

## ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA DEFESA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): LIMITES E POSSIBILIDADES

Iara da Silva Cardoso<sup>1</sup>; Geilza Carla de Lima Silva<sup>2</sup>; Alanna Silva dos Santos<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Graduanda em Serviço Social, Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). E-mail: iarahs2@hotmail.com

<sup>2</sup>Mestranda em Biologia Aplicada à Saúde, Laboratório de Imunopatologia Keizo Asami (LIKA), Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). E-mail: geilza\_55@yahoo.com.br

<sup>3</sup>Graduanda em Psicologia, Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). E-mail: alannalanna@hotmail.com

**Resumo:** O presente estudo objetiva analisar a atuação do assistente social na defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), apontando os limites e possibilidades presentes nesta atuação. Resultado de uma reflexão teórica, aborda a Política de Saúde a partir da década de 1980. Discute a lei 8.080 de 1990, que constitui o Sistema Único de Saúde e destaca os principais projetos políticos em disputa na área. Ressalta as dificuldades de efetivação deste sistema, derivadas da implementação da política neoliberal-privatizante nos governos de Fernando Collor de Mello, Fernando Henrique Cardoso e de Luiz Inácio Lula da Silva, representando o processo de contrarreforma na Política de Saúde. Compreendendo a relação do Serviço Social com a saúde, aponta as determinações históricas que influenciaram a profissão e destaca, por fim, a necessidade da defesa do SUS nos dias atuais, reforçando a importância da ação do assistente social neste processo.

**Palavras-chave:** Serviço Social, Sistema Único de Saúde, Contrarreforma, Política de Saúde.

### 1. INTRODUÇÃO

A atual Política de Saúde desenvolvida no Brasil é fruto de intensas transformações ao longo da história, tendo como marco a promulgação da Constituição Federal em 1988, que garante a universalização dos direitos sociais expressa no tripé da Seguridade Social: Saúde, Assistência Social e Previdência Social. Nesta Constituição, a saúde é entendida como um “direito de todos e dever do Estado”. O Projeto de Reforma Sanitária defendido pelos trabalhadores da saúde junto às organizações do movimento popular sindical possibilitou o surgimento do Sistema Único de Saúde – SUS,

representando um grande avanço em relação à atenção primária e à materialização das reivindicações do Movimento de Reforma Sanitária na Constituição federal de 1988.

Porém, as conquistas alcançadas na década de 1980 sofreram regressões a partir de 1990. Iniciada no governo de Fernando Collor de Mello e aprofundada no governo de Fernando Henrique Cardoso, a contrarreforma do Estado trouxe desdobramentos negativos para a Política da Saúde. As ações destes governos priorizaram uma política neoliberal-privatizante, tendo como objetivo reduzir o papel regulador do Estado ao mínimo. Neste cenário, ficou evidente o embate de dois

projetos na Política de Saúde: O Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Privatista.

Em 2003, o governo Lula trouxe expectativas em relação à retomada do Projeto de Reforma Sanitária e à efetivação do SUS. Entretanto, o referido governo manteve e aprofundou a política macroeconômica dos governos anteriores, consolidando o projeto de saúde voltado para o mercado. Assim, há a corporificação de um “novo” projeto: O Projeto do SUS possível. Embora não haja novidade, pois, as propostas deste projeto relacionam-se umbilicalmente ao Projeto Privatista.

Neste contexto, o Serviço Social brasileiro vem desempenhando um papel fundamental na defesa do direito à saúde e, conseqüentemente, do SUS. Como profissão, mantém uma direção social comprometida com valores democráticos de cidadania, justiça e igualdade social. Tais valores estão em sintonia com a proposta de reforma no setor de saúde que originou o SUS.

Assim sendo, o estudo aqui apresentado tem como objetivo analisar os limites e possibilidades presentes na atuação do assistente social na defesa do SUS. Além disso, trata-se de um artigo teórico, baseado em bibliografias conceituadas da área do Serviço Social que tratam do tema em apreço. Busca contribuir para o aprofundamento da discussão na agenda profissional e para o

fortalecimento das ações na defesa do SUS, bem como, ressaltar a importância do papel do assistente social nesse processo.

## 2. METODOLOGIA

Conforme Gil (2006, p. 162) a revisão de literatura " não pode ser constituída apenas por referências ou sínteses dos estudos feitos, mas por discussão crítica do 'estado atual da questão'".

A revisão de literatura para elaboração deste trabalho se deu através de artigos científicos, livros, Constituição Federal, Lei Orgânica da Saúde – Lei 8.080, e o Projeto Ético-político Profissional do Serviço Social.

Para uma melhor sistematização dos estudos, o presente trabalho está dividido em três partes. Na primeira parte, será discutida a Política de Saúde no Brasil, destacando os acontecimentos na década de 1980, com ênfase na construção do Projeto de Reforma Sanitária e promulgação da Constituição Federal de 1988. Abordaremos, também, a construção do SUS, apresentando seus princípios e diretrizes.

Na segunda parte, trataremos da racionalidade da contrarreforma na Política de Saúde, mostrando os impactos e desafios trazidos por esta para a efetivação do SUS constitucional.

Na terceira parte, ressaltaremos a relação entre o Serviço Social e Saúde, discutindo os limites e desafios presentes na atuação do profissional de Serviço Social em defesa do SUS.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

#### **3.1. A Política de Saúde na década de 1980: Construção do Projeto de Reforma Sanitária**

A Política de Saúde no Brasil sempre teve uma racionalidade fragmentada, hospitalocêntrica e mediocêntrica, centralizada no indivíduo. Porém, a saúde ganha destaque no final dos anos 1970 com a expansão dos movimentos sociais. Com a crise da ditadura militar, houve o fortalecimento da mobilização dos trabalhadores da saúde junto à sociedade e outras organizações do movimento popular sindical, em busca de um novo projeto de saúde: O projeto de Reforma Sanitária.

Ao tratar do Projeto de Reforma Sanitária brasileira, vale destacar a importância dos debates sobre a concepção de saúde, realizados em diferentes fóruns mundiais, nos quais tivemos: A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (1978), A Conferência de Alma Ata (1980), que redundou na “Declaração de

Alma Ata” e a I Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde (1986), que originou a “Carta de Ottawa”. No Brasil, tal debate foi introduzido no final dos anos de 1970 pelo Movimento Sanitário, reconhecido pelo governo na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS, 1986).

O movimento da Reforma Sanitária no Brasil, que transcorreu as décadas de 1970 e 1980 procurou viabilizar a construção da saúde como direito da população e dever do Estado, apresentando a cidadania como um componente central e a descentralização do processo decisório como caminho para a democratização do poder local, através de novos mecanismos de gestão (BRAVO, 1996, p 31).

Na década de 1980, a promulgação da Constituição Federal de 1988 representou, no plano político, a promessa de consolidação dos direitos sociais. A saúde passou a integrar o tripé que compõe a Seguridade Social: Saúde, Assistência Social e Previdência Social. No capítulo VIII da Ordem Social, na seção referente à Saúde, no artigo 196 “A saúde é direito de todos e dever do Estado”. O direito à saúde deve ser garantido mediante “políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Houve a ampliação da concepção de saúde nos fatores determinantes e condicionantes para a vida e trabalho da população brasileira, onde destacam-se a alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Dizem respeito também à saúde as ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990, p. 20).

Foi incorporado à Constituição Federal de 1988 o novo projeto de saúde pública, universal e democrática, defendido pelo Movimento Sanitário: o Sistema Único de Saúde - SUS.

O modelo de saúde defendido pelo SUS, no que se refere à saúde coletiva, está voltado para as necessidades da população, a fim de resgatar o compromisso do Estado brasileiro com a Política de Saúde. Embora tenha sido definida pela Constituição Federal de 1988, sua regulamentação somente ocorreu, de fato, em 19 de Setembro de 1990, através da Lei Orgânica da Saúde (LOS) – Lei 8.080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

No que diz respeito aos princípios doutrinários do SUS, destacam-se: I - Universalidade (acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, independente de sexo, raça, renda, ocupação ou características sociais ou pessoais); II - Equidade (garante a igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie); III - Integralidade (conjunto articulado e contínuo de ações e serviços que considerem o indivíduo como um todo, procurando atender à todas as suas necessidades); IV - Hierarquização (conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, referência e contra-referência); V - Participação popular (direito de participação de todos os segmentos envolvidos com o sistema, em seus diversos níveis federativos, nos espaços de controle social, em especial, nos conselhos e conferências de caráter paritário e deliberativo); VI - Descentralização político-administrativa (redistribuição de responsabilidade entre as esferas de governo consolidando a municipalização das ações de saúde, tornando o município gestor administrativo e financeiro do SUS).

Diante do exposto, pode-se dizer que a Política de Saúde teve grandes avanços, pois

houve a institucionalização de algumas reivindicações do Movimento Sanitário. Em nível de atenção primária, o SUS apresentou progressos significativos no setor público. Porém, ao longo da sua existência, vem sofrendo diversas consequências relacionadas, sobretudo, à instabilidade institucional e à desarticulação organizacional. Além de problemas graves devido à racionalidade da contrarreforma na Política de Saúde, a exemplo da interferência do setor privado, que detém a maioria dos serviços de complexidade e referência a nível secundário e terciário, como veremos a seguir.

### **3.2. Racionalidade da contrarreforma na Política de Saúde**

A incorporação do SUS na Constituição Federal de 1988 teve um papel fundamental na ampliação da concepção de saúde e acesso aos serviços. Porém, no contexto da racionalidade da contrarreforma na Política de Saúde, a implantação do SUS não tem sido uniforme em todos os estados e municípios brasileiros. Neste cenário, há o redirecionamento do papel do Estado (influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal) que coloca em cheque dois projetos políticos: o Projeto Privatista e o Projeto de Reforma Sanitária.

De acordo com os estudos de Bravo (2006), o Projeto Privatista apresenta-se articulado ao mercado, tendo por tendência a contenção de gastos e a descentralização por meio de desresponsabilização do Estado na área social. Medidas de focalização, privatização, estímulo ao setor privado e desfinanciamento da saúde são características centrais desse projeto, se enquadrando no projeto político neoliberal. Em contrapartida, o Projeto de Reforma Sanitária apresenta-se vinculado à democracia e tem por premissa a atuação de um Estado democrático e de direito, passível de controle social com participação popular nos espaços sociais, se enquadrando no projeto defendido pelo Movimento Sanitário, a partir dos anos de 1970.

No período de 1991 a 1994, houve uma forte implementação da política neoliberal-privatizante. A proposta era de que as empresas estatais fossem privatizadas, atingindo diretamente o setor da saúde. Em 1993, a política econômica no Brasil apresentou péssimos resultados no combate ao processo inflacionário e se deparou com uma série de escândalos de corrupção, ocasionando o *impeachment* do então Presidente Fernando Collor de Mello.

Em 1995, Fernando Henrique Cardoso assume o governo, intensificando a implementação da política neoliberal-

privatizante incentivada pela ideologia da globalização e da redução do “papel do Estado”. A ofensiva neoliberal trouxe fortes impactos para a implementação do SUS constitucional, a exemplo da crise no atendimento hospitalar nas instituições públicas e dos atendimentos nos Hospitais Universitários.

No que diz respeito ao atendimento hospitalar nas instituições públicas, o SUS sofreu uma crise de financiamento, materializando-se na escassez de leitos nos grandes centros urbanos. Em 1997, os Hospitais Universitários, induzidos pelo próprio governo à privatização, reduziram o número de atendimentos com a justificativa de resolver a crise financeira do setor da saúde.

O incentivo à privatização inviabiliza a proposta de hierarquização dos serviços, pois, o setor privado detém a maioria dos serviços de complexidade e referência a nível secundário e terciário. Segundo Polignano (2001, p. 24), o setor privado não tem interesse de “integrar o modelo atualmente vigente em virtude da baixa remuneração paga pelos procedimentos médicos executados”.

A partir de 2003, o governo de Luiz Inácio Lula da Silva foi visto como uma possibilidade concreta de romper com as medidas do projeto neoliberal-privatizante,

principalmente pela trajetória progressista do presidente eleito e do seu partido, o Partido dos Trabalhadores (PT): Pela primeira vez um representante do movimento sindical de origem popular chega ao poder. Todavia, a análise que se faz do governo Lula é que a política macroeconômica do antigo governo foi mantida e aprofundada, consolidando o projeto de saúde voltado para o mercado.

Portanto, nos anos de 1980 e 1990 tínhamos dois projetos em disputa na área da saúde: o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Privatista. No governo Lula, a defesa é por um “novo” projeto: O Projeto do SUS Possível.

O Projeto do SUS Possível é defendido pelas lideranças que diante dos limites da política econômica defendem a flexibilização da reforma sanitária, mas nomeiam esse processo como reatualização, modernização ou mesmo como continuidade desta. Esse projeto, na verdade, termina por favorecer a ampliação dos espaços do projeto privatista e, apesar de suas lideranças não reconhecerem, os dois projetos compõem uma mesma unidade dialética e se imbricam mutuamente numa mesma racionalidade que, dessa vez, avança mais rapidamente na disputa hegemônica (SOARES, 2010, p. 53).

A gestão de Lula, inicialmente, abriu espaço para as conquistas e princípios defendidos pelo Projeto de Reforma Sanitária.



Porém, este espaço foi substituído paulatinamente pelas propostas do SUS Possível, atendendo aos interesses do Projeto Privatista, logo, se submetendo a lógica do grande capital, a exemplo da criação do Pacto pela Saúde, do Plano Mais Saúde e do Projeto de Fundações Estatais de Direito Privado. Segundo Bravo (2006), o governo Lula deu ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e na falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social, prevista na Constituição Federal de 1988.

Como exemplo de focalização, pode ser destacada a centralidade no Programa Saúde da Família (PSF) sem alterá-lo significativamente para que se transformasse em estratégia de reorganização da atenção básica. Outro aspecto diretamente relacionado à precarização e à terceirização dos recursos humanos foi a ampliação da contratação de agentes comunitários de saúde e a inserção de outras categorias que não são regulamentadas: auxiliar e técnico de saneamento, agente de vigilância sanitária, agentes de saúde mental, entre outros. Um fator importante a ser ressaltado é a questão do desfinanciamento do setor saúde.

Tendo em vista os interesses do grande capital, vale destacar três medidas relacionadas ao desfinanciamento da saúde no

governo Lula: a Desvinculação de Receitas da união (DRU), a Emenda Constitucional 29 (EC-29) e a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). Todas seguiram a lógica de desviar recursos da saúde para outros fins econômicos. Concordamos com Borlini (2010) quando afirma que o financiamento da saúde tornou-se volátil diante das exigências (e artimanhas) da economia do mercado.

A racionalidade da contrarreforma na Política de Saúde está diretamente vinculada ao Projeto Privatista. Esta racionalidade causou grandes mudanças e alterações na Política de Saúde e no SUS, visto que os eixos centrais dessa racionalidade têm se estruturado em saúde e desenvolvimento – integrando a política de saúde no modelo de desenvolvimento e crescimento do governo Lula, com abertura da saúde para instituição de parcerias público-privadas; redefinição do público estatal, através da formulação e apresentação do projeto das fundações estatais de direito privado que entroniza no âmbito da gestão da saúde a privatização institucionalizada; e os novos modelos e instrumentos de gestão, com proposições que defendem a tecnificação da gestão como solução para os problemas e contradições do SUS, pautados também e principalmente em mudanças na gestão do trabalho (SOARES, 2010, p. 184).

Desse modo, percebe-se que tanto no governo de Fernando Collor de Mello, quanto no governo de Fernando Henrique Cardoso e, de forma mais intensa, no governo de Luiz Inácio Lula da Silva, tivemos um conjunto de respostas voltadas para a maximização e expansão do capital, precarizando a Política de Saúde, tornando-a cada vez mais uma “política pobre para os pobres”. Logo, uma desconstrução do que foi conquistado a partir da década anterior, tornando-se perceptível a necessidade de desenvolver ações e estratégias em defesa da Política de Saúde e da efetivação do SUS constitucional.

Nessa perspectiva, apresentaremos a seguir como se deu a relação entre o Serviço Social e a saúde no Brasil e ressaltaremos a importância da atuação profissional do assistente social na defesa do SUS, delimitando os limites e possibilidades para essa atuação.

### **3.3. Serviço Social e Saúde: Limites e possibilidades para a atuação dos assistente social na defesa do Sistema Único de Saúde (SUS)**

No Brasil, a profissão de Serviço Social surgiu durante o período de 1930 a 1945. Com a elaboração do novo conceito de saúde pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948, o foco nos aspectos biopsicossociais

determinou a requisição de outros profissionais para atuar no setor. A partir daí, a área da saúde passou a se constituir como um dos principais espaços ocupacionais de atuação do assistente social.

De acordo com o CFESS (2010, p. 26), a atuação do profissional de Serviço Social na saúde compreende os determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença. Por apresentar-se como uma profissão que tem por direção social o comprometimento com valores democráticos de cidadania, justiça e igualdade social, o trabalho do assistente social deve estar direcionado à busca de estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões.

A ação do assistente social na saúde é mediada pelas demandas institucionais postas pelo processo de contrarreforma na saúde, pelas demandas dos usuários dos serviços, que se referem diretamente ou indiretamente à garantia do acesso aos serviços de saúde, bem como a outros serviços e políticas sociais que interferem no processo saúde-doença. Vale ressaltar que o assistente social tem uma relativa autonomia profissional, cuja intervenção deve estar fundamentada nos princípios ético-político-profissionais. Porém, a partir dos anos de 1990, as requisições para o profissional de Serviço Social na saúde sofreram grande influência da ideologia



neoliberal-privatista, colocando em xeque às demandas contrárias de dois projetos: o Projeto Privatista e o Projeto de Reforma Sanitária.

Conforme os estudos de Bravo e Matos (2008), o Projeto Privatista traz as seguintes demandas para o trabalho do assistente social na saúde: seletividade no atendimento aos usuários, atuação psicossocial através do aconselhamento, assistencialismo através de favores, burocratização das ações e repetição impensada das práticas de saúde, respostas dadas de forma pontual, imediata e tecnicista.

O Projeto de Reforma Sanitária requer da atuação do assistente social: Ações que visem à democratização do acesso às unidades e serviços de saúde, atendimento humanizado, articulação das ações profissionais com o movimento dos trabalhadores e dos usuários que lutam pela efetivação do SUS, interdisciplinaridade e estímulo à participação cidadã.

É notório que o Estado brasileiro, ao longo da história, teve suas ações submetidas aos interesses do grande capital. Sendo o Estado o maior empregador do assistente social, o trabalho desse profissional vem sofrendo um intenso processo de precarização, fazendo com que sua atuação se dê de forma tecnicista e fragmentada.

A racionalidade da contrarreforma na Política de Saúde com ações organizadas em

torno dos projetos Privatista e do SUS Possível tem impactado o exercício profissional do assistente social na saúde de forma direta. Este profissional se depara com sérias dificuldades para ultrapassar essa lógica, enfrentando diversos desafios associados à instrumentalização do projeto profissional crítico e dos seus fundamentos e princípios, com limites impostos pela ofensiva neoliberal.

Nesse contexto, há uma considerável diminuição de possibilidades para o profissional refletir sobre a realidade, pois, grande parte das respostas dadas pelo assistente social exige uma urgência permanente “como se estivéssemos diante de uma tragédia eminente – e, de certa forma, estamos: a tragédia da vida, da saúde, da doença e da morte de sujeitos sociais.” (SOARES, 2010, p.106). Além disso, a contratação de assistentes sociais que atuam na saúde, em especial no SUS, sofre um intenso processo de flexibilização.

Há um aumento na contratação devido ao crescimento das demandas aos serviços de saúde. Porém, o que ocorre é a intensificação da exploração e precarização das condições de trabalho na área da saúde, à exemplo das longas jornadas de trabalho e salários flexíveis – a média salarial do assistente social não pode ser inferior ao salário mínimo (que atualmente é de R\$ 788,00), mas varia

de acordo com a titulação, tempo de experiência, área de atuação, especialidade, órgão onde está empregado e localização; não há a determinação de um piso salarial.

Outro fator preocupante é a falta de apropriação do projeto ético-político da profissão. Devido à ofensiva neoliberal, ao incentivo à privatização e às diferentes demandas que o assistente social responde ao atuar no SUS, a conjuntura atual se mostra favorável para a materialização de conceitos e ações conservadoras. Esta conjuntura traz à tona uma visão do projeto ético-político como elemento utópico, com poucas possibilidades de efetivação, causando desinteresse por parte de alguns profissionais em se apropriar do referido projeto.

Para superar esses limites é imprescindível a realização de estratégias e ações para a atuação do assistente social no SUS. Atendendo aos princípios do projeto ético-político do Serviço Social, este profissional deve ter como eixo central a busca por ações articuladas aos princípios do Projeto de Reforma Sanitária, de modo a incentivar/propiciar a efetivação do SUS constitucional junto à sociedade e aos demais trabalhadores da saúde. Torna-se necessária uma articulação concreta com os movimentos sociais e outras categorias profissionais da saúde. Ou seja, tentar construir, junto aos demais trabalhadores e movimentos sociais

que lutam pela defesa do SUS, espaços nas unidades que garantam a participação popular.

É importante que estejamos atentos à autonomia presente na profissão no momento de atendimento ou intervenção profissional. Durante a atuação, o assistente social tem a possibilidade de direcionar suas ações às convicções profissionais, principalmente aos princípios norteadores do projeto ético-político da profissão (que estão em concordância com os princípios defendidos pelo SUS constitucional).

Outra estratégia significativa é a elaboração e participação do assistente social nos projetos de educação permanente: buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como, estar atento sobre a possibilidade de investigações com temas relacionados à saúde. Priorizar produções acadêmicas do Serviço Social na área da saúde, como instrumento de ruptura com a linha conservadora, é essencial. Sendo assim, apropriar-se de produções que tenham como referência o projeto de Reforma Sanitária e o projeto ético-político da profissão traz mais subsídios para a ação profissional.

#### **4. CONCLUSÕES**

A promulgação da Constituição Federal em 1988 representou um grande avanço na busca pela garantia dos direitos sociais. As

reivindicações do Movimento Sanitário, em conjunto com outros segmentos da sociedade, por um sistema de saúde pública possibilitaram o surgimento do SUS, o qual completou 27 anos de existência e, mesmo apresentando alguns avanços, o SUS real (com os princípios originais) não tem sido efetivado nos dias atuais.

A partir da década de 1990, o redirecionamento do papel do Estado causou impactos negativos na Política de Saúde e, conseqüentemente, no SUS. Esses impactos persistem até hoje, pois é evidente que o Projeto de Reforma Sanitária está perdendo espaço para o Projeto Privatista, voltado para o mercado.

A privatização cada vez mais presente na Política de Saúde engendra uma série de tendências negativas, dentre elas: a tecnificação da política de saúde, ampliação restrita do sistema, ênfase numa assistência precária, fragmentada e focalizada, privatização e mercantilização da saúde pública, precarização e superexploração do trabalho, promoção da saúde restrita e tensionamento dos espaços de participação social.

Diante do exposto, são perceptíveis as investidas do projeto neoliberal no desmonte das conquistas alcançadas ao longo da história da Política de Saúde no Brasil. Nesse cenário, o assistente social tem o desafio de desvelar a

realidade e romper com o imediatismo das respostas pragmáticas através de planejamento e uso de ações para democratizar o acesso à saúde. É preciso manter a auto-criticidade da profissão para subsidiar o enfrentamento à ofensiva neoliberal e fortalecer a defesa de uma saúde pública de qualidade, de acesso universal.

Desse modo, a bandeira de luta do assistente social é pelo fortalecimento do Projeto Sanitário, na defesa de um sistema público de saúde universal, e não fragmentado/seletivo como vem se tornando devido à ofensiva neoliberal. Sua atuação na saúde deve priorizar a “busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articuladas aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social.” (BRAVO, MATOS, 2004, p.211).

A saúde é um “direito de todos e dever do Estado” e, sendo assim, é preciso lutar por uma saúde de qualidade e com acesso igualitário. O SUS não pode se tornar uma “política pobre para os pobres”. Enfim, o processo de privatização não pode ser naturalizado.

## 5. REFERÊNCIAS

BORLINI, Leandra Maria. Há pedras no meio do caminho do SUS – os impactos do neoliberalismo na saúde do Brasil. **Textos & Contextos**. Porto Alegre, v. 9, n 2. p. 321-333, ago./dez. 2010. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7697/5799>> Acesso em 01 dez. 2015.

BRAVO, M. I. S. Política 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.

BRAVO, M. I. S. e MATOS, M. C. de. Projeto ético-político do Serviço social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, Ana Elizabete. Et al. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 3 ed. – São Paulo: Cortez; Brasília. DF, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.

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

\_\_\_\_\_. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro, 1990.

BRASIL. **Lei Orgânica Da Assistência Social** - lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Brasília, DF: Senado, 1993.

Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília, 2009.

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

SOARES, R. C. A Racionalidade da Contrarreforma na política de saúde e o

serviço social. In: BRAVO, M. I. S. e MENEZES, J.S.B de (Orgs) **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos**. São Paulo: Cortez, 2012.