



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**

**Centro de Filosofia e Ciências Humanas**

**Escola de Serviço Social**

**Isabelle Guedes dos Santos**

*O Sistema Único de Saúde e os impactos neoliberais: O Serviço Social na Faculdade de Odontologia da UFRJ.*

RIO DE JANEIRO

2016

**Isabelle Guedes dos Santos**

*O Sistema Único de Saúde e os impactos neoliberais: O Serviço Social na Faculdade de Odontologia da UFRJ.*

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.

Orientador (a): Profa. Dra. Rosana Morgado

RIO DE JANEIRO

2016

*O Sistema Único de Saúde e os impactos neoliberais: O Serviço Social na Faculdade de Odontologia da UFRJ.*

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.

Banca Examinadora:

---

Profa. Dra. Rosana Morgado (Orientadora)  
Universidade Federal do Rio de Janeiro-ESS/UFRJ

---

Profa. Dra. Gláucia Lelis Alves  
Universidade Federal do Rio de Janeiro-ESS/UFRJ

---

Profa. Dra. Sheila de Souza Backx  
Universidade Federal do Rio de Janeiro-ESS/UFRJ

RIO DE JANEIRO

2016

## **Agradecimentos**

Primeiramente quero agradecer a Deus por essa e todas as conquistas, pois sem ele não teria chegado até aqui.

Em segundo lugar o agradecimento vai aos meus pais Márcia e Rivaldo por terem sido/serem os melhores pais do mundo. Vocês são meu orgulho, meus exemplos. Obrigada por, mesmo com todo sofrimento pela distância, terem sido sábios e corajosos, quando me deixaram sair de casa para estudar, acreditando que é através da educação que se tem um futuro melhor. Obrigada, meus pais, por todo apoio, amor e carinho durante toda vida, principalmente nesse período, com certeza vocês foram as maiores motivações para que eu chegasse até aqui, vocês são os melhores do mundo. Agradeço também a minha irmã Mariana, por toda paciência, por ser uma das minhas melhores amigas e estar comigo em todos os momentos, tenho muito orgulho e amor por você, mana.

Ao meu noivo Luis Paulo por momentos inesquecíveis, por todo amor, parceria, paciência e compreensão, especialmente, durante esse período, e sua família pelos momentos especiais. A minha avó materna Lourdes, as minhas tias Simone e Andréia Guedes por estarem sempre comigo, aos meus avós paternos, aos amigos, as minhas supervisoras queridas da Faculdade de Odontologia que contribuíram para meu aprendizado na prática profissional e aos professores do curso de Serviço Social da UFRJ que foram essenciais para a minha formação.

Muito Obrigada,

Isabelle Guedes.

## Resumo

O presente trabalho apresenta uma análise da trajetória da política de saúde no Brasil que é conquistada, pela Constituição Federal de 1988 como um direito, e os impasses para que a saúde seja de fato universal e democrática como previsto na lei. Adicionado a isso, pretende-se também realizar reflexões sobre a prática profissional do assistente social que atua na Faculdade de Odontologia da UFRJ (FOUFRJ). Nesse sentido, parte-se do pressuposto de que a reforma do Estado na lógica neoliberal, cujo um dos objetivos primordiais é a obtenção de lucro através da mercantilização dos serviços básicos à população, está diretamente relacionada ao processo de precarização do Sistema Único de Saúde, gerando também rebatimentos negativos na prática profissional dos assistentes sociais que atuam em diversos espaços sócio-ocupacionais, em especial, para fins deste trabalho, as profissionais que trabalham na FOUFRJ.

Como principais resultados foram identificados que os impactos da política neoliberal chegam até o Sistema Único de Saúde, principalmente, por meio das Organizações Sociais de Saúde que vão de encontro aos princípios do SUS e, em relação ao espaço sócio-ocupacional do assistente social que foi estudado, esse processo se faz presente por meio da mercantilização dos serviços de saúde prestados. Somado a isso, foi realizada uma pesquisa quantitativa, com o objetivo de conhecer e analisar o perfil dos usuários atendidos pela Clínica Integrada, no qual, além de possibilitar reflexões sobre qual o perfil socioeconômico dos usuários que apresentam as maiores demandas para o Serviço Social, visando contribuir para o aprimoramento da intervenção.

**Palavras- chaves:** política neoliberal, saúde pública, SUS, organizações sociais de saúde, assistente social, precarização.

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. Sexo.....	64
GRÁFICO 2. Cor.....	65
GRÁFICO 3. Faixa Etária.....	65
GRÁFICO 4. Local de Moradia.....	66
GRÁFICO 5. Grau de Escolaridade.....	67
GRÁFICO 6. Renda Familiar.....	67
GRÁFICO 7. Condições de Saneamento.....	68
GRÁFICO 8. Composição Familiar.....	69
GRÁFICO 9. Situação de Trabalho.....	69
GRÁFICO 10. Situação Previdenciária.....	70
GRÁFICO 11. Usuários do Benefício de Prestação Continuada e/ou Bolsa Família.....	70

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>CAPÍTULO I: TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....</b>	<b>10</b>
1.1. Da República Velha à Ditadura Militar.....	10
1.2. Do Regime Autoritário à Redemocratização do Brasil.....	19
1.2.1. O movimento da Reforma Sanitária.....	23
<b>CAPÍTULO II: O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E AS REFORMAS NEOLIBERAIS.....</b>	<b>28</b>
2.1. A Conquista de Saúde como um direito: A implementação do SUS.....	28
2.2. Universalização versus Privatização do SUS.....	32
<b>CAPÍTULO III: A PRÁTICA PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UFRJ.....</b>	<b>46</b>
3.1. A História do na Serviço Social Faculdade de Odontologia da UFRJ.....	49
3.1.1. A intervenção na COPIPED.....	50
3.1.2. A implantação do Serviço Social na Faculdade de Odontologia da UFRJ.....	53
3.1.2.1. Possibilidades e limites da Prática Profissional.....	59
3.2. O perfil dos usuários da Clínica Integrada.....	63
3.2.1. Apresentação e Análise dos Dados.....	63
3.2.2. Resultados.....	71
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>73</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>77</b>

## INTRODUÇÃO

A real situação da saúde pública no Brasil muito se difere do que está escrito na Constituição Federal de 1988 que garante a saúde como um direito universal por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse contexto de contradição entre o SUS ideal, no que se refere ao plano das ideias, do que foi pensado e o SUS real e o que influencia nesse contrassenso existente foi uma das motivações a estudar sobre a saúde pública no Brasil.

Essas reflexões críticas que inicialmente se originaram no plano teórico, através de discussões na universidade, foram percebidas também para o campo prático quando me inseri como estagiária de Serviço Social no segundo semestre de 2014 na Faculdade de Odontologia da UFRJ (FOUFRJ), e pude observar e analisar como essas questões se expressam no espaço sócio-ocupacional das assistentes sociais que atuam nesta instituição.

Nesse sentido, este trabalho de conclusão de curso parte de dois principais pressupostos: o primeiro é que os impasses para o funcionamento do Sistema Único de Saúde estão diretamente relacionados ao alastramento da política neoliberal que chega ao Brasil nos anos 1990 e ganha uma maior força através da “Reforma Gerencial do Estado” realizada pelo ex- ministro Bresser Pereira durante o primeiro mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso. O segundo pressuposto relaciona-se a prática profissional dos assistentes sociais dentro da FOUFRJ, pois supõe-se que os rebatimentos da reforma neoliberal estão presentes na instituição e influenciam na intervenção do Serviço Social.

Desse modo, o objetivo central deste trabalho é analisar e refletir como se dá a relação entre o sucateamento da saúde pública e as reformas neoliberais e como os impactos dessa reforma se expressam no espaço sócio-ocupacional das assistentes sociais que atuam na Faculdade de Odontologia da UFRJ.

Como procedimentos metodológicos foram utilizados tanto um estudo teórico por meio de bibliografia como, por exemplo: livros, um documentário e artigos de estudiosos da



área, quanto uma pesquisa de campo dentro na FOUFRJ, através do banco de dados existente no setor de Serviço Social, com o intuito de refletir sobre qual o perfil do usuário da Clínica Integrada (setor da odontologia que apresenta a maior demanda para as assistentes sociais) e também através uma análise de materiais sobre a história do Serviço Social, objetivando fazer reflexões sobre a intervenção do Serviço Social na instituição desde seu surgimento.

No entanto, é importante ressaltar algumas dificuldades na coleta de dados que sobre a história do Serviço Social na instituição, tendo em vista que foram encontrados poucos registros documentais. Assim, juntamente à utilização como fonte bibliográfica dos poucos documentos encontrados, foi realizada uma análise exploratória com intuito de colher informações de profissionais que trabalharam na época.

Diante disso, nos capítulos seguintes foram abordadas diversas análises, primeiramente, sobre a trajetória da política de saúde, que passa por diferentes conjunturas sociais, políticas e econômicas, até que torne um direito universal garantido pela Constituição Federal de 1988. Posteriormente, é feito um estudo sobre a implementação do Sistema Único de Saúde, no qual serão discorridos sobre seus princípios e diretrizes, e inicia-se também a discussão sobre os impactos da política neoliberal no SUS.

Por fim, serão mostrados, como esses rebatimentos da ofensiva neoliberal se materializam no cotidiano de trabalho dos assistentes sociais inseridos em diversos espaços sócio-ocupacionais e, especialmente na FOUFRJ que foi utilizada como um campo de pesquisa, bem como serão feitas análises e reflexões sobre o surgimento do Serviço Social e a prática profissional das assistentes sociais nessa instituição e, por meio de uma pesquisa quantitativa, será apresentado o perfil os usuários da Clínica Integrada com intuito de conhecer sobre as principais demandas para a construção do aprimoramento da intervenção profissional.

## **CAPÍTULO I: Trajetória da Política de Saúde no Brasil**

As transformações ocorridas na sociedade brasileira nos âmbitos político, econômico e social influenciaram, diretamente, o modo como a saúde veio sendo tratada pelo Estado ao longo do tempo. Desse modo, conforme Oliveira, Rocha e Melo, as políticas de saúde podem ser marcadas por três fases: assistencialista (antes de 1930), previdencialista (pós 1930) e universalista (no contexto pós Constituição Federal de 1988).

Este capítulo tem o intuito de analisar como se deu a trajetória da política de saúde no Brasil até sua garantia como um direito universal em 1988. Por isso, discorreremos sobre o caminho que a política de saúde percorreu em diferentes conjunturas da sociedade brasileira. Desse modo, o balanço dessa trajetória inicia-se na República Velha (1889), passando pela Era Vargas (1930), Ditadura Militar (1964) até a redemocratização do país (1980).

### **1.1. Da República Velha à Ditadura Militar**

Na chamada República Velha (1889-1930), o país era regido por oligarquias, isto é, o poder concentrava-se na mão de um grupo restrito de fazendeiros que, na época, alternavam-se entre São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro. O crescimento econômico do país estava vinculado quase totalmente à produção e exportação de café, que, por sua vez, aglutinava um grande contingente de trabalhadores nos cafezais. Logo, o processo de industrialização que começava a se expandir no Brasil, mais especificamente na região Sudeste, acarretou um largo aumento do fluxo migratório, principalmente em relação à população oriunda da região nordeste, que buscava encontrar emprego e, conseqüentemente, melhores condições de vida. Essa conjuntura de desenvolvimento econômico contribuiu também para a intensificação do número de imigrantes estrangeiros vindos, em sua grande maioria, da Europa.

No entanto, o desenvolvimento social não acompanha o econômico, as condições precárias de trabalho, saúde, habitação eram crescentes. Os trabalhadores não tinham acesso à saúde que ainda estava longe de ser vista como um direito. O Estado atentava-se em sanar os surtos advindos de uma série de epidemias que eram frequentes e causavam várias vítimas fatais. O acesso a consultas médicas e hospitais ficava limitado apenas a uma parcela da população que possuía condições de pagar pelos serviços. Já em relação a grande maioria dos cidadãos, quando caíam doentes, permaneciam sob os cuidados de instituições filantrópicas religiosas como, por exemplo, as Santas Casas de Misericórdia. (BRASIL, 2006).

Com efeito, a grande maioria da população estava vulnerável a contrair as mais diversas epidemias e, como não havia nenhuma política de saúde pública, em que deveriam ser tomadas medidas preventivas, era difícil conter a propagação dessas doenças no qual, além de elevar a taxa de mortalidade era uma ameaça para o desenvolvimento econômico, pois, além de impedir o trabalho daqueles que laboravam nos cafezais, um país assolado por doenças infecciosas, acabava uma possibilidade não interessante para os imigrantes estrangeiros.

As medidas tomadas pelo governo, a fim de conter os surtos de epidemias, girava em torno da elaboração de campanhas, porém, essas ações de saúde eram lidadas pelo Estado de maneira coercitiva. Isto pode ser exemplificado no episódio da Revolta da Vacina (1904), em que, sob o comando do médico sanitário Oswaldo Cruz, foi ordenado à população a tomada de vacina obrigatória com o intuito de extinguir a varíola. No entanto, a falta de informação sobre o assunto adicionado a insatisfação em relação ao descaso do Estado frente aos problemas sociais, ocasionou uma rebelião onde houve manifestação dos trabalhadores que foram altamente repreendidos com a força policial. (BRASIL, 2006).

Assim sendo, se por um lado o país vivia um processo de crescimento econômico em função do café, por outro, o tratamento com as expressões da questão social era lidado de

maneira coercitiva e repressora, onde o indivíduo era responsabilizado por sua situação de pobreza.

As transformações econômicas que vinham acontecendo engendraram um alto contingente de mão de obra, esses trabalhadores assalariados eram submetidos a longas jornadas de trabalho, e viviam sob condições precárias de vida. O real descontentamento dos trabalhadores somado a vinda dos imigrantes europeus, que já possuíam uma “consciência política”, possibilitou o contato dos trabalhadores brasileiros com ideários comunistas e anarquistas. Tal fato foi um dos motivos principais para que acontecesse, em 1917 e 1919 a deflagração de duas grandes greves gerais no país.

Conforme Malloy (1976), paralelamente à agitação trabalhista havia uma insatisfação crescente da classe média para com o *status quo*, e o surgimento dentro do exército de um movimento nacionalista orientado para uma profunda revisão do sistema. A partir daí, com objetivo de manter a ordem, o Estado se viu compelido a incorporar algumas demandas da classe trabalhadora. Desse modo, tais aspectos impulsionaram a promulgação da primeira lei previdenciária, em 1923, a Lei Eloy Chaves que institui as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP's).

As mesmas, inicialmente, foram associadas a grandes empresas onde, a partir da contribuição tripartite (empresa, empregado e união) os trabalhadores passariam a ter direito a assistência-médica, pensões e garantia de aposentadoria por velhice ou invalidez. Entretanto, cada membro da CAP recebia benefícios proporcionais às contribuições mensais. Assim, havia uma diferenciação interna nas CAP's baseada no salário. (MALLOY, 1976, p. 97).

A conjuntura de crise mundial de 1929, obviamente, trouxe reflexos negativos para a economia brasileira, ou melhor, houve um amplo declínio na exportação de café. De fato, a instabilidade na economia era o impulso que faltava para fomentar a derrocada da hegemonia das oligarquias cafeeiras, por isso, o cenário naquele momento possibilitou que, a já existente

insatisfação popular, se intensificasse bruscamente. Então, era oportunidade ideal para que a tomada do poder pela elite que não compunha o regime oligárquico, e há tempos estava insatisfeita com a restrição do poder entre oligarquias, se concretizasse.

Tais aspectos culminaram no golpe de 1930 que trouxe Getúlio Vargas ao poder, iniciando um período chamado Estado Novo, no qual foi marcado por transformações políticas, econômicas e sociais que culminaram em alterações na relação Estado/sociedade civil. Logo, a forma coercitiva como o Estado lidava com as manifestações da questão social, é substituída pela sua responsabilização diante dos problemas sociais. Assim, são incorporadas demandas postas pela classe trabalhadora e respondidas por meio de políticas sociais que, segundo Netto, não podem ser vistas como decorrência natural do Estado burguês, pois não há dúvidas de que as políticas sociais decorrem fundamentalmente da capacidade de mobilização e organização da classe operária e do conjunto de trabalhadores. (NETTO, 1992, p. 29).

Desse modo, a política na chamada Era Vargas traceja pelo fortalecimento da autonomia do Estado e centralização do poder, além de um maciço investimento com vista à industrialização do país, que reúne diferentes interesses das elites. Entretanto, Vargas também conquista a empatia por parte da classe operária visto que foram criados e instituídos diversos direitos trabalhistas, e legitimados pela Constituição de 1934, como por exemplo: diminuição da jornada de trabalho, salário mínimo, direito a férias remuneradas entre outros, que implicam fortemente na vida das classes menos favorecidas que até o momento não havia recebido determinada importância.

Assim, de acordo com a reflexão acima, pode se chegar a seguinte análise: se por um lado, a figura do presidente, que garantia em seus discursos “governar com pensamento voltado para os mais pobres e desprotegidos”, era ovacionada pelas classes menos favorecidas

que o enxergavam como o “pai dos pobres”, pelo outro, o mesmo conseguiu também lograr os interesses da elite.

Nesse sentido, no âmbito das transformações previdenciárias, as antigas Caixas de Aposentadorias e Pensões, instituídas na República Velha, foram sobrepostas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's) que não eram mais vinculados a empresas, mas a categorias profissionais. Assim, ferroviários, empregados do comércio, bancários, marítimos, estivadores e funcionários públicos aos poucos passaram a fazer parte desses institutos que, como as CAP's, também ofereciam serviços médicos, apesar de voltarem-se prioritariamente para os benefícios e pensões. (Escorel e Teixeira, 2008, p. 358). No entanto, essa reforma na estrutura previdenciária implementada por Vargas, acarretou uma alta acumulação de capital, no qual grande parte foi investida na industrialização do país, logo, para Malloy (1976):

As CAPs e IAPs constituíam-se em recurso político, pelo menos, por três razões: Primeiramente, devido controlarem grandes somas de fundos de investimentos, cujo uso poderia ser submetido a influencia política; Em segundo lugar, em razão da habilidade para controlar a distribuição de vasta gama de benefícios para um grande numero de pessoas que em si só possuía grande potencialidade política e, por fim, os institutos e caixas geraram um número crescente de empregos que poderiam ser distribuídos por razões políticas. (MALLOY, 1976, p. 104).

Dessa maneira, no tocante a política de saúde nesse período, pode-se dizer que, segundo Bravo (2006) era formulada em caráter nacional e organizada em dois subsetores: o “de saúde pública e o de medicina previdenciária.” Sendo assim, o direito a assistência médica, que era individual e pensada em uma perspectiva curativa, se dava por meio dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, no entanto, esse direito era restringido aos trabalhadores assalariados incluídos mundo do trabalho formal e que fossem contribuintes. Já em relação à saúde publica restavam aos demais cidadãos não contribuintes alcançarem atenção à saúde através de centros e postos de saúde publica, serviços de saúde filantrópicos e clínicas privadas desde que tivessem poder aquisitivo.

Assim, é importante ressaltar agora as particularidades e mudanças que foram dadas a atenção à saúde pública a partir de 1930 que caminhava para um processo de institucionalização. Logo, originou-se o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) que inicialmente, atuaria como um instrumento burocrático cujo propósito era consolidar uma estrutura de serviços em todas as regiões do Brasil, prestando atendimento inclusive à área rural – excluída do raio de ação dos organismos previdenciários – e a uma grande parcela da população, diversa e dispersa por todo o país. (FONSECA, 2010, p.138).

Não obstante, foi a partir de 1934 a 1945, quando se inicia a gestão de Gustavo Capanema que ocorrem transformações mais notáveis, logo, além de serem retomadas as campanhas sanitárias contra doenças costumeiras na época (malária, febre amarela, tuberculose etc.), conforme os autores Escorel e Teixeira (2008), a verdadeira reforma foi salientada quando, em 1937, é reestruturado o funcionamento do ministério passando a ser chamando, agora, de Ministério da Saúde e Educação (MES), logo:

Com a reforma de 1937, o recém-criado Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social do MES passou a coordenar os departamentos estaduais de saúde. Essa centralização procurava normatizar e uniformizar as estruturas estaduais, que a partir de então, deveriam ser formadas por uma diretoria, inspetoriais de combate a diversas doenças (...). A reforma procurava acabar com as atividades municipais de saúde, direcionando os serviços aos governos estaduais, agora nas mãos de interventores escolhidos pelo executivo federal. (ESCOREL e TEIXEIRA, 2008, p. 362/363).

É importante salientar que em 1940 houve a realização da 1º Conferência Nacional de Saúde, que discutiu o seguinte tema: Situação Sanitária e Assistencial dos Estados, no qual se inicia uma nova direção dada à discussão da saúde pública que aos poucos passou a ter mais importância diante do Estado.

Ademais, outro fato relevante foi a criação, em 1942, do Serviço Especial de Saúde (SESP) vinculado do Ministério da Educação e Saúde, que, inicialmente, era um programa criado com a finalidade de combater a malária na localidade da Amazônia e no Vale do Rio Doce. Contudo, apesar da origem desse serviço ser fruto de interesses políticos e econômicos

norte-americanos, pelo fato da região possuir abundante quantia de ferro e borracha, o SESP foi uma iniciativa de extrema importância, pois levou a saúde pública para locais onde a população não tinha o mínimo de acesso a ela, sendo expandido, posteriormente, para outras áreas do Brasil. (BRASIL, 2006)

Dessa maneira, segundo Fonseca (2010, p.144) as ações do SESP teriam desdobramentos importantes e deixariam marcas significativas no processo de institucionalização da saúde pública brasileira. Ele se destacaria tanto na formação de técnicos e especialistas em saúde pública como no fortalecimento de um modelo de prestação de serviços.

No ano de 1945, devido a diversas pressões contrárias ao governo centralizador vigente, Vargas é deposto pelos militares. Pois então, já em 1946, é sucedido por Eurico Gaspar Dutra, que inicia algumas mudanças no âmbito da previdência social, uma vez que suscitou uma perspectiva adversa ao regime de capitalização instituído por Vargas. Ainda segundo os autores, em relação à saúde pública:

O sanitarismo campanhista centralizador e autoritário alcançou o auge. A polêmica sobre o melhor modelo de atenção à saúde ganhou novos alentos, tanto com as críticas realizadas ao Sesp quanto com o debate médico-sanitarista-parlamentar sobre a criação de um ministério de saúde independente. (SCOREL e TEIXEIRA, 2008, p. 367).

Apesar da periodicidade de dois anos, somente no governo de Dutra vem a acontecer a 2º Conferência Nacional de Saúde, no qual pretendia analisar sobre o seguinte tema: “Pontos de vista dominantes entre os sanitaristas.” Segundo o CONASS (2009), a 2ª conferência tratou de temas como “malária, segurança do trabalho, condições de prestação de assistência médica sanitária e preventiva para trabalhadores e gestantes”.

Posteriormente, no ano de 1951, ocorreram novas eleições que culminaram no retorno de Getúlio Vargas ao poder, porém dessa vez eleito por voto popular. Seu regresso à presidência foi marcado por particularidades que se diferenciaram do Estado Novo, uma vez



que Vargas tenta uma aproximação mais direta com as classes menos favorecidas. Ou seja, essa nova política de caráter populista tinha a finalidade de ter a classe trabalhadora como um fiel aliado para a consolidação de seu planejamento econômico.

Além disso, o então presidente reeleito incorpora fortemente uma política de caráter nacionalista, no qual visava o desenvolvimento do país somente com recurso de capital nacional. Essa política, ao ver de Vargas, faria com que o Brasil adquirisse independência no âmbito político e econômico, um exemplo importante foi à criação, em 1953, da Petrobrás. Entretanto, esses fatores expostos acima, especialmente o fortalecimento do capital nacional, acarretaram em um enfraquecimento das relações econômicas entre o Brasil e os Estados Unidos, engendrando uma forte oposição e descontentamento dos imperialistas, que temiam a ameaça a sua hegemonia, com a política de Vargas. (BRASIL, 2006)

Conforme Fonseca (2010), nesse momento, na esfera da saúde pública triunfou-se uma concepção de sanitarismo desenvolvimentista, seus defensores argumentavam que a melhoria nas condições de saúde da população estava diretamente atrelada ao desenvolvimento econômico do país. Segundo a autora, esse ideário criticava a organização excessivamente verticalizada dos serviços de saúde pública, orientados por doenças. (Fonseca, 2010, p. 146).

Outro fato que merece destaque em relação à saúde pública nesse período foi à criação, em 1953, do Ministério da Saúde. Este pode ser considerado o mais importante processo de institucionalização da saúde no Brasil, no qual esta passa a ter uma estrutura própria para promover suas ações.

Quando o sucessor de Vargas, Juscelino Kubitschek, chega ao poder, logo se evidencia uma proposta de desenvolvimento econômico acelerado do país. Desse modo, JK abre as portas para a maciça entrada de capital estrangeiro, que apesar das transformações positivas, como por exemplo, o crescimento da indústria automobilística e a criação de Brasília, assentou ainda mais o Brasil em uma posição economicamente dependente. Em

relação à saúde pública no período desenvolvimentista, foi originado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) que tinha o intuito de cessar ou manter o domínio de algumas doenças que eram corriqueiras na época.

Então, conforme os autores e Escorel e Teixeira (2008) a criação do DNERu resultou em conquistas modestas na área da saúde pública, uma vez que no auge do período desenvolvimentista dos anos JK, o mosquito *Aedes aegypti*, transmissor da febre amarela, foi declarado oficialmente erradicado. (Escorel e Teixeira, 2008, p.375/376), no entanto no final da década de 1960, o relaxamento das medidas adotadas levou à reintrodução do vetor em território nacional.

As novas eleições presidenciais de 1960 nomearam Jânio Quadros como o novo presidente, no curto tempo em que governou o país, de janeiro de 1961 a agosto do mesmo ano, no entanto, não houve grandes transformações no campo da saúde pública. Logo após de sua renúncia, seu vice João Goulart (Jango), ainda que em desacordo com a vontade dos militares, assume o poder apoiado pela massa popular. Assim, é importante destacar alguns acontecimentos relevantes, como por exemplo, o XV Congresso de Higiene (1962) que apresentou a ideia de uma nova concepção sanitária relacionando saúde à pobreza e as condições de vida da população e a 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada treze anos depois a anterior, que discutiu a Descentralização na área da saúde, no qual:

Seu temário também expressava uma nova orientação, direcionada à análise da situação sanitária e à reorganização do sistema de saúde, com propostas de descentralização e de redefinição dos papéis das esferas de governo, além de proposição de um plano nacional de saúde. O golpe militar de 1964 inviabilizou a implementação as medidas propostas pela 3ª conferência, mas suas deliberações alimentaram muitos dos debates realizados por movimentos sociais a partir da década dos setenta. (CONASS, 2009, p.13).

Com efeito, a identificação de Jango com os setores populares da sociedade e as propostas de reformas de base apresentadas pelo mesmo, se tornava uma “ameaça comunista.” Assim, conforme Escorel e Teixeira (2008):

Os últimos meses do governo João Goulart caracterizaram-se, na área da saúde, por uma intensa polêmica entre os interesses nacionais e os do capital estrangeiro (...). Em setembro de 1963, um decreto presidencial limitou a transferência de divisas da indústria farmacêutica para o exterior e, no Ministério da Saúde, começou-se a investigar casos de superfaturamento na importação de matérias-primas para a produção de medicamentos. (SCOREL e TEIXEIRA, 2008, p. 381).

## **1.2 Do Regime Autoritário à Redemocratização do Brasil**

A partir de 1964, o Brasil inicia uma época de grande repressão dos direitos políticos e civis. Durante este regime, diversos militares se revezavam no poder e governavam o país através de atos institucionais que fortaleciam o regime na base da coerção. Dentre eles, o mais incisivo foi o AI-5º, em 1968, que limitava a liberdade individual e constitucional. A grande repressão e autoritarismo eram justificados pelos militares como uma medida necessária para que o país se transformasse em uma grande potência. Portanto, o país experimentou um grande progresso econômico em virtude de demasiados empréstimos ao capital estrangeiro que possibilitou investimentos na infraestrutura interna do país, esse período foi denominado milagre econômico.

Contudo, apesar das particularidades postas neste período, ocorreram alguns investimentos em políticas sociais, que, segundo Bravo (2006),

Eram burocratizadas e modernizadas pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital. (BRAVO, 2006, p. 93).

Nessa época, a saúde passou a seguir os rumos do grande capital, logo, houve uma sobreposição da medicina previdenciária sobre a saúde pública, já que o Estado objetivava acumular capital e a previdência social era uma forte geradora de lucro. Uma importante mudança previdenciária se dá no ano de 1966, quando os antigos Institutos e Aposentadoria e Pensão (IAPs) foram unificados e se transformaram no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que propiciou a aglomeração de todos os benefícios.

Portanto, a saúde passa a ter uma maciça tendência privatizante, uma vez que seria mais uma fonte de lucro que, conseqüentemente, resultaria no progresso do “milagre econômico.” Ainda vinculada à previdência social, os serviços de saúde se sustentaram por um cunho burocrático e mercantil, enquanto a saúde pública era postergada. Não é a toa que, de acordo com Escorel (2008, p. 391), “O INPS passou a ser o grande comprador de serviços privados de saúde e, dessa forma, estimulou um padrão de organização da prática médica orientado pelo lucro”.

Com efeito, enquanto a assistência médica previdenciária era executada por terceiros, com financiamento do Estado, as instituições de saúde pública, como por exemplo, o Ministério da Saúde, recebiam atenção inexpressiva e orçamento precário da máquina estatal. Por certo, as amplas tentativas de privatização dos serviços de saúde engendraram, em 1968, o Plano Nacional de Saúde (PNS), no qual pretendia privatizar uma grande quantidade hospitais públicos, no entanto não obteve êxito.

Tais aspectos estão em consonância com a conjuntura internacional que visava uma modernização capitalista da máquina estatal. Para Oliveira e Teixeira Fleury (1986):

A opção pela compra de serviços aos produtores privados em detrimento dos próprios previdenciários tanto encontra suas bases no próprio movimento de 1964 quanto segue uma orientação geral expressa no Decreto – Lei sobre a Reforma Administrativa de 1968 (Decreto – Lei n. 200), no qual define que uma política para os Ministérios, baseada em um máximo possível de abandono as ações executivas em benefício do setor privado. (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986, p. 211).

No entanto, nos anos 1970, a grande crise econômica gerou rebatimentos negativos no globo, tais aspectos contribuíram para o enfraquecimento político do regime ditatorial. Assim sendo, a grande crise mundial adicionada ao agravamento da dívida externa suscitou um alto contingente de desemprego que desestabilizou a economia que vivia sob a era do milagre econômico. Então, não é difícil prever que a desestabilização econômica motivou diretamente o decaimento da legitimidade política que já vinha sendo questionada pelos opositores, mas

sem sucesso devido à restrição política. Assim, sobre o enfraquecimento do modelo do milagre econômico reflete-se que:

A partir de 1973, esse modelo começou a perder fôlego devido aos limites da infraestrutura física e com a primeira crise do petróleo, em 1974, esgotou-se. O saldo dos dez primeiros anos de regime militar foi a concentração de renda, o arrocho salarial, com perda do poder aquisitivo do salário mínimo, aumento dos preços, a diminuição da oferta de alimentos e o colapso dos serviços públicos de transporte e de saúde. Como consequência, as classes médias urbanas e os setores empobrecidos da população retiraram o seu apoio ao governo militar. (Escorel 2008, p. 388).

Esses aspectos levaram ao esmaecimento da legitimação do regime autoritário que precisou utilizar novos mecanismos para sanar a crise política. Por isto, a partir de 1974, houve uma maior abertura política, no qual Bravo (2010) classifica como:

Uma distensão política que se caracterizou como uma contraditória estratégia de sobrevivência do autoritarismo burocrático na medida em que evidencia as demandas de democratização da sociedade civil e a necessidade de tornar constitucional o aparelho montado durante o período da ditadura militar, com a finalidade de garantir a continuidade do regime e do modelo econômico excludente. (BRAVO, 2010, p.46)

Assim, apesar de essas estratégias políticas não terem o intuito de provocar qualquer transformação estrutural no regime vigente, as medidas tomadas como a extinção do AI-5 e a minimização da censura juntamente à insatisfação com as medidas repressivas do período ditatorial, propiciaram uma maior capacidade de organização e mobilização de diversos movimentos sociais na cena política. Nesse sentido, é importante destacar o protagonismo de diversos movimentos sociais, como por exemplo, ligados a questão urbana, à saúde e, a partir de 1973, segundo Bravo (2010, p. 50) surge um *novo ator político* que começa, com força cada vez mais crescente e visibilidade social e política a protagonizar seus papéis, a classe operária. (Grifos da autora). Ainda segundo a autora:

Na conjuntura de crise de legitimação do regime autocrático (...), a ascensão do movimento operário e popular e de outros movimentos e organizações políticas de oposição contribuiu para a ampliação do processo de negociação dos movimentos com o Estado, na defesa dos direitos mínimos da cidadania. O Estado se viu obrigado a alargar as políticas sociais em face das demandas, que se multiplicaram em decorrência do nível de pauperização (absoluta e/ou relativa) das classes trabalhadores e conseqüente espoliação urbana. (BRAVO, 2010, p. 51).

A crise do regime autoritário penetrava em direção à saúde pública que se degradava junto às condições de vida da população. Conforme Bravo (2010), a perda do poder aquisitivo do salário mínimo, associada a um processo de migração intensa e urbanização desordenada, rebaixaram as condições de vida da população a tal nível que houve um aumento da mortalidade infantil, e as epidemias de meningite, inicialmente em 1973, depois em 1974 e 1975 constituíram-se em alerta para o governo e a população.

É nesse contexto que surge o II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) no qual reconhecia que a política social tem objetivos próprios e que o desenvolvimento social deve ocorrer paralelamente ao desenvolvimento econômico. (Escorel, 2008, p. 401). A partir daí, se desencadeia uma ampliação no processo de institucionalização, são criados diversos aparelhos burocráticos estatais que exercem um mecanismo de controle.

Assim, em 1974, a previdência e assistência social foram congregadas no Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Em 1977, foi criado Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS) um aparelho subordinado ao MPAS, no qual era encarregado pelo Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS), incumbido de controlar os aspectos financeiros e pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) passando a ser responsável pelo controle da assistência médica. Contudo, as transformações previdenciárias apresentaram “mais do mesmo”, ou seja, os interesses do setor privado continuaram enaltecendo-se.

Em relação às Conferências Nacionais de Saúde no período ditatorial, é importante destacar a 4<sup>o</sup> em 1967, a 5<sup>o</sup> realizada em 1975 e a 6<sup>o</sup>, dois anos depois, em 1977. Conforme o CONASS (2009):

A 4<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1967, bem como as três subsequentes, realizadas durante o regime militar, retomaram o caráter de espaço de debate técnico, com a participação de especialistas nos temas debatidos e das autoridades do Ministério da Saúde, do Ministério da Previdência Social e Assistência Social (MPAS) e dos estados e territórios. (CONASS, 2009, p.13)

Em relação a 5º CNS, efetuou o debate em torno da lei 6.229 que estabelecia o Sistema Nacional de Saúde, além disso, foram discutidas questões sobre os programas de saúde materno-Infantil, de controle das grandes endemias e de extensão das ações de saúde às populações rurais a efetivação do sistema nacional de vigilância epidemiológica. Já a 6º CNS abordou sobre a questão da situação do controle das grandes endemias, a operacionalização de novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo federal em matéria de saúde e a interiorização dos serviços de saúde. Segundo o Conass (2009) o que a distinguiu das demais conferências anteriores foi a reintrodução de um debate sobre a necessidade de uma política nacional de Saúde.

### **1.2.1 O Movimento da Reforma Sanitária**

No início dos anos 1970, começa a se constituir as bases de um movimento que pode ser considerado o mais importante processo transformação política no âmbito da saúde, no qual se pretende efetivar uma reestruturação no setor que seria concomitante com um processo de reforma do Estado. O referido movimento denominou-se Reforma Sanitária. De acordo com Paim (1997), a reforma sanitária pode ser entendida como proposta, um projeto e ainda um processo, logo:

A reforma sanitária é uma proposta que encerra um conjunto de princípios e proposições tal como disposto no relatório final da 8º CNS. É também um projeto, pois consubstancia um conjunto de políticas articuladas que requerem uma dada consciência sanitária, uma participação da cidadania e uma vinculação com as lutas políticas e sociais mais amplas. É ainda um processo porquanto a proposta formulada não se conteve nos arquivos nem nas bibliotecas, mas transformou-se em bandeira de luta, articulou um conjunto de práticas, e teceu um projeto político-cultural consistente enquanto complexo de práticas (inclusive práticas de saúde) que integram a prática social. (PAIM, 1997, p. 20.).

O projeto sanitário era composto por médicos, estudantes e diversos profissionais da área da saúde, em sua maioria trabalhadores do setor público, que contestavam o modelo de saúde hegemônico na época. Esse novo pensamento teve seus suportes teóricos e ideológicos

discutidos nas universidades fazendo com que a nova geração de profissionais pudesse ter o contato com esse novo modelo revolucionário durante sua formação. No dizer de Escorel (2008),

Os programas de medicina comunitária, até 1970, em sua maior parte vinculados aos Departamentos de Medicina Preventiva eram utilizados como campo de prática e formação de internos e residentes de medicina visando a propiciar uma visão extramuros, extra-hospitalar, mais 'integral'. (ESCOREL, 2008, p. 394).

Acrescenta-se a isso, a notoriedade de importante meio de divulgação, o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), no qual viabilizou a publicação de um arsenal de produção teórica.

Nesse sentido, os questionamentos embasados pelo movimento sanitário giravam em torno do paradigma vigente, no qual Mendes (1999) identifica tal paradigma exposto acima como flexneriano, em que entende o conceito de saúde como ausência de doença, ou seja, as ações de saúde estão voltadas somente para a cura individual, não considerando suas causas epidemiológicas. As indagações em relação ao modelo de saúde vigente permeavam-se também em relação a uma pequena importância dada à saúde pública pelo Estado que, ao mesmo tempo, financiava o setor privado.

Sendo assim, o projeto sanitário trouxe a tona um novo paradigma de saúde, composto de novas maneiras no âmbito teórico-prático de pensar e promover as ações de saúde. As novas apreensões valorizam a perspectiva de saúde coletiva, enxergando os indivíduos de maneira historicizada, no qual há determinantes que implicam diretamente sobre a saúde da população, como por exemplo, os fatores sociais e econômicos.

Além disso, a atenção à saúde passou a ter uma importância de caráter preventivo, passando a ser enxergada como um direito de todos os cidadãos. Ou melhor, o que o movimento sanitário defendia era que os processos e ações de saúde fossem considerados não mais somente no caráter individual, mas em âmbito coletivo, no qual implicações advindas de questões socioeconômicas influenciam diretamente no processo saúde-doença.



Para exemplificar o modo proposto pela reforma sanitária de como pensar a saúde, pode-se considerar a falta de saneamento básico presente em uma determinada localidade. É muito provável que grande parte dos moradores que convivem diariamente com o esgoto a céu aberto adquiriam doenças relacionadas a esse determinante. Por isso, como pensar o indivíduo descolado de um todo, responsabilizando o mesmo pela sua saúde?

Isto posto, é necessário ressaltar ainda em relação à importância dada ao caráter preventivo que de fato culminaria em uma ampla diminuição de doenças e também o caráter universal-democrático que a saúde deveria ter, não mais excluindo parcelas da população no qual sempre foram impostas condicionalidades.

Destaca-se também a realização da 7<sup>o</sup> Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1980, que discutiu sobre a “Extensão das Ações de Saúde por meio de Serviços Básicos”. Nessa conferência, as influências do projeto sanitário já aparecem fortalecidas. Segundo o Conass (2009), o eixo dos debates foi a formulação e implantação de um programa nacional de serviços básicos de saúde (Prev-Saúde), que propunha a reestruturação e ampliação dos serviços de saúde à população, com a criação de uma rede básica de saúde de cobertura universal.

Nesse sentido, é relevante salientar o protagonismo dos municípios que são de extrema importância para que se tenha uma rede básica de cobertura, bem como a ampliação das ações e serviços descentralizados de saúde. Portanto, evidencia-se a criação do movimento municipalista, no qual:

Reforçado na constituinte de 1988, garantiu na Constituição a descentralização como princípio do SUS, base para que na década de 90 o movimento sanitário adotasse a municipalização como caminho para a descentralização. Através das normas operacionais, foi promovida a transferência das capacidades instaladas (equipamentos assistenciais, pessoal e financiamento) da União e dos Estados para os Municípios. (SANTOS, KICH.. [et al] 2011, p.27).

Ainda no contexto da ditadura militar, a crise alastrada e a crescente deslegitimação do regime autoritário somado a ampliação dos movimentos sociais (trabalhadores, estudantes,

partidos políticos de oposição, entre outros) culminou para que em 1984, acontecesse o movimento das Diretas Já, no qual contou com a presença de milhares de pessoas e tinha o intuito da volta das eleições diretas. Com a derrocada do regime militar, havia a esperança de um novo Estado democrático, entretanto, a eleição do presidente Tancredo Neves acontece em 1985, por voto indireto. A democracia tão aguardada só viria com o advento da Constituição de 1988.

No que se refere às políticas de saúde, referenciada pelo movimento internacional, concretizado na conferência ALMA-ATA<sup>1</sup>, um marco muito importante para a posterior construção do Sistema Único de Saúde se deu pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, no qual já assumia traços de uma política de saúde de caráter descentralizado e universal. Nessa conferência foi discutida a questão da saúde como direito, a proposta de reformulação do Sistema Nacional de Saúde e sobre o financiamento setorial. Dessa maneira, conforme Bravo (2006):

A mudança do arcabouço e das práticas institucionais foi realizada através de algumas medidas que visaram o fortalecimento do setor público e a universalização do atendimento; a redução do papel do setor privado na prestação dos serviços de saúde; a descentralização política e administração do processo decisório da política de saúde e a execução dos serviços de saúde ao nível local, que culminou com a criação do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987 e depois, em 1988, SUS (Sistema Único de Saúde). (BRAVO, 2006, p. 98/99).

O advento da Constituição de 1988 possibilitou a conquista de direitos que resultaram da luta e reivindicações da classe trabalhadora e movimentos sociais. Dentre as conquistas da CF de 1988, destaca-se a criação da Seguridade Social, no qual instituiu a saúde como direito junto à previdência e assistência que compunha seu tripé.

No entanto, a saúde foi à única garantida como um direito universal, enquanto a previdência continua beneficiando apenas aos contribuintes e a assistência social se encarrega

---

<sup>1</sup> Em simultaneidade à reorientação das políticas de saúde nos países desenvolvidos, a crítica ao modelo hospitalocêntrico ganha maior radicalidade com a declaração final da Conferência Internacional de Atenção Primária, em Alma-Ata, em 1978, e com o lançamento da estratégia “Saúde para Todos no Ano 2000”, em âmbito mundial no ano seguinte. (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008, p. 587).

de quem dela necessitar. Não obstante, ainda há muitas questões e impasses políticos e econômicos que impedem o avanço e o funcionamento “ideal” da seguridade que deveria atuar como um mecanismo de integração das políticas sociais.

## **CAPÍTULO II: O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E AS REFORMAS NEOLIBERAIS**

A garantia da saúde como um direito adquirido na Constituição de 1988 e a realidade da precarização dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde, as imensas filas de espera para atendimentos, a baixa quantidade de leitos e a falta de profissionais de saúde são parte de um complexo de sucateamento da saúde pública.

A problematização feita nesta seção, parte do pressuposto de que os fatos citados acima estão diretamente articulados a uma política que vai de encontro aos interesses de uma saúde universal e democrática, optando por uma lógica privatizante. A partir disso, serão feitas algumas reflexões sobre como se dá essa relação das reformas neoliberais e o precarização da política de saúde pública brasileira.

### **2.1. A Conquista de Saúde como um direito: A implementação do SUS.**

O Sistema Único de Saúde pode ser definido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. (BRASIL, 1990).

A implementação do Sistema Único de Saúde foi uma das maiores vitórias, ressaltando o papel da sociedade civil nesse processo, presentes na Constituição de 1988 que, através da Seguridade Social, institui um novo conceito de saúde que se desvincula a qualquer tipo de condicionalidade, como estava posto anteriormente. Ou seja, o advento do SUS, regulamentado pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90 no qual compõem a Lei Orgânica da Saúde (LOS), trouxe uma série de mudanças de como pensar e promover as ações de saúde, no seu direcionamento democrático e na sua forma de gestão descentralizada.

Nesse sentido, é importante ressaltar que a noção de saúde como direito é fruto da luta e mobilização da sociedade civil que não tolerava mais o modo como a saúde pública vinha

sendo tratada ao longo dos anos. O SUS é um dos sistemas de saúde mais amplos do mundo, em que visa garantir o acesso universal à saúde sem nenhuma forma de discriminação. Este integra princípios e diretrizes que são válidos para todo o território nacional, parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito. (Noronha, Lima e Machado, 2008, p. 435).

Sendo assim, a nova compreensão de saúde que se efetiva a partir de 1988, marcada pelo ideário sanitário, dispõe de avanços que afirmam a perspectiva democrática no qual as ações e serviços de saúde vinham sendo pensados. Deste modo, o modelo descentralizado de gestão permite uma maior autonomia em relação às instâncias municipais (Secretaria Municipais de Saúde) no qual auferem um papel crucial, ou seja, tornam-se responsáveis por promover ações de saúde que mais se encaixam nas localidades no qual são intendentess, tendo em vista a heterogeneidade da realidade social de cada município.

Dessa maneira, o SUS é constituído por princípios e diretrizes que possuem o intuito de garantir a efetivação da democracia no acesso aos serviços de saúde. Logo, o princípio da universalidade garante os serviços e ações de saúde a toda população localizada no território brasileiro, em todos os níveis de assistência. Assim, rompe-se com modelo de seguro social que era predominante anteriormente, no qual havia a condicionalidade do cidadão ser contribuinte da previdência social para ter acesso aos serviços de saúde. Então, com a consumação deste princípio, a saúde amplia-se para todos os cidadãos, independente de condição socioeconômica, raça, gênero, nacionalidade e etc.

O princípio da Integralidade na assistência direciona a saúde como um todo, oferta o atendimento integral aos cidadãos no qual são desenvolvidas ações de saúde no âmbito da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em todos os níveis de complexidade (baixa, média e alta). Assim, deve levar em consideração as necessidades específicas de pessoas ou grupo de pessoas, ainda que minoritários em relação ao total da população. Ou seja, a cada

qual de acordo com suas necessidades, inclusive no que pertine aos níveis de complexidade diferenciados. (BRASIL, 2000, p. 31).

Neste seguimento, o princípio da Equidade funciona como um mecanismo de justiça com o intuito de minimizar as disparidades sociais, ou seja, “dar mais para quem precisa”. Dessa maneira, devem-se promover as ações de saúde voltadas a população mais desvalida, fazendo com que as mesmas sejam colocadas em uma posição isonômica em relação aos outros. Isto posto, cabe destacar a importância de um trabalho intersetorial no âmbito das políticas sociais, tendo em vista que os indicadores de saúde de uma determinada população são condicionantes e determinantes da saúde. Assim, de acordo com o Art 3º da lei 8.080/90:

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (BRASIL, 1990).

O seguinte princípio é o da regionalização e hierarquização da rede, das ações e dos serviços de saúde, tal princípio está atrelado à participação dos gestores municipais que estabelecem relações políticas e se organizam. Uma vez que, é estabelecido que nem todos os municípios tem a necessidade de ter equipamentos referentes a alta complexidade, já que nem toda a população residente em um determinado município necessita, por exemplo de transplantes e cirurgias, diferentemente dos serviços de saúde de atenção primária e secundária ou baixa e média complexidade. Com efeito, entende-se a demasiada ênfase na atenção primária que como um instrumento de prevenção de agravos pretendendo evitar a necessidade de paciente chegar ao nível de alta complexidade. Com efeito, entende-se a demasiada ênfase na atenção primária que como um instrumento de prevenção de agravos, estabelecendo uma relação de articulação entre a referência e contrarreferência, bem como evitar a necessidade de paciente chegar ao nível de alta complexidade.

Dessa maneira, são estabelecidos consórcios que são formados, geralmente, no âmbito intermunicipal com o intuito de garantir o acesso ao cidadão a todos os níveis de complexidade. Por exemplo, as clínicas da família existentes nos municípios formam consórcios com um hospital de nível terciário localizado em outro município, logo, se houver necessidade o paciente pode ser encaminhado para esse hospital, o mesmo realizará o tratamento adequado e depois voltará a ser atendido em sua área novamente, respeitando, assim, o princípio da regionalização.

Outro princípio, o da Participação da Comunidade funciona como um importante mecanismo de controle social que incube a sociedade, através dos espaços presentes nos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde (instituídos pela lei 8.142/90), de participar da elaboração, controle e avaliação das políticas de saúde. Esse é um dos princípios que, claramente, efetiva a democratização na saúde.

E por fim, mas não menos importante, tem-se o princípio da Descentralização político-administrativa, que engloba uma maior autonomia aos gestores estaduais e municipais no qual recebem recursos diretamente do Ministério da Saúde para promover as ações de saúde necessárias. Em vista disso, concorda-se com o Ministério da Saúde (2000), quanto salienta a importância da ênfase dada aos municípios que pode ser considerado o melhor dos entes federados para tratar da saúde dada a sua maior proximidade e, por isso mesmo, maior conhecimento da ordem de prioridades e das demandas da população local. Somado a isso, destaca-se a importância dos conselhos locais de saúde que deveriam funcionar como o principal mecanismo de participação e controle social.

A descentralização está diretamente articulada também com o princípio da participação social que é viabilizado, como dito anteriormente, pelas conferências e conselhos de saúde. Os últimos são instâncias deliberativas presentes no âmbito municipal em que os

gestores e a sociedade civil são dotados de autonomia para definir quais são as prioridades que serão definidas em relação à política de saúde em uma determinada região.

A partir dos princípios postos anteriormente e a análise sobre a conjuntura atual, constata-se uma vasta distancia entre o plano ideológico e a apreensão da realidade. De acordo com Bravo (2006), fatores como a fragilidade das medidas reformadoras em curso, ineficácia do setor público, as tensões com os profissionais de saúde, a redução do apoio popular face à ausência de resultados concretos na melhoria da atenção à saúde da população e a reorganização dos setores conservadores contrários à reforma atravancaram a implementação do projeto sanitário.

O enfrentamento desses obstáculos deveria ser ensejado ao longo dos anos 1990, para que o Sistema Único de Saúde fosse materializado de modo eficaz. Entretanto, nesse mesmo ano, a abertura do país à incorporação da ideologia neoliberal, possibilitou uma ampla sustentação para que o capitalismo se reproduzisse de maneira cada vez mais brusca e colocasse em xeque o projeto da Reforma Sanitária.

## **2.2. Universalização versus privatização do SUS**

Depois dos chamados trinta anos gloriosos que se seguem do pós-segunda guerra, alguns países Europeus vivenciaram um período de expansão do capital, ao mesmo tempo em que o modelo de proteção social foi ampliado. No entanto, em meados da década 1970, a onda expansiva do capital declina quando vem à tona uma nova crise que gerou rebatimentos no globo. Esse contexto acarretará em um caminho favorável para que se evidenciem as propostas neoliberais. Conforme Anderson (1995), o neoliberalismo nasceu logo depois da II Guerra Mundial, na região da Europa e da América do Norte onde imperava o capitalismo. Foi uma reação teórica e política veemente contra o Estado intervencionista e de bem-estar.



Seu texto de origem é *O caminho da Servidão*, de Friedrich Hayek, escrito já em 1944. (Anderson, 1995, p. 09).

A conjuntura de crise dos anos 1970 demandou uma série de respostas do capital que acarretaram em transformações com impactos diretamente na relação Estado, sociedade civil e mercado. Diante disso, as reformas propostas por Hayek ganharam força nos países do continente Europeu, a começar pela Inglaterra. Os adeptos ao neoliberalismo culpabilizam o Estado Social pela crise, no qual, para os mesmos, os gastos com políticas sociais devem ser enxugados, assim como a intervenção do Estado na regulação da economia deve ser mínima, deixando o mercado agir livremente. Além do mais, a lógica mercantil tende a imperar em todos os âmbitos da vida social, inclusive em serviços que são essenciais e direitos da população, como saúde, educação, habitação e etc.

O neoliberalismo inaugura a reestruturação produtiva, ou seja, o modelo fordista de produção em massa é substituído pela acumulação flexível de Toyota que é dotado de inovações tecnológicas que se caracterizam pela eficiência e eficácia. Esses novos rumos dados ao mundo do trabalho, trouxeram inúmeras consequências negativas para os trabalhadores, dentre elas, a mais evidente é a redução dos postos de trabalhos formais que cresce proporcionalmente ao trabalho informal. Além disso, os trabalhadores que, ainda sim, estão inseridos no mercado de trabalho padecem sob condições precárias, como por exemplo, a oferta de péssimos salários, terceirização e etc.

No contexto brasileiro, devido suas particularidades, os preceitos da ideologia neoliberal chegam ao país tardiamente quando comparado aos países centrais. Portanto, é no ano de 1990, com a eleição do presidente Fernando Collor, que se inicia uma política regressiva em conformidade com as orientações do capitalismo central. Dessa forma, o projeto neoliberal ganha ainda mais força durante o governo de Fernando Henrique Cardoso,

quando se inicia, pelo então ministro Bresser Pereira, a “Reforma do Estado”<sup>2</sup>, em que há uma tentativa clara de consolidar a política neoliberal do Brasil, que vai de encontro às conquistas adquiridas da Constituição de 1988.

Assim, no âmbito da saúde, o projeto da Reforma Sanitária passa a ser ameaçado pelo projeto privatista que refuta, principalmente, a perspectiva de universalidade da saúde, já que o mesmo percebe o campo da saúde como uma ampla fonte de lucro.

Nessa perspectiva, Bravo (2001), salienta quatro diferentes momentos sucedidos no setor saúde, que começa com a entrada de Fernando Collor até o governo de Fernando Henrique Cardoso. A autora identifica, primeiramente, um claro retrocesso e precarização das verbas na saúde e outras políticas sociais, evidenciando-se, ainda, uma tentativa de boicote a implantação do SUS devido à emenda constitucional que apresentava como proposta a comercialização de sangue e hemoderivados. Entretanto, como avanço, Bravo destaca a aprovação da Lei Orgânica da Saúde e a realização da IX Conferência Nacional de Saúde que tinha como tema: “A Municipalização é o Caminho”.

O segundo momento situa-se no governo de Itamar Franco no qual, sob a gestão do Ministro da Saúde Jamil Haddad, em que houve uma trava no sucateamento do campo da saúde ao mesmo tempo que se evidenciava o fortalecimento do SUS, porém, com a nomeação de Henrique Santillo como Ministro da Saúde, as propostas permanecem estagnadas e não foram apresentadas novas propostas, bem como não houve contrárias. Por fim, o terceiro e quarto momentos localizam-se no governo de FHC, no qual, a autora destaca o acontecimento da X Conferência Nacional de Saúde que discutiu o seguinte tema: “Construindo um modelo de atenção à saúde para qualidade de vida”, que apesar da participação considerável da sociedade civil, houve um esvaziamento descomunal dos representantes do governo deixando clara a tentativa de freio implementação do SUS.

---

<sup>2</sup> Será substituído pelo termo Contrarreforma utilizado por Behring e Boschetti (2011).

Nesse sentido, a contrarreforma inaugurada, em 1995, pelo ex-ministro da administração federal e reforma do Estado Bresser Pereira durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, vem na contramão dos avanços conquistados na Constituição de 1988 em uma tentativa clara de consolidar a política neoliberal no Brasil. Dessa maneira, a contrarreforma é viabilizada através do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado no qual foram estabelecidas diretrizes e estratégias que pretendem “garantir uma maior eficiência a máquina Estatal” no qual se caracteriza por um traço altamente burocrático.

Portanto, reformar o Estado seria a principal saída para superar a crise que teria sido agravada pelo próprio, devido à ampliação de sua intervenção no setor produtivo, logo:

Em razão do modelo de desenvolvimento que Governos anteriores adotaram, o Estado desviou-se de suas funções básicas para ampliar sua presença no setor produtivo, o que acarretou, além da gradual deterioração dos serviços públicos, a que recorre, em particular, a parcela menos favorecida da população, o agravamento da crise fiscal e, por consequência, da inflação. (Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado). Plano diretor da reforma do aparelho do Estado. (Plano Diretor, 1995).

Isto posto, a estratégia de cunho neoliberal baseia-se em uma tentativa de estabelecer um consenso diante da sociedade civil de que a reforma seria o melhor caminho para o país progredir tanto no âmbito econômico quanto no social, no qual seriam amenizadas as disparidades sociais. Entretanto, os fatos presentes na realidade refutam esses fundamentos, visto que um grande contingente de trabalhadores padece com a diminuição dos postos formais de trabalho, utilizando o aumento da tecnologia no processo produtivo, como um dos argumentos para a dispensa de trabalhadores. Concomitantemente, ascende o número de trabalhadores ingressos no mercado de trabalho informal, que tem crescido progressivamente. Ademais, o grupo de trabalhadores que, ainda sim, estão inseridos no mercado de trabalho também sofrem com a precarização, terceirização nos espaços ocupacionais levando a flexibilização de diversos direitos sociais.

Desse modo, concorda-se com Oliveira (2001), quando afirma que:

Parece que os trabalhadores não são cidadãos, que as reformas não os afetam que não são atores, nem ativos nem passivos, da reforma do Estado. Na verdade, essa ostensiva ausência está dizendo que os trabalhadores são os inimigos da reforma gerencial do Estado, porque são corporativos, porque quando funcionários públicos são burocratas e que todos emperram a máquina que deve ser azeitada para a nova competição global. (Oliveira, 2001, p. 142/143).

Assim sendo, Bresser Pereira usa o argumento de que a burocracia presente no setor público torna a máquina estatal engessada levando a ausência de produtividade e eficácia. Por isso, as instituições públicas apresentam dificuldades em responder as novas demandas do mundo globalizado. Ademais, a inexistência de estímulo do mercado faz com que os funcionários públicos não exerçam sua capacidade criativa e não haja competições, que é um importante fator para o aumento da produtividade. Nesse sentido, ainda segundo Oliveira (2001):

Adotar as formas de competição, aconselhadas pela experiência do setor privado na economia, para ser apenas copiar as virtudes e evitar seus vícios que na verdade não os tem, posto que Bresser Pereira absolve a burguesia de qualquer pecado: não existe corrupção no setor privado; ela, corruptora e corrompida, é sempre atributo do estatal. (Oliveira, 2001, p.146).

Portanto, a contrarreforma está encaminhada no sentido de conceber mudanças, no âmbito da dimensão institucional-legal, em três principais direções: A focalização do Estado no atendimento das demandas sociais básicas, uma maior facilidade no redirecionamento da maneira tradicional de atuar do Estado, evoluindo de um papel executor para um papel de promotor do desenvolvimento social e econômico e, por último, deverão ser criadas condições para a implementação do modelo de administração gerencial no setor de serviços do Estado. (Plano Diretor, 1995).

Sendo assim, a contrarreforma do Estado segue na contramão do papel assumido pelo Estado diante da atual Constituição Federal Brasileira, pois caminha no sentido da privatização de instituições estatais direitos sociais que desresponsabilizam o Estado diante

das necessidades sociais, transferindo seu papel para outros setores da sociedade civil, geralmente instituições de natureza privada sem fins lucrativos. Com isso, além de uma ampla redução dos direitos sociais, alteram-se também o caráter das políticas sociais, pois, nesse contexto, elas deixam de pautar-se em uma perspectiva de universalidade em favor de um cunho focalizado e minimalista, em que nada altera a condição de pobreza, que continua sendo reproduzida.

Assim, as políticas sociais, como saúde, assistência social, educação entre outras, que devido às lutas e mobilizações da classe trabalhadora, se tornaram direitos garantidos constitucionalmente deixam de receber investimentos em favor da privatização. Nesse seguimento, a condução das políticas sociais deixa de ter primazia, no que se refere a sua execução, para o Estado (primeiro setor), que transfere sua responsabilidade ao chamado terceiro setor que, segundo Iamamoto (2009), pode ser considerado como um “setor não governamental”, “não lucrativo” e voltado ao desenvolvimento social, que daria origem a uma “esfera pública não estatal”, constituída por “organizações da sociedade civil de interesse público”. (Iamamoto, 2009, p. 29)

Em relação ao campo da saúde, a proposta de contrarreforma do Estado materializa-se, principalmente, por meio das Organizações Sociais de Saúde (OSS). Essas instituições de natureza privada e sem fins lucrativos, são vistas, em muitos casos, pelos gestores de saúde como uma possibilidade na tentativa de amenizar os problemas existentes no funcionamento do SUS. No entanto, essa alternativa em favor do setor privado, vincula-se as orientações neoliberais enunciam que uma gestão privada tornaria o SUS mais ágil e eficaz.

No entanto, há muitos problemas inerentes as OSS que colocam, gradativamente, o SUS no caminho de uma gestão privada. Primeiramente, esse novo modelo de gestão é oposto ao modo como foi pensado o funcionamento do SUS, dotado de princípios e diretrizes que se

articulam e contribuem para uma saúde democrática e universal, porém estes não são respeitados pelo modelo privado de gestão. Isto posto, segundo Bravo (2006), cabe destacar:

O desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; o afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa, havendo prioridade para a assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. A proposta de Reforma do Estado para o setor saúde, ou contrarreforma, era de dividir o SUS em dois – hospitalar e o básico. (BRAVO, 2006, p. 101)

Além da contradição posta entre a gestão privada e o modo como foi pensado o SUS, os impactos para os trabalhadores da saúde também são negativos. Pois, o modo de contratação não se dá via concursos públicos, e sim por contratos precarizados, no qual os direitos trabalhistas não são respeitados, isso gera uma alta rotatividade dos trabalhadores da área. Além do mais, não há igualdade no modo de gestão, ou seja, cada OSS é gerida de uma determinada forma, gerando disparidades inclusive salariais. Bravo (2011) apud Franco (1998) demonstra apresenta seis razões contrárias a essas proposições das Organizações Sociais que são contrárias ao SUS constitucional:

1) Quebra do "sistema", na forma concebida originalmente pelo SUS; 2) Extinção do quadro de servidores públicos da Saúde, nos estabelecimentos gerenciados pelas OS; 3) Gestão dos recursos humanos centralizadora e normativa; 4) A saúde deixa de ser um direito público e passa a ser assumida pelo mercado; 5) Não há possibilidade de um novo modelo de assistência; 6) As OS não valorizam o controle social. (BRAVO, 2011, p. 186).

Assim constata-se que as organizações sociais ferem, bruscamente, alguns princípios constitucionais do SUS, como por exemplo, em relação ao da participação popular, não há respeito ao controle social que exclui a sociedade civil da escolha das empresas gestoras e do conhecimento dos recursos alocados. No que se refere ao princípio da Descentralização, verifica-se que a definição de serviços e distribuição de vagas é feita sem controle social e participação dos municípios. Portanto, para Franco (1998),

A criação da figura das Organizações Sociais - OS - joga em dois sentidos. De um lado, tenta dar aparência de uma proposta com uma faceta "popular", quando admite que qualquer Organização não Governamental - ONG - ou Associação de Usuários, pode se habilitar a assumir um estabelecimento de saúde, desde que seus estatutos estejam adequados aos critérios impostos pela Medida Provisória que cria as OS, inclusive constem que estas entidades "não têm fins lucrativos", mas por outro lado, a proposta é clara ao definir que estas entidades são de "direito privado". A natureza privada das OS define seu caráter e abre a possibilidade de maior participação, portanto, do setor privado na gestão da saúde. (FRANCO, 1998, p. 1/2)

Nesse sentido, tendo em vista essas características de tentativa de desmonte no qual o SUS veio saúde veio sofrendo desde os anos 1990, no ano de 2003 inicia-se o mandato do ex-presidente Luis Inácio Lula da Silva, que, pelo fato de Lula representar o maior partido de esquerda no Brasil e ter uma história de lutas em movimentos sociais da classe operária, figurava para o movimento sanitário uma possibilidade clara de avanço no funcionamento do SUS.

Contudo, os rumos tomados pela política, ressaltando o âmbito das políticas sociais e econômicas, durante o mandato de Lula, não diferiram do governo antecessor. Em relação às políticas sociais, destaca-se a dimensão que tomaram os programas de transferência de renda, como por exemplo, no caso brasileiro, o programa o Bolsa Família que se tornou um dos maiores nomes do governo Lula. De fato, não se deve negar que este programa produz impactos capazes de influenciar diretamente no cotidiano de populações que se encontram em situação de extrema pobreza, além disso, contribui para que, principalmente nas partes mais pauperizadas do Brasil, minimize os indicadores de trabalho infantil e concomitantemente aumente o acesso dessas crianças à educação.

Assim, a política focalizada, minimalista e que determina uma série de condicionalidades, na maioria das vezes, não promove a emancipação de seus beneficiários que recebe o ínfimo para continuar vivendo e, assim, continuam reproduzindo sua situação de subalternidade diante da lógica capitalista. Nesse sentido, o que se coloca em evidência também, nesse contexto, é o destaque que a assistência social tem ganhado, mas não notoriamente como um direito concebido na Constituição de 1988, no qual deve haver a

integração com outras políticas que junto a ela compõe o tripé da Seguridade Social, mas como um meio de legitimação do Estado neoliberal diante da sociedade civil, no qual necessita de muito menos investimento financeiro.

Como já mencionado anteriormente, o caráter focalizado das políticas sociais é advindo das recomendações do Banco Mundial e FMI, no âmbito das reformas neoliberais, com o intuito de reduzir os gastos na área social e, se possível transformá-la em fonte de lucro. Assim, o Estado fica encarregado de prover os mínimos sociais através da ampliação dos programas de “combate a extrema pobreza”.

Dessa maneira, nas palavras de Druck e Filgueiras (2007), a política social nesse contexto, destaca-se como:

Uma política social de natureza mercantil, que concebe a redução da pobreza como um ‘bom negócio’ e que transforma o cidadão portador de direitos e deveres sociais em consumidor tutelado, através da transferência direta de renda, e cuja elegibilidade, como participante desses programas, subordina-se a critérios ‘técnicos’ definidos ad hoc a depender do governo de plantão e do tamanho do ajuste fiscal. (...) Uma política social que, pela sua própria origem e natureza, busca se implementar e se tornar hegemônica a partir da negação dos direitos e das políticas sociais universais, através de um discurso que ataca diretamente a seguridade e a assistência social públicas – aposentadorias, pensões, seguro desemprego, etc. – bem como a universidade pública e as políticas de subsídios ao consumo de bens básicos, como no caso da energia elétrica. (DRUCK e FILGUEIRAS, 2007, p. 26).

Finalmente, no âmbito da saúde, constata-se que os interesses neoliberais prevaleceram, fazendo com que se reduzam os gastos com as políticas sociais no qual está inclusa a saúde. Esses fatos foram incorporados na lógica governamental dificultando, assim, que as possibilidades democráticas na saúde de realizem totalmente. Portanto, durante os dois mandatos de Lula pode-se analisar que houve uma preocupação com a melhoria dos indicadores na saúde, no qual foram criados diversos programas no âmbito da atenção primária, como por exemplo, o Brasil Sorridente (pretendo fortalecer a importância prevenção na saúde bucal), junto à criação das Farmácias Populares e a ampliação do Programa de Saúde da Família, entre outros.



No entanto, o investimento nesses programas reforça a perspectiva de focalização que impede que se efetive o princípio da universalização. Isto posto, em análise sobre a política de saúde no governo Lula, Bravo (2006), salienta que as grandes questões do SUS não estão sendo enfrentadas, como a própria universalização, o financiamento efetivo, a política de recursos humanos e a política nacional de medicamentos. (BRAVO, 2006, p. 103).

Nesse sentido, cabe ressaltar também, a implementação de algumas propostas que são entendidas como avanços, de modo que visam transformações no sentido de melhoria do setor saúde. Sendo assim, destaca-se a criação do Pacto Pela Saúde, no ano de 2006, que tem o objetivo de promover reformas na gestão, tencionando alternativas inovadoras para que se tenham respostas mais eficientes as demandas postas ao Sistema Único de Saúde. Assim, o Pacto pela Saúde é subdividido em setores, são eles: Pacto Pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão, dessa maneira, são definidas prioridades que são vistas como metas a serem alcançadas em cada esfera de governo (União, Estados e Municípios).

Contudo, constata-se que não houve impedimentos para que a gestão das Organizações Sociais de Saúde se ampliasse, fazendo com que a criação dos programas de saúde citados anteriormente, ofertasse uma maior demanda de profissionais da área que são contratados para trabalhar em condições precárias, sem a estabilidade e, ao mesmo tempo, lhe são exigidos o alcance de uma série de metas afim de que o ambiente de trabalho seja marcado pela competitividade.

Os rebatimentos dessa sobreposição do projeto privatista ao projeto de reforma sanitária (BRAVO, 2006), se materializam na saúde através de uma precariedade de recursos somada a uma relativa omissão do Estado frente as suas responsabilidades assumidas anteriormente. Além do mais, a crescente tentativa de privatização adiciona-se a uma ideia de culpabilização do setor público.

Assim é importante destacar que deve primeiro sucatear para depois privatizar. Dessa maneira, as condições de extremo sucateamento do setor saúde, como por exemplo, ausência de profissionais, longas esperas e todos os outros problemas corriqueiros da saúde pública acabam servindo como “falsas maneiras”, para os adeptos ao neoliberalismo, comprobatórias da ineficácia do público que é colocado em xeque diante da sociedade civil.

Desse modo, provavelmente todas as dificuldades para que o SUS se materialize como proposto na Constituição Federal de 1988, não são, na verdade, provenientes unicamente do próprio SUS, mas sim pelo fato de o Estado nunca ter incorporado o verdadeiro sentido da Seguridade Social como um conjunto de políticas sociais articuladas e, muito menos, o projeto de Reforma Sanitária por inteiro. Ou seja, a conquista de um sistema de saúde único e universal foi uma vitória adquirida em um contexto de redemocratização e fortalecimento dos movimentos sociais no qual, apesar da crise, as expectativas progressistas para o país eram amplas até se chocarem com os retrocessos de uma reforma que pretender travar todas essas conquistas.

Portanto, parece-me equivocado assumir a ineficácia de um sistema que ainda nem foi posto em prática completamente. Logo, fica o seguinte questionamento: Nesses vinte e cinco anos após a criação do SUS ainda há possibilidades da materialização plena do projeto de Reforma Sanitária na conjuntura neoliberal? Primeiramente, visualizar as possibilidades de efetivação de direitos, em âmbito universal, através de um Estado “mínimo” que não garante os mesmos pode-se parecer aparentemente impossível.

Assim sendo, a tentativa de sobrepor o projeto de cunho privatista ao projeto sanitário se dimensiona ainda mais quando os problemas relativos ao funcionamento e operacionalização do SUS são avantajados – seja por cidadãos que necessitam de emergência e não foram atendidos, ou pelas longas filas de espera para serviços de alta complexidade – esses fatos provenientes do precário financiamento para a saúde pública, contribuem para a

formação de um consenso que desacredita nos serviços de natureza pública. E, não por coincidência, é justamente essa ideia que é reforçada, pelos neoliberais.

Entretanto, os obstáculos que impossibilitam a sua concretização são provenientes de uma série de questões presentes no modelo sociopolítico em que estamos inseridos atualmente. A vista disso são apresentados, por Gastão Wagner (2013), alguns desafios que, se superados, possivelmente se transformariam em mecanismos capazes de promover mudanças na questão da saúde pública, são eles:

- 1)O primeiro desafio é o subfinanciamento. O Brasil gasta 3,5% do PIB, enquanto outros países gastam 10%. Isso tem repercussões negativas no acesso e está na base das filas. O modelo da saúde suplementar não tem viabilidade econômica.
- 2)Segundo desafio: ampliar o acesso à atenção básica. Sistemas nacionais, públicos, são muito dependentes da atenção básica. O Brasil, depois de 22 anos de SUS, tem 50% de abrangência da atenção básica para a população. O ideal seria pelo menos 80%. O acesso é garantido na emergência (falta de vínculo), onde a qualidade deixa muito a desejar. A maior parte dos brasileiros não tem médico de referência; 75% da população não têm plano de saúde e o ideal seriam 80%.
- 3)O terceiro desafio são as redes. O Brasil não conseguiu a governabilidade de criar regiões de saúde, com todos os serviços que garantam a integralidade. O sistema é muito fragmentado. As consequências disso são nefastas. O Brasil continua um dos campeões de Hanseníase, por exemplo; a situação da saúde indígena é deplorável.
- 4)Quarto desafio: uma reforma de gestão. Não foi criado um modelo adequado à saúde. Diante das dificuldades de gestão, como a lei de responsabilidade fiscal e a burocracia da administração direta, há uma improvisação, que por um lado resolve problemas e por outro cria novos. Improvisa-se (com terceirizações e privatizações) em vez de se discutir uma nova estrutura organizacional para o SUS. Defendo uma reforma administrativa da gestão do SUS baseada no serviço público, com estrutura pública, em um modelo semelhante ao das universidades federais e estaduais, cuja gestão vai além dos mandatos de presidentes, governadores e prefeitos.
- 5)O quinto desafio está em desenvolver uma política de pessoal específica para o SUS, para várias áreas de atuação diferentes, como atenção básica, saúde mental. Os funcionários do SUS e a gestão devem ser municipais. Essa lógica privatista que está em vigor é problema gravíssimo. (WAGNER, 2013, p. 11)

Diante disso, tais desafios salientados acima demandam mudanças para que o SUS comece a caminhar no sentido pensado pelos sanitaristas. Contudo, todos os âmbitos nessa sociedade atual, se já não são, caminham para um sentido lucrativo, por isso é tão difícil pensar que princípios como os do SUS, como por exemplo, o da universalidade que garante o acesso por lei a todos os cidadãos sem nenhum tipo de discriminação, mas possui entraves políticos e econômicos para sua efetivação.

Nesse gancho, é conveniente ressaltar a importância do controle social na saúde que se viabiliza através do princípio de Participação Popular, alcançado no período de redemocratização com o advento da Constituição de 1988, pois apesar de todos os impasses que tentam barrar que a trajetória democrática e universal da saúde no Brasil, é de extrema importância que nós, enquanto população usuária e portadores de direitos, no qual pagamos pelos mesmos através impostos – desenvolvamos a capacidade de mobilização e participação, ocupando, principalmente os espaços que são oferecidos como mecanismos de controle social.

Os conselhos de saúde são os principais espaços de participação popular e controle da política de saúde, são compostos por usuários, gestores, prestadores de serviços públicos e privados e trabalhadores de saúde, de caráter permanentemente, deliberativo e paritário. (Bravo, 2013, p. 302). A conquista desse direito instituído pela lei 8.142/90 se deu através da luta do movimento da reforma sanitária por uma saúde democrática. Entretanto, a participação dos usuários ainda é débil, provavelmente um dos aspectos para esse fato seja a falta de informação sobre esse direito. Para o Conass (2009),

A participação social permite que a sociedade exerça o controle sobre as condições que determinam o exercício dos direitos. A expressão “controle social” designa o conjunto de ações de vigilância sobre o exercício dos direitos de cidadania, referindo-se às diferentes esferas que podem interferir sobre os mesmos: estado, organizações da sociedade civil, instituições da esfera privada; relações interpessoais. Não obstante, no Brasil tem sido mais utilizada em sentido mais estrito, referindo-se fundamentalmente a participação no processo decisório sobre políticas públicas e ao controle sobre a ação do Estado. (CONASS, 2009, p.10).

Contudo, é importante ressaltar também sobre algumas questões inerentes a função, diante da conjuntura neoliberal, desses espaços de controle social. É preciso a reflexão sobre qual é o verdadeiro sentido desses espaços, dependendo de contextos políticos podem funcionar tanto um mecanismo de participação popular ou como um mero aparelho de legitimação do Estado. Nesse sentido, Correia (2006) sinaliza que os conselhos de saúde, no geral, são ambientes caracterizados por ideias e opiniões antagônicas, uma vez que seus participantes representam diferentes setores da sociedade civil. Segundo a autora:

Apesar de terem sido conquistados sobre pressão, podem se constituir em mecanismos de legitimação do poder dominante e cooptação dos movimentos sociais. Por outro lado, podem ser espaços de participação e controle social dos segmentos populares na perspectiva de ampliação da democracia e de construção de uma nova hegemonia. (CORREIA, 2006, p.125).

Por fim, é de extrema importância à reflexão sobre quais estratégias devem ser tomadas para que as conquistas do projeto sanitário não percam sua força gradativamente. Estratégias para que enxergue possibilidades de efetivação de uma saúde universal e democrática diante de uma política vigente que vai de encontro aos princípios e diretrizes do SUS. Desse modo, Cohn quando afirma que:

Faz-se necessário retomar a perspectiva crítica da análise sobre os inquestionáveis avanços da Reforma Sanitária, porque são exatamente eles que nos impõem a tarefa de se formular um novo projeto para a saúde que saia das amarras da implementação do SUS – “daquele” SUS então proposto nos anos 80, ainda abstrato e idealizado – e reconquiste a dimensão emancipatória no novo contexto – do setor da saúde, do sistema de saúde atual, e do país – numa conjuntura de profundas mudanças no perfil de atuação do Estado na área social, marcado por políticas e programas sociais com enorme capilaridade social e que tendem por isso a borrar as fronteiras entre as dimensões pública e privada da vida social e dos setores público estatal e privado de produção de serviços. (COHN, 2009, p. 1618).

### **CAPÍTULO III: A Prática Profissional dos Assistentes Sociais da Faculdade de Odontologia da UFRJ.**

A entrada do projeto neoliberal no Brasil, no início dos anos 1990, trouxe para o campo das políticas sociais uma lógica de mercado que se mostra contraposta as conquistas democráticas aprovadas na constituição de 1988. A partir daí, tem-se a redefinição da relação entre Estado e sociedade civil, na qual os gastos sociais passaram a ser amplamente reduzidos, privatizados e focalizados. Em relação às políticas sociais nesse contexto neoliberal, Guerra (2010) salienta que estas tomaram rumos em sentido contrário à universalização, ou seja, passam a ser “focalistas, pontuais e paliativas, sem orçamentos suficientes e sempre voltados para atender os setores mais vulneráveis da população”.

Com efeito, todo esse arsenal de mudanças regressivas inerentes à hegemonia da política neoliberal ocasionou em novas características em relação ao trabalho dos assistentes sociais, no que diz respeito tanto a sua prática profissional quanto às condições de trabalho no qual são submetidos. Conforme Guerra (2010) devido ao desemprego e a precarização do mundo do trabalho vinculados a ofensiva neoliberal, algumas tendências são postas nas relações de trabalho dos assistentes sociais:

Baixos salários, contratos temporários, parciais, por projetos, por atividades; pluriemprego; desespecialização do trabalho. Essas tendências reforçam a inserção subalterna da profissão na divisão social e técnica do trabalho (...) e reforça seu modo de fazer emergencial, pontual, fragmentário e imediatista limitando o exercício profissional em ações meramente instrumentais. (GUERRA, 2010, p. 12/13).

Assim, o profissional se submete a tais condições precárias, pois o mesmo faz parte da massa de trabalhadores assalariados que necessitam vender sua força de trabalho como meio de sobrevivência. Tais aspectos incidem diretamente na intervenção do assistente social, visto que, a realidade posta para o profissional na grande maioria dos espaços socio-

ocupacionais em que atuam, demandam práticas que vão de encontro aos princípios de seu projeto ético-político.

Nesse sentido, o panorama atual de desfinanciamento das políticas públicas que substituem o acesso universal a direitos pela restrição dos mesmos, selecionando dentre os necessitados, os mais necessitados e focalizando em um grupo específico, os assistentes sociais são requisitados para executarem diversas funções, dentre elas, selecionar, eleger, através de critérios restritos e muitas vezes impostos pelas instituições, no qual será definido se o usuário terá ou não o acesso ao direito.

Além disso, os espaços sócio-ocupacionais no qual estão inseridos os assistentes sociais demandam um profissional que seja mais um instrumento de operacionalização/execução de determinada política (assistência, saúde, previdência e etc.) A partir disso, são postas novas demandas e requisições ao profissional que tende a ocupar diversas funções em que, muitas vezes, não identificadas pelos profissionais como as de um assistente social.

Isto posto, de acordo com o CFESS (2010), as novas requisições postas para o profissional, como por exemplo, gestão, pesquisa, assessoria etc., no qual são competências profissionais regulamentadas pela lei 8.662/93, pode levar a uma errônea ideia de que tais práticas não são identificadas como funções do assistente social, visto que tem-se uma concepção de que a intervenção profissional caracterizada como a de um assistente social, se dá somente em contato direto com os usuários.

Dessa maneira, é conveniente ressaltar a discussão sobre as três dimensões inerentes à prática profissional, são elas: a teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política. A dimensão técnico-operativa é aquela que aparece no fazer profissional, no qual, conforme Guerra (2012) é a partir dela que o assistente social legitima e constrói uma determinada cultura, um *ethos* profissional. Assim, o conhecimento técnico-operativo se materializa no

cotidiano que deve ser entendido como um espaço repleto de armadilhas, que muito tem a ver com a o modelo político-ideológico vigente, no qual as respostas dadas devem ser imediatas, fragmentadas, sobrecargas de demandas, cumprimento de metas e etc. Como salienta Guerra (2012):

Ocorre que o nível do cotidiano é o nível do senso comum. Para a consciência comum, que atua nas demandas do cotidiano, a atividade prática contrapõe-se a teoria (...). Essa passa a ser considerada desnecessária, ou um entrave à prática, compreendida como sinônimo de atividade, resultando na prática irrefletida. (GUERRA, 2012, p.47).

Tais características postas no cotidiano, na maioria das vezes, coloca necessidades para que o profissional reflita sobre as demandas, entendendo as situações particulares/individuais em um contexto de totalidade e, portanto, faça um movimento na tentativa de desvelar a aparência dos fatos postos no cotidiano.

Apesar das dimensões teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política possuírem autonomia entre si, elas estão necessariamente vinculadas, ou seja, para o assistente social reportar sua dimensão técnico-operativa, através de instrumentos utilizados na intervenção profissional cotidiana, ele necessariamente deve usar seus conhecimentos teórico-metodológicos adquiridos durante sua formação e ético-políticos, tendo em vista que as ações profissionais são, necessariamente, dotadas de uma série de valores. Portanto, o assistente social que insiste a dispensar a teoria crítica acaba reproduzindo uma prática funcional aos interesses burgueses. O assistente social servirá apenas como um instrumento da burguesia que contribui reprodução da pobreza e legitimação da ordem.

A partir de agora, é importante ressaltar esses impactos e peculiaridades postas no cotidiano profissional na política de saúde, especialmente nos profissionais que atuam na Faculdade de Odontologia da UFRJ, no qual está inserido os assistentes sociais. Assim:

A nova configuração da política de saúde vai impactar o trabalho do assistente social em diversas dimensões: nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais. Amplia-se o trabalho precarizado e os



profissionais são chamados a amenizar a situação da pobreza absoluta a que a classe trabalhadora é submetida. (CFESS, 2010, p. 23).

### **3.1. A História do Serviço Social na Faculdade de Odontologia da UFRJ.**

Nos ítems e subítens que se seguem, será resgatado a história do Serviço Social na instituição, bem como será apresentado algumas reflexões sobre a intervenção profissional, seus instrumentos técnico-operativos e a problematização de alguns fatores peculiares ao espaço sócio-ocupacional das assistentes sociais da Faculdade de Odontologia da UFRJ.

Portanto, em relação a história do Serviço Social com a saúde, segundo Bravo e Matos (2004), a ampliação da ação profissional na saúde acontece na década de 1945, juntamente a expansão do Serviço Social no Brasil, no qual relaciona-se com o aprofundamento do capitalismo no país, transformando-se no setor que mais vem absorvendo os assistentes sociais.

As transformações que ocorreram na categoria profissional como o movimento de renovação da profissão da profissão, a partir da década de 1960 que questionava o modo conservador das ações profissionais, bem como o movimento da reforma sanitária, influenciaram diretamente na prática dos assistentes sociais no campo da saúde. No entanto, segundo ao ultimo, Bravo e Matos afirmam que:

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; continua enquanto categoria desarticulado 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). (BRAVO E MATOS, 2004, p. 09).

### 3.1.1. A Intervenção na COPIPED

A Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (FOUFRJ) tem sua origem em 1884 como curso anexo à Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Esta, inicialmente, passa a funcionar como um Laboratório de Cirurgia e Prótese Dentária dentro da Faculdade de Medicina. Segundo Arouca (2008), a intensa demanda e seu bom funcionamento foram os argumentos que sustentaram a elevação da instrução praticada no Laboratório de Cirurgia e Prótese Dentária à condição de curso de Odontologia.

A transformação do curso anexo de odontologia em Faculdade se deu em 1925, no entanto, não houve sua desvinculação a Faculdade de Medicina da UFRJ. Sua autonomia só foi adquirida durante a Era Vargas, em 1937, quando foi criada a Universidade do Brasil, passando a ser denominada como Faculdade Nacional de Odontologia. (AROUCA, 2008, p. 32).

Atualmente, a Faculdade de Odontologia localiza-se no campus da Ilha do Fundão e seu funcionamento se dá em um prédio anexo ao Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF). A FOUFRJ é composta por diversos setores, como o de prótese, a clínica integrada, odontopediatria, raio-X, endodontia, cirurgia, ortodontia, odontogeriatrics e etc. Os serviços de saúde são abertos a comunidade, no entanto, não há convênio com o Sistema Único de Saúde.

Segundo os registros institucionais a existência do Serviço Social se inicia em 1989<sup>3</sup> vinculado a Coordenação de Programas Integrados de Pesquisa e Desenvolvimento da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (COPIPED/FOUFRJ), a

---

<sup>3</sup> Há controvérsias sobre quando teve início o Serviço Social na instituição. A Profa. Sheila Backx que participou da banca desta monografia, trabalhava à época na Decania do CCS, afirma que o ano foi o de 1979. No entanto, de acordo com os registros institucionais que lá foram localizados, optou-se pela reflexão sobre a gênese do Serviço Social somente em 1989.

COPIPED funcionava em um prédio anexo à Faculdade de Odontologia, e era definida como “um órgão de formação, capacitação e desenvolvimento de pesquisa que se preocupa em colaborar com a sociedade, através do avanço da ciência e tecnologia do país.” Um dos seus intuítos era desenvolver diversos projetos de pesquisa na área de odontologia, no qual visava “O aprimoramento das técnicas aprendidas, e o incentivo a descoberta de novas técnicas que viabilizem um baixo custo à população carente, e que de igual forma contribua para o avançamento da ciência”.<sup>4</sup>

O Serviço Social atuava junto a Psicologia e Fonoaudiologia, neste trabalho, que se baseava em uma perspectiva multidisciplinar, era realizada a triagem dos usuários/ pacientes. Então, pode-se dizer que as assistentes sociais eram uma das profissionais que atuavam na porta de entrada, pois todos os usuários que chegavam até a instituição passavam inicialmente pelo setor. Em relação à proposta de trabalho do assistente social, este era responsável por:

Refletir e avaliar suas inúmeras facetas em conjunto com outros profissionais, verificando a influencia de cada um deles, no equilíbrio dinâmico dos indivíduos com todos os seus problemas, suas ansiedades, seus males, seus tumores bem como suas deficiências de adaptação ao meio e a relação entre paciente e o profissional para melhor facilitar o tratamento.

A partir deste trecho retirado do projeto da COPIPED, faz-se possível uma reflexão sobre como o Serviço Social era demandando sob uma perspectiva de prática profissional ligada as bases conservadoras<sup>5</sup> que orientaram a profissão desde sua gênese. Nesta intervenção que surge como demanda para as assistentes sociais, nota-se uma aproximação com a teoria positivista, no qual segundo Barroco (2003, p. 77), “explica e justifica ideologicamente a ordem social burguesa e uma de suas peculiaridades reside em seu tratamento moral dos conflitos e contradições sociais.”

---

<sup>4</sup> Referência tirada a partir de material bibliográfico existente no setor do Serviço Social.

<sup>5</sup> A presença do conservadorismo moral, no contexto de origem do Serviço Social, é evidenciada: na formação profissional, no projeto social da Igreja Católica e na cultura brasileira, através das ideias positivistas. (BARROCO, 2003, p.58).

Dessa maneira, era dado como função ao assistente social agir no indivíduo, visando amenizar os seus problemas para que se tenha o equilíbrio e o bem comum. Portanto, o problema estava diretamente no indivíduo, era responsabilizado e culpabilizado, e não na sociedade. Por isso, estes devem ajustados para que se tenha o equilíbrio social.

Nesse sentido, o trabalho do assistente social na instituição tinha os seguintes objetivos:

Participação no planejamento de programas e formação da política funcional da instituição de pesquisa; Participação no planejamento de programas sociais sanitários que orientem à comunidade quanto a hábitos higiênicos e alimentação adequada, motivando-os para a realização de medidas preventivas; Participação na elaboração de pesquisas relacionadas com a prevenção odontológica, buscando prestar informações sobre a situação social e econômica da comunidade e suas interferências no tratamento odontológico; Estudo de determinados grupos de patologias, como no caso específico de nossa instituição: portadores de Síndrome da Deficiência imunológica adquirida (SIDA/AIDS) e pacientes especiais, contribuindo assim para a interpretação de fatores sociais, dificuldades ambientais e de personalidade para melhor atuação de equipe de tratamento; Execução de levantamento socioeconômico visando situar o paciente dentro de suas responsabilidades socioeconômicas, a fim de poder receber os serviços a ele pertinentes, além de contribuir com dados para pesquisa; Encaminhar e orientar com o objetivo de estabelecer um programa para atendimento específico da clientela, bem como orientar a procura de outros recursos da comunidade; Assessorar as equipes que promovem pesquisas e estudo em saúde oral, visando a manutenção do enfoque do ser humano.

Em decorrência de alguns problemas, a COPIPED chega ao fim e o prédio onde funcionava acabou sendo demolido. Desse modo, a partir de uma análise exploratória, foram identificadas algumas das situações que levaram ao término do projeto, a primeira foi em decorrência da insegurança dentro do prédio onde funcionava, visto que houve a incidência de alguns roubos de materiais/equipamentos de trabalho, e o segundo motivo se deu devido às dificuldades inerentes ao repasse de verbas do Ministério da Saúde. Fato este que, não deve ser descolado das dificuldades de que o SUS vem sofrendo, desde sua implantação, devido aos interesses contrários, e que se tornaram hegemônicos desde os anos 1990, a uma proposta universal e democrática de saúde.

Dessa maneira, com a derrocada da COPIPED, os funcionários foram realocados e os atendimentos transferidos para o prédio atual da Faculdade de Odontologia. Nesse novo

contexto, a dinâmica de trabalho dos assistentes sociais teve que ser redefinida para de adaptar as novas características institucionais da Faculdade de Odontologia que eram distintas da COPIPED, inclusive no que se refere a sua gestão, pois não havia convênio com o Sistema Único de Saúde.

Isto posto, com a migração de todo corpo de funcionários para a Faculdade de Odontologia, o Serviço Social passou a funcionar de duas maneiras: Havia duas assistentes sociais dentro da instituição, uma responsável somente pela odontopediatria e uma responsável pelo Serviço Social de toda Faculdade, que, devido a algumas dificuldades de funcionamento e outros fatores pessoais da profissional foi extinto e, reativado, por uma nova equipe, somente no ano de 2008.

### **3.1.2 A implantação do Serviço Social na Faculdade de Odontologia da UFRJ**

Antes de começar a falar sobre a implantação do Serviço Social na Faculdade de Odontologia, é importante salientar sobre a particularidade deste espaço sócio-ocupacional para o assistente social insere-se em uma contradição existente entre instituição pública versus serviços privados que impõe impasses a sua prática profissional. Uma das principais causas desses desafios postos na intervenção profissional, no que se refere, principalmente, a viabilização da garantia dos direitos sociais é a questão da privatização que se faz presente dentro da instituição, a partir da cobrança dos serviços de saúde bucal.

Com efeito, o crescimento de modelos de gestão privada dentro das universidades públicas no Brasil está diretamente atrelado às reformas neoliberais, que se inicia nos anos 1990, que são comandadas pelos grandes organismos multilaterais, dentre eles o Banco Mundial. Na análise de Lima (2011), a ampliação do espaço privado nas atividades diretamente ligadas à produção econômica e também no campo dos direitos sociais, no

decorrer da década de 1990, gerou um aprofundamento da mercantilização da educação, principalmente no ensino superior. Assim, a autora constata que essa ampliação foi realizada através de dois movimentos:

A expansão das instituições privadas, através da liberalização dos “serviços educacionais”; E a privatização interna das universidades públicas, através das fundações de direito privado, das cobranças de taxas e mensalidades pelos cursos pagos e do estabelecimento de parcerias entre as universidades públicas e as empresas, redirecionando as atividades de ensino, pesquisa e extensão. <sup>6</sup> (LIMA, 2011, p. 87).

Desse modo, pode-se analisar que, dentro da Faculdade de Odontologia, as repercussões principais do processo de privatização se apresentam também na cobrança dos cursos de pós-graduação *lato-sensu*. E, nos serviços prestados pela instituição, que possuem não só uma relação de aprendizado/acesso à saúde bucal entre discente/usuário, mas também, estes serviços, se constituem como um direito do usuário que, através do pagamento de impostos, contribuem diretamente para o financiamento das políticas públicas. Entretanto, a não condução da política de saúde pelo Estado, ou seja, o não convênio com o Ministério da Saúde faz que com esse direito fique encoberto por trás da “venda” dos serviços.

Assim, pode-se refletir que os impactos da ofensiva neoliberal chegam até a instituição, que tem a particularidade de ser uma unidade de ensino que presta serviços à comunidade, de duas maneiras: tanto pela privatização da política de educação, através da cobrança de cursos de especialização, quanto pela mercantilização dos serviços de saúde prestados. Estes fatores demandam muitos desafios ao trabalho do assistente social, no qual serão discutidos no decorrer deste capítulo.

A implantação do atual setor de Serviço Social, em 2008, na Faculdade de Odontologia da UFRJ está atrelada a algumas questões inerentes na relação profissionais/usuários nos atendimentos oferecidos pela instituição, pois a partir de uma análise exploratória, foi constatado que não havia diálogo e uma relação horizontal entre os

---

<sup>6</sup> Os dois elementos citados estão expressos em “*La enseñanza superior – las lecciones derivadas de la experiencia*”, publicado em 1994 pelo Banco Mundial.

profissionais/alunos e usuários. Portanto, o retorno do Serviço Social se deu através da iniciativa de uma assistente social na época funcionária do HUCFF, em que, a partir de suas observações sobre a relação da instituição/funcionários com os usuários, constatou que havia uma “barreira invisível” entre os profissionais e os usuários, onde não existia nenhum tipo de integração entre eles. Por isso, foi elaborado pela profissional, um novo projeto de intervenção do Serviço Social que propunha a reabertura do setor na instituição.

Tal projeto tinha o intuito de fortalecer a política de humanização dentro da instituição, contribuir na qualidade dos serviços prestados, da mesma maneira que, tendo em vista que não há convênio com o SUS, “introduzir os serviços prestados na Faculdade de Odontologia no cotidiano dos usuários que preconizavam a ideia do tratamento na instituição ser algo inacessível.” E, além disso, empoderar o usuário dentro de uma perspectiva de “torná-lo um ser crítico, questionador e com plena consciência de seus direitos” sendo visto em uma perspectiva de totalidade e não mais ser enxergado com um mero instrumento de trabalho para os profissionais.

Essas problematizações feitas pelo Serviço Social foram muito importantes para que os usuários tivessem um maior acesso ao tratamento de saúde bucal. O Serviço Social passou a ser um espaço de escuta, orientação e informação que não existia anteriormente. Além disso, as assistentes sociais fazem uma espécie de “ponte” entre o usuário-aluno-professor, no qual o primeiro, muitas vezes, se sente constrangido em falar diretamente, sobre algum problema, por exemplo, com os outros dois.

A partir de uma análise exploratória constatou-se que depois da implantação a demanda aumentou muito, provavelmente esse fato foi possível devido à ampliação do acesso aos serviços, no que se refere às condições socioeconômicas. Dessa maneira, foi necessária a organização de uma dinâmica de trabalho que contribuiu para o tratamento dos usuários e a organização do trabalho dentro da instituição. Isso porque, apesar de o Serviço Social não ser

a porta de entrada, todos os usuários que irão iniciar o tratamento na FOUFRJ, exceto os casos de emergência, devem passar pelo Serviço Social para a realização da entrevista socioeconômica. Este é o principal instrumento técnico-operativo das assistentes sociais e funciona dessa forma: Através desse instrumento é feito um estudo sobre a vida do usuário, para “compreender e conhecer a situação social de todos os usuários da Faculdade, bem como inseri-los dentro da realidade da mesma.”. (termos extraídos do projeto de intervenção do Serviço Social)

Um dos intuitos desta entrevista é “classificar” o usuário em uma determinada categoria que varia em A, B, C, D ou E. Assim, é importante ressaltar que em alguns casos os usuários, na maioria das vezes, estão na faixa de extrema pobreza do Programa Bolsa Família.<sup>7</sup> Assim, é concedida a isenção do tratamento dentário que possui a validade de seis meses, passado esse tempo, deverá ser realizada outra entrevista, pois, entende-se que a vida do usuário pode ter mudado e a partir daí o mesmo teria condições de contribuir nem que seja com o valor mínimo no tratamento, já que esses valores cobrados aos usuários custeiam os valores dos materiais.

Nesse sentido é coerente ressaltar não se deve desassociar esse tipo de intervenção seletiva da grande tendência de política focalizada inerente ao modelo político-ideológico vigente.

A tabela de classificação dos usuários e valores nos quais os mesmos devem pagar, pode ser vista abaixo:

Categoria A	Acima de cinco salários mínimos	R\$ 35,00
Categoria B	Quatro salários mínimos	R\$ 30,00

<sup>7</sup> Usuários que possuem renda inferior a categoria E (apresentada no quadro). É importante ressaltar que a autonomia que o Serviço Social tem para conceder isenção do tratamento não se faz presente em todas as clínicas da instituição.



Categoria C	Três salários mínimos	R\$ 25,00
Categoria D	Dois salários mínimos	R\$ 20,00
Categoria E	Um salário mínimo e bolsa família	R\$ 15,00

\*Tabela existente na sala do Serviço Social da FOUFRJ.

Sendo assim, pode-se dizer que o Serviço Social origina-se para atender as demandas de um público específico: os usuários que chegam até a clínica para realizar tratamento odontológico. Dessa maneira, são atendidos variados grupos de usuários que pode ser desde crianças (que no caso as entrevistas são realizadas pelos responsáveis) até idosos. Na maioria das vezes, as demandas que chegam para as profissionais são trazidas pelos usuários que necessitam de um tratamento dentário e a partir daí são geradas outras demandas e que, eventualmente, serão feitos os encaminhamentos necessários, por isso a importância de um conhecimento da rede para que haja possibilidades da realização de um trabalho.

Além desta rotina específica de trabalho dos assistentes sociais, já houve o envolvimento em alguns projetos que permitiram a ultrapassagem do atendimento restrito ao espaço institucional. Desse modo, há um movimento de buscar demandas ao invés de somente esperar por elas. Nesse sentido, é importante ressaltar o “Projeto de Fluoretação na Vila Residencial da UFRJ”, no qual foi realizado no segundo de semestre de 2008 em parceria com a disciplina de Atenção Primária em Odontologia (APO). Neste trabalho multiprofissional, foram realizados dois dias de fluoretação e ensinamento sobre saúde bucal para oitenta crianças pelos professores e alunos da disciplina. Já pelas assistentes sociais foram feitas a articulação entre a associação de moradores e a faculdade, bem como um estudo sobre as condições socioeconômicas de cada família participante.

Outra articulação importante é feita com a Clínica de Atendimento Referenciado, no qual são oferecidos tratamentos gratuitos, porém somente para os alunos que residem no alojamento da UFRJ. Já o projeto da sala de espera, é realizado também através de um trabalho multiprofissional na odontopediatria, no qual é especializada no atendimento em crianças com necessidades especiais. Ainda há também um projeto em parceria com a Divisão de Saúde do Trabalhador da UFRJ (DVST), no qual são distribuídos pelo Serviço Social aos funcionários e alunos kits com preservativo e materiais educativos sobre doenças sexualmente transmissíveis.

Desse modo, pode-se dizer que o mais importante projeto em vigência, no qual as assistentes sociais estão envolvidas é a Sala de Espera que tem se mostrado como um importante espaço interdisciplinar, horizontalizado, de escuta e troca de saberes. Enquanto os responsáveis de crianças aguardam para obter o tratamento dentário, as assistentes sociais intervêm junto a essas famílias. A sala de espera é dividida em dois momentos importantes: uma palestra de um dentista sobre saúde bucal, no qual é entendido que o acesso a informação impactará na prevenção de agravos para a saúde oral. E, o segundo momento é feito pelos assistentes sociais que dialogam com as famílias sobre suas dificuldades, anseios e os deixam informações e orientações sobre os benefícios da assistência, previdência social etc.

Atualmente, o Serviço Social na odontologia é composto por quatro assistentes sociais, que, geralmente, se revezam durante a semana. As profissionais possuem uma sala própria, porém única, tanto para trabalhar quanto para realizar os atendimentos, fato que vai de encontro ao sigilo profissional. A sala possui armários e pastas para organização de fichas e de diversos materiais como alguns projetos ou trabalhos realizados pelas profissionais. O espaço é composto também por um computador, um telefone e, outro instrumento importante para a intervenção profissional, é o livro registro onde é anotado qualquer tipo de atendimento

realizado no dia, o que leva a socialização da informação e melhor acompanhamento dos casos já que as profissionais não estão todos os dias no local de trabalho.

O Serviço Social recebe um grupo bem variado de usuários que pode ser desde crianças (que no caso as entrevistas são realizadas pelos responsáveis) até idosos. Na maioria das vezes, as demandas que chegam para as profissionais são essencialmente clínicas, no entanto, a partir daí são geradas outras demandas e que, eventualmente, serão feitos os encaminhamentos necessários, por isso a importância da construção de um trabalho em rede.

### **3.1.2.1. Possibilidades e limites da prática profissional**

Inicialmente, houve diversos questionamentos de outros profissionais da instituição sobre qual seria o papel de um setor de Serviço Social na odontologia. A legitimação do serviço social foi sendo construída gradativamente, e os embates provenientes das correlações de forças existentes no espaço – que de fato muito tem a ver com a questão da hierarquia (professor/funcionário) e com o não entendimento de alguns profissionais sobre o fazer o Serviço Social- começaram desde o início da implantação e ainda subsistem.

As demandas que chegam as assistentes sociais da instituição expressam-se, inicialmente, através de questões relacionadas a não possibilidade, apresentada pelos usuários, do pagamento dos serviços de saúde prestados na instituição. A partir daí, é realizado pelas profissionais o estudo socioeconômico que possibilita ao profissional a desvelar outras demandas, como por exemplo vinculadas a situação previdenciária, de moradia, entre outros fatores que permitam a viabilização do acesso ao direito. Isto posto, é importante destacar que com a implantação do Serviço Social na instituição, foi criada uma rotina de trabalho que possibilitou um melhor acesso aos serviços de saúde. Desse modo, evidencia-se a viabilização de direitos como, por exemplo, escuta, orientações, encaminhamentos e a informação. No entanto, a principal demanda posta no cotidiano institucional é, como consta

do documento do CFESS (2010), a elaboração de estudos socioeconômicos dos usuários e suas famílias, com vistas a subsidiar na construção de laudos e pareceres sociais a perspectiva de garantia de direitos e de acesso aos serviços sociais e de saúde.

A particularidade deste espaço sócio-ocupacional que, por se tratar de uma unidade de ensino, constitui-se como um espaço composto por diferentes expectativas, tanto por parte do usuário que procura os serviços e espera que seu problema clínico seja resolvido, quanto por parte dos alunos, que necessitam de um instrumento de aprendizado para obter aprovação nas disciplinas posteriormente o título de graduado. Esses aspectos foram estudados por Gonçalves e Verdi (2007) durante sua pesquisa desenvolvida em um curso de odontologia de uma universidade pública (não identificada) no qual tinha o intuito de analisar os problemas éticos que atravessam o tratamento dos pacientes. Portanto foi constatado que, naquele espaço, ocorria uma espécie de “coisificação” das pessoas atendidas, pois:

O paciente é claramente visto como um meio pela sua necessidade de tratamento, para um fim que é o atendimento que deve ser realizado pelo aluno. Todo ser humano quando na posição de paciente deve ser tratado em virtude de suas necessidades de saúde e não como um meio para a satisfação de interesses de terceiros, da ciência, dos profissionais de saúde ou de interesses industriais e comerciais. (GONÇALVES E VERDI, 2007, p. 758).

É preciso, então, refletir como estão sendo oferecidos esses serviços e como se estabelece a relação de troca de aprendizado entre aluno/usuário nessas unidades de ensino. Pois, se por um lado, e por inúmeros motivos, o usuário procura os serviços odontológicos de uma instituição de ensino por necessitar daquele tratamento, pelo outro, o aluno, da mesma forma, precisa passar por esse processo de aprendizagem prática para se graduar.

São nestas questões, inerentes a esta instituição, que se insere a intervenção do Serviço Social que entende o indivíduo em uma perspectiva totalidade, no qual suas condições socioeconômicas influenciam diretamente no tratamento de sua saúde bucal. Certamente, apesar dos limites, o Serviço Social tem tido um importante papel dentro da Faculdade de Odontologia. Apesar de as assistentes sociais trabalharem com a seletividade no acesso aos

serviços, a possibilidade dada ao usuário de passar pelo estudo socioeconômico e pagar um menor valor é o único meio em que muitos deles têm acesso ao direito à saúde bucal.

Nesse sentido, outra questão que deve ser evidenciada, no qual foi problematizada por Gonçalves e Verdi (2007), é em relação à caracterização de “favor”, no que diz respeito ao tratamento dentário prestado pela unidade ensino aos usuários, pois concorda-se com os autores, em sua pesquisa realizada em um curso de odontologia pertencente a uma universidade pública, quando salientam que:

As clínicas odontológicas de ensino das universidades federais são instituições públicas financiadas pela sociedade via pagamento de impostos e, portanto, prestam atendimentos previamente pagos pelos cidadãos. Dessa forma, embora caracterizado como gratuito, o serviço prestado não é, nem deve ser entendido, como um favor ou caridade feito à população, mas sim como um direito adquirido.(GONÇALVES e VERDI, 2007, p. 756).

Com o efeito, o não convênio da instituição com o SUS, ressalta ainda mais a reprodução de uma lógica de “favor” em relação ao tratamento prestado aos usuários. Tais aspectos influenciam no modo como alguns profissionais enxergam o Serviço Social dentro da instituição, como um setor que “ajuda”, que “favorece” as populações que não possuem condição socioeconômica para ter acesso ao tratamento. A perspectiva de direito e a problematização sobre o fato de os serviços são realizados dentro de uma universidade pública, e, obviamente, é financiada através de impostos cobrados a sociedade (que são os usuários) permanecem ocultas.

A contradição existente no fato de pagar por um tratamento dentro de uma instituição pública de ensino, é perceptível pelos usuários que chegam ao Serviço Social e questionam o motivo da não existência do SUS dentro daquele espaço. No entanto, tal questionamento não é problematizado pela grande maioria dos usuários que tomam o fato de “ter que pagar por uma consulta” como a única realidade que não pode ser mudada, a não ser que as assistentes sociais os “ajudem”.

Provavelmente, desde o início tinha-se o conhecimento por parte das assistentes sociais que a nova implementação do Serviço Social dentro da Odontologia nasceria com limites institucionais que dificultariam um trabalho mais ampliado do Serviço Social na perspectiva de garantia de direitos. Por exemplo, a FOUFRJ é composta por diversas clínicas com diferentes direções, há clínicas no qual o Serviço Social não tem autonomia para intervir. Por isso, quando o usuário deseja tratamento e não consegue ter acesso, procuram as assistentes sociais, que por sua vez, não conseguem realizar a viabilização daquele direito para o usuário.

Portanto, a partir da reflexão sobre o surgimento do atual setor de Serviço Social dentro da instituição, pode-se analisar que esses impasses postos na intervenção profissional estão diretamente ligados ao modelo como é gerido a instituição, não mais nas mãos do primeiro setor (Estado), pois, como salienta Iamamoto (2009, p. 30), o Estado ocupa um papel central como uma instância garantidora de direitos, pois apesar de não depender unicamente, a universalidade do acesso aos programas e projetos abertos a todos os cidadãos só é possível no âmbito do Estado.

Ademais, o não convênio com o Sistema Único de Saúde possivelmente é um dos fatores que orientam as profissionais da instituição a ter uma prática focalizada e seletiva, mas não o único. No entanto, embora o profissional tenha diversos limites em sua atuação profissional, é importante frisar que as assistentes sociais possuem uma autonomia relativa para intervir, pois além das possibilidades de intervenção já citadas anteriormente, é através do Serviço Social que é viabilizado, para a grande maioria dos usuários, o acesso ao direito à saúde bucal.

Isto posto, é importante ressaltar que, apesar de todos os impasses, a intervenção do Serviço Social dentro da instituição vem impactando positivamente na vida de muitos usuários que, além de conseguir acessar o direito ao tratamento, acessam também a

informação, participam de grupos de sala de espera, são orientados e encaminhados, frequentemente, para a rede de serviços.

Diante destas questões é possível concluir mesmo frente a essa conjuntura neoliberal que impõe uma série de dificuldades para a efetivação do projeto ético-político do Serviço Social, a presença do Serviço Social dentro da instituição é muito importante para os usuários, mas não suficiente para a universalização dos direitos e ampliação da cidadania. A partir de reflexões sobre quais seriam as possibilidades para que se tenha uma prática profissional democrática mesmo frente a ofensiva neoliberal é importante ressaltar o estudo de Vasconcelos (2006) quando afirma que os assistentes sociais devem romper com as práticas conservadoras, com a finalidade de que não se reproduza o processo de trabalho capitalista, alienante. Em relação a como se daria esse rompimento, a autora explicita que:

Há que, historicamente, buscarmos romper- através do trabalho e relações sociais-, com as formas capitalistas de pensar e agir para empreender ações que, além de possibilitar acesso a bens e serviços, resulte num processo educativo; resulte num bem e não num produto a ser consumido. Uma ação consciente, que exige a capacidade de antecipar, de projetar; capacidade que não está dada, mas é algo a construir, alcançar. (VASCONCELOS, 2006, p. 243).

Dessa maneira, é importante o profissional ter uma visão crítica da realidade, refletindo sobre qual o espaço que o assistente social ocupa na divisão social e técnica do trabalho, não naturalizar as dificuldades do cotidiano como uma realidade que não possa ser mudada, mas entender que são ações inerentes ao modo de produção capitalista que podem ser transformadas através da luta e mobilização da classe trabalhadora. Para isso, é primordial a vinculação com um projeto profissional que opte por outro tipo de sociedade sem dominação e exploração de classe.

## **3.2. O perfil dos usuários da Clínica Integrada**

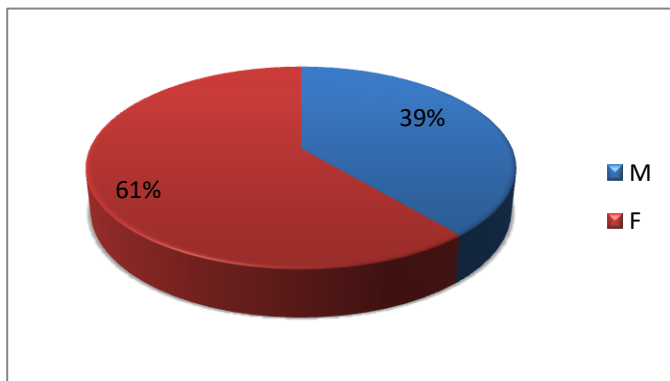
### **3.2.1. Apresentação e análise de dados**

A amostragem seguinte tem o objetivo de analisar qual o perfil dos usuários, pacientes da clínica integrada, que procuram os serviços oferecidos pela Faculdade de Odontologia da

UFRJ. Como já explicitado anteriormente, a FOUFRJ é dividida em diversas clínicas (odontopediatria, odontogeriatrics, raio x, prótese e etc.), as informações estatísticas elaboradas foram recortadas somente nas entrevistas em que os pacientes eram da Clínica Integrada (CI).

Uma das motivações para esta escolha é que, historicamente, umas das maiores demandas que chegam para o Serviço Social é advinda da Clínica Integrada e, não por coincidência, esta é uma das clínicas em que as assistentes sociais têm uma maior autonomia para intervir. Assim, foram analisadas 103 fichas socioeconômicas, do período de 2013 a 2015 e produzidos os dados quantitativos que serão mostrados a seguir.

### Gráfico 1- Sexo



Fonte: Do Autor.

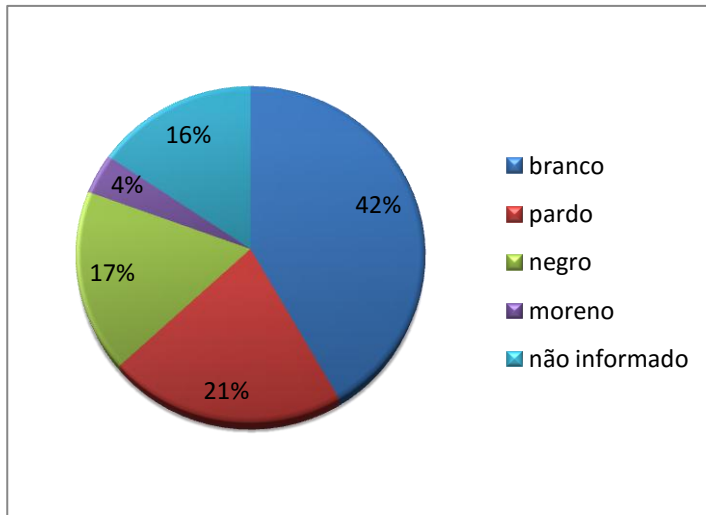
No gráfico 1 é possível observar que a procura pelos serviços de saúde dentro da instituição é, majoritariamente, feita pelas mulheres 61%, enquanto apenas 39% dos usuários que procuraram os serviços de saúde são homens. Esse dado está em consonância com expressões da realidade que constatam que as mulheres procuram mais os serviços de saúde do que os homens. Segundo (Keijzer, 2003; Schraiber et al, 2000; Sabo, 2002; Bozon, 2004, *apud*, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, 2008):

Grande parte da não adesão às medidas de atenção integral, por parte do homem, decorre das variáveis culturais. Os estereótipos de gênero, enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal, potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. A doença é considerada como um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica. O homem julga-se invulnerável, o que acaba por contribuir para que ele cuide menos de si



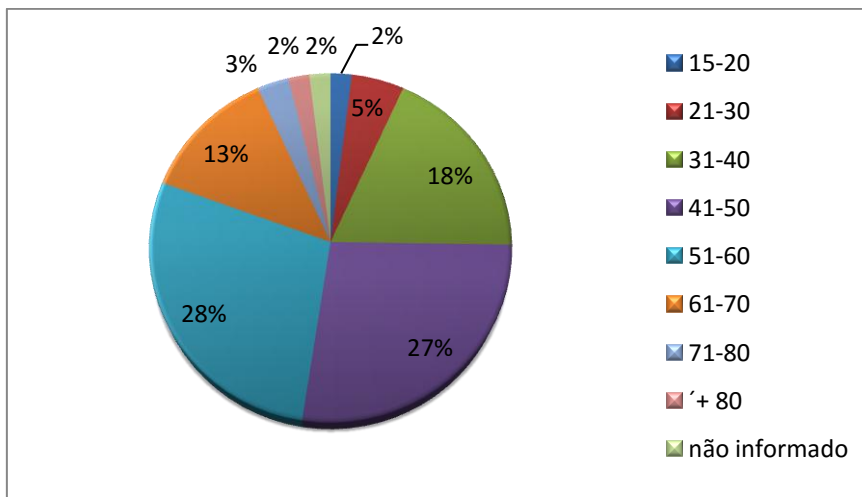
mesmo e se exponha mais às situações de risco. (POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM, 2008, p. 05).

**Gráfico 2 - Cor**



Fonte: Do autor.

**Gráfico 3 – Faixa Etária**



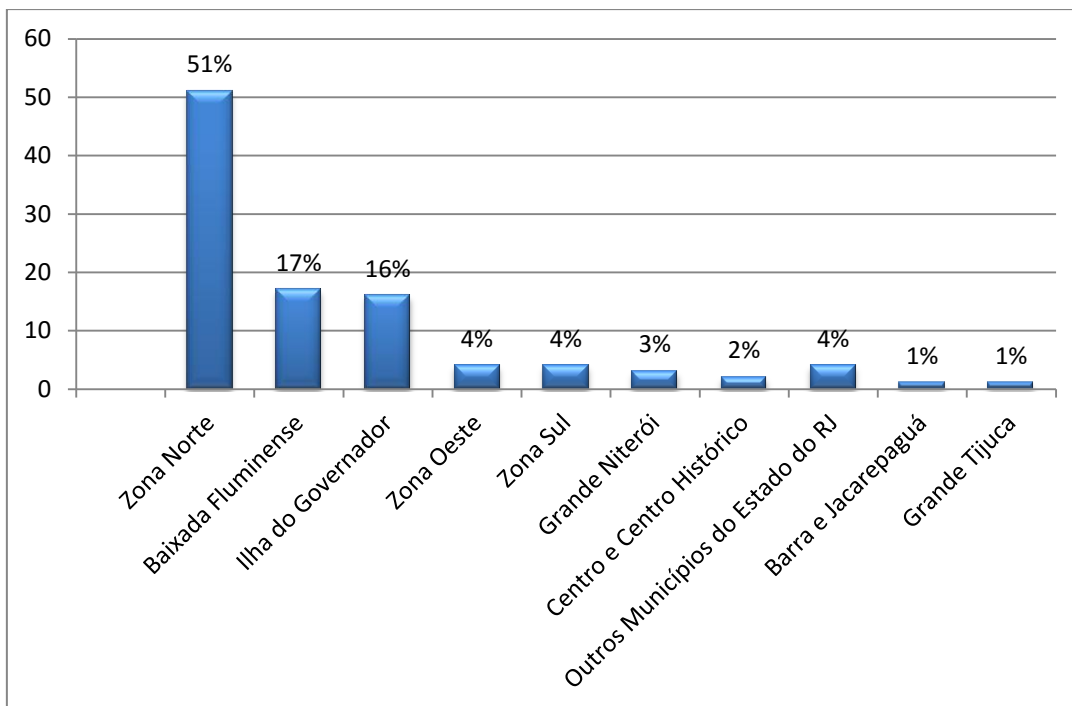
Fonte: Do autor.

No gráfico 2, percebe-se que a maioria dos usuários atendidos na clínica integrada se dizem brancos (42%). Enquanto apenas 21% são pardos e 17% negros. Vale ressaltar que, devido ao fato de o questionário usado para essas perguntas ser aberto, houve o resultado de

4% dos usuários se declararem como morenos. Infelizmente, em 16% das entrevistas analisadas não havia informações sobre a cor.

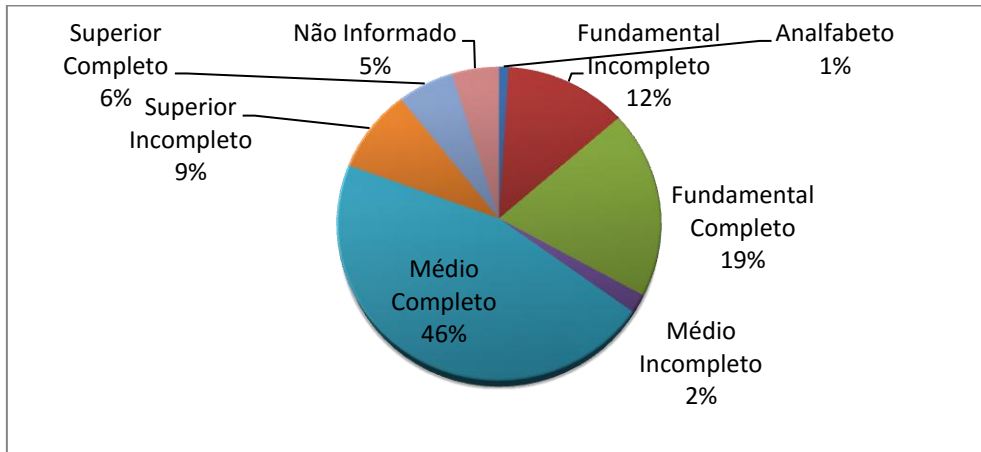
Já no gráfico 3, as informações estatísticas demonstram que pouco mais que a metade dos usuários atendidos pela Clínica Integrada, estão inseridos na faixa etária entre 41 a 60 anos (55%). Enquanto a minoria tem a idade de 15 a 20 (2%) e acima de 70 anos (3%). É importante salientar que, dificilmente, os usuários procuram os usuários serviços de saúde bucal como uma medida de prevenção. Assim, a maioria da procura pelos serviços, geralmente, se dá em decorrência de alguma dor ou problema.

**Gráfico 4 – Local de Moradia**

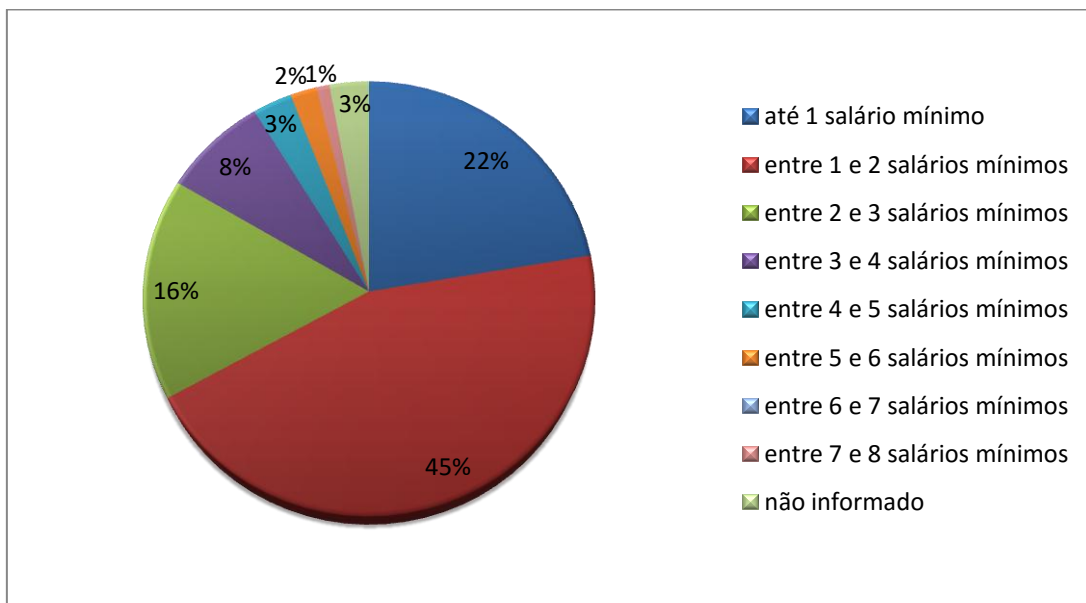


Fonte: Do autor

Os dados estatísticos presentes no gráfico 4 demonstram que pouco mais da metade dos usuários atendidos são moradores da zona norte do Rio (51%). Seguido da Baixada Fluminense (17%) e Ilha do Governador (16%).

**Gráfico 5- Grau de Escolaridade**

Fonte: Do Autor

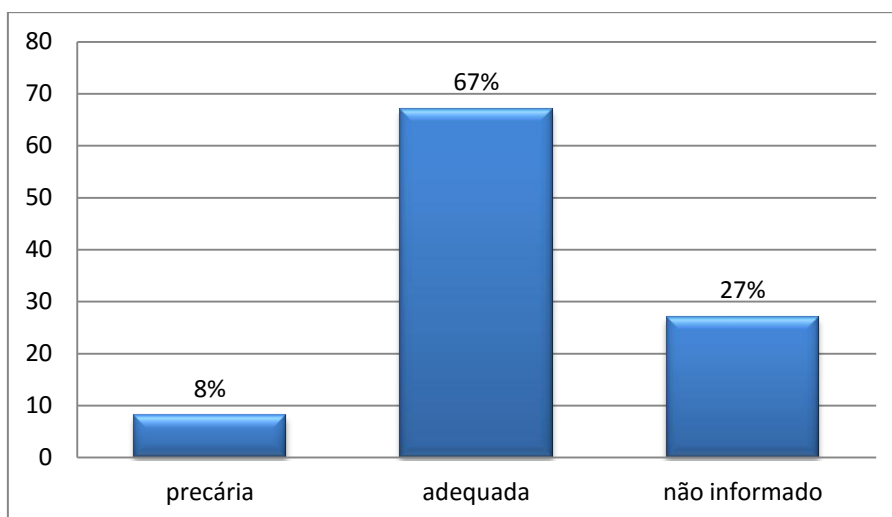
**Gráfico 6 – Renda Familiar**

Fonte: Do Autor.

De acordo com as informações estatísticas presentes no gráfico 5, foi constatado que a 46% dos usuários atendidos na clínica integrada estudaram até o ensino médio, 2% não o completaram. 19% cursaram somente o ensino fundamental, enquanto 12% não o completaram. Em relação ao nível superior, apenas 6% dos usuários são graduados e 9% cursaram e não completaram ou estão cursando alguma faculdade. Por fim, 1% dos usuários entrevistados são analfabetos e em 5% das entrevistas não foi informado sobre o nível de escolaridade.

O gráfico 6, demonstra as informações estatísticas sobre a renda dos usuários, tendo em vista que o valor atual do salário mínimo é de R\$ 788,00 foi constatado que: 45% possuem renda entre um e dois salários mínimos (R\$788,00 à R\$1576,00), 22% possuem renda de até um salário mínimo (R\$788,00), 16% possuem renda entre dois a três salários mínimos (R\$1576,00 à R\$2364,00), 8% com renda entre três a quatro salários mínimos (R\$2364,00 à R\$3152,00), 3% entre quatro e cinco salários mínimos (R\$3152,00 à R\$3940,00), 2% entre cinco e seis salários mínimos (R\$3940 à R\$4728,00) e 1% entre sete e oito salários mínimos (R\$5.516 à R\$ 6.304,00).

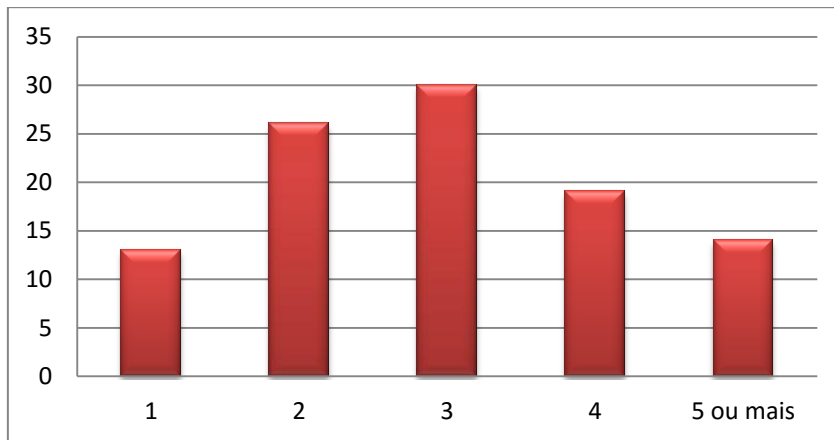
### Gráfico 7- Condições de Saneamento



Fonte: Do autor.

No gráfico 7, é possível observar que a maioria dos usuários possuem condições adequadas de saneamento (66%), enquanto 8% vivem sob condições precárias. O fato de em 26% das entrevistas não haver respostas sobre esse item prejudica a conclusão da análise.

**Gráfico 8- Composição Familiar**



Fonte: Do Autor

Já o gráfico 8, é possível analisar que a maioria dos usuários (29% ) possuem a composição familiar com três componentes, seguido de dois componentes (25%), quatro (19%), cinco ou mais (14%) e a minoria vive sozinho (13%).

**Gráfico 9- Situação de Trabalho**

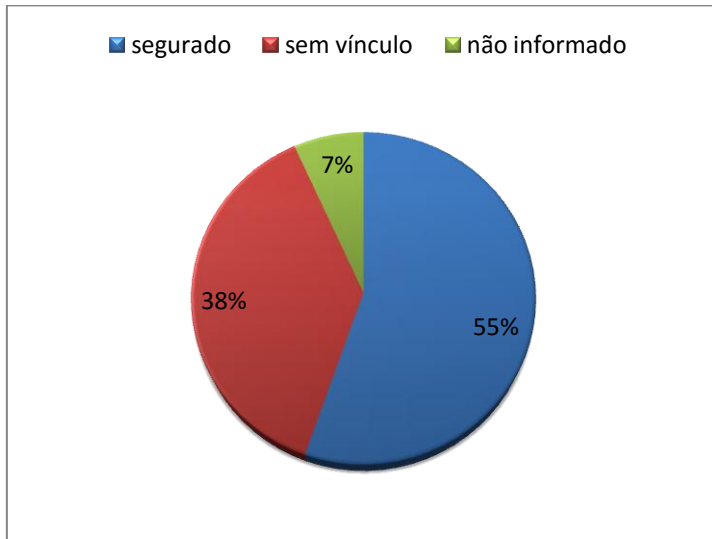


Fonte: Do Autor.

No gráfico 9, é possível analisar que 31% dos usuários estão vinculados ao mercado formal de trabalho, enquanto 19% são autônomos, 18% estão desempregados, 11% aposentados, 3% estão inseridos no mercado de trabalho informal, 3% se classificaram como

Do Lar, 2% aposentados por invalidez, 2% são prestadores de serviço e em 11% do banco de dados analisado não havia informações.

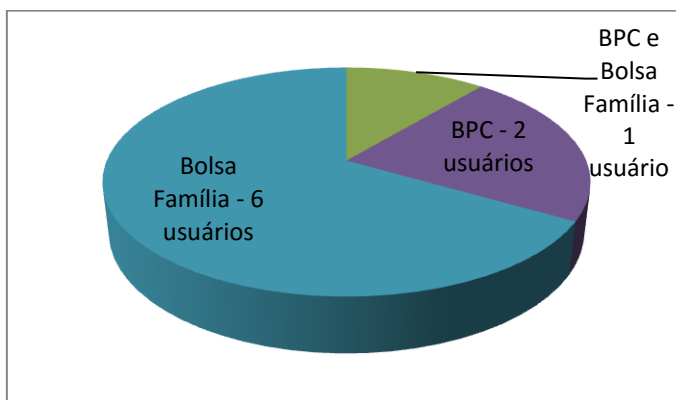
### Gráfico 10- Situação Previdenciária



Fonte: Do Autor

As informações estatísticas do gráfico 10 demonstram que a maioria dos usuários (55%) são vinculados à previdência social. No entanto, um número considerável (38%) não possui vínculo com a previdência. É importante ressaltar o papel do Serviço Social no que se refere às informações e orientações sobre os direitos previdenciários. Em 7% dos casos não havia informações.

### Gráfico 11 – Beneficiários do Benefício de Prestação Continuada e/ou Programa Bolsa Família.



Fonte: Do Autor

Em relação estes benefícios, o gráfico 10 demonstra que dentre todas as entrevistas (no total de 103) analisadas dos usuários da Clínica Integrada, do ano de 2013 a 2015, foi constatado que seis usuários recebem o Programa Bolsa Família, dois usuários recebem o Benefício de Prestação Continua e um usuário é beneficiário do BPC e BF concomitantemente.

### **3.2.2 Resultados**

A partir das informações estatísticas acima, é possível apreender algumas características sobre o perfil dos usuários da Clínica Integrada. A grande maioria dos usuários são mulheres, predominantemente com a cor branca, com nível de escolaridade até o ensino médio completo, faixa etária entre 41 e 60 anos. Moradores em sua grande maioria, dos bairros da Zona Norte do Rio de Janeiro em condições de saneamento adequadas. Quanto à renda e composição familiar, foi constatado que, em relação ao primeiro, quase a metade os usuários possuem renda entre um e dois salários mínimos e 55% dois usuários moram com mais duas ou três pessoas na casa.

Em relação à situação de trabalho, foi constatado que a maioria dos usuários são empregados no mercado de trabalho formal (31%), no entanto há um número considerável também de autônomos em relação ao primeiro (22%). Além disso, no que se refere ao vínculo com a previdência social, foi concluído que apenas pouco mais da metade (55%) possuem vínculo previdenciário, enquanto 38% não contribuem para previdência social. Por fim, apenas seis usuários são beneficiários do Programa Bolsa Família, dois do Benefício de Prestação Continuada e um faz uso dos dois simultaneamente.

Finalmente, tendo em vista que ainda não havia nenhum estudo sobre os usuários que são pacientes da clínica integrada que, como já citado anteriormente, é a que apresenta maior demanda para o Serviço Social, descata-se a importância da construção do perfil dos usuários

tanto para reflexões e dados de pesquisa sobre quem são os usuários atendidos que procuram os serviços da Faculdade de Odontologia que poderá ser utilizado tanto pelas assistentes sociais quanto por outros profissionais da instituição, bem como, possibilitará o aprimoramento da intervenção profissional a partir da elaboração de estratégias por meio de uma maior conhecimento das demandas apresentadas. Assim, pode-se salientar a publicação do CFESS (2010) sobre as principais ações socioassistenciais se fazem presente no cotidiano dos assistentes sociais que atuam na saúde, portanto, evidencia-se:

Construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários, bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde. (CFESS, 2010, p. 45)



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho exposto teve como objetivos analisar duas principais questões que estão diretamente interligadas. A primeira delas é como a política neoliberal, que tem sua entrada no Brasil nos anos 1990 se concretiza com a Contrarreforma do Estado iniciada durante o período FHC, influencia diretamente no processo de sucateamento e tentativa de privatização do Sistema Único de Saúde (SUS). A segunda questão é refletir, através de uma pesquisa de campo, sobre como esses impactos neoliberais se refletem na prática dos assistentes sociais da Faculdade de Odontologia da UFRJ, instituição no qual sou vinculada como estagiária de Serviço Social.

Desse modo, em relação à saúde pública no Brasil, foi possível concluir esta passa por três principais fases: assistencialista, no qual a saúde pública era recaia, principalmente, por meio de ações filantrópicas, previdencialista que se inicia em 1930, no qual a saúde passa a ser direito de uma população inserida no mercado de trabalho e que contribui para o sistema previdenciário, daí tem-se a criação das CAP's e IAP's e por fim, com a luta do movimento sanitário que questionou o modelo e as ações de saúde vigentes na época, a saúde passou a ser garantida como um direito universal na Constituição de 1988.

No entanto, o direito democrático ao acesso a saúde e universal é ameaçado já nos anos noventa com a entrada da política neoliberal no Brasil que vai à contramão dos direitos sociais adquiridos na constituição de 1988. A ofensiva neoliberal se consolida através da “Reforma do Estado” cujo ministro responsável pela sua elaboração foi Bresser Pereira durante o primeiro mandato de FHC. Esta afirmava que o Estado era ultrapassado e burocrático e precisava ganhar eficácia e eficiente, por isso teria que ser administrado pelo mercado.

Portanto, os adeptos ao neoliberalismo pretendem estabelecer um consenso diante da sociedade civil de que a reforma seria o melhor caminho para o país progredir tanto no âmbito econômico quanto no social, no qual seriam amenizadas as disparidades sociais. Entretanto, o objetivo principal é transformar todas as necessidades básicas como saúde, educação e etc em fonte de lucro, perdendo, assim, sua condição de direito.

Em relação à saúde, é possível analisar que essa lógica se materializa em uma tentativa de desfinanciamento de verbas para que o SUS fique cada vez mais precarizado, acarretando no sucateamento dos serviços de saúde e conseqüentemente na possibilidade de privatização que vem sendo frequente por meio das Organizações Sociais de Saúde (OSS). Essa forma privada de gestão vai de encontro aos princípios constitucionais do SUS, como por exemplo, o princípio da equidade e da participação popular. Além disso, os contratos profissionais, nesse modelo privado de gestão, são precários, havendo disparidades de salários, condições de trabalho e qualidade dos serviços nas unidades básicas de saúde, tendo em vista que não existe homogeneidade no modelo de gestão de cada OSS. Esses fatos levam a um processo de fragmentação do SUS.

Na pesquisa de campo realizada na Faculdade de Odontologia da UFRJ, foi constatado que, ainda que as profissionais possuam uma autonomia relativa em sua intervenção profissional, há diversos limites postos na prática profissional que estão diretamente relacionados ao modelo privado de gestão que instaura a mercantilização dos serviços de saúde prestados. É importante ressaltar que, foi concluído que, por se tratar de uma unidade pública de ensino, a presença da influência neoliberal apresenta-se tanto na mercantilização da educação, devido ao pagamento de cursos de especialização, quanto pela "venda" dos serviços de saúde. Esses fatores orientam uma prática ao assistente social que se distancia da universalidade e caminha para a focalização e seletividade.

Além disso, esse modelo institucional de gestão contribui para que seja evidenciada uma visão de “favor”, em relação aos serviços prestados, de “ajuda” em relação à intervenção do Serviço e a perspectiva de direito permaneça oculta. No entanto, mesmo com esses impasses, intervenção do Serviço Social dentro da instituição vem impactando positivamente na vida de muitos usuários que, além de conseguir acessar o direito ao tratamento, acessam também a informação, são orientados e encaminhados, frequentemente, para a rede de serviços.

No que se refere à pesquisa de campo, esta contou ainda como uma pesquisa quantitativa, através de informações contidas no banco de dados do Serviço Social, com intuito de analisar e conhecer quem são os usuários (sexo, idade condição socioeconômica, etc) pacientes da Clínica Integrada, atendidos pelo Serviço Social, que procuram os serviços da faculdade de Faculdade de Odontologia.

Assim, em função dos resultados obtidos é possível pontuar algumas questões, como por exemplo: O fato de a grande maioria do público atendido serem mulheres seria um ponto de partida para se pensar um projeto de intervenção junto a essas usuárias, a fim de discutir diversos temas, fazendo com que as mesmas participem através de uma troca de aprendizado, possibilitando as assistentes sociais em desvelar novas demandas. Bem como, pensar em possibilidade de parcerias, até mesmo uma articulação com o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho com intuito de discutir sobre a saúde do homem.

Outro aspecto que vale a pena destacar é em relação ao vínculo com a previdência social, visto que, foi concluído que apenas pouco mais da metade (55%) possuem vínculo previdenciário, enquanto 38% não contribuem para previdência social. Dessa maneira, seria interessante a elaboração pequenas palestras, com intuito de socializar as informações sobre a importância da contribuição à previdência.

Para além destas questões, é relevante que se tenha um diálogo aberto com os usuários e que, a intervenção do Serviço Social seja, para além da triagem socioeconômica, como ainda há a sala de espera e já houve outros projetos. É necessário acompanhar o surgimento de novas demandas e novas questões, bem como se qualificar para respondê-las.

Através deste trabalho foi possível analisar e refletir que o sucateamento do Sistema Único de Saúde está totalmente articulado as reformas neoliberais que pretendem mercantilizar os serviços básicos prestados a população e que são responsabilidades do Estado. Outro ponto importante a ser considerado neste trabalho é a relação feita entre as reformas neoliberais e a modelo de gestão da Faculdade de Odontologia da UFRJ, pois os limites postos à prática que são advindos, em sua maioria, por esse modelo era naturalizado pelo Serviço Social, no sentido de ser considerado inerente à instituição, como algo que não pode ser mudado.

Portanto, a principal questão a ser evidenciada é que essas características são vinculadas a um tipo de projeto societário que vai de encontro ao hegemônico dentro da categoria profissional, por isso a importância da articulação das assistentes sociais que atuam na faculdade de odontologia com movimentos sociais de sua e outras categorias que tenham a opção por um projeto profissional materialista, crítico e que busque a transformação societária.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDERSON, Perry. **Balanco do Neoliberalismo**. In: SADER, Emir & GENTILI, Pablo (orgs.) Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995, p. 9-23.

AROUCA, Rafael. **Breve Histórico Ilustrado da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro**. Livraria Santos Editora, 2008.

BARROCO, Maria Lúcia. **Ética e Serviço Social – Fundamentos Ontológicos**. São Paulo: Cortez, 2003. p. 73-91

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**, Brasília, 2008. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_homem.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf). Acesso em: Novembro 2015.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde, OPAS, Universidade Federal Fluminense. **Políticas de Saúde no Brasil: Um século de luta pelo direito a Saúde**. Filme/Documentário, Direção: Renato Tapajós, 2006. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=SP8FJc7YTa0>.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **SUS- Princípios de Conquistas**. Brasília, 2000. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_principios.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf). Acesso em Julho de 2015.

\_\_\_\_\_, Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. **Plano Diretor do Aparelho da Reforma do Estado**. Brasília, 1995. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/PlanoDiretor/planodiretor.pdf>. Acesso em Julho de 2015.

\_\_\_\_\_, **Lei 8.080/1990**: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm). Acesso em: Julho 2015.

\_\_\_\_\_, **Lei 8.142/1990**: Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm). Acesso em: Julho 2015.

BRAVO, Maria Inês. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais**, São Paulo: Cortez, 2010. Capítulo 2.

\_\_\_\_\_. **Políticas de Saúde no Brasil**. In: MOTA, Ana Elizabete. [et al], (orgs). Serviço Social e Saúde – Formação e Trabalho Profissional, São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. p. 88 a 110.

\_\_\_\_\_. **Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde**. In: Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n.105, 2011. p. 185-193

\_\_\_\_\_, MATOS, Maurílio Castro. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate.** p. 1-22 Disponível em: [http://www.sbfa.org.br/fnepas/pdf/servico\\_social\\_saude/texto2-3.pdf](http://www.sbfa.org.br/fnepas/pdf/servico_social_saude/texto2-3.pdf) . Acesso em: Janeiro 2016.

CEPERJ, **Estado do Rio de Janeiro Divisão: Político-Administrativa.** Disponível em: [http://www.ceperj.rj.gov.br/ceep/info\\_territorios/divis\\_politico\\_administrativo.html](http://www.ceperj.rj.gov.br/ceep/info_territorios/divis_politico_administrativo.html)

COHN, Amélia. **A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões.** In: Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009. p.1614-1619. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/20.pdf>. Acesso em Agosto de 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e Perspectivas.** Brasília, 2009. Disponível em: [http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd\\_18.pdf](http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf). Acesso em: Outubro de 2015

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Controle Social na Saúde.** In: MOTA, Ana Elizabete. [et al], (orgs). Serviço Social e Saúde – Formação e Trabalho Profissional, São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. p. 111 a 140.

DRUCK, Graça e FILGUEIRAS, Luiz. **Política social focalizada e ajuste fiscal: as duas faces do governo Lula.** In: Katálysis, v. 10, n. 1, Florianópolis, 2007. p. 24-34.

ESCOREL, Sara. **História das Políticas de Saúde no Brasil.** In: GIOVANELLA, Lígia [et al]. (orgs), Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 385 à 434.

\_\_\_\_\_ e TEIXEIRA, Luiz Antonio. **História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimento populista.** In: GIOVANELLA, Lígia [et al]. (orgs), Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 333 a 384.

FRANCO, Túlio Batista. **As Organizações Sociais e o SUS,** 1998.

GIOVANELLA, Lígia e MENDONÇA, Maria H. Magalhães. **Atenção Primária na Saúde.** In: GIOVANELLA, Lígia [et al]. (orgs), Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 575-626.

GONÇALVES, Evelise Ribeiro e VERDI, Marta Inez. M. **Os problemas éticos no atendimento a pacientes na clínica odontológica de ensino.** In: Ciência & Saúde Coletiva, vol 12, num 3. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós- Graduação em Saúde Coletiva, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232007000300026&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232007000300026&script=sci_arttext). Acesso em dezembro 2015.

GUERRA, Yolanda. **Serviço Social: Dilemas da Precarização e Estratégias de Enfrentamento.** In: COSTA, Gilmásia [et al] (Orgs), Crise Contemporânea e Serviço Social. EDUFAL, 2010.

IAMAMOTO, MV. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. In Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais – (CFESS/ABEPSS), 2009

LIMA, Kátia Regina de Souza. **O Banco Mundial e a educação superior brasileira na primeira década do novo século.** In: Katálysis, v. 14, n. 1, Florianópolis, 2011.

MALLOY, James. **A Política de Previdência Social no Brasil: Participação e Paternalismo.** In: Rev. Dados n° 13. Rio de Janeiro:UFRJ/PPGES. 1976 (p. 93-115).

MENDES, Eugênio Vilaça. **Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde.** In: **Uma agenda para a saúde.** São Paulo, Hucitec-Abrasco, 1999.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social.** São Paulo: Editora Cortez, 1992.

NORONHA, José Carvalho; LIMA, Luciana Dias e MACHADO, Cristiani Vieira. **O Sistema Único de Saúde-SUS.** In: GIOVANELLA, Lígia [et al]. (orgs), Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 435 a 472.

OLIVEIRA, Francisco. **O Culto a Moloch: Bresser Pereira e a Reforma Gerencial do Estado.** In: BRAVO, Maria Inês; PEREIRA, Potyara (Org.). Política Social e Democracia, São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro, UERJ, 2001. p. 139-148

OLIVEIRA, Jaime e TEIXEIRA, Sônia. **(Im)previdência social: 60 anos de história da previdência social no Brasil.** Petrópolis; Rio de Janeiro: Vozes; Abrasco, 1986. Capítulo 4.

OLIVEIRA, R.B; ROCHA, M.A.S. e MELO, P.R.O. **Neoliberalismo e seus Rebatimentos no Sistema Único de Saúde- SUS.** In: XV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e XI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba. s/d. Disponível em: [http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC\\_2011/anais/arquivos/0412\\_0408\\_01.pdf](http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2011/anais/arquivos/0412_0408_01.pdf). Acesso em: Outubro de 2015.

PAIM, Janilson Silva. **Bases conceituais da reforma sanitária brasileira.** In: FLEURY, Sonia (org). Saúde e Democracia- A luta do CEBES, São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 11 a 24.

PONTE, Carlos Fidelis; REIS, José Roberto F.; FONSECA, Cristina M. O. **Saúde Pública e Medicina Previdenciária: complementares ou excludentes? Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história.** Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz - Fiocruz; Escola Politécnica de Saúde - Fiocruz, 2010.

Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde. CFESS: Brasília, 2010. Disponível em: [www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atuacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf). Acesso em Setembro 2015.

SANTOS, Cláudia Mônica; BACKX, Sheila e GUERRA, Yolanda. **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos.** Juiz de Fora: UFJF, 2012.

SANTOS, Cláudia Menezes; KICH, Francis Deon; JÚNIOR, José Dias e SANTOS, Rogério Carvalho. **A reforma sanitária e gerencial do SUS no Estado de Sergipe**. Livro do Aprendiz 1 /Fundação Estadual de Saúde - Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe. – Aracaju: FUNESA, 2011. Disponível em: [http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt\\_858538200.pdf](http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_858538200.pdf) - Acesso em: Janeiro 2016

VASCONCELOS, A.M. **Serviço Social e Práticas Democráticas de Saúde**. In: MOTA, Ana Elizabete, BRAVO, Maria Inês [et al], (Orgs.). Serviço Social e Saúde – Formação e Trabalho Profissional, São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. p. 242 a 272.

WAGNER, Gastão. In: RADIS, Rio de Janeiro: Editoria FIOCRUZ, 2013 ed: 127.