nas instituições prestadoras de serviços. A prática profissional, nesse período, que antes seguiam um julgamento moral com relação à população atendida, foi sendo substituída por uma análise de cunho psicológico.

Em 1948, acontece também uma reconceituação referente à concepção da saúde, em âmbito internacional, em que a Organização Mundial de Saúde (OMS) realiza um enfoque sobre os aspectos biopsicossociais, determinando assim outros profissionais para atuarem nesse campo, incluindo o assistente social. Conforme Bravo (2011) traz, o assistente social enfatizou a prática educativa com intervenção normativa no modo de vida da “clientela”, com relação aos hábitos de higiene e saúde, e atuou nos programas prioritários

estabelecidos pelas normatizações da política de saúde. Nesse momento, o serviço social tinha como defesa a neutralidade científica, sendo o trabalho desenvolvido através da metodologia “Serviço Social de Caso”, “Serviço Social de Grupo” e “Serviço Social de Comunidade”.

Nacionalmente, a política de saúde não era de caráter universal e seguia a lógica previdenciária e hospitalocêntrica, tendo caráter excludente e seletivo, em que, o profissional atuava a partir de ações voltadas ao nível hospitalar e curativo, entendendo que seu objetivo era garantir a participação individual do “cliente”, garantindo assim o que o mesmo seguisse seu tratamento, seguindo a lógica conservadora da sociedade, resultando numa prática imediatista e alienada.

Na década de 1960, a América Latina vive uma constante dificuldade de se manter na participação do processo produtivo, em que o capitalismo monopolista acaba por deixar grande parte da massa trabalhadora sem acesso às estruturas de produção, ampliando assim desigualdades, resultando num grande exército industrial de reserva e uma população extremamente pobre e doente. No caso do Brasil, que passava por essa mesma situação de exploração, os trabalhadores iniciam um movimento de articulação e de luta cada vez maior, em que os movimentos populares tomam ruas, atingindo diversos segmentos da classe trabalhadora. Com esse panorama, a categoria sente a necessidade de se debater em como o Serviço Social vem atuando, através das questões levantadas a partir das ciências sociais e humanas, questionamentos ganham cada vez mais força referente ao conservadorismo da profissão.

Assim no contexto latino-americano, temendo perder seu poder político, além de uma possível ameaça comunista no país através dessa crescente articulação da classe proletária, a burguesia resolve unir-se aos militares, instituindo assim a ditadura militar para garantia de sua hegemonia, bem como a expansão do capital. Com isso, o Serviço Social mantém sua prática alienante, em que, a partir da modernização conservadora do país, assume novas estratégias de controle e repressão da classe trabalhadora, se submetendo a uma racionalidade burocrática, sendo claro seu posicionamento:

que trabalhava para o Estado e o grande capital, apesar de que suas práticas fossem direcionadas à classe trabalhadora. Conforme traz Iamamoto:

O exercício profissional do Assistente Social, conforme o já apontado, não se insere, de modo imediato, no processo de produção de produtos e de valor, isto é, no processo de valorização do capital. A profissão se institucionaliza dentro da divisão capitalista do trabalho, como partícipe de implementação de políticas sociais específicas levadas a efeito por organismos públicos e privados, inscritos no esforço de legitimação do poder de grupos e frações das classes dominantes que controla ou têm acesso ao aparato estatal. (IAMAMOTO, 2007, p. 111).

As políticas sociais apresentam, conforme já referido nos capítulos anteriores, um papel de amenizadoras das contradições da relação Capital e Trabalho, tendo como consequência à institucionalização da luta dos trabalhadores, onde o profissional de Serviço Social ao tornar-se uma categoria assalariada acaba por reproduzir a ideologia dominante. O processo de consciência desse profissional se desenvolve a partir da realidade concreta em que este se insere, assim, na saúde, o Serviço Social recebe influências da modernização referente às políticas sociais, direcionando sua ação na prática curativa, principalmente na assistência médica previdenciária, atuando sem questionar a ordem sociopolítica, apenas reproduzindo o que lhes é imposto.

Destaca-se, que a partir de 1965, se inicia o processo de crise interna na profissão, em que a direção da categoria é disputada, por uma vertente conservadora e outra mais crítica. Além disso, a própria realidade brasileira exigia novas posturas referentes à prática profissional, assim, a realidade concreta coloca a necessidade, por parte desses profissionais, de assumir uma postura mais crítica referente às suas práticas, aliando-se à luta do proletariado. Como resultado, a categoria busca maiores subsídios teóricos para compreender sua prática dentro do sistema capitalista, organizando-se politicamente enquanto categoria, e reconhecendo-se também enquanto classe trabalhadora.

Esse processo do Serviço Social é reconhecido como Movimento de Reconceituação, entretanto, frente ao crescimento das forças conservadoras e a ditadura militar na América Latina, o Movimento de Reconceituação latinoamericano perde força. A partir disso, no Brasil, a categoria acaba



voltando-se novamente para práticas conservadoras, em que o debate a cerca do papel da profissão acaba-se perdendo por certo momento.

O processo de crítica e a busca de novos referenciais para a profissão passam a ser retomados no final da década de 70, em que as suas vanguardas, na efervescência democrática, mobilizaram-se ativamente na contestação política. No III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (1979, conhecido como “o Congresso da Virada”), os segmentos mais dinâmicos do corpo profissional vincularam-se ao movimento dos trabalhadores e, romperam com a dominância do conservadorismo, conseguiram instaurar na profissão o pluralismo político, que acabou por redimensionar amplamente não só a organização profissional (dando vida nova, por exemplo, a entidades como a ABESS – depois renomeada ABEPSS – e, posteriormente, ao CFESS) como, sobretudo, inserindo, de modo inédito, no marco do movimento dos trabalhadores brasileiros, como traz Netto (1999).

A década de 1980 acaba sendo um período de grande mobilização, a partir da crise econômica que já vinha dando sinais no final da década de 1970, bem como o enfraquecimento do regime militar, juntamente com a articulação de segmentos da sociedade que já vinham se articulando para retomar a democracia. Com o movimento da Reforma Sanitária, o Serviço Social, também realiza esforços de ampliar o debate teórico a cerca da profissão, bem como o papel do Estado e as políticas sociais na vertente do marxismo.

A profissão é influenciada diretamente a partir da conjuntura, da ofensiva neoliberal que começa a ganhar cada vez mais força, além da crise que acaba afetando também o estado brasileiro. Assim, a categoria que já estava num processo de reconceituação começa a ser influenciada pelo seu meio, realizando assim um debate a cerca da ética no Serviço Social, buscando romper com a neutralidade, que há muito havia marcado a profissão inicialmente. Em 1986 aprova-se o Código de Ética Profissional, em que a categoria assume um compromisso com a classe trabalhadora, e também rompe com o corporativismo profissional.

Apesar de a profissão estar articulando debates a cerca da sua teoria, pensando na ruptura com a vertente mais conservadora da profissão, na

prática acaba por deixar lacunas importantes, como traz Bravo (2009), os avanços apontados são considerados insuficientes, pois, o Serviço Social na área da saúde chega à década de 1990 ainda com uma incipiente alteração da prática institucional; e continua, enquanto categoria, desarticulada do Movimento da Reforma Sanitária, e com isso, sem nenhuma explícita e organizada ocupação na máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão (como estava sendo o encaminhamento da Reforma Sanitária).

Percebe-se então, que o projeto neoliberal consolidado no Brasil, nos anos 1990, vai de encontro com o projeto profissional hegemônico no Serviço Social, como também o projeto da Reforma Sanitária. Como traz o CRESS:

Destaca-se, a partir do exposto, que há uma relação entre o projeto ético-político e o de reforma sanitária, principalmente, nos seus grandes eixos: principais aportes e referências teóricas, formação profissional e princípios. Os dois projetos são construídos no processo de redemocratização da sociedade brasileira e se consolidam na década de 1980. As demandas democráticas e populares, a mobilização e organização dos trabalhadores urbanos e rurais colocam na agenda política brasileira e exigência de transformações políticas e sociais e a necessidade de articulação dos projetos profissionais aos projetos societários que são propostos para o conjunto da sociedade. (CRESS, 2006, 24).

Com os dois projetos em disputa na área da saúde, um de cunho privatista e o outro da reforma sanitária, percebe-se que cada um demanda atividades e práticas diferenciadas do profissional assistente social. O primeiro modelo, o projeto privatista, parte de que o assistente social tenha sua prática voltada para a seleção socioeconômica dos usuários que acessam os serviços, enfocando numa atuação psicossocial por meio de aconselhamento, como também ação fiscalizatória, seguindo uma lógica assistencialista com predomínio de práticas individuais sob a lógica do favor. Enquanto o projeto da Reforma Sanitária apresenta ações voltadas à democratização do acesso às unidades e serviços de saúde, assumindo estratégias de aproximação com a realidade vivida nas unidades de saúde, trabalhando interdisciplinarmente e estimulando a participação efetiva da população.

É visto claramente que esses dois projetos políticos seguem em disputa no país, em que o resultado dessa conjuntura é uma ampla concentração de renda, da propriedade e do poder, resultando num empobrecimento violento da população, ampliando o desemprego e

precarizando cada vez mais a saúde do trabalhador, retrocedendo aos direitos conquistados e das políticas sociais universalistas. Com isso, o Serviço Social acaba por atuar em locais em que as contradições do capital x trabalho ficam cada vez mais acentuadas, mas que muitas vezes acabam sendo naturalizadas. Logo, o trabalho do assistente social na saúde deve ser centrado na busca da incorporação de conhecimentos articulados aos princípios do projeto da Reforma Sanitária, bem como o Projeto Ético-Político da profissão, como afirma Netto:

A dimensão política do projeto é claramente enunciada: ele se posiciona a favor da equidade e da justiça social, na perspectiva da universalização do acesso a bens e a serviços relativos às políticas e programas sociais; a ampliação e a consolidação da cidadania são explicitamente postas como garantia dos direitos civis, políticos e sociais das classes trabalhadoras. Correspondentemente, o projeto se declara radicalmente democrático – considerada a democratização como socialização da participação política e socialização da riqueza socialmente produzida. (NETTO, 1999, p. 16).

Tendo o Serviço Social atuado na operacionalização das políticas públicas e sociais, ou seja, atuando na superestrutura da sociedade capitalista esse impacto também se reflete na sua atuação profissional. É nesse período, ou seja, nas décadas de 80 e 90, fundamentalmente, que o Serviço Social passa a ser contratado amplamente no campo empresarial, pois as políticas sociais passam a serem operadas fortemente por empresas privadas, ONGs, associações etc. Nessa perspectiva a profissão para além de pensar apenas em sua prática profissional deve necessariamente compreender o momento histórico vivenciado no país e a conexão profissional nesse cenário.

Portanto, ao compreender o papel do Estado, e das políticas públicas, percebe-se que o assistente social atua na superestrutura burguesa e que isso acaba por refletir na sua atuação profissional, em que a precarização do trabalho ganha cada vez mais força, em que os profissionais passam a ser contratados por serviços privados, muitas vezes focando-se na prática e deixando de nutrir uma visão teórica do seu fazer, tornando-se um trabalhador alienado. Logo, o profissional precisa estar consciente do momento histórico em que vive, compreendendo a totalidade da profissão e como deve atuar nesse cenário que está inserido, pensando estratégias de

articulação com outros profissionais, bem como com a população usuária dos serviços a fim de viabilizar uma construção coletiva e qualificada das suas ações junto à classe trabalhadora, criando mecanismos de resistência à frente do projeto neoliberal.

#### 4.1 SERVIÇO SOCIAL E PROCESSOS DE TRABALHO EM MEIO A FRAGMENTAÇÃO DA SAÚDE

Após a contextualização sócio-histórica da política de saúde e a sua implementação em Porto Alegre, é fundamental analisar o papel do assistente social na saúde, pensando como se dá essa relação entre a instituição, os profissionais e os usuários do serviço. Assim o objetivo deste capítulo é problematizar sobre o trabalho do assistente social na política de saúde a partir das experiências do estágio curricular obrigatório, num campo de trabalho da profissão, que é o Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul – PACS. Percebe-se que a problemática que envolve os serviços de saúde e sua fragmentação, tendo em vista o modelo de desenvolvimento capitalista e o papel do Estado, atingem os usuários que acessam o serviço, como também os próprios profissionais que executam essas políticas.

Visto que, a discussão acerca da sociedade em que vivemos demonstrou que os serviços de saúde estão precarizados e fragmentados, cabendo ressaltar que este capítulo pretende realizar uma discussão acerca da totalidade que perpassa diretamente o campo de trabalho da categoria, atingindo todos os níveis e serviços que o profissional está inserido. Pois, infelizmente esta realidade não está presente apenas no campo da saúde, mas sim em todas as políticas e serviços no contexto do sistema capitalista. Apesar disso, o enfoque será como a contradição referente ao capital se expressa no cotidiano profissional no âmbito da saúde.

Como visto no capítulo anterior, percebe-se que a saúde brasileira passou por diversos estágios organizativos, em que um Brasil com uma população predominantemente rural, passa a tornar-se cada vez mais urbana. Assim, os Assistentes Sociais atuam nas políticas públicas, até o final da década de 70, trabalhando, basicamente, com referenciais teóricos que

direcionam para ações focalizadas e fragmentadas, tratando de forma estanque as demandas que chegam. Com a construção de um projeto ético político de profissão aliado à luta por direitos sociais no Brasil e que a construção do Sistema Único de Saúde é parte constitutiva, a categoria busca, ainda hoje, estratégias de resistir e contribuir para a implementação das políticas sociais e para a qualidade dos serviços públicos.

O Sistema Único de Saúde classifica o cuidado com a saúde em níveis de atenção, que são de básica, média e alta complexidade. Essa estruturação tem como alvo a melhor programação e planejamento das ações e dos serviços do sistema de saúde. Dentro destes níveis de atuação presentes no SUS, o Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul – PACS encontra-se na operacionalização da média complexidade, responsável pelo atendimento de urgência e emergência da região Glória/Cruzeiro/Cristal de Porto Alegre. Conforme o Ministério da Saúde traz

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento. (BRASIL, 2013).

O local em que foi realizado o estágio obrigatório atende diversas especialidades, como a clínica de adultos, pediatria, odontologia, entre outros serviços. O mesmo possui uma história diferente de alguns outros serviços de saúde, em que conjuntamente com a redemocratização do país, conforme relatado por Ribeiro (2012), o Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul, também identificado popularmente como “Postão”, “PAM 3” e emergência, tem sua gênese nos movimentos sociais oriundos da Grande Cruzeiro - um conjunto de vilas de Porto Alegre –, na luta por melhoria da atenção a saúde, principalmente para crianças e adolescentes. Como decorrência destas mobilizações, em 1988, foi implantado neste local um serviço de pronto atendimento 24 horas com atenção clínica e pediátrica. Portanto, sendo este serviço apontado como necessidade da população por qualificação dos cuidados, insere-se no que é hoje o maior serviço de emergência do Rio Grande do Sul.

Analisando o processo de inserção num campo de atuação profissional da categoria, e realizando o Projeto de Intervenção do estágio Curricular, é visto que essa experiência resulta numa compreensão ampliada do trabalho realizado, possibilitando “uma aproximação com os processos de trabalho das equipes de atendimento, observando situações diárias em que a contradição muitas vezes se fazia presente” (SCHMITZ, 2012, p. 18). A partir da apropriação a cerca das contradições vividas no âmbito profissional, o objetivo do estudo resultou num apontamento das particularidades vividas no campo de atuação profissional inseridas na sua totalidade, permitindo uma maior compreensão do que é ser assistente social numa sociedade burguesa.

O Serviço Social no PACS se organiza por setores, executando suas atividades por plantões, pois como o local de trabalho segue o perfil de urgência e emergência, a equipe se organiza de acordo com as demandas da instituição. Assim, os profissionais atuam nas seguintes áreas: pediatria, saúde mental, emergência de adultos e acolhimento. Como cada profissional executa seu trabalho em uma área específica, como também os plantões se dão em dias diferentes, a equipe realizava reuniões semanais para discussão do que acontecia durante a semana, repassando informes, como também planejando estratégias de intervenção junto aos usuários e a gestão do serviço. Apesar de essas reuniões existirem, percebia-se uma segmentação “natural” do trabalho realizado, visto que na instituição em geral o trabalho realizado acaba sendo fragmentado e compartimentado. Na verdade, mesmo com a tentativa mínima de organização por parte dos trabalhadores, notou-se que a própria instituição não garante espaços para que o trabalhador possa desenvolver-se com maior autonomia a condução do seu trabalho, assim

O projeto profissional reconhece o assistente social como um ser prático-social dotado de liberdade, capaz de projetar seu trabalho e buscar sua implementação por meio de sua atividade. Esta condição é tensionada pelo trabalho assalariado que submete esse trabalho aos dilemas de alienação, visto que ele se realiza submetido ao poder dos seus empregadores, o que restringe a relativa autonomia do assistente social. (IAMAMOTO, 2011, p. 123)

É preciso realizar uma reflexão à cerca das instituições em que o assistente social está inserido, percebendo as contradições existentes nesses espaços, pensando em sua totalidade, tendo claro que, mesmo que a

instituição tenha surgido a partir da articulação entre a população, as instituições tendem a reproduzir uma lógica burguesa, pois estão inseridas num Estado burguês. Logo, pensando nas políticas públicas que nascem através da luta dos trabalhadores, mas que contraditoriamente, também servem de conciliação entre as classes é preciso perceber que não será nas instituições que a realidade será alterada por completo, como mostra Netto “a imersão do aparato estatal burguês no enfrentamento dessas refrações, pela via privilegiada, mas nunca exclusiva, das políticas sociais, não pode ter como objetivo a sua resolução.” (NETTO, 1999, p.98).

O profissional precisa estar consciente do lugar que ocupa na instituição e que, embora o assistente social disponha de uma relativa autonomia na condução de seu trabalho – o que lhe permite atribuir certa direção social ao exercício profissional – os organismos empregadores também interferem no estabelecimento de metas a atingir. Detêm poder para normatizar as atribuições e competências específicas requeridas de seus funcionários, definem as relações de trabalho e as condições de sua realização – salário, jornada, ritmo e intensidade do trabalho, direitos e benefícios, oportunidades de capacitação e treinamento, o que incide no conteúdo e nos resultados do trabalho, conforme retrata Iamamoto (2011). Assim, o trabalho profissional da categoria incide sobre o seu objeto de intervenção que é a questão social, e as suas expressões, as quais representam necessidades sociais e que são transformadas em demandas profissionais que acabam exigindo do assistente social que está inserido nessa instituição a realização de ações imediatistas, muitas vezes sem refletir essas demandas, e conseqüentemente sobre o seu objeto de intervenção e o processo de trabalho em que está inserido.

Pensando o trabalho profissional de maneira articulada com a saúde no Brasil, é necessário fazer uma análise de como o projeto neoliberal influenciou e continua influenciando no trabalho profissional e as instituições ocupadas por esses mesmos profissionais. No campo da saúde pública, é visto que há uma constante luta pela garantia de direitos, mas que, mesmo assim alguns profissionais acabam por reproduzir uma lógica moralista, analisando os usuários que acessam o serviço de maneira negativa. Isso demonstra que alguns trabalhadores estão afastados, cada vez mais, da conscientização e do

sentimento de pertencimento enquanto classe trabalhadora, em que a alienação referente aos seus processos de trabalho resulta num fazer burocrático e fragmentado.

Como um produto dessa condição sócio-histórica, percebe-se que a sociedade burguesa, quanto mais desenvolve a produção capitalista, mais as relações sociais de produção alienam os próprios homens, confrontando-os como potências externas que os dominam. Segundo Yamamoto (2011) essa inversão de sujeito e objeto, inerente ao capital como relação social, é expressão de uma história de auto-alienação humana.

Como um produto de relações mercantilizadas, em que o trabalho não possui sentido em sua prática, percebe-se que o trabalhador não se reconhece naquilo que faz, perdendo o prazer e satisfação de estar em movimento, caindo no fazer alienado e sem perspectivas, resultando num esgotamento individual e coletivo. Assim o assistente social, como também outras categorias, acabam por desempenhar um papel técnico em seus locais de trabalho, tendo que cumprir metas, mostrando produtividade para a instituição, não vendo sentido no seu trabalho cotidiano. Percebendo isso, conforme evidencia o Conselho Federal de Serviço Social – CFESS:

Outra questão é a tentativa de obscurecer a função social da profissão na divisão social e técnica do trabalho, pois o problema não está no domínio de teorias que abordam o campo *psí* ou sobre doenças, mas sim quando este profissional se distancia, no cotidiano de seu trabalho profissional do objetivo da profissão, que na área da saúde passa pela compreensão dos aspectos sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde doença e a busca de estratégias para o enfrentamento destas questões. (CFESS, 2009, p. 26).

Para pensar o trabalho profissional é necessário perceber a totalidade em que e como se dão as relações sociais nas quais o trabalho é realizado, percebendo as condições de trabalho em que o trabalhador se encontra, e também a correlação de forças econômica e política que influenciam esses locais. Assim o trabalho do assistente social acaba assumindo um papel que muitas vezes ele não se reconhece nele, em que:



Aliam-se a estes determinantes os compromissos firmados no contrato de trabalho (salário, jornada, benefícios, etc) e sua efetivação, envolvendo padrões de produtividade, formas de gestão, entre outras dimensões, que afetam o conteúdo do trabalho do assistente social. Certamente as respostas acionadas dependem do perfil social e profissional dos assistentes sociais e, em particular, da apropriação teórico-metodológica para leitura dos processos sociais, princípios éticos, a clareza quanto às competências, atribuições e o domínio de habilidades adequadas ao trabalho concreto realizado, o que condiciona a eleição das estratégias acionadas, a qualidade e resultados dos serviços prestados. (IAMAMOTO, 2004, p. 8)

O trabalho do assistente social se orienta pelo projeto ético-político materializado nos marcos legais da atuação profissional, como o Código de Ética, finalizado em 1993 e a Lei de Regulamentação da profissão. É preciso deixar claro, que o projeto ético-político não é algo estático, pois acompanha o desenvolvimento histórico da sociedade e das suas demandas numa perspectiva emancipatória, procurando refletir e embasar a prática profissional pela defesa dos usuários que pertencem à classe trabalhadora. O Serviço Social possui uma construção histórica diferente de algumas outras categorias profissionais, em que nasce seguindo uma lógica e acaba por iniciar um processo de ruptura com essa mesma, construindo um fazer profissional como parte de um processo de trabalho que envolve um conjunto de atividades prático-reflexivas, em que sua atividade técnica tem como pressuposto ter um posicionamento político.

No Código de Ética profissional, ficam estabelecidas diretrizes para atuação profissional, em que o assistente social deve ter claro o que é de sua competência, como responsabilidade também. Portanto, é afirmado o compromisso com os direitos e interesses dos usuários, visando à defesa da qualidade dos serviços prestados, em contraposição à herança conservadora e que a nova concepção foi pensada, orientada por uma perspectiva teórico-metodológica apoiada na teoria social crítica. Conforme (WUNSCH, MENDES, 2015), as competências profissionais são compostas pelas dimensões: teórico-metodológica, que refere um conjunto de conhecimentos que auxiliam no processo de intervenção da realidade; a técnico-operativa, que é a operacionalização do trabalho e as estratégias de intervenção constituídas por uma série de instrumentos e técnicas no fazer prático profissional; e a ético-

política que se expressa na defesa de valores éticos como liberdade, justiça, democracia.

Como forma de exemplificar como se dá a articulação dessas três dimensões da formação, registrou-se que durante o processo de estágio foi realizado um estudo referente à instrumentalidade do Serviço Social na instituição, numa área de atuação específica, na ala pediátrica, em que o instrumento de uso profissional foi o objeto de estudo. Esse instrumento era uma espécie de prontuário específico do Serviço Social, que constava informações das crianças que estavam na instituição, bem como informações referentes às suas famílias. Durante o processo de estudo, foi percebido que esse instrumento poderia ser um potencializador da ação profissional, contribuindo para a informação interna da equipe referente aos processos de trabalho daquela instituição, bem como um meio de contribuição para garantia de direitos dos usuários, onde o assistente social poderia utilizar esse momento para realizar um processo reflexivo junto à equipe e até mesmo aos usuários. Logo, resultou na reformulação do instrumento e conseqüentemente no redimensionamento do trabalho profissional, frente ao perfil e as efetivas demandas dos usuários que emergiam no contexto sócio-profissional.

Assim, a instrumentalidade do assistente social é compreendida como conjunto de instrumentos e técnicas que compõe sua dimensão técnico-operativa, mas que está assentado na perspectiva ético-política, buscando impactar no espaço sócio-profissional através de mediação teórico-metodológicas visando contribuir com o enfretamento das desigualdades sociais às quais restringem ainda mais os direitos dos usuários. Portanto, não deve estar resumida em apenas técnicas de intervenção, mas sim, precisa estar acompanhado de um objetivo político e ideológico, caso contrário seu trabalho acaba tornando-se alienado, seguindo um viés tecnicista. Por isso, cabe ressaltar a importância da equipe de profissionais estarem sempre numa constante atualização e buscando superar o que está dado como natural nas instituições, trazendo sempre um olhar questionador, investigativo e crítico referente ao que está sendo trazido.

Atualmente, percebe-se que a uma crescente ofensiva de precarizações de serviços públicos, resultando também na implantação da

política de saúde, onde o Estado, para manter a economia ativa, realiza cortes cada vez maiores referente às políticas públicas sociais. Enquanto isso o assistente social é solicitado, durante todo o seu tempo de trabalho, a atender demandas complexas, de forma desmedida, tendo como resultado um desgaste psicológico e físico, assim, segundo Vasconcelos, é necessário que o profissional:

Compreenda a lógica e as leis fundamentais da organização social capitalista, sua complexidade e contradições na geração da questão social e como essa lógica impacta as relações e os indivíduos apreendendo os mecanismos de exploração e de dominação. (VASCONCELOS, 2003, p. 256).

Compreender a instrumentalidade da profissão, bem como, ter claro o projeto ético-político são necessários para que o profissional não se perca nos fazeres cotidianos que lhes é imposto pelas instituições. Assim, quando o trabalhador atuar naquela realidade, que ele possa identificar no usuário uma pessoa legítima de comandar sua própria vida, sendo portador de necessidades, mas também de desejos, valores, saberes e potências. A partir disto, enxergando a necessidade de reconhecer a importância de ter um olhar voltado para essas especificidades, compreendendo a singularidade da situação vivida, e tendo como resultado uma visão mais abrangente de toda a situação vivida nos locais de trabalho, é possível construir em equipe estratégias de ação e enfrentamento colocadas cotidianamente nesses mesmos espaços.

O trabalhador está implicado e deixa-se implicar pelo usuário, sua vida e seu contexto, colocando seu saber a serviço do que é melhor para aquele usuário conduzir sua vida, contribuindo para que encontre as condições para o enfrentamento das contradições vividas diariamente, reconhecendo-se enquanto profissional como pertencente à classe trabalhadora, bem como o usuário que acessa aquele serviço. Com isso, o profissional transforma o seu meio, transformando-se também. Assim sendo, reafirma a direção social da profissão num contexto marcado por processos que fragmentam as políticas e acabam, por consequência, a fragmentar o trabalhador que nelas estão inseridos. A superação disso passa pelo enfrentamento das contradições presentes no âmbito institucionais e que impactam nos processos de trabalhos que os profissionais estão inseridos.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste trabalho de conclusão de curso, buscou-se evidenciar as contradições da sociedade burguesa, retratando em como suas expressões permeiam diariamente a atuação profissional. Enquanto uma profissão que foi transformando-se ao longo dos anos e que nas últimas décadas, a partir do projeto ético-político vem ampliando o seu compromisso com os direitos da classe trabalhadora, para tal percebe-se, cada vez mais, que há a necessidade de se compreender teoricamente a realidade que intervimos para que assim, na prática possamos transformá-la.

Durante a graduação em Serviço Social foi possível realizar um acúmulo teórico sobre a sociedade em que vivemos, percebendo como suas contradições afetam a todos cotidianamente. Essas contradições oriundas da relação Capital x Trabalho estão presentes em todos os âmbitos profissionais ocupados pelo assistente social, que acaba atuando no resultado destas contradições, necessárias ao desenvolvimento do sistema capitalista. Para isso, é necessário compreender a teoria marxista que dá sustentação para uma análise na sua totalidade, permitindo compreender a essência dos fenômenos e percebendo o reflexo dessas particularidades de um todo que acaba por determinar essas relações.

No processo de estágio curricular foram realizadas trocas entre colegas no momento da supervisão acadêmica, em que, percebeu-se as contradições que eram vividas diariamente no campo da política de saúde, mas também, uma realidade vivida em todos os serviços. Ficando claro que os serviços públicos como saúde, educação, previdência, segurança pública etc., sofriam com a grande precarização dos espaços ocupacionais, afetando fortemente os trabalhadores do setor público e por consequência os usuários que acessam aqueles serviços.

Nesse momento, é preciso ter claro como se dá o desenvolvimento da sociedade moderna, como essa vai desenvolvendo-se, e também a luta de classes, para que assim o serviço social consiga atuar nessa realidade de maneira consciente, tendo claras as limitações que os espaços ocupacionais

apresentam, não se restringindo apenas em discussões acerca das ações profissionais, buscando sempre realizar através do movimento dialético uma contestação do que está colocado. É visto que o Estado atenderá, minimamente, as demandas que chegam pela classe trabalhadora, mostrando que qualquer governo que assuma o poder do Estado não poderá influenciar em muita coisa, pois não conseguirá alcançar alteração concreta nas relações entre classes, tendo suas ações sempre limitadas pelo sistema atual.

Como colocado durante esse trabalho, no âmbito na política de saúde, a partir da criação de um Sistema Único de Saúde, buscou-se romper com a lógica meritocrática que legitimava o acesso restrito da saúde, em que aqueles que tinham poder aquisitivo ou aqueles que possuíam algum trabalho poderiam usufruir desses serviços. A partir da luta da classe trabalhadora muitos avanços foram obtidos na questão da saúde, como a defesa de um acesso universal e gratuito, mas que mesmo assim, na prática percebe-se como esses mesmos serviços são fragmentados, precários e limitados, e que a contradição entre capital x trabalho permeia essas relações.

É visto que, sem modificar de fato a estrutura social, muito pouco se poderá intervir na realidade da classe trabalhadora que acessa esses serviços, a qual o momento atual resulta-se na intensificação das formas de exploração do trabalho, ganhando diferentes modos de flexibilização, ampliando serviços terceirizados e precarizando cada vez mais os serviços públicos. O Serviço Social precisa ter claro que o capital internacional exige, cada vez mais, dos governos nacionais o desmonte da legislação social protetora do trabalho, em que a flexibilização do trabalho resulta numa ampliação das formas de precarização e destruição dos direitos sociais que foram conquistados pela classe trabalhadora, resultando numa crescente intensidade em relação às expressões da questão social. Assim, fica claro que a luta pela garantia de direitos nesta sociedade deve ser considerada um meio do trabalho profissional, pois temos que ter como horizonte, ou seja, como fim, a superação desse modelo societário. Para tal é preciso que a categoria profissional amplie sua consciência crítica e sua inserção política.

Ao realizar esse estudo de conclusão de curso, percebe-se a importância de fomentar um debate ampliado e crítico com relação à categoria, explicitando as diversas limitações que o profissional encontra nos seus espaços de trabalho, bem como os próprios serviços oferecidos pelo Estado. A discussão que surge inicialmente a partir da instrumentalidade, teve como intenção apontar as contradições existentes nos locais de trabalho, realizando assim uma análise a cerca da totalidade dos serviços, pensando intrinsecamente como as contradições do capital x trabalho permeiam as relações sociais. O profissional, muitas vezes acaba institucionalizado, reproduzindo o discurso da instituição, atendendo e enxergando as demandas específicas que chegam de uma maneira isolada do contexto capitalista, sem perceber que muitas vezes acaba por executar o trabalho de maneira alienante, reproduzindo o ideário burguês.

É previsto que a partir deste trabalho, tenha uma possível contribuição para a discussão sobre os processos de trabalho do assistente social, trazendo um debate mais amplo, refletindo acerca de uma maior profundidade no quesito da dimensão técnico-operativa, voltando-se à análise do micro para o macro e do macro para o micro, observando as contradições vividas cotidianamente e que muitas vezes não é trazido para debate nos locais de trabalho. Assim, a possibilidade de trazer essas análises faz com que tanto profissionais, quanto estudantes tenham a consciência do papel que exercem nos locais de trabalho, tendo a consciência das limitações que serão encontradas em todas as políticas públicas sociais, bem como nos espaços de trabalho ocupados.

A partir disso, é visto a necessidade crescente em realizar um debate de maneira coletiva, enquanto classe trabalhadora, a identificar os limites nos espaços, avançando no debate e na conscientização do que cabe e o que não cabe à categoria. Evidenciando a realidade em que se está inserido, pensando assim, como a nossa caminhada profissional necessitará de uma clareza referente ao que está dado, e enxergando assim a fragmentação dos serviços como um produto de toda uma sociedade contraditória, em que a exploração é necessária e a alienação um resultado naturalizado.

Desta forma, a partir dos entraves vividos nos locais de trabalho é necessário que a categoria busque, a partir do referencial teórico, realizar rupturas cotidianas, com posturas históricas e que até hoje se fazem presentes no trabalho profissional, como a culpabilização dos usuários que acessam os serviços, como também o fatalismo, em que as ações acabam muitas vezes assumindo uma postura imediatista e não reflexiva, visto que isso é uma realidade concreta de muitos serviços em que o assistente social está inserido. A partir do acúmulo teórico que a profissão desenvolveu durante esses anos, em que visa à defesa de um projeto ético-político hegemônico é necessário estar vinculado à realidade da própria categoria, que tem como direção defesa de uma nova ordem societária, visando à emancipação dos sujeitos e reconhecendo-se enquanto pertencente à classe trabalhadora.

O assistente social precisa estar consciente do que a instituição incide sobre as demandas e competências profissionais. Logo, é preciso ter o compromisso com projeto profissional, tendo em vista a competência teórico-metodológica, bem como afirmar um compromisso ético-político crítico frente às competências técnicas e operativas para assim, garantir a qualidade dos serviços prestados, de maneira consciente e alerta para que direitos não sejam violados e que a saúde continue sendo pública e universal. O assistente social ao compreender os espaços ocupados nas instituições em que atua, tendo em vista as contradições que fazem parte do seu trabalho e tendo claro que ao realizar suas tarefas cotidianas encontrará muitas limitações, além de enxergar-se pertencente à classe trabalhadora, conseguirá assim, visualizar possibilidades de resistência e articular estratégias de enfrentamento ao sistema capitalista em conjunto com a classe trabalhadora.

## REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo L. C. Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo, SP: Boitempo, 2009.

BEHRING, Elaine Rosseti. Brasil em contra-reforma: desconstrução do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING, Elaine. Política Social o contexto da crise Capitalista. In CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (ABEPSS). Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

BEHRING, Elaine Rossetti. BOSCHETTI, Ivanete. Política Social: fundamentos e história. – 9.ed. – São Paulo: Cortez, 2011. – (Biblioteca básica de serviço social; v. 2).

BRAVO, Maria Inês Souza. A política de Saúde no Brasil. 2000

BRAVO, Maria Inês Souza. MATOS, Maurílio Castro de. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: Saúde e Serviço Social. 2004.

BRAVO, Maria Inês Souza. Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez, 2009.

BRAVO, Maria Inês de Souza. Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRASIL, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre, 2012.

ENGELS, Friedrich. A origem da família, da propriedade privada e do Estado. São Paulo: Lafonte, 2012.

SCOREL, Sarah. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do Golpe Militar à Reforma Sanitária. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012.

FLEURY, Sonia. Reforma Sanitária Brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. In: Ciência&Saúde Coletiva, 14(3): 743 – 752, 2009.

FINKELMAN, Jacobo (Org.). Caminhos da Saúde Pública no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.



Guerra, Yolanda. A instrumentalidade do serviço social. São Paulo: Cortez, 2011.

IAMAMOTO, Marilda Villela. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo. In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo, 2004. Páginas 1-37.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. Relações sociais e serviço social no Brasil. Editora Cortez, São Paulo, 2007.

IAMAMOTO, Marilda Villela. O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 20. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2012.

LESSA, Sérgio, TONET, Ivo. Introdução à filosofia de Marx – 2.ed. – São Paulo: Expressão Popular, 2011.

LENIN, Vladimir Ilitch. O Estado e a Revolução. 1 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2007.

MARTINELLI, Maria Lúcia. Serviço Social: identidade e alienação. 9 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

MENDES, Jussara Maria Rosa. WÜNSCH, Dolores Sanches. Processos de Trabalho e a instrumentalização do trabalho profissional nas dimensões da competência profissional. Porto Alegre, 2014.

MARX, Karl. O Capital: crítica da economia política. 31 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.

MARX, Karl. Miséria da filosofia: resposta à Filosofia da miséria, do Sr. Proudhon. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

MARX, Karl. ENGELS, Friedrich. A Ideologia Alemã. São Paulo: Martin Claret, 2004.

MARX, Karl. ENGELS, Friedrich. Manifesto do Partido Comunista. 1 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MENICUCCI, Telma Gonçalves. Política de saúde no Brasil: entraves para universalização e igualdade da assistência no contexto de um sistema dual. Revista Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 83, p.128-146, especial, 2006.

MONTAÑO, Carlos; DURIGUETTO, Maria Lúcia. Estado, Classe e Movimento Social – 2.ed. – São Paulo: Cortez, 2011. (Biblioteca básica do Serviço Social; v5).

NETTO, José Paulo. Netto, José Paulo. Capitalismo monopolista e serviço social. São Paulo: Cortez, 1992.

NETTO, José Paulo. A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 1999. P. 1 – 22.

NETTO, José Paulo. Ditadura e Serviço social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós 64. São Paulo: Cortez, 2002.

NORONHA, José Carvalho de. LIMA, Luciana Dias de. MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema único de Saúde – SUS. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012.

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

RAICHELIS, Raquel. O trabalho do assistente social na esfera estatal. in: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

RIBEIRO, Pedro do Amaral. Entre o técnico e o popular: a contribuição do Serviço Social numa Unidade de Pronto Atendimento.

SCHMITZ, Bárbara Amaral. Relatório Final de Estágio Curricular em Serviço Social I. Porto Alegre: 2013.

SODRÉ, Francis. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. In: Serviço Social e Soc., São Paulo, n. 103, p. 453-475, jul./set. 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. O SUS de A a Z. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao\\_progestores\\_livro9.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro9.pdf)> Acessado em: 19 de maio de 2015.

Porto Alegre (RS). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. Vigilância em Saúde de Porto Alegre: a construção de uma história / Ana Cattani (org.) et al.; redação Maria Lúcia Ricardo Souto, Naida Menezes. – Porto Alegre: Gráfica: Finaliza Editora, 2011. Disponível em: <[http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cqvs/usuario\\_doc/CGVS\\_Livro.pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cqvs/usuario_doc/CGVS_Livro.pdf)> Acessado em: 01 de junho de 2015.