



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

**MARINEIDE NUNES PEREIRA**

**REFLEXÃO SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE E A DIREÇÃO SOCIAL DO  
TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL**

Salvador  
2019

**MARINEIDE NUNES PEREIRA**

**REFLEXÃO SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE E A DIREÇÃO SOCIAL DO  
TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação em Serviço Social, entregue à Universidade Federal da Bahia em 2019.1, como requisito para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Stella Maria Leal Bastos Senes.

Salvador  
2019

**MARINEIDE NUNES PEREIRA**

**REFLEXÃO SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE E A DIREÇÃO SOCIAL DO  
TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social, pela Universidade Federal da Bahia.

**Aprovado em 8 de julho de 2019.**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Stella Maria Leal Bastos Senes  
Doutora em Serviço Social - Universidade Federal do Rio de Janeiro  
Orientadora - UFBA

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cristiana Mercuri de Almeida Bastos  
Doutora em Ciências Sociais - Universidade Federal da Bahia  
Examinadora - UFBA

---

Prof<sup>a</sup>. Me. Joyce Souza Lopes  
Doutoranda em Antropologia Social - Universidade Federal de Brasília (PPGAS/UNB)  
Examinadora

À memória de Dulcineia Pereira, minha mãe, com todo o meu amor e saudade.

## AGRADECIMENTOS

Começo agradecendo a Deus, cúmplice nas longas madrugadas estudando, nunca estive sozinha.

Agradeço a todos que estiveram presentes nessa caminhada: ao meu melhor amigo e companheiro de caminhada nessa estrada da vida, meu marido Gilberto, que foi muito paciente em compreender todas as mudanças que a graduação me proporcionou; a toda minha família, ainda que distante, nunca me deixou esquecer os motivos que me fizeram seguir em frente, em busca dos meus sonhos, cursar uma Universidade Federal é realização de um deles. E como diz um poeta<sup>1</sup>: “*quem não sabe de onde veio não sabe para onde vai*”; não poderia deixar agradecer às minhas colegas que juntas trilham o mesmo caminho árduo, andando sob sol e chuva para chegar até a universidade, depois de desistir de esperar pelo buzufba, dando força e vivendo cada momento em busca do mesmo objetivo, e ao final da aula, já noite, descendo a ladeira da biblioteca em direção ao ponto de ônibus, fazendo de cada caminhada difícil uma trilha mais leve de lágrimas em meio a tantos risos em busca desse tão sonhado dia de felicidade; agradeço infinitamente a todos os meus professores pelo comprometimento em transmitir conhecimento, em especial às professoras que compõe a minha banca examinadora, me sinto lisonjeada em saber que minhas palavras passaram pelos olhos de pessoas pelas quais a admiração e o respeito levarei por toda minha vida.

Terminar uma graduação foi, sem dúvidas, sinônimo de perseverança, determinação, coragem para enfrentar meus medos, vencer a timidez e confiar na ajuda alheia. Não vou romantizar o espaço acadêmico, de fato, é um ambiente enriquecedor e na mesma medida adoecedor. A graduação me libertou de um passado “*gris*” que culminou em um amanhecer azul cheio de novos sonhos e a certeza que o fim desse ciclo me deixou muito mais forte e preparada para outros que virão.

Muito, muito, muito obrigada a todos que de uma maneira ou de outra atravessaram esse tempo junto comigo! Nesse momento de lembranças de um passado, presente ainda, em que ao escrever essas linhas não consigo conter as lágrimas da felicidade.

---

1 Bráulio Bessa

“O Mundo é do tamanho do nosso conhecimento”, que venha o próximo desafio!

PEREIRA, Marineide Nunes. **Reflexão Sobre a Política de Saúde e a Direção Social do Trabalho do Assistente Social**, em Salvador/BA. 58 f. Monografia (graduação em Serviço Social) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2019.

## RESUMO

Objetiva-se neste trabalho refletir sobre a Política de Saúde e a direção social do trabalho do Assistente Social, considerando a importância da construção que os “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais”(CFESS, 2010), proporcionaram para o exercício do trabalho profissional dessa categoria de trabalhadores inseridos na política de saúde, a partir de um contexto de mudanças de paradigmas em relação ao conceito do processo saúde-doença e das novas requisições e diretrizes para atuação do assistente social no âmbito da política de saúde, e a importância dessa profissão para a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS). Destacando a contraditória participação desses profissionais, a partir da prestação dos serviços sociais em saúde, para a manutenção das relações sociais.

**Palavras-chave:** Política de Saúde; Trabalho do Assistente Social; Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Política de Saúde.

## **LISTA DE SIGLAS**

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social

CRESS - Conselho Estadual de Serviço Social

GT - Grupo de Trabalho

MRS - Movimento de Reforma Sanitária

MS - Ministério da Saúde

PAASS - Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde

PRS - Projeto de Reforma Sanitária

RS - Reforma Sanitária



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>2 REPRODUÇÃO DO CAPITAL, SERVIÇO SOCIAL E POLÍTICA DE SAÚDE</b> .....	16
2.1 O SERVIÇO SOCIAL E A REPRODUÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO .....	21
2.2 O SISTEMA DE PROTEÇÃO À SAÚDE E A RELAÇÃO COM O SERVIÇO SOCIAL.....	25
<b>3 NOTAS SOBRE OS “PARÂMETROS DE ATUAÇÃO PARA O TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS QUE ATUAM NA POLÍTICA DE SAÚDE”</b> .....	33
3.1 O SUS E OS DESAFIOS AO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL.....	45
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	51
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	55

## 1 INTRODUÇÃO

Esse trabalho foi motivado pelas inquietações sobre os desafios postos ao trabalho dos assistentes sociais que atuam nos espaços ocupacionais em que se materializa a Política de Saúde na contemporaneidade. Entende-se que o contexto social e econômico contemporâneo, em que se evidencia a desconstrução dos direitos sociais, impõe grandes desafios ao trabalho dos assistentes sociais, em especial aqueles que trabalham na área de saúde.

Diante disso, o estudo busca refletir sobre a atividade desses profissionais de Serviço Social, considerando as possíveis contribuições e, também, as requisições que lhes são apresentadas com a publicação, pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), dos “Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde (PAASS)” em 2010.

Pressupõe-se que os limites e as possibilidades para o trabalho dos assistentes sociais são postos no cotidiano de enfrentamento das múltiplas expressões da questão social (IAMAMOTO, 2015). Pressupõe-se, ainda, conforme Iamamoto e Carvalho (2007), que o caráter contraditório desse trabalho é determinado pelo processo de reprodução das relações sociais, que são relações de classes em disputa, e que na ordem capitalista são representadas por distintos projetos societários. Vale salientar a definição de Netto sobre projetos societários. Em seus termos:

Os projetos societários são projetos coletivos; mas seu traço peculiar reside no fato de se constituírem como projetos macroscópicos, como propostas para o conjunto da sociedade. Somente eles apresentam esta característica — os outros projetos coletivos (por exemplo, os projetos profissionais, de que trataremos adiante) não possuem este nível de amplitude e inclusividade. (NETTO, 2008, P.142)

Para o desenvolvimento desse estudo, fez-se necessária a compreensão do trabalho na dinâmica sócio histórica da sociedade capitalista, visto que tal dinâmica confere significado social à profissão (IAMAMOTO; CARVALHO, 2007). Busca-se, ainda, situar a profissão no contexto da trajetória da Política de Saúde e do Movimento de Reforma Sanitária. Assim, a análise sobre os Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Saúde torna-se relevante para esse estudo, visto que o documento expressa a direção social e ético política que a categoria, por meio de suas

representações profissionais<sup>2</sup>, propõe para o desenvolvimento das atividades dos assistentes sociais na saúde. O referido documento é orientado por princípios defendidos pelo Projeto Ético Político do Serviço Social e pelo Projeto da Reforma Sanitária. Sobre o Projeto Ético Político do Serviço Social, Netto (2008) afirma que:

Os projetos profissionais apresentam a auto-imagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas (inclusive o Estado, a que cabe o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais).(NETTO, 2008, p.144)

Segundo Bravo e Matos (2008), o Movimento de Reforma Sanitária tem sua origem embrionária na década de 1970, a partir da mobilização de um grupo de trabalhadores da área da saúde. Na década de 1980 o movimento agregou maior participação da população e de diversas categorias profissionais. Tal movimento, que ficou conhecido como Movimento Sanitário, promoveu a politização da saúde no sentido de defesa de sua universalidade e gratuidade em oposição ao modelo de mercantilização da saúde. Uma das metas traçadas e alcançadas pelo movimento sanitário, foi dar visibilidade à saúde no sentido de fortalecer suas bases no setor público e a proposta de universalização no atendimento. Essa mobilização deu forma à organização política em defesa da saúde pública. Segundo Bravo e Matos (2008), na metade da década de 1980, o movimento é fortalecido com o apoio de novos agentes sociais, incluindo profissionais de Serviço Social, e avança em propostas para a saúde pública. Nas palavras dos autores:

O movimento sanitário, que vem sendo construído desde os meados dos anos 70, conseguiu avançar na elaboração de propostas de fortalecimento do setor público em oposição ao modelo de privilegiamento do produtor privado, tendo como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, em Brasília. (BRAVO; MATOS, 2008, p.203)

De acordo com Bravo (2008), a década de 1980 foi um período de avanços no processo de democratização das políticas, mas também foi um período de crise econômica, e no final da referida década há um retrocesso nos avanços da democratização das políticas reafirmando a hegemonia neoliberal, em um processo

---

<sup>2</sup> São representações da categoria de assistentes sociais: o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) que atua em conjunto com os Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS). Além desses, a categoria conta com a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) e Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social (ENESSO). Essas entidades assumem historicamente a direção social, na perspectiva crítica e defesa dos interesses da classe trabalhadora, em suas ações, publicações e orientações para a categoria.

que reduz direitos sociais, visto que desconstrói as políticas sociais, especialmente, as da Seguridade Social, conquistadas na Constituição Federal de 1988. Uma das políticas mais atingidas pelo projeto neoliberal tem sido a política de saúde. A garantia constitucional de um sistema de saúde de acesso universal como um direito de todos e dever do Estado, continua a ser objeto da luta dos movimentos sociais que defendem a saúde pública. Nesse sentido, ao se referir ao Sistema Único de Saúde, Bravo observa: “[...] apesar das declarações oficiais de adesão a ele, verificou-se o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e uma omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral.” (BRAVO, 2008, p.100).

De acordo com a autora, esse “descumprimento” compromete a consolidação e os avanços do SUS, dando lugar aos avanços dos interesses privatistas neoliberais. Cabe dizer que o neoliberalismo defende um projeto de sociedade em que a participação do Estado na área social é reduzida e propõe uma ampla privatização, inclusive dos serviços sociais, incluindo a saúde. Dessa forma, está alinhado a reatualização do modelo médico privatista. Em suas palavras:

A afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil, tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação. (BRAVO, 2000, p.100)

De acordo com Bravo (2008), mesmo após a garantia constitucional de um sistema de saúde universal e gratuito, no final da década de 1980, havia algumas incertezas que comprometeram os avanços do PRS, destacando algumas dificuldades na implementação do SUS, como a citada acima em relação aos dispositivos legais e a omissão do governo federal, entre outros. Tais dificuldades ainda mobilizam o movimento em defesa do PRS que atualmente luta pela redução do setor privado na prestação de serviço de saúde pública.

Segundo Bravo (2008), os dois projetos societários antagônicos vivem em disputa até os dias de hoje na sociedade brasileira, são eles: o projeto neoliberal que é privatista; e o que se contrapõe a este, o projeto societário universalista que é defendido pelo movimento sanitário visto que propõe a gratuidade e universalidade de acesso da população aos serviços sociais. O Projeto Ético-Político do Serviço Social se alinha ao segundo projeto, o defendido pelo Movimento Sanitário.

Ainda seguindo as reflexões de Bravo (2008), a burocratização dos serviços atingiu o movimento de Reforma Sanitária e afastou os sujeitos da mobilização, ou seja, ao mesmo tempo em que o Movimento de Reforma Sanitária (MRS) politiza a saúde, a burocracia despolitiza e afasta os sujeitos da cena política. Bravo (2008) ao citar Fleury, explica que há o tensionamento de dois elementos contraditórios, mas que estão presentes na luta em defesa das políticas sociais, o “reformador” e o “revolucionário”, para ela o movimento sanitário identifica-se com o segundo, embora não esteja desvinculado do primeiro, visto que ambos são necessários para o desenvolvimento da política de saúde voltada para beneficiar a classe trabalhadora. Assim, a autora considera a democracia e a mobilização dos trabalhadores como as principais estratégias de efetivação das políticas sociais. Em suas palavras:

A burocratização da reforma sanitária, segundo Teixeira Fleury (1989), afasta a população da cena política, despolitizando o processo. A concretização da reforma tem dois elementos em tensão: o reformador, imprescindível para transformar instituições e processos, e o revolucionário, que é a questão sanitária, só superada com a mudança efetiva nas práticas e na qualidade de saúde da população. Considera-se que a construção democrática é a única via para se conseguir a Reforma Sanitária e a mobilização política uma de suas estratégias, sendo o desafio colocado para os setores progressistas da Saúde que deveria ser viabilizado na década de 90. (BRAVO, 2008, p.99).

Dessa forma, percebe-se que a consolidação e os avanços dos princípios da Reforma Sanitária permanecem como desafios fundamentais na agenda da Política de Saúde desde sua criação e principalmente no atual contexto político de ataque aos direitos sociais. Considera-se, nesse estudo, que o contexto de ataque as políticas sociais, da privatização e burocratização dos serviços de saúde, acompanhado da desmobilização política que atinge os espaços sócio ocupacionais na saúde, influencia diretamente o trabalho dos assistentes sociais inseridos nessa política.

E para abordar o trabalho do Assistente Social, inicialmente, adota-se a compreensão de Iamamoto (2015) de que o trabalho do assistente social “[...] é uma das especializações do trabalho, parte da divisão social e técnica do trabalho social [...]” (IAMAMOTO, 2010, p.415). A autora parte da apropriação do conceito de trabalho a partir da análise que ela faz de Marx, em O Capital, e compartilha a compreensão de que o trabalho tem um pressuposto teleológico, que significa a capacidade de projetar o resultado do trabalho, antecipadamente na mente, antes de materializá-lo. Iamamoto argumenta que na divisão social do trabalho no capitalismo, o trabalho do assistente social é apresentado sob a forma de serviços, a saber:

Então, o Serviço Social é um trabalho especializado, expresso sob a forma de serviços, que tem *produtos*: interfere na reprodução material da força de trabalho e no processo de reprodução sociopolítica ou ideo-política dos indivíduos sociais. O assistente social é, nesse sentido, um intelectual que contribui, junto com inúmeros outros protagonistas, na criação de *consensos* na sociedade. Falar em consensos diz respeito não apenas à adesão ao instituído: é consenso em torno de interesses de classes fundamentais, sejam dominantes ou subalternas, contribuindo no reforço da hegemonia vigente ou criação de uma contra-hegemonia no cenário da vida social. (IAMAMOTO, 2015, p.69).

Cabe informar que o interesse pela temática de estudo surgiu pela experiência de estágio obrigatório do curso de Serviço Social da Universidade Federal da Bahia, entre outubro de 2017 e agosto de 2018, no Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos<sup>3</sup> (COM-HUPES), Salvador-BA. A experiência vivenciada no COM-HUPES suscitou alguns questionamentos sobre o exercício profissional de assistentes sociais que atuam na política de saúde, sobre a perspectiva do repasse de serviços, através da atuação desses profissionais, cujo trabalho é a concretização do desenvolvimento das relações sociais vigentes na sociedade.

No período de estágio, foi observado que as atividades desenvolvidas no cotidiano pelas assistentes sociais do COM-HUPES são bem dinâmicas e variadas<sup>4</sup>, podendo ser identificado uma sobrecarga de trabalho. Pois, além de ter que responder às demandas dos usuários dos serviços, têm que responder às exigências institucionais. O COM-HUPES é regido pela EBSEERH, uma empresa estatal, de natureza privada que atua no setor público de saúde, ou seja, o Hospital é público mas sua gestão é privada no atendimento à saúde, uma lógica que prioriza o quantitativo no atendimento ao usuário e não o qualitativo, reafirmando assim a consolidação do projeto voltado para o mercado, desde a década de 1990, conforme nos aponta Bravo (2008).

---

3 O COM-HUPES, também conhecido como Hospital das Clínicas, é um hospital público de esfera federal, de média e alta complexidade e integra o Sistema Único de Saúde (SUS). Por ser um Hospital Universitário, ele trabalha com o tripé: Ensino, Pesquisa e Extensão, alcançando diversas profissões voltadas para a área da saúde. Conforme informações disponibilizadas no site oficial da Instituição Disponível em: <http://www.complexohupes.ufba.br>. Acesso em: novembro de 2017), a partir de 2009, o Hospital estabeleceu uma parceria com o Hospital Oswaldo Cruz/SP, onde iniciou-se um processo de implantação do Programa de Acreditação Hospitalar Internacional através da Joint Commission International (JCI), uma empresa alemã que desenvolve, autonomamente, além de atendimento hospitalar, pesquisas na área da saúde. Em outubro de 2012, o CONSUNI -Conselho Universitário da UFBA- aprovou a adesão do COM-HUPES à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEERH) para a gestão do Hospital.

4 Assim que o paciente é admitido no setor de regulação do Hospital ele é direcionado ao Serviço Social para receber as orientações quanto às normas e rotinas, feito isso, ele retorna à regulação onde é encaminhado para respectiva enfermaria. A partir disso, a assistente social de referência faz o acolhimento, procedendo com a entrevista social, e acompanha o paciente durante todo o internamento, fazendo as evoluções em prontuário eletrônico e físico, anexando ao prontuário do paciente juntamente com a evolução dos outros profissionais. Mensalmente cada assistente social elabora um relatório quantitativo acerca das atividades desenvolvidas e anualmente um projeto de intervenção e relatório descritivo e avaliativo, apresentado à coordenação que condensa todos os relatórios encaminhando para a direção do Hospital. Nesse mesmo período (2017/2018) o hospital contava com a vinculação de cinco residentes e 14 estagiários.

A autora argumenta que as Políticas Sociais “[...] têm como principais características a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução dos custos e a produtividade [...]” (BRAVO, 2008, p.100) desviando gradativamente do Estado a responsabilidade na prestação de serviços de saúde.

Em caráter meramente ilustrativo, cabe mencionar que no Hospital universitário citado, que é de grande porte, há uma equipe de apenas dezoito assistentes sociais, que possuem diferentes vínculos empregatícios<sup>5</sup>, cinco apoios administrativos, para responder ao trabalho em doze enfermarias e três UTI's<sup>6</sup>.

Foi a partir da observação coparticipante dos desafios postos às demandas cotidianas das assistentes sociais do COM-HUPES, que motivou o desejo de aprofundar os estudos sobre o trabalho de assistentes sociais nessa política, buscando refletir sobre a importância, requisição e contribuições que os “Parâmetros para a Atuação” representaram para o trabalho dos profissionais, considerando que já se passaram dez anos da publicação do documento pelo CFESS.

Para subsidiar um pouco mais a análise e sanar a inquietação que fomentou o estudo para o desenvolvimento deste trabalho, houve uma breve participação, na segunda etapa, no GPSS CT, um grupo de pesquisa científica que desenvolve um estudo sobre o: Trabalho de Assistentes Sociais nos Hospitais de Ensino da Universidade Federal da Bahia no Contexto da Implantação da EBSEH: O Caso do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos. Orientado pela professora Dr<sup>a</sup> Cristiana Mercuri de Almeida Bastos, no CRH (Centro de Estudos e Pesquisas em Humanidades) da Universidade Federal da Bahia.

Para desenvolver este estudo de caráter exploratório, priorizou-se a pesquisa bibliográfica e documental. Durante a revisão bibliográfica sobre trabalho do assistente social, identificou-se a necessidade de sistematizar os argumentos teóricos de Iamamoto e Carvalho (2007) sobre o significado social da profissão no processo de produção e reprodução capitalista. Essa sistematização teve como objetivo construir mediações teóricas que permitissem refletir sobre o caráter contraditório da participação do assistente social no âmbito das instituições que atuam com as políticas de saúde.

---

5 Há vínculos UFBA regidos pelo Regime Jurídico Único, além de FAPEX, SESAB (Ministério da Saúde) e EBSEH pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

6 Registrava-se, à época, duas enfermarias descobertas, sendo suas demandas encaminhadas para o plantão de intercorrências, que também atende às demandas das demais enfermarias quando o profissional de referência não se encontrar na unidade.

Os autores citados salientam que o movimento de reprodução das relações sociais ocorre em duas dimensões inseparáveis, a dimensão material e a dimensão espiritual que, segundo eles, expressam-se na dinâmica contraditória das relações entre as classes fundamentais para a reprodução continuada da força de trabalho e do capital. Assim, destacam o significado da participação dos assistentes sociais e da prestação dos serviços sociais para a manutenção das relações sociais sob o modo de produção capitalista.

A argumentação construída por esses autores é essencial para a compreensão dos desafios que se apresentam ao trabalho dos assistentes sociais que atuam no campo das políticas sociais, em especial a política de saúde, considerando o atual contexto político, econômico e social. Além disso, outras publicações posteriores de Iamamoto (2007) subsidiaram o estudo.

Foram adotadas ainda, as contribuições teóricas de José Paulo Netto (1996, 2008 e 2009) para situar o papel que o Estado assumiu no desenvolvimento do capitalismo monopolista, com o objetivo de entender a configuração assumida pelas políticas sociais. Para caracterizar a política de saúde, recorreu-se a Bravo [et al] (2008, 2009, 2018) que desenvolve reflexões sobre os impasses entre o Movimento de Reforma Sanitária e o projeto que defende a privatização da saúde, em constante disputa, com vitórias do projeto hegemônico neoliberal, principalmente no atual governo.

De acordo com o levantamento da literatura específica da área, pode ser observado que a área de atuação que mais contrata profissional de Serviço Social no Brasil é a área da saúde, desde o meado da década de 1940<sup>7</sup>, intensificando-se a partir do Movimento de Reforma Sanitária (MRS), da Constituição Federal (CF) de 1988 e da criação da Lei Orgânica da Saúde (LOS) 1990, que passou a considerar os aspectos sociais na determinação do processo saúde-doença. Sabe-se que o Assistente Social tem um campo de trabalho muito vasto, pode atuar na área sócio jurídica, em empresas, em Organizações Não Governamentais (ONGs), no campo da Política de Seguridade Social (composta por Assistência Social, Saúde e Previdência). Embora, no âmbito da Seguridade Social, as políticas não sejam desvinculadas umas

---

7 De acordo com Bravo e Matos (2008) esse fato ocorreu após 1945, pois "A conjuntura de 30 a 45 caracteriza o surgimento da profissão no Brasil, com influência europeia, e a área da saúde não foi a que concentrou maior quantitativo de profissionais, apesar de algumas Escolas terem surgido motivadas por demandas do setor. A formação profissional também se pautou, desde o seu início, em algumas disciplinas relacionadas à saúde" (BRAVO; MATOS, 2008, P.198.)



das outras, aqui nesse estudo será dado destaque à discussão sobre a atuação profissional na área da saúde.

Portanto, o objetivo desta pesquisa se orientou no sentido de refletir o trabalho de assistentes sociais da saúde, privilegiando como objeto a reflexão sobre a política de saúde e a direção social do trabalho do assistente social. Logo, para alcançar tal objetivo, foi necessário abordar, na trajetória do Serviço Social as modificações do direcionamento teórico-metodológico e ético-político da profissão, com a finalidade de refletir sobre as contribuições que a publicação do documento “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde” visava proporcionar ao *trabalho* desses profissionais. Busca-se abordar a legitimação do conceito de saúde como parte da Seguridade Social e as dificuldades de implementação do SUS.

O desenvolvimento deste estudo foi direcionado pelo resgate histórico e a compreensão do processo de reprodução das relações sociais capitalistas como determinante para definir os limites e possibilidades do trabalho do assistente social.

Diante do contexto social de intensificação das disputas entre os projetos de classe frente ao movimento de reprodução do capital, que tem resultado em ataque aos direitos sociais e mudanças na Política de Saúde, com novas requisições e diretrizes para atuação do assistente social, no âmbito do SUS, que se pretende desenvolver a análise aqui proposta.

## **2 REPRODUÇÃO DO CAPITAL, SERVIÇO SOCIAL E POLÍTICA DE SAÚDE**

Para refletir sobre o trabalho do assistente social na política de saúde, considera-se importante a compreensão de alguns aspectos fundamentais que estruturam a sociedade capitalista. Para tanto, busca-se neste tópico, a partir da sistematização da análise de Netto (2009), compreender como a política social se configurou na ordem burguesa para garantir a reprodução do capital na fase monopolista.

O autor desenvolve uma argumentação teórica sobre as modificações do capitalismo do século XIX, onde houve mudanças significativas na dinâmica das relações sociais, especialmente no papel do Estado. Nesse sentido, Netto (2009) destaca o período histórico em que há a consolidação do capitalismo monopolista, que tomou o lugar do capitalismo concorrencial.

De acordo com o autor (NETTO, 2009), no capitalismo concorrencial buscava-se a equalização das taxas de lucro. Dessa forma, não era necessária uma intervenção contínua do Estado. Sendo assim, as funções estatais eram externas e pontuais, especialmente voltadas para a garantia da propriedade privada e o controle social sob a classe trabalhadora.

No capitalismo monopolista, o próprio nome já indica como funciona, e nesse sentido, o autor destaca dois elementos típicos da fase monopólica. O primeiro é fenômeno da supercapitalização, visto que os capitalistas, além de monopolizarem os meios de produção, buscam os seus superlucros a partir da fusão com outros grupos capitalistas (ex: capital bancário e os vários segmentos do capital industrial). O segundo elemento destacado por ele é a natureza parasitária da burguesia, Netto (2009) aborda sob a perspectiva de dois ângulos esse parasitismo, em suas palavras:

[...] ao engendrar a oligarquia financeira (Lênin, 1977, I:610 e ss.) e ao divorciar a propriedade da gestão dos grupos monopolistas, o capitalismo monopolista traz à tona a natureza parasitária da burguesia; por outro lado, e só parcialmente em relação à “queima” do excedente acima mencionada, a monopolização dá corpo a uma generalizada burocratização da vida social, multiplicando ao extremo não só as atividades improdutivas *stricto sensu*, mas todo um largo espectro de operações que, no “setor terciário”, tão somente vinculam-se a formas de conservação e/ou legitimação do próprio monopólio. (NETTO, 2009, p.22).

De acordo com a revisão bibliográfica efetuada, o Estado sempre assistiu ao processo de desenvolvimento econômico do capital, atuando na garantia da propriedade privada e dos meios de produção, modificando sua intervenção de forma funcional e estrutural com o fenômeno do capitalismo monopolista, que segundo Netto (2009) é a fase imperialista do capitalismo.

Como sinaliza o autor (NETTO, 2009), antes, no capitalismo concorrencial, o Estado atuava de forma pontual nas condições externas da produção capitalista, interferindo internamente somente em situações precisas. Na fase monopolista o Estado amplia essa atuação, para além da preservação das condições externas, agora de forma mais enérgica, a intervenção passou a se dar também na organização e na dinâmica econômica, ou seja, o Estado no capitalismo imperialista passa a intervir externa e internamente de forma contínua e sistemática garantindo o modo de produção capitalista. Netto explica parte das funções que o Estado passa assumir da seguinte forma:

[...] O Estado – como instância da política econômica do monopólio – é obrigado não só a assegurar continuamente a reprodução e a manutenção da força de trabalho, ocupada e excedente, mas é compelido (e o faz

mediante os sistemas de previdência e segurança social, principalmente) a regular a sua pertinência níveis determinados de consumo e a sua disponibilidade para a ocupação sazonal, bem como a instrumentalizar mecanismos gerais que garantam a sua mobilização e alocação em função das necessidades e projetos do monopólio. (NETTO, 2009, p.27).

Contudo, de acordo com o autor, embora o Estado seja o aparato do monopólio capitalista, isso não impede de haver confrontos entre eles, todavia esses atritos entre o Estado e o capital se esgota quando o nível do tensionamento põe em risco a reprodução capitalista. Com isso, algumas categorias de trabalhadores são contempladas/beneficiadas pelo Estado, obtendo respostas positivas no atendimento de suas necessidades, categorias estas que também compõem a classe trabalhadora. O Estado acolhe algumas demandas dos trabalhadores, visto que são necessárias para a sua legitimação criar as condições de reprodução do capital e produção de mais valia (NETTO, 2009). Segundo o autor, essas respostas do Estado que beneficiam algumas categorias de trabalhadores, por vezes, de forma estrategicamente antecipada, não podem ser consideradas como algo “natural”, visto que essas camadas beneficiadas pelo Estado eram importantes para garantir o principal objetivo do capital: os superlucros.

Pressupõe-se nesse estudo, que o papel do Estado brasileiro, especialmente nessa conjuntura de crise, possui um caráter contraditório na mediação das relações entre as classes, atendendo prioritariamente os interesses do capital. As atuais “reformas” implementadas pelo governo frente à atual conjuntura social e econômica do país têm levado à desconstrução dos direitos sociais, ataque às políticas sociais (especialmente à política de saúde).

Na década de 1980 a classe trabalhadora conquistou algumas vitórias, concretizadas no texto da Constituição Federal de 1988, sendo as conquistas na área da política de saúde, de acordo com Bravo e Matos (2008), uma das mais significativas. Contudo, os ideários neoliberais também progrediram no mesmo período, revelando a tensão permanente entre os distintos projetos de classe. Em 1989 foram colocados em disputa dois projetos societários contrapostos, com a corrida presidencial que se estabeleceu no país. Um se pautava em um modelo de democracia de massa, que se baseava numa estreita relação Estado-sociedade no sentido de desenvolver políticas para dar respostas às expressões da questão social. O segundo modelo, de matriz neoliberal, se pautava num projeto de democracia restrita, que visava uma ação mínima do Estado (BRAVO E MATOS, 2008).

Essa proposta de Estado mínimo, de acordo com Behring (2009) significa que ele era mínimo para a classe trabalhadora e ampliado para a garantia do processo de acumulação e dos privilégios históricos da sociedade brasileira.

O projeto de democracia de massa foi derrotado pelo projeto de democracia restrita, que começou a promover as “reformas” no aparelho do Estado. De acordo com Netto (2009), podemos observar que o Estado acompanhou os momentos de crise do capital (crise de acumulação ou crise de estagnação), e o projeto societário de democracia restrita promoveu o processo de enfrentamento da crise cíclica do capital. Conforme formulação de Behring e Boschetti (2009), essas reformas caracterizam-se como contrarreformas do Estado.

Behring e Boschetti (2009) afirmam que as contrarreformas do Estado promovem mudanças regressivas das Políticas Sociais, visto que atacam os direitos já conquistados pela classe trabalhadora. Para as autoras, trata-se de uma contrarreforma, porque ela nega os direitos fundamentais dos trabalhadores. As “reformas” desse modelo de democracia restrita (reforma trabalhista, previdenciária, etc.) nega direitos e, por isso, elas defendem que a reforma promovida por esse modelo de democracia restrita na verdade é uma contrarreforma do Estado, já que não aponta para melhorias concretas no sentido da democracia e da garantia de direitos sociais.

As contrarreformas do Estado adquirem maior ou menor profundidade a depender das escolhas do governo, ou seja, a depender do direcionamento político que estiver em vigor. Na década de 1990 houve um forte impulso das demandas sociais para o setor privado. A mercantilização da saúde foi imposta através da visão prescritiva de que o serviço público de saúde era ineficiente e que era direcionado para os pobres. O setor privado começou a se desenvolver, pois houve um sucateamento da saúde pública, fortalecendo a lógica privatista, que possui um viés curativo e medicalizado, numa perspectiva de desmonte de direitos conquistados e estabelecidos pela CF de 1988 (BRAVO, 2008)

De acordo com Behring e Boschetti (2009) o discurso de que o Estado precisa passar por uma reforma administrativa, com a alegação de que a gestão privada tem mais capacidade e eficiência do que a gestão estatal é uma explicação do ponto de vista ideológico pautado nos ideais neoliberais. Segundo a referida autora, reiteram que não se trata de uma reforma no sentido progressista e democrático, é uma

contrarreforma porque ela traz em si práticas regressivas e conservadoras do ponto de vista dos direitos sociais da classe trabalhadora.

Em relação às contrarreformas que atingem as políticas de Seguridade Social, o documento publicado pelo CFESS, “Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde”, afirma: “[...] ressalta-se a mercantilização da Saúde e da Previdência e a ampliação do assistencialismo [...]” (CFESS, Brasília, 2010, p.20). Nesse sentido, vale destacar os seguintes pontos observados pelo CFESS (2010) que caracterizam a contrarreforma da saúde:

A contrarreforma do Estado atingiu a saúde por meio das proposições de restrição do financiamento público; da dicotomia entre ações curativas e preventivas, rompendo com a concepção de integralidade por meio da criação de dois subsistemas: o subsistema de entrada e controle, ou seja, de atendimento básico, de responsabilidade do Estado (uma vez que esse atendimento não é de interesse do setor privado) e o subsistema de referência ambulatorial e especializada, formado por unidades de maior complexidade que seriam transformadas em Organizações sociais. Nessa lógica, há ênfase em programas focais: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF)<sup>17</sup>; além da utilização de cuidadores com a finalidade de baratear os custos das ações básicas. (CFESS, Brasília, 2010, p.20/21).

De acordo com o documento do CFESS (2010), esse modelo gerencial de democracia restrita impacta diretamente no direcionamento do trabalho de assistentes sociais, com uma forte tendência à refilantropização das ações com forte apelo ao voluntarismo, na medida em que se constrói a ideia do voluntariado (não permanente, ex: a campanha amigos da escola, etc.), desprofissionaliza-se a atuação nas Políticas Sociais, alargando cada vez mais o trabalho precarizado, subalternizado de profissionais qualificados. A saúde pública vai perdendo o caráter universalista dando lugar ao projeto voltado para o mercado e cada vez mais assistentes sociais são solicitados para amenizar os conflitos gerados por esse modelo restritivo com a intervenção mínima do Estado em direção a classe trabalhadora. Assim, o documento do CFESS conclui:

O projeto da saúde articulado ao mercado ou à reatualização do modelo médico assistencial privatista está pautado na Política de Ajuste, que tem como principais tendências: a contenção dos gastos com racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis por meio do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços em nível local e eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento. (CFESS, Brasília, 2010, p.22).

Como podemos observar na Política de Saúde, o Estado oferece um sistema de saúde, a partir do SUS, de acesso público universal e gratuito, mas que contraditoriamente também serve aos interesses do capital, visto que garante a produção e reprodução da classe trabalhadora e do próprio capital. Sem a promoção e manutenção da saúde dos trabalhadores, não seria possível dar continuidade ao processo de extração de mais valia, porque, segundo a análise que os autores citados neste trabalho (IAMAMOTO, 2015; NETTO, 1996) fazem, a partir da teoria do trabalho em Marx, somente a força de trabalho pode agregar valor e produzir mais valia. Nesse sentido, as linhas abaixo são desenvolvidas reflexões sobre o trabalho do assistente social no processo de produção e reprodução da força de trabalho.

## 2.1 O SERVIÇO SOCIAL E A REPRODUÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO

Para entender o papel do assistente social no processo de produção e reprodução da classe trabalhadora, recorreu-se à análise de Iamamoto e Carvalho (2007). De acordo com a análise do texto dos referidos autores, foi possível compreender que há uma unidade entre a produção e reprodução da força de trabalho e que capital é relação social que supõe trabalho assalariado. A partir desta compreensão os autores nos revelam como o Serviço Social participa desse processo de produção e reprodução da força de trabalho, enfatizando que esta é uma compreensão que só é possível ser apreendida se for observada a história.

A partir da concepção marxiana que Iamamoto e Carvalho (2007) assumem, conclui-se que a produção, relação à qual o trabalhador está subordinado, supõe a reprodução, que é garantida pela condição dos trabalhadores venderem continuamente sua força de trabalho. Segundo eles, esta relação de subordinação só foi possível a partir da mercantilização da força de trabalho, ou seja, a partir do momento em que o trabalhador foi expropriado de sua condição de trabalhador autônomo, passando a subordinar-se à relação de assalariamento. Como já mencionado acima, a partir do debate de Netto (2009), o Estado teve um papel fundamental nesse processo.

Iamamoto e Carvalho (2007) nos revelam o significado social da profissão. Segundo os autores, nesse modo de produzir da sociedade capitalista, em que houve a divisão social e técnica do trabalho, o assistente social participa da gestão e do

repassa dos serviços, ou seja, “[...] o processo de produção capitalista não é só um processo de re-produção de relações sociais, mas de produção de relações [...]” (IAMAMOTO e CARVALHO, 2007, p.68). Sendo assim, a profissão é um dos elementos que contribui para a produção e reprodução da força de trabalho, ao prestar *serviços sociais* previstos nas políticas públicas, como por exemplo a política que foi utilizada como objeto para elaboração deste trabalho (política de saúde), e pelas mesmas atividades contribui para a reprodução do capitalismo. É nessa relação contraditória de produção e reprodução da força de trabalho e do capital, que se situa o significado social da profissão.

É importante salientar que as políticas sociais não foram criadas para solucionar as mazelas da sociedade e promover melhores condições de vida para a classe trabalhadora, foram criadas para minimizar as tensões entre as classes sociais, geradas pelas contradições do modo que a sociedade se organiza para produzir, mantendo-se assim a ordem burguesa. Essa contradição entre as classes e seus desdobramentos históricos, próprios do modo de produção que produz e reproduz as contradições é compreendida pelos autores citados neste trabalho como questão social. Nesse sentido, Iamamoto (2015) nos revela que:

A questão social explica a necessidade das políticas sociais, no âmbito das relações entre as classes e o Estado, mas as políticas sociais, por si, não explicam a questão social. Aquela é, portanto, determinante devendo traduzir-se como um dos polos-chaves da formação e do trabalho profissional. (IAMAMOTO, 2015, p.58-59).

Como nos aponta Netto (2009), o processo de evolução das políticas sociais sempre obedece a lógica do avanço do capital. E é nesse sentido, conforme Iamamoto e Carvalho (2007), que se observa o caráter contraditório do trabalho do assistente social, pois sua intervenção profissional atende a ambas as classes sociais. Ou seja, ao exercer suas atividades, o assistente social corresponde aos interesses mútuos e contraditórios das classes sociais, pois a profissão corresponde às necessidades dos trabalhadores atendendo também, pelas mesmas atividades, as demandas do capital. Ou seja, o assistente social reproduz ao mesmo tempo e pelas mesmas atividades interesses antagônicos, o que é justificado pelo fato de existir uma interdependência entre as classes sociais que estruturam a sociedade capitalista. E essa interdependência possui uma correlação de forças extremamente desigual, visto que há um polo dominante – o capital. Segundo os autores:

Isso supõe, como diretriz de trabalho, considerar a profissão sob dois ângulos, não dissociáveis entre si, como duas expressões do mesmo

fenômeno: como realidade vivida e representada na e pela consciência de seus agentes profissionais expressa pelo discurso teórico-ideológico sobre o exercício profissional; a atuação profissional como atividade socialmente determinada pelas circunstâncias sociais objetivas que conferem uma direção social à prática profissional, o que condiciona e mesmo ultrapassa a vontade e/ou consciência de seus agentes individuais.

A unidade entre essas duas “dimensões” é contraditória, podendo haver uma defasagem entre as condições e efeitos sociais objetivos da profissão e as representações que legitimam esse fazer. Em outros termos: uma defasagem entre intenções expressas no discurso que ratifica esse fazer e o próprio exercício desse fazer. O esforço está direcionado, pois, para apreender o Serviço Social inserido no *processo social*. (IAMAMOTO; CARVALHO 2007, p.73).

Conforme os referidos autores, nesse modo de produzir da sociedade capitalista, as políticas sociais também, têm um caráter contraditório, pois ainda que haja política de combate à miséria, sempre haverá uma parcela da população em situação de pobreza e de extrema pobreza dado que o capitalismo se sustenta dessa forma, produzindo a riqueza ao mesmo tempo em que produz a pobreza, é uma relação de interdependência subsidiada pelo Estado.

Os autores lamamoto e Carvalho (2007, p.65) desenvolveram uma argumentação considerando a totalidade “[...] do processo de produção e reprodução das relações sociais, [...]” como o conjunto das dimensões contraditórias que se expressam na forma diferente de pensar o social. Nesse sentido, chamam atenção para duas tendências que resultam dessa contradição, consequências que resultam da não compreensão da contradição, que é o voluntarismo e o fatalismo. O fatalismo é expresso na ideia de que não se pode fazer nada contra esse sistema, um posicionamento tão imobilizante quanto a ideia voluntarista de que é possível fazer tudo, com boa vontade (messianismo). (lamamoto; Carvalho, 2007)

Essas duas perspectivas polarizadas (o messianismo e o fatalismo) acerca do trabalho de assistentes sociais é um dos desafios a serem superados pela categoria profissional. E nesse sentido, os autores nos apontam um exercício profissional capaz de contribuir para o direcionamento no sentido de beneficiar os interesses da classe trabalhadora, sem, no entanto, assumir uma postura messiânica ou fatalista. Afirmam ainda que o caráter contraditório da profissão é indissociável desse modo que a sociedade se organiza, que existem interesses contrapostos, mas que há uma totalidade, a própria contradição é a essência dessa totalidade. De acordo com lamamoto e Carvalho (2007):

Trata-se, portanto, de uma *totalidade concreta em movimento, em processo de estruturação permanente*. Entendida dessa maneira, a reprodução das relações sociais atinge a totalidade da vida cotidiana, expressando-se tanto



no trabalho, na família, no lazer, na escola, no poder, etc. como também na *profissão*. (IAMAMOTO e CARVALHO, 2007, p.73).

Segundo Ricardo Antunes (1995) o que caracteriza o capital é a relação da classe que vive do trabalho e a classe que vive da exploração do trabalho, e essa “[...] exploração se expressa tanto nas condições de saúde, habitação, como na degradação moral e intelectual do trabalhador [...]” (IAMAMOTO e CARVALHO, 2007, p.66). Sabemos que o capital não assume a importância da força de trabalho, mas precisa da classe trabalhadora para produzir a mais valia, pois a riqueza, nos termos de Iamamoto, ou superlucros, nos termos de Netto, só pode ser produzida pela força de trabalho.

A partir do momento em que o capital, com suporte do Estado, concentra os meios de produção, o trabalhador, submetido à exploração, garante a reprodução do capital. Contudo, mesmo submetidos a uma correlação de forças desigual, a partir do momento em que esse pólo dominado toma consciência da exploração que está submetido, reage. “Esta luta pela sobrevivência se expressa também em confrontos com o capital, na busca de reduzir o processo de exploração, com vitórias parciais mas significativas da classe trabalhadora, [...]” (IAMAMOTO e CARVALHO, 2007, p.66)

Nesse sentido retomamos o que já foi exposto acima a partir do debate de Netto (2009), quando ele fala das pequenas contemplações positivas que o Estado concede à classe trabalhadora, no atendimento de suas necessidades. Não nos esquecendo de que essas respostas positivas que beneficiam os trabalhadores não são espontâneas, são ações estratégicas que implicam interesses dos quais beneficiam majoritariamente os interesses do capital monopolista.

Assim, ao considerar que o assistente social é um agente de repasse de serviços sociais previstos nas políticas públicas, é possível entender que, contraditoriamente, ele está reproduzindo a força de trabalho exercendo uma *função* mediadora, amenizando as tensões para manter a ordem do capitalismo monopolista. Partindo dessa premissa, compreende-se que o assistente social é um profissional que intervém na realidade dos sujeitos através de políticas sociais públicas e essa intervenção atende às necessidades tanto da classe trabalhadora quanto da classe que vive da exploração desta - o capital. Sendo assim é uma profissão imersa numa contradição de interesses.

A reflexão que se faz aqui é que são grandes os desafios postos ao trabalho dos assistentes sociais que assumem as diretrizes propostas nos “Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde” (CFESS, 2010) na atual conjuntura social e econômica do país. Para o assistente social assumir uma direção social crítica na execução do seu trabalho, implica conhecer o lugar que o Serviço Social ocupa na divisão sociotécnica do trabalho, em outros termos, é preciso compreender o significado que esse trabalho assume na sociedade de classes (IAMAMOTO E CARVALHO, 2007). É necessário refletir, também, sobre a construção do projeto ético-político da profissão (1986) e sua relação com o Projeto da Reforma Sanitária (PRS).

De acordo com Iamamoto (2015) o fato de o Serviço Social trabalhar com políticas públicas é uma determinação fundamental na construção da profissão. Portanto, é preciso analisar a política de saúde para discorrermos sobre o trabalho do assistente social inserido nela. Nesse sentido, nas linhas que se seguem, faremos uma breve síntese histórica da política de saúde no Brasil até a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) fazendo uma conexão com o projeto Ético-Político do Serviço Social.

## 2.2 O SISTEMA DE PROTEÇÃO À SAÚDE E A RELAÇÃO COM O SERVIÇO SOCIAL

O sistema de proteção à saúde, vigente no Brasil, foi uma conquista fruto da luta dos trabalhadores que participaram da organização do Movimento da Reforma Sanitária para defender um Projeto de saúde universal iniciada em meados da década de 1970.

Segundo Bravo (2008), o SUS se concretizou entre as décadas de 1980 e 1990 com o reconhecimento da saúde como integrante da Política de Seguridade Social, como um direito de todos e um dever do Estado, estabelecido na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CF), que ficou conhecida à época como a “Constituição Cidadã”.

Ao ser assegurada a Política de Seguridade Social na Constituição Federal de 1988, foi possível estruturar o Sistema Único de Saúde na CF. O SUS foi concebido como um sistema de saúde universal, não contributivo, a ser gerido pela União,

Estados, Municípios e territórios. E, posteriormente, regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei 8.080 de 1990.

Mas, antes de falar do SUS, é preciso fazer um resgate histórico da Política de Saúde no Brasil para compreender a importância dessa política para a classe trabalhadora e a contínua defesa de sua implementação por todas as categorias, inclusive (e principalmente) o Serviço Social.

De acordo com a revisão de literaturas, foi possível constatar que antes da criação de um Sistema Único de Saúde acessível a toda população brasileira, a assistência médica era extremamente limitada, um privilégio de quem podia pagar e de algumas categorias da classe trabalhadora (a saber). As pessoas que não tinham acesso formal à saúde, quando adoeciam, só tinham como opção recorrer às práticas religiosas ou a filantropia nos hospitais de caridade da Igreja Católica, pois:

No Brasil, a intervenção estatal só vai ocorrer no século XX, mais efetivamente na década de 30. No século XVIII, a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal. No século XIX, em decorrência das transformações econômicas e políticas, algumas iniciativas surgiram no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas. Nos últimos anos do século, a questão saúde já aparece como reivindicação no nascente movimento operário. No início do século XX, surgem algumas iniciativas de organização do setor saúde, que serão aprofundadas a partir de 30. (BRAVO, 2008, p.89/90).

Conforme a análise de Bravo (2008) e de literaturas disponíveis em plataformas digitais (Polignano, 200-?), constatamos que, no século XX, com o processo de industrialização e o agravamento das expressões da questão social, surge a necessidade da criação de um sistema de proteção aos trabalhadores no Brasil. Movida não só pela pressão de algumas categorias de trabalhadores, como também a partir da percepção do capital no sentido de manter e reproduzir esta classe. Polignano argumenta sobre o modelo sanitário no início do referido século (XX), de acordo com ele:

Naturalmente, a falta de um modelo sanitário para o país, deixavam as cidades brasileiras a mercê das epidemias. No início desse século, a cidade do Rio de Janeiro apresentava um quadro sanitário caótico caracterizado pela presença de diversas doenças graves que acometiam à população, como a varíola, a malária, a febre amarela, e posteriormente a peste, o que acabou gerando sérias consequências tanto para saúde coletiva quanto para outros setores como o do comércio exterior, visto que os navios estrangeiros não mais queriam atracar no porto do Rio de Janeiro em função da situação sanitária existente na cidade. (POLIGNANO, 200-?, p.4).

Diante desse processo de avanços do modo de produção capitalista, tendo sido percebido pelo capital que sem um suporte que garantisse a reprodução dos trabalhadores eles não poderiam continuar se desenvolvendo (BRASIL, MS, 2006).

Em vista disso, na década de 1920, foi criada a Lei Eloy Chaves (1923), um sistema de proteção aos trabalhadores, que seguiu o modelo de proteção social tripartite bismarckiano. Esse modelo, de acordo com Behring e Boschetti (2009), foi instituído na Alemanha no final do século XX por Otto Von Bismarck (1883), segundo as autoras, foram as primeiras iniciativas de benefícios previdenciários que constituíram uma seguridade social no mundo. A lógica do seguro bismarckiano é de caráter contributivo com o financiamento formal da União, das empresas e dos empregados, restrita aos trabalhadores formais, direcionados a algum segmento. O princípio da lógica do seguro bismarckiano era garantir proteção ao trabalhador e sua família, uma proteção limitada, o direito era atribuído apenas àquele trabalhador inserido no mercado de trabalho formal, àqueles que contribuíssem como autônomo ou segurado especial da seguridade social (BEHRING; BOSCHETTI, 2009).

E foi a partir desse modelo tripartite bismarckiano que foram criadas, no Brasil, as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP's), acessíveis apenas aos trabalhadores formais, vinculados às empresas. Contudo, além do vínculo empregatício, havia mais uma condição, mesmo o trabalhador possuindo esse vínculo formal, isso não lhe garantia o acesso às CAP's, pois o acesso dependia fundamentalmente do poder de organização de determinados grupos de trabalhadores, em geral, àqueles que trabalhavam em áreas essenciais para o desenvolvimento do capitalismo, pois estes tinham maior poder de barganha frente ao capitalista, como por exemplo: os ferroviários, os estivadores e os marítimos. Essas eram parcelas da classe de trabalhadores com maior força política, à época, excluindo outras categorias. A saber:

A propósito desta lei devem ser feitas as seguintes considerações:

- a lei deveria ser aplicada somente ao operariado urbano. Para que fosse aprovado no Congresso Nacional, dominado na sua maioria pela oligarquia rural foi imposta a condição de que este benefício não seria estendido aos trabalhadores rurais. Fato que na história da previdência do Brasil perdurou até a década de 60, quando foi criado o FUNRURAL.
- Outra particularidade refere-se ao fato de que as caixas deveriam ser organizadas por empresas e não por categorias profissionais.
- A criação de uma CAP também não era automática, dependia do poder de mobilização e organização dos trabalhadores de determinada empresa para reivindicar a sua criação. (POLIGNANO, 200-?, p.7).

Segundo Polignano (200-?), “a comissão que administrava as CAP's era composta por três representantes da empresa, um dos quais assumindo a presidência do comissão, e de dois representantes dos empregados, eleitos diretamente a cada três anos” (POLIGNANO, 200-?, p.7). A primeira CAP criada no Brasil foi a dos ferroviários, o que pode ser evidenciado a importância que este setor desempenhava

na economia do país naquela época e a capacidade de mobilização que a categoria possuía.

Os trabalhadores que tinham acesso às CAP's, se beneficiava de atendimento médico, auxílio doença (ao provedor) e morte. Entretanto, mesmo com esse suporte legal, grande parte da população continuava vivendo em péssimas condições de vida, e a falta de infraestrutura incidia diretamente na saúde dos trabalhadores. De acordo com Teixeira (1985):

[...] às políticas sociais são intervenções estatais condicionadas pela demanda existente e pelo contexto histórico no qual emergem. Dessa forma, podem assumir diferentes modalidades, como a assistência social, o seguro social e o Estado de Bem Estar Social. [...]. (TEIXEIRA, 1985, p.400).

Na década de 1930 foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPS). E apesar de haver uma hierarquização nos IAPS, que se dava de acordo com a importância da categoria profissional, ela atendia a um quantitativo maior de trabalhadores. Diferente das CAP's, nos IAPS os benefícios eram concedidos às categorias profissionais, sem precisar do aval das empresas. Nas CAP's se as empresas não entrassem em acordo com os trabalhadores estes não tinham o direito a ela, ou seja, o direito dependia da correlação direta entre a força de trabalho e os empregadores. Com a criação dos Institutos, as empresas deixaram de ser a entidade definidora do direito. (Polignano, 200 -?)

Como nos aponta Bravo (2008), nesse período (1930), a política de saúde se organizava de duas formas: saúde pública e medicina previdenciária, em suas palavras:

A política de saúde formulada nesse período era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública será predominante até meados de 60 e se centralizará na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. O subsetor de medicina previdenciária só virá sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966. (BRAVO, 2008, P.91).

Na mesma década (1930) foram criados o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde Pública. Além da criação dos ministérios, a saúde ganha mais visibilidade e força, pois o setor privado começa a perceber que a assistência médica pode ser lucrativa. E nesse período, as CAP's foram substituídas pelos IAPS. (BRASIL, MS, 2006).

De acordo com Bravo (2008), no período de 1964 a 1974, os problemas estruturais da sociedade brasileira se aprofundaram, segundo a referida autora, esse

período foi demarcado pela imposição da medicalização da vida social (saúde e previdência), um pressuposto estritamente capitalista.

A medicalização da vida social foi imposta, tanto na Saúde Pública quanto na Previdência Social. O setor saúde precisava assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior. A saúde pública teve no período um declínio e a medicina previdenciária cresceu, principalmente após a reestruturação do setor, em 1966. (BRAVO, 2008, p.93).

Em 1966, o mecanismo de organização da proteção social é modificado, sendo substituído pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que unificou todos os sistemas criados anteriormente. Um novo sistema de proteção social ao trabalhador, contudo sem perder seu caráter excludente, sendo acessível somente aos contribuintes, os demais continuavam a mercê da filantropia ou da saúde privada. Esse novo sistema (INPS) que unificou os sistemas anteriores, segundo Bravo (2008), trouxe dois agravantes; o primeiro foi a intervenção do Estado na “questão social” a partir da repressão-assistência, e o segundo foi a redução dos trabalhadores na cena política, excluindo-os da gestão da previdência, anteriormente (fundante nas CAP's) composta por representantes da empresa e representantes dos empregados, e a presidência era representada por um integrante do primeiro grupo.

De acordo com o vídeo didático produzido pela Fundação Fiocruz (2016) e literaturas relacionadas (BRAVO, 2008, et al.), com o processo de transformações no mundo do trabalho, o avanço da tecnologia, a saúde começou a assumir novas características. Identificou-se que o foco do poder público, para além de ações pontuais de saúde pública, era a medicina previdenciária (que tem como núcleo o diagnóstico e a cura), no caso de doenças específicas como a tuberculose, febre amarela e outras. A medicina previdenciária surgiu com as CAP's, migrou para os IAPS e passou a integrar o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

De acordo com Polignano(200-?), esse modelo de proteção (INPS) durou dez anos, até 1977, quando nasceu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), e como parte dele o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) que passou a ser o principal órgão governamental de assistência médica. Segundo Bravo (2008), o modelo de proteção instalado em 1964, teve que modificar sua relação com a população, no sentido de consolidação de sua hegemonia, após ter tido pouco êxito ao longo de dez anos.

As iniciativas de proteção social aos trabalhadores se deram de forma gradual e diferenciada entre os países. A criação da Lei Eloy Chaves foi um marco histórico

no Brasil, abrindo caminhos para o desenvolvimento da seguridade. E de acordo com Behring e Boschetti (2009) a constituição da seguridade no Brasil possui duas características fundantes: a primeira iniciativa é influenciada pelo modelo bismarckiano, já mencionado acima e a segunda iniciativa segue o modelo beveridgiano, um modelo que foi desenvolvido na Inglaterra (1942) pelo inglês William Beveridge, que fez críticas ao modelo restritivo bismarckiano e propôs um novo sistema de proteção, um sistema de caráter universal, garantidor de mínimos sociais em todas as condições de necessidades, um sistema financiado por impostos fiscais geridos pelo Estado. Segundo Behring e Boschetti (2009), no Brasil, a lógica do seguro bismarckiano fundamentou os critérios de acesso à previdência e à saúde desde 1923, a partir da lei Eloy Chaves, até a Constituição Federal de 1988. A CF foi o primeiro documento que legitimou a saúde no Brasil, retirando do sujeito a responsabilidade sobre a própria saúde, tornando-se um direito universal. Após a criação da CF, a Política de Seguridade Social brasileira incorporou os princípios dos dois modelos (bismarckiano e beveridgiano) que estabelecem entre si uma relação de atração e rejeição, que significa que, a ausência de uma leva a necessidade da outra. Um exemplo para explicar essa atração e rejeição que Behring e Boschetti (2009) nos aponta é o trabalhador que não está inserido no mercado de trabalho ou o trabalhador idoso, ambos ficam sem ter acesso aos direitos, por não atenderem aos requisitos da lógica do seguro contributivo bismarckiano, essa ausência dos direitos derivados do trabalho torna esse trabalhador um potencial demandante da lógica social do seguro de modelo não contributivo beveridgiano. Segundo Behring e Boschetti (2009), os princípios do modelo bismarckiano predominam na previdência social e o modelo beveridge orientam o sistema público de saúde, com exceção do auxílio doença, regido pelas regras da previdência social.

De acordo com Bravo (2008), na década de 1970, em um contexto de lutas contra a ditadura militar, nasceu o Movimento de Reforma Sanitária (MRS), fomentado nas universidades, nos movimentos sindicais e por grupos de pessoas com experiência regionais de organização de serviços, como agentes comunitários, profissionais da saúde, além de uma forte participação popular.

O desenvolvimento do Projeto da Reforma Sanitária (PRS) foi marcado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), que teve como tema: saúde e democracia. O Projeto foi construído a partir de um conjunto de ideias de um grupo de médicos (uma das figuras mais importantes do MRS naquela época foi o médico sanitário Antônio

Sérgio da Silva Arouca) e outros profissionais da saúde, e mais de cinco mil representantes da sociedade civil que desenvolveram teses e participaram de discussões políticas com o objetivo de transformar a saúde no Brasil (CEBES, 1980). Foi pensado uma proposta de promoção de saúde não só a partir do diagnóstico e a cura, no sentido de ausência de doença, e sim numa transformação em todo o setor de saúde que viabilizasse melhores condições de vida para a população, como bem-estar físico, social, mental e político como apontado pela OMS (1948). Ou seja, melhores condições de vida e de trabalho, pois essas condições são aspectos determinantes no processo saúde-doença

A pauta principal proposta pelo PRS se deu em torno da universalidade do direito à saúde, ou seja, a proposta era ampliar o conceito de saúde pública no Brasil, propondo mudanças baseadas no direito universal e integral à saúde.

Segundo Bravo (2008), a proposta do Movimento Sanitário foi oficializada e o relatório produzido sobre a discussão da 8ª Conferência Nacional de Saúde foi de extrema importância, servindo de base para elaboração da seção II da Constituição Federal de 1988, dois anos após a conferência nacional. A partir disso, foram estabelecidas as bases para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), sustentado pelos artigos 196, 197, 198, 199 e 200 da Constituição Federal brasileira.

Conforme Bravo (2008), a CF definiu a Política de Seguridade Social pelo tripé que articulou as políticas de Saúde, Assistência Social e Previdência Social. O reconhecimento da Saúde como integrante da Política de Seguridade Social foi de extrema importância para a classe trabalhadora, pois a saúde passou a ter um caráter universal que legitimou as demandas da população por saúde para todos. Sendo assim, deixou de ser apenas direcionada aos grupos de trabalhadores vinculados ao trabalho formal para atender a toda população que dela precisasse, como um direito universal.

Foi o quadro trágico e triste da saúde no Brasil que fomentou o Movimento pela Reforma Sanitária, surgindo da indignação do povo que não tinha acesso, enquanto algumas categorias tinham esse privilégio. O SUS é um sistema de proteção à saúde que atua não apenas no diagnóstico e cura como nos modelos de proteção à saúde citados anteriormente, o objetivo para o qual ele foi criado estrutura-se em ações de promoção à saúde e na prevenção de doenças, diferenciando-se muito do período pré-constituente. Tendo como estruturante dos seus princípios a universalidade, a equidade e a integralidade de atenção à saúde de todo o povo brasileiro e estrangeiro



que aqui estiver e necessitar (BRASIL, CF, 1988). Além disso, de acordo com Bravo (2008), a participação popular e o controle social são princípios fundamentais, estabelecidos pela CF, para a efetivação dessa proposta. Segundo a autora, foram às propostas debatidas por uma parcela da população, que ansiavam por saúde como um direito social, com um novo olhar no processo saúde-doença, por via de um sistema unificado de saúde com um financiamento efetivo do Estado que garantiram a construção e a efetivação do SUS.

De acordo com Bravo (2008), a proposta do Movimento Sanitário fomentou um novo modelo de assistência à saúde voltado para a promoção e “superação” do modelo originalmente centrado no diagnóstico e em ações meramente curativas, a partir de uma concepção ampliada de saúde que prevê melhores condições de vida e trabalho da classe trabalhadora, dando visibilidade às determinações sociais que influenciam diretamente no processo saúde-doença. Diante disso, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2010), em seu documento intitulado “Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Política de Saúde”, destaca a importância do Movimento de Reforma Sanitária para a criação da proposta do SUS e seus princípios. A saber (CFESS, 2010):

A principal proposta do Movimento da Reforma Sanitária é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nessa direção, ressalta-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho, ou seja, com ênfase nos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; e efetivo financiamento do Estado. (CFESS, Brasília, 2010, p.19).

A criação de um Sistema Público de Saúde, de caráter universal, integrante da Seguridade Social, por si só, não dá conta de todas as particularidades no que se refere à saúde da população brasileira. Sendo assim para regular a distribuição, funções e atribuições do SUS, considerando as particularidades, na década de 1990, foram criadas as Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990 (já mencionada) e 8.142, de 27 de dezembro de 1990, leis que dão bases de funcionamento para o SUS.

Na saúde, a Constituição e, em seguida, as Leis Federais da Saúde no 8.080/90 e no 8.142/90, apontaram as diretrizes gerais para a organização do SUS. Como se verá adiante, a trajetória desse sistema no período pós-constitucional foi bastante tumultuada em relação ao problema de seu financiamento — insuficiência de recursos. (MENDES; MARQUE, 2009, p. 842).

De acordo com Bravo (2008), os princípios que fundamentam o Projeto da Reforma Sanitária, apresentam uma estreita relação com os princípios do Projeto Ético Político do Serviço Social. Tal afirmativa em relação a identidade teórica e de princípios entre os dois Projetos, foi reproduzida, também, pelo CFESS (2010), conforme descrito no trecho abaixo:

Destaca-se, a partir do exposto, que há uma relação entre o projeto ético-político e o de reforma sanitária, principalmente, nos seus grandes eixos: principais aportes e referências teóricas, formação profissional e princípios. Os dois projetos são construídos no processo de redemocratização da sociedade brasileira e se consolidam na década de 1980 [...]. (CFESS, Brasília, 2010, p.26).

Conforme Bravo (2008), apesar da proximidade de princípios entre o Projeto Profissional do Serviço Social e o Projeto da Reforma Sanitária, a inserção dos assistentes sociais, nesse período de consolidação da Reforma Sanitária, foi um processo desarticulado, pois o Serviço Social nesse período passava por mudanças estruturais. As transformações de sua base teórica na década de 1980, foi o marco da intenção de ruptura com o conservadorismo da profissão, no qual se redimensionou no campo dos valores éticos-políticos. E por isso, nesse momento, o Serviço Social encontrava-se desarticulado do PRS.

De acordo com Bravo e Matos (2008), a construção do pensamento que embasou o projeto ético-político da profissão na década de 1980, a mudança de paradigma em relação à Política de Saúde, trouxe novos desafios para o profissional, pois até a década de 1980 a atuação do Assistente Social se pautava em práticas conservadoras sem o caráter crítico oriundo da tradição marxista assumido pela profissão nesse período. A profissão que teve em seu processo histórico muitos desafios para se tornar uma profissão que hoje atua a partir de uma perspectiva de direitos sociais. Nesse sentido, o debate que se segue nas próximas linhas é uma reflexão a partir da análise dos “Parâmetros de Atuação para o Trabalho de Assistentes Sociais na Política De Saúde”, sobre as dificuldades de atuação profissional e de consolidação de seus princípios e a efetiva consolidação do SUS, após às mudanças de paradigmas tanto da política de saúde quanto da profissão, refletindo também sobre a importância dessa profissão para a efetivação dessa política.

### **3 NOTAS SOBRE OS “PARÂMETROS DE ATUAÇÃO PARA O TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS QUE ATUAM NA POLÍTICA DE SAÚDE”**

As origens do Serviço Social estão fincadas na assistência prestada de forma não sistemática, sem um referencial teórico crítico. Inicialmente eram práticas conservadoras, fundamentadas pela religião, voltadas a um “[...] julgamento moral com relação à população cliente [...]” (BRAVO e MATOS, 2008, p.199)”. A partir da década de 1940, atuam com uma perspectiva de sistematização da prática do trabalho social, influenciado pelo serviço social de caso grupo e comunidade norte-americano. Segundo Bravo e Matos (2008), nessa perspectiva de sistematização da prática, “[...] o julgamento moral com relação à população cliente é substituído por uma análise de cunho psicológico” (BRAVO; MATOS,2008, p.199). De acordo com lamamoto essa era uma “prática” extremamente conservadora. Em suas palavras:

[...] “prática profissional”, vista como prática do indivíduo isolado, desvinculada da trama social que cria sua necessidade e condiciona seus efeitos na sociedade. Os processos históricos são reduzidos a um “contexto” distinto da prática profissional, que a condiciona “externamente”. A “prática” é tida como uma relação singular entre o assistente social e o usuário de seus serviços —, seu “cliente” — desvinculada da “questão social” e das políticas sociais. (IAMAMOTO, 2008, p. 168)

Segundo lamamoto (2008), o perfil social e histórico do assistente social demarca recorrentes posturas e comportamentos messiânicos e voluntaristas que têm a ver com a forte influência da tradição Católica que deu origem à profissão. Na década de 1940 inicia-se o processo de institucionalização da profissão, nascendo, o primeiro Código de Ética (1947), com um conteúdo extremamente conservador, de cunho moralista, com uma perspectiva de culpabilização do indivíduo. Contudo, a profissão só foi legalmente reconhecida por meio da Lei nº 3.252 em 27 de agosto de 1957. Em 1965, nasce o segundo Código de Ética, com tímidas modificações, de acordo com Netto (2008), na década de 1960 houve uma intenção de ruptura com o conservadorismo fomentado pelo movimento de reconceituação, mas por causa da ditadura militar, o processo de renovação da profissão só ocorreu na década de 1980 após o congresso da Virada realizado em 1979, que demarcou o posicionamento político do Serviço Social em defesa da Classe trabalhadora. “[...] Com efeito, foi naqueles anos que a *primeira condição* para a construção deste novo projeto se viabilizou: a recusa e a crítica ao *conservadorismo* profissional.” (NETO, 2008, p.148). Braz (2008) também afirma que:

Desde os anos 70, mais precisamente no final daquela década, o Serviço Social brasileiro vem construindo um projeto profissional comprometido com os interesses das classes trabalhadoras. A chegada entre nós dos princípios e idéias do Movimento de Reconceituação deflagrado nos diversos países

latino-americanos somada à voga do processo de redemocratização da sociedade brasileira formaram o chão histórico para a transição para um Serviço Social renovado, através de um processo de ruptura teórica, política (inicialmente mais político-ideológica do que teórico-filosófica) com os quadrantes do tradicionalismo que imperavam entre nós. É sabido que, politicamente, este processo teve seu marco no III CBAS, em 1979, na cidade de São Paulo, quando, de forma organizada, uma vanguarda profissional virou uma página na história do Serviço Social brasileiro ao destituir a mesa de abertura composta por nomes oficiais da ditadura, trocando-a por nomes advindos do movimento dos trabalhadores. Este congresso ficou conhecido como o “Congresso da Virada”. (BRAZ, 2008, p.80-81).

Em 1975, surge um terceiro Código de Ética, ao qual diante das forças hegemônicas, retrocede ao conservadorismo inicial. Segundo Netto (2008) a construção de um projeto profissional é complexa e precisa de tempo para amadurecer seu posicionamento e para criar mecanismo de enfrentamento à ordem hegemônica vigente. O Serviço Social só redimensionou formalmente os seus valores ético-políticos a partir do Código de Ética de 1986, quando a profissão assumiu a tradição marxista como referência teórica e “rompeu” com o conservadorismo. De acordo com o referido autor (NETTO, 2008), na década de 1990, com o processo de redemocratização do país e as mudanças no cenário político e social, após a Constituição Federal de 1988, o Projeto Ético Político do Serviço Social é assumido como perspectiva da categoria e legitimado pela construção coletiva do Código de Ética de 1993, pela nova Lei de Regulamentação da profissão, Lei 8.662 de 1993 e pelas Diretrizes Curriculares para os Cursos de Serviço Social da ABEPSS de 1996, revelando a imagem do Serviço Social. Em suas palavras:

Os projetos profissionais apresentam a auto-imagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas (inclusive o Estado, a que cabe o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais). (NETTO, 2008, p.144).

Segundo Iamamoto (2015) há dois elementos representativos da ruptura da concepção disciplinadora e controladora do Serviço Social que se sustentou até a década de 1980. O primeiro elemento é o reconhecimento da questão social como fundação sócio histórica da profissão. Ou seja, pensar a profissão dentro de um contexto histórico da sociedade brasileira construída por sujeitos que vivenciam e sistematizam a prática numa leitura da sociedade na construção de respostas às expressões da questão social; e o segundo elemento que ela aponta é a apreensão da prática profissional como trabalho e o exercício profissional inserido em um

processo de trabalho. Ou seja, que o exercício profissional é uma especialização do trabalho partícipe de um processo de trabalho dentro da dinâmica capitalista, e, conforme as palavras da autora: “[...] isso significa que o exercício profissional participa de um mesmo movimento que tanto permite a continuidade da sociedade de classes quanto cria as possibilidades de sua transformação. [...]”. (IAMAMOTO, 2008, p.170).

De acordo com lamamoto (2015), um outro grande e importantíssimo avanço para a profissão foi o reconhecimento histórico-cultural da sociedade, pois de acordo a referida autora, esse reconhecimento

[...]provoca e questiona os assistentes sociais na formulação de respostas, seja no âmbito do exercício profissional, seja das elaborações intelectuais acumuladas ao longo da história do Serviço Social, os saberes que construiu, as sistematizações da prática que reuniu ao longo do tempo. (IAMAMOTO, 2018, p.58).

É importante fazer esse exercício reflexivo em relação à construção do trabalho do Assistente Social para compreender o trabalho a partir de uma dimensão teleológica, que visa superar a concepção de prática como atividade burocrática, rotineira, acrítica. Compreendendo também as três dimensões que compõem a profissão e direcionam o exercício profissional do assistente social, as dimensões ético-política, teórico-metodológico e técnico-operativo adotada pelo Serviço Social. Mioto e Nogueira (2009) salientam que é importante trazer para o debate a história para analisar a construção de uma profissão ou a construção de uma política, pois as profissões, assim como a constituição das políticas acompanham esse movimento histórico, segundo as autoras: “[...] Entender essa vinculação é fortalecer as bases das ações profissionais, sem perder a especificidade disciplinar do Serviço Social.[...]” (Mioto e Nogueira, 2009 p. 227) o que pode contribuir para a efetivação dos ideais tanto da Reforma Sanitária quanto a do projeto ético-político da profissão. Segundo lamamoto (2015), é preciso ter uma compreensão bem clara acerca dos fundamentos históricos, teórico e metodológicos do Serviço Social, a partir de duas perspectivas subsidiárias da revisão curricular de 1982. A primeira é analisar como, e entender que o Serviço Social é uma profissão socialmente determinada na história da sociedade brasileira; e a segunda é compreender a questão social como determinante da formação e do trabalho profissional.

[...] pensar a profissão é também pensá-la como fruto dos *sujeitos que a constroem e a vivenciam*. Sujeitos que acumulam saberes, efetuam sistematizações de sua “prática” e contribuem na criação de uma *cultura profissional*, historicamente circunscrita. Logo, analisar a profissão supõe

abordar, simultaneamente, os *modos de atuar e de pensar* que foram por seus agentes incorporados, atribuindo visibilidade às bases teóricas assumidas pelo Serviço Social na leitura da sociedade e na construção de respostas à questão social. (IAMAMOTO, 2015, p.57-58).

Para lamamoto (2007;et al) objeto do trabalho do assistente social é a questão social, e para analisar os meios de trabalho é preciso pensar as bases teórico-metodológicas do Serviço Social, pois é ela quem direciona e molda a ação do sujeito, analisando a própria atividade do sujeito, segundo a autora, essa é a chave para pensar o produto do trabalho do Assistente Social. lamamoto (2015), aborda a perspectiva de trabalho do assistente social sob a perspectiva de dois ângulos interligados: o primeiro ângulo é o trabalho concreto, a atividade em si, que nem sempre se materializa em algo concreto, pode ser expresso em forma de serviços que têm “[...] uma objetividade que não é material, mas é social. [...]” (IAMAMOTO,2015, p.67); e o segundo ângulo são os valores agregados a esse trabalho: o valor de uso, visto que tem uma utilidade, responde à necessidade social e em vista disso agrega, também, valor de troca. Conforme a referida autora (IAMAMOTO, 2015), o Serviço Social é uma profissão socialmente necessária. E como tal, o trabalho do assistente social é vinculado às instituições que o contratam, assim, o profissional é submetido a uma relação de troca, por meio do assalariamento

Analisando esse processo de transformações da atuação profissional, e fazendo algumas interlocuções com autores de extrema importância para a profissão, destaca-se a argumentação de Netto (1996), quando nos revela que em determinado momento de desenvolvimento do capitalismo monopolista, há um redimensionamento do Estado, que assume novas funções para responder às novas expressões da questão social daquele período e garantir ao capital os superlucros. E dessa forma, são estabelecidas as políticas sociais e com elas surgem novas profissões, entre elas o Serviço Social.

A profissão surgiu em um determinado contexto de desenvolvimento do capital monopolista e reconfigurou-se a partir das transformações ocorridas na década de 1980. Segundo o autor (NETTO, 1996), de acordo com essas transformações societárias em decorrência do desenvolvimento do capitalismo monopolista, há alterações nas atividades e ramos profissionais, e o redimensionamento das profissões inevitavelmente acontecem, pois são fenômenos que ocorrem a cada reorganização do capital, esse reordenamento cria novos espaços sócio ocupacionais

e mesmo os espaços antigos (como a saúde) também são novos porque foram reconfigurados para atender às necessidades do capital.

O Assistente Social, nesse espaço reconfigurado de desenvolvimento do seu trabalho, além de uma nova perspectiva metodológica e ético política encontra muitos desafios em seu trabalho cotidiano. Netto (1996) ao analisar a profissão se refere à cultura profissional como um dos desafios, pois suas dimensões carecem de “equalização”. Nesse sentido faz críticas ao projeto ético-político da profissão indagando as dificuldades do projeto ser incorporado pelos profissionais que estão na linha de frente das políticas, para ele não adianta o Serviço Social adotar um discurso que, diante das condições objetivas vivenciadas no dia-a-dia por assistentes sociais, não contemple a realidade. Bravo e Matos (2008) também levantam essa discussão. Conforme seus argumentos:

[...] Se o Serviço Social cresceu na busca de uma fundamentação e consolidação teórica, poucas mudanças consegue apresentar na intervenção. Sem dúvida, para se avançar hoje na profissão, se faz necessário recuperar as lacunas da década de 80. E a intervenção é uma prioridade, pois poucas alterações trouxeram os ventos da vertente intenção de ruptura para o cotidiano dos serviços. Este fato rebate na atuação do Serviço Social na área da saúde — o maior campo de trabalho. (BRAVO e MATOS, 2008, p.206).

Segundo Netto (1996), o Serviço Social assumiu uma dimensão ídeo-política extremamente crítica, mas as dimensões teóricos-metodológicas e técnicos-operativas permaneceram conservadoras, não condizentes com o discurso proferido. Segundo ele, é preciso analisar a profissão em todos os ângulos e contradições. Analisar essas dimensões, não apenas no aspecto ideopolítico, mas pensar as opções teórico-metodológicas, técnico-operativas que deveriam estar coerentes umas com as outras. Segundo Netto, há profissionais que defendem o aspecto crítico da profissão, mas na prática cotidiana assumem posturas que não correspondem ao seu discurso.

Nesse sentido, diante das dificuldades de execução do exercício profissional de assistentes sociais, a partir das transformações ocorridas após a CF de 1988, devido à falta de clareza em relação ao trabalho a ser realizado no âmbito das políticas, no qual alguns autores como Netto (1996) e Bravo et al (2008) sinalizam que as dificuldades eram justificadas pela falta de produção de conhecimento específico na área dessas políticas. É a partir desse pressuposto que se observa a necessidade de criação de um documento norteador, para orientar e direcionar o trabalho profissional de assistentes sociais, especialmente, na Política de Saúde, em vista dos desafios que se apresentavam na luta por sua efetivação.

Com as mudanças que ocorreram no âmbito das políticas sociais, especialmente com a criação do SUS, e na própria profissão, foi necessário estabelecer um direcionamento para o trabalho do assistente social da saúde que orientasse suas ações. Conforme às observações dos Conselhos Regionais de Serviço Social do país, muitas vezes o trabalho dos assistentes sociais era reduzido a trabalhos administrativos (CFESS, Brasília, 2010), atuando sem uma reflexão mais crítica.

Segundo Netto (1996), houve uma incompreensão desse fenômeno ao se reinserir na prática, no qual Iamamoto e Carvalho (2007) argumentam que são marcas subalternizadas da profissão que tinha uma concepção acerca do trabalho que se sustenta pela “prática” do Serviço Social dos primórdios da profissão, quando os assistentes sociais atuavam a partir da perspectiva da medicina filantrópica, com atos curativos, abordagens individuais, atuavam sem a criticidade que a renovação dos anos 1980 trouxe para a categoria

Nesse sentido, é imprescindível refletir acerca do documento intitulado como “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”. Esse documento foi elaborado para subsidiar a atuação profissional dessa categoria de trabalhadores num campo específico de trabalho. Bravo e Matos (2008) observam as dificuldades da categoria em romper com o lastro conservador ainda presente nas ações dos assistentes sociais da saúde. Nesse sentido salientam que:

Os avanços apontados são considerados insuficientes, pois o Serviço Social na área da saúde chega à década de 90 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); e insuficiente produção sobre “as demandas postas à prática em saúde” (Bravo, 1996 apud Bravo; Matos, 2008, p.205)

Os “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde” foi publicado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) em 2010, para orientar o trabalho dos assistentes sociais na área de saúde. Esse documento foi construído coletivamente através das informações coletadas pelo grupo de trabalho (GT) instituído pelo CFESS para discutir sobre o trabalho de Assistentes Sociais que atuavam na política de saúde. As informações que subsidiaram a elaboração do referido material foram coletadas e organizadas pelos Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS) e, após vários debates promovidos pelos Conselhos “Os Parâmetros” foram redigidos e publicados (CFESS, Brasília, 2010).



O documento publicado pelo CFESS (2010) se estrutura em quatro itens: 1º) “Saúde, Reforma Sanitária, Sistema Único de Saúde e desafios atuais”, apresenta uma reflexão sobre o movimento em defesa da saúde, a construção do PRS e expõe as dificuldades que se apresentam para a efetivação do projeto desde os anos 1980; 2º) “Atuação do Assistente Social na Saúde”, esse item aborda uma discussão teórica e política; 3º) caracteriza e discute as atribuições e competências gerais de assistentes sociais; 4º) “Algumas Reflexões” acerca do documento elaborado (CFESS, Brasília, 2010).

Cabe aqui o destaque para o terceiro item que trata das atribuições e competências profissionais e as organiza a partir de quatro eixos fundamentais: ações de “atendimento direto ao usuário; ações de mobilização, participação e controle social; ações de investigação, planejamento e gestão; ações de assessoria, qualificação e formação profissional” (CFESS, Brasília, 2010). Nesse item é possível encontrar estratégias a serem adotadas pela categoria no enfrentamento às expressões da “Questão Social”. Para este trabalho em especial, chama a atenção o tópico 3.2.2- Mobilização, Participação e Controle Social. Conforme o documento publicado pelo CFESS:

Este eixo envolve um conjunto de ações voltadas para a mobilização e participação social dos usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais em espaços democráticos de controle social (conselhos, conferências, fóruns de saúde e de outras políticas públicas) e nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde. As atividades realizadas têm por objetivo contribuir na organização da população e dos usuários enquanto sujeitos políticos, que possam inscrever suas reivindicações na agenda pública da saúde. (CFESS, 2010, p.57).

Com base nesse ponto, a articulação com os movimentos sociais configura outro aspecto importante para a mobilização e participação social, tanto para o fortalecimento dos fóruns e/ou conselhos como para o estabelecimento de relações com determinadas demandas trazidas pelas instituições, assim como para a discussão da política de saúde e desenho de alternativas para a garantia dos direitos sociais. Entretanto, seria preciso atentar-se para o fato de que a participação e o controle social, da mesma maneira que o acionamento de seus dispositivos não ocorre somente pela simples vontade do (a) assistente social, mas dentro de um contexto de permanente e acirrada correlação de forças.

Destacam-se algumas ações propostas nos “Parâmetros de Atuação”, a serem desenvolvidas no âmbito da Saúde:

- estimular a participação dos usuários e familiares para a luta por melhores condições de vida, de trabalho e de acesso aos serviços de saúde;
- mobilizar e capacitar usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais para a construção e participação em fóruns, conselhos e conferências de saúde e de outras políticas públicas;
- contribuir para viabilizar a participação de usuários e familiares no processo de elaboração, planejamento e avaliação nas unidades de saúde e na política local, regional, municipal, estadual e nacional de saúde;
- articular permanentemente com as entidades das diversas categorias profissionais a fim de fortalecer a participação social dos trabalhadores de saúde nas unidades e demais espaços coletivos;
- participar da ouvidoria da unidade com a preocupação de democratizar as questões evidenciadas pelos usuários por meio de reuniões com o conselho diretor da unidade bem como com os conselhos de saúde (da unidade, se houver, e locais ou distritais), a fim de coletivizar as questões e contribuir no planejamento da instituição de forma coletiva;
- participar dos conselhos de saúde (locais, distritais, municipais, estaduais e nacional), contribuindo para a democratização da saúde enquanto política pública e para o acesso universal aos serviços de saúde;
- contribuir para a discussão democrática e a viabilização das decisões aprovadas nos espaços de controle social e outros espaços institucionais;
- estimular a educação permanente dos conselheiros de saúde, visando ao fortalecimento do controle social, por meio de cursos e debates sobre temáticas de interesse dos mesmos, na perspectiva crítica;
- estimular a criação e/ou fortalecer os espaços coletivos de participação dos usuários nas instituições de saúde por meio da instituição de conselhos gestores de unidades e outras modalidades de aprofundamento do controle democrático;
- incentivar a participação dos usuários e movimentos sociais no processo de elaboração, fiscalização e avaliação do orçamento da saúde nos níveis nacional, estadual e municipal;
- participar na organização, coordenação e realização de pré-conferências e/ou conferências de saúde (local, distrital, municipal, estadual e nacional);
- democratizar junto aos usuários e demais trabalhadores da saúde os locais, datas e horários das reuniões dos conselhos de políticas e direitos, por local de moradia dos usuários, bem como das conferências de saúde, das demais áreas de políticas sociais e conferências de direitos;
- socializar as informações com relação a eleição dos diversos segmentos nos conselhos de políticas e direitos;
- estimular o protagonismo dos usuários e trabalhadores de saúde nos diversos movimentos sociais;
- identificar e articular as instâncias de controle social e movimentos sociais no entorno dos serviços de saúde. (CFESS, 2010, p.58).

A elaboração dos “Parâmetros de Atuação” foi de grande importância para orientar o cotidiano dos profissionais na saúde. Representa mais um instrumento que pode ser utilizado para fortalecer o trabalho dos assistentes sociais na defesa dos princípios do Projeto Ético Político e na direção dos princípios do Projeto de Reforma Sanitária. Assim, o referido documento que direciona a atuação profissional para que os profissionais possam desenvolver seu trabalho a partir de uma perspectiva reflexiva, crítica e política que a profissão assumiu nos anos 1990, visando superar o lastro conservador enraizado na cultura profissional, como nos aponta Netto(1996).

Inseridos em espaço sócio ocupacional onde, historicamente, tudo gira em torno de procedimentos médicos, como aponta Bravo (2008) os assistentes sociais não tinham voz. Segundo a autora, mesmo após a ruptura com a postura conservadora da profissão na década de 1980, o exercício profissional de assistentes sociais atuantes na linha de frente da política de saúde continuou sendo um exercício com recorrentes posturas conservadoras, atuantes como meras executantes do que estava sendo institucionalmente estabelecido para o Serviço Social. Atuar conforme as diretrizes do projeto ético-profissional dos assistentes sociais de 1993 configurou-se um desafio a ser enfrentado pelos profissionais de Serviço Social.

Conforme revisão bibliográfica realizada neste estudo (NETTO, 1996; Braz, 2008) foi possível observar o argumento de que há um relativo desconhecimento do projeto ético-político da profissão na prática, contudo:

Pode-se dizer que esse relativo desconhecimento não eliminou a incorporação do projeto entre a categoria dos assistentes sociais. Ao contrário, é inegável que traços dele estão presentes no cotidiano dos assistentes sociais que operam nas diversas situações profissionais” (BRAZ, 2008, p.78).

A mudança de paradigma no modo de pensar a profissão e orientar o trabalho dos assistentes sociais, a partir de uma perspectiva metodológica de matriz teórica crítica, expressou o compromisso ético-político da categoria profissional com os interesses da classe trabalhadora. Assim, as atribuições e competências previstas para esses profissionais (tanto na Lei de Regulamentação, quanto nos Parâmetros para Atuação na Saúde) na política de saúde são comprometidas com os interesses dos trabalhadores. Ao se defender essa argumentação, não se desconsidera o pressuposto da determinação estrutural e histórica que confere o caráter contraditório da profissão no processo de reprodução social, conforme Iamamoto e Carvalho (2007), mas o que se ressalta é a opção ético-política que a categoria assume nas relações entre as classes em disputa. Conforme o documento do CFESS:

Ao mesmo tempo em que a década de 1990 é marcada pela hegemonia da tendência à intenção de ruptura e, não por acaso, quando o Serviço Social atinge sua maioria intelectual; é também, nesta mesma década, que se identifica a ofensiva conservadora a esta tendência. O questionamento à tendência à intenção de ruptura afirma que o marxismo não apresenta respostas para o conjunto dos desafios postos à profissão pela contemporaneidade. Segundo Netto (1996a), as críticas apresentam em comum o fato de apontarem como problemas o dogmatismo, quando de fato trata-se de ortodoxia, e os equívocos da tradição marxista, quando na realidade tratar-se-ia de possíveis lacunas dessa tradição no âmbito do Serviço Social. Na saúde, em que esse embate claramente se expressa, a crítica ao projeto hegemônico da profissão passa pela reatualização do discurso da cisão entre o estudo teórico e a intervenção, pela descrença da

possibilidade da existência de políticas públicas e, sobretudo, na suposta necessidade da construção de um saber específico na área, que caminha tanto para a negação da formação original em Serviço Social ou deslança para um trato exclusivo de estudos na perspectiva da divisão clássica da prática médica. (CFESS, 2010, p.27).

A partir do reconhecimento e da concepção de uma profissão crítica, o assistente social passou a constituir equipes multidisciplinares e lhe foi atribuído o dever de socializar as informações sobre os direitos relativos à Política de Saúde, e dar clareza quanto às competências e atribuições profissionais do Assistente Social como versa na Lei de Regulamentação e, também, os “Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde”. Como já visto anteriormente (IAMAMOTO, 2015), a profissão teve um grande avanço com a consolidação do Projeto Ético-Político, que se expressou nos três documentos normativos: Lei de Regulamentação da Profissão de Serviço Social (Lei 8662/93), Código de Ética e Diretrizes Curriculares. Esses documentos expressam o pensamento construído pela categoria de assistentes sociais brasileiros e o compromisso que esses assumiram em defesa dos interesses da classe trabalhadora e conferem a direção ético-política para o exercício do seu trabalho.

[...] a necessidade de se consolidar a ruptura com o Serviço Social tradicional, para tanto se faz necessário fortalecer o projeto de “intenção de ruptura”, responsável pela construção do atual projeto ético-político profissional e, em especial, avançá-lo para os serviços, para o cotidiano de trabalho do assistente social. (BRAVO; MATOS, 2008, p. 210).

O assistente social tem formação generalista e, assim, é qualificado para atuar no âmbito das políticas sociais públicas, inclusive a saúde, como consta na resolução Nº 383 de 1999 do CFESS.

[...] que o Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução de nº 218 de 06 de março de 1997, reafirmou o Assistente Social, entre outras categorias de nível superior, como profissional de saúde; [...] Considerando que o Serviço Social não é exclusivo da saúde, mas qualifica o profissional a atuar com competência nas diferentes dimensões da questão social no âmbito das políticas sociais, inclusive a saúde; [...] Considerando a aprovação da presente Resolução pelo Plenário do Conselho Federal de Serviço Social, em reunião ordinária realizada em 27 e 28 de março de 1999; Resolve: Art. 1º - Caracterizar o assistente social como profissional de saúde. Art. 2º - O assistente social atua no âmbito das políticas sociais e, nesta medida, não é um profissional exclusivamente da área da saúde, podendo estar inserido em outras áreas, dependendo do local onde atua e da natureza de suas funções. (CFESS, 1999).

A partir da Constituição Federal de 1988, com a reconfiguração das políticas sociais, as mudanças nos espaços ocupacionais e a reorganização da classe trabalhadora no processo de redemocratização do país, impuseram novas requisições

aos assistentes sociais. Os novos tempos demandaram que aqueles profissionais assumissem um posicionamento político que orientasse a sua atividade profissional, especialmente na saúde, em que projetos antagônicos permaneciam em disputa (O Projeto Privatista e o Projeto do MRS). De acordo com Bravo e Matos (2008) a década de 1980/90 foi um período de avanços do projeto ideológico neoliberal que trouxe importantes impactos para o sistema de saúde recentemente criado.

As transformações societárias que ocorreram no contexto social, econômico e político do país, especialmente na década de 1990, exigiram um novo direcionamento para o exercício profissional na política de saúde, como nos apontam Bravo e Matos (2008):

Sem dúvida, o Serviço Social está recebendo influências desta conjuntura, (de crise do Estado brasileiro, de falência da atenção à saúde e do movimento de ruptura com a política de saúde vigente e construção de uma reforma sanitária brasileira) mas, por outro lado, está passando por um processo interno de revisão, de negação do Serviço Social Tradicional, havendo, assim, uma intensa disputa pela nova direção a ser dada à profissão. (2008, p. 203-204).

Entende-se que dez anos após à publicação do documento do CFESS (2010), os desafios para a defesa de uma direção social na atuação profissional não foram superados. Todas essas questões são exemplos de que a construção e consolidação dos princípios da profissão e da Reforma Sanitária permanecem como desafios fundamentais para o trabalho na política de saúde no Brasil. Apesar de o projeto da reforma sanitária e o projeto da profissão terem sido, inicialmente, desarticulados em seu processo de implantação, seguem no mesmo direcionamento em defesa do direito à saúde pública e de qualidade para todos, não se desarticulam, pois, da defesa pela consolidação dos princípios do SUS. De acordo com o CFESS (2010):

Na saúde, a grande bandeira continua sendo a implementação do projeto de Reforma Sanitária, construído a partir de meados dos anos de 1970, uma vez que esse projeto tem relação direta com o projeto profissional dos assistentes sociais, como já foi explicitado anteriormente. Identificar os impasses para a efetivação desses projetos deve ser uma preocupação central. Assim, compreende-se que cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social que queira ter como norte o projeto ético-político profissional tem de, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária[...]. (CFESS, Brasília, 2010, p.29-30).

A seguir serão sinalizadas algumas premissas que impedem a implementação do SUS e os desafios posto ao trabalho de assistentes sociais, em decorrência dessa não implementação.

### 3.1 O SUS E OS DESAFIOS AO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL

Analisando a trajetória do Serviço Social na saúde, pôde-se observar que muitos (antigos) desafios ainda estão postos para os assistentes sociais na contemporaneidade. Segundo Bravo e Matos (2008) os projetos com perspectivas antagônicas, os projetos de democracia de massa e o projeto de democracia restrita permanecem em disputa na sociedade brasileira, segundo eles:

É evidente que esta conquista não foi dada, na medida em que no processo constituinte foi visível a polarização da discussão da saúde em dois blocos antagônicos: um formado pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e pela Associação das indústrias farmacêuticas (internacionais) que defendia a privatização dos serviços de saúde, e outro denominado Plenária Nacional da Saúde, que defendia os ideais da Reforma Sanitária, que podem ser resumidos como: a democratização do acesso, a universalidade das ações e a descentralização com controle social.[...] (BRAVO E MATOS, 2008, P.203).

A Política de Saúde, configurada como integrante da Seguridade Social, foi criada para ser pública, gratuita e de qualidade, mas com os constantes ataques promovidos pelas contrarreformas neoliberais que promovem a sua desconstrução, tem adquirido características de saúde privada. Segundo os autores Santos; Ugá e Porto (2008) o “mix” público e privado na Política de Saúde a partir da oferta, utilização e financiamento dos serviços de saúde impõe muitos desafios ao processo de efetivação do SUS.

[...] o processo iniciado pelo movimento da reforma sanitária, que culminou com as teses defendidas e aprovadas na VIIIª Conferência Nacional de Saúde, de 1986, resultou, na Constituição Federal de 1988, na opção por um modelo inspirado nos sistemas nacionais de saúde de acesso universal e integral. Entretanto, na realidade, já existia um setor privado robusto, tanto no campo da prestação de serviços (com um parque hospitalar predominantemente privado), como no que tange ao assecuramento privado (por meio de seguradoras e operadoras de planos privados de saúde, que detêm nada menos que 45,9 milhões de clientes (março de 2007). (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008, p.1432).

Os referidos autores destacam a construção do SUS, a partir de uma base fortemente privatizada, que resultou na adoção de um modelo no qual ocorre um imbricamento das ações do Estado e da iniciativa privada nos principais elementos estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS) que é o acesso universal e integral

às ações de promoção e recuperação da saúde. (SANTOS; UGÁ e PORTO, 2008). O subfinanciamento do SUS ganha bastante relevância, interferindo sobre a implementação das ações de saúde pública, uma vez que, diante do forte avanço do capital financeiro, a adoção de uma política macroeconômica de ordem restritiva, ocasiona em tentativas concretas de diminuição nos gastos com a saúde.

Santos, Ugá e Porto (2008) apontam que há três formas de inserção do seguro privado no sistema público de Saúde, são elas: a forma substitutiva, que ocorre quando o usuário opta entre o sistema público ou o sistema privado; a forma complementar, que é adquirida quando os serviços não são cobertos ou cobertos parcialmente pelo sistema público; e a forma suplementar, que é dada pela dupla cobertura de serviços de saúde. Essa forma de seguro é compreendida como promíscua, pois ocorre quando o sistema privado comercializa planos de saúde que oferecem serviços já cobertos pelo sistema público, diferenciando-se apenas nos serviços de hotelaria, no fato de poder escolher o prestador de serviço, pela agilidade no atendimento e a possibilidade de ter acesso à procedimentos estéticos. Essas informações foram obtidas pelas autoras através da Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Econômico (OCDE, 2004, apud Santos; Ugá e Porto, 2008).

Segundo as referidas autoras, essa forma suplementar de provimento de saúde, disponibiliza uma oferta maior, do que a ofertada pelo SUS, de serviços hospitalares e de equipamentos de média e alta complexidade. Os serviços de saúde privados, além de ofertar serviços de saúde para a demanda efetiva por meio de pagamento direto, os estabelecimentos privados oferecem leitos ao SUS e aos planos de saúde. Esse modelo, segundo as autoras Santos, Ugá e Porto (2008), ocasiona uma forte desigualdade no acesso aos serviços de saúde, pois essa dupla porta de entrada em hospitais privados, que também atendem a pacientes do SUS e, uma vez que há serviços não cobertos pelo plano privado mas que são prestados pelo estabelecimento com o financiamento público, gera essa promiscuidade.

Embora seja previsto, na forma da Lei, o ressarcimento ao SUS pelos serviços prestados por este aos consumidores das operadoras privadas (planos de saúde), conforme artigo 32 da Lei nº 9.656/1998 (BRASIL, 1998):

Serão ressarcidos pelas operadoras a que alude o art. 1º os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema único de Saúde - SUS

Entretanto, esse dispositivo legal apresenta pouca efetividade. Os subsídios estatais concedidos ao setor privado, expressos, por exemplo, nos recursos que o Estado deixa de arrecadar mediante desoneração fiscal dos operadores de planos de saúde e instituições filantrópicas. Tais instituições têm dedução de gastos da base sobre qual é calculado o imposto de renda, o que faz com que boa parte dos gastos privados em saúde sejam financiados pelo Estado (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008).

Segundo os autores Bravo; Pelaez e Pinheiro (2018), o projeto privatista retira do Estado o dever de prover ações de saúde, explora os usuários de serviços de saúde. E nesse sentido, os autores concordam com Behring (2009) afirmando que o Brasil vive um processo de contrarreformas desde a década de 1990, que tem afetado diretamente o tripé da seguridade social brasileira, pondo em risco às premissas do Projeto da Reforma Sanitária.

De acordo com os autores Bravo; Pelaez e Pinheiro (2018), a conjuntura política que se estabeleceu em 2016 aponta para um processo de restauração de um projeto (ultra) conservador aprofundando cada vez mais o país na dependência do capital internacional. Com isso transfere-se para o trabalhador o ônus da crise do capital, numa constante tentativas de desmonte de direitos já conquistados com o discurso ideológico de que às políticas sociais desencadeiam o desequilíbrio da dívida pública. E foi com esse discurso ideológico que se estabeleceu o congelado dos gastos orçamentários para as políticas sociais por vinte anos, expressos na PEC 95/2016 (BRASIL, 2016a) causando uma grave perda de recursos federais destinados ao SUS e às demais políticas do tripé da seguridade social.

Essa medida propiciou o incentivo aos planos de saúde popular e a aceleração do desmonte das políticas públicas, a partir da intensa propagação da cultura da crise posta pelo ideário neoliberal desde a década de 1990. Dessa forma, ampliam-se e são fortalecidos os mecanismos de livre mercado, por meio de participação dos prestadores privados de assistência à saúde (Parcerias Público-Privadas) na definição das políticas de saúde. Essa é uma realidade que parte do processo de desconstrução de direitos sociais já conquistados, que vêm ocorrendo na atual conjuntura, afetando assim o direcionamento do exercício profissional de assistentes sociais.

A Reforma Sanitária não se restringe ao SUS e aos serviços de saúde prestados por ele, o SUS é um sistema que articula ações de prevenção e promoção à saúde de toda a população, mas o maior desafio do movimento sanitário foi inserir a saúde em um modelo que promovesse, de fato, melhorias nas condições de vida



dos trabalhadores. A efetivação do SUS consolidou o conceito mais ampliado de saúde, não mais compreendido somente como ausência de doença, mas sim como fruto das relações sociais e destas com o meio físico, social e cultural, do reconhecimento das determinações sociais no processo saúde-doença, expresso pela OMS (1948) como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”.

Um dos maiores desafios que veio com esse novo conceito foi a garantia de continuidade dos serviços prestados, de maneira integral e gratuita para todos. A efetivação do SUS rompeu com o acesso privilegiado à saúde, contudo, a distância entre o SUS instituído pela constituição e o SUS real ainda é uma realidade desconexa.

Levando em consideração as transformações ocorridas na sociedade capitalista, a saúde é um espaço de resistência e de conflitos entre os interesses do capital e as necessidades de vida digna dos trabalhadores. Nesse sentido, o trabalho de Assistentes Sociais em espaços interdisciplinares e multiprofissionais na saúde é de suma importância para a contínua efetivação do Projeto de Reforma Sanitária e do Projeto ético político da profissão.

De acordo com a revisão bibliográfica realizada no estudo, diante dessa nova perspectiva de saúde instituída pelo PRS e efetivada na CF, ocorreram modificações no direcionamento nas ações de saúde, sendo voltado para a superação da perspectiva biologista de práticas médicas fragmentadas, tendo em vista que a ação profissional incide sobre sujeitos em sua totalidade e não em suas partes fragmentadas. Pois, de acordo com Mioto e Nogueira (2009), as situações cotidianas apresentadas pelos sujeitos resultam de determinantes sociais que influenciam diretamente em seu processo saúde-doença e, por isso, no agir profissional, para além do conhecimento específico, exige-se uma visão ampliada das relações sociais e da singularidade do indivíduo em seu processo saúde-doença.

Diante disso, assinala-se o conhecimento como elemento fundamental na conformação dos destinos da profissão. De uma profissão que, ao longo das últimas décadas, tem se preocupado cada vez mais com a produção desse conhecimento dentro de significativa amplitude temática, [...]. (MIOTO e NOGUEIRA, 2009, P.232).

Conforme Santos (2010), o Assistente Social é o profissional que possui conhecimentos que se traduzem em técnicas que se materializam em instrumentos adequados à realidade e à necessidade de cada intervenção. E é nesse sentido que

se revela a autonomia do Assistente Social, pois o direcionamento do seu exercício profissional é determinado por ele. Todavia, Iamamoto e Carvalho (2007) afirmam que o assistente social tem relativa autonomia na condução de suas ações. Essa relativa autonomia se justifica pela condição de assalariamento e pelos limites impostos pela relação contraditória entre as classes, isso porque o assistente social no seu exercício profissional ao responder às demandas institucionais que chegam até ele, atende, ao mesmo tempo, aos interesses contraditórios do capital e dos trabalhadores (IAMAMOTO; CARVALHO, 2007).

Conforme nos apontam Mioto e Nogueira (2009), “[...] pensar as ações do Serviço Social, considerando sua particularidade disciplinar na saúde e a partir da reconstrução do objeto sobre o qual incide a ação do assistente social. [...]”. A ação do assistente social incide sobre as expressões da questão social, que se apresentam nos espaços institucionais como necessidades, demandas e condições de vida da classe trabalhadora e além das respostas institucionais apresentadas, como resultado dessa contradição entre capital e trabalho. Esse é um entendimento que parte da interpretação de Iamamoto (2007), de acordo com a concepção de Marx que ela assume.

Quando as autoras Mioto e Nogueira (2009) se referem a reconstrução do objeto, entende-se que é pelo fato do Serviço Social ter abandonado uma concepção conservadora dos primórdios da profissão e ter se reconfigurado, tendo como alicerce a tradição marxista como opção teórica para a construção do Projeto Ético Político da profissão.

A mudança de paradigma da profissão aproxima o assistente social do PRS. Nesse sentido, as autoras destacam a importância das ciências sociais na estruturação das ações profissionais e apontam que a sustentação desse posicionamento na prática vai depender da clareza teórica do profissional no exercício profissional que, segundo elas: “[...] O alcance desses dois atributos contribui para impor o rompimento da clássica dicotomia teoria e prática e a busca da organização do conhecimento sobre a ação profissional relacionada ao seu objeto de trabalho.”(MIOTO e NOGUEIRA, 2009, P.223). Ou seja, na prática a teoria não é outra, só é quando o profissional não apreendeu a teoria. De acordo com Iamamoto (2015):

[...]Nos anos 1980, os assistentes sociais descobriram a importância da consideração da dinâmica das instituições e das relações de poder institucional para se pensar o Serviço Social, assim como as políticas sociais,

os movimentos e lutas sociais. A imagem que poderia representar o esquema dominante de análise tinha no *centro* a “prática do Serviço social” e, no seu *entorno*, a dinâmica institucional, as políticas sociais, os movimentos sociais como fatores *relacionados* ao exercício profissional. Mas, geralmente, ao se falar em prática referia-se, exclusivamente, à atividade do Assistente Social. Os demais elementos citados eram tidos como *condicionantes* dessa prática, com uma certa relação de *externalidade* em relação a ela. (IAMAMOTO, 2015, p.61).

Segundo Mioto e Nogueira (2009), “As premissas para a ação profissional em saúde assentam-se em três pilares: necessidades sociais em saúde; direito à saúde e produção da saúde. [...]” (Idem, p. 223). As necessidades sociais que referimos neste trabalho dizem respeito à saúde e são entendidas como determinadas e construídas historicamente. Sendo assim, “[...] A produção de saúde é entendida como um processo que se articula a partir das transformações econômicas, sociais e políticas, das ações de vigilância à saúde e das práticas de assistência à saúde. [...]” (Idem, p. 223). Nesse sentido, recorreremos mais uma vez à contribuição de Netto (1996) quando ele fala que, algumas profissões deixam de existir, outras surgem e algumas se reconfiguram de acordo com reordenamento do capital.

Mioto e Nogueira (2009) apontam três grandes marcos. Primeiro elas falam acerca da concepção ampliada de saúde, já bastante explorada aqui. O segundo marco foi o movimento de reorganização e de atualização das práticas em saúde, havendo uma preocupação com a especificidade do Serviço Social, pois segundo Mioto e Nogueira (2009) há um alargamento de outras profissões em direção ao social, em outros termos, algumas categorias tendem a ocupar-se do trabalho do assistente social. E o terceiro marco que às autoras apontam é uma forte tendência à desqualificação dos aspectos relacionados ao social, o que é bastante contraditório, se configurando um desafio diário para o trabalho de Assistentes Sociais, pois, embora esse conceito ampliado de saúde tenha sido difundido, a realidade nos hospitais ainda é uma realidade centrada na medicina curativa e em procedimentos médicos, por vezes inviabilizando o exercício profissional de Assistentes Sociais, para exemplificar isso, destaca-se a alta médica sem a alta social, essa é uma das tantas formas de se inviabilizar o trabalho de assistentes sociais em equipe multidisciplinares, um ponto importante a ser discutido, mas que nos limitaremos aqui.

Segundo o conceituado sociólogo, Durkheim, a dinâmica societária é um fenômeno que não permite que a realidade seja vista a olho nu. Por ser complexa, os fenômenos dessa realidade não são isolados, mas estão postos numa totalidade que não é apenas uma soma das partes. Contraditoriamente, a realidade não é aparente,

mas ela se expressa na aparência, ou seja, a aparência é a expressão da realidade ao mesmo tempo em que a encobre. (IAMAMOTO, 2015).

Iamamoto adota a perspectiva de Marx para chegar à conclusão dessa dinâmica societária, ao qual é possível mostrar esse fetiche da aparência e descobrir a essência da realidade. Por isso, compreender o significado social da profissão e como o Serviço Social participa do processo de produção e reprodução das relações sociais é extremamente importante para os Assistentes Sociais, pois se há uma totalidade determinada pela dinâmica material, pela forma que os homens se organizam para produzir, é preciso entender qual é o papel do Assistente Social nessa dinâmica, como essa categoria participa do modo em que o capital se organiza para produzir no Brasil.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A dificuldade de acesso à saúde é uma expressão cruel da questão social, avançar na luta pela efetivação de uma saúde pública de qualidade resgatando o Projeto da Reforma Sanitária requer um esforço de todas as categorias de trabalhadores.

Entende-se que para o assistente social exercer seu trabalho no âmbito da Política de Saúde, um dos princípios fundamentais é conhecer bem esta política, compreender esses dois projetos antagônicos em disputa desde 1980, o projeto de democracia de massa e o projeto de democracia restrita, intensificado a partir da implantação do Plano Diretor da Reforma do Estado, em 1995, que teve como finalidade delegar ao setor privado a execução dos serviços públicos, e deixar para o Estado as funções de coordenar e financiar as políticas públicas. Nesse sentido, os desafios para o trabalho dessas profissionais, diante dessa lógica do projeto privatista em curso na saúde pública, intensificam-se cada vez mais diante do atual contexto político de desconstrução dos direitos sociais conquistados arduamente pela classe trabalhadora em um passado recente. Considera-se que o fortalecimento do projeto privatista proposto pelo ideário neoliberal, que ataca os direitos sociais, é mais um desafio a ser enfrentado pelos assistentes sociais na defesa dos direitos sociais, conforme os princípios do Projeto Ético Político da Profissão e do Projeto de Reforma Sanitária. Iamamoto (2008) fala que o projeto profissional se configura como a imagem do Serviço Social, uma imagem socialmente legitimada.

Salienta-se a importância de conhecer as condições de vida dos indivíduos e as políticas do local em que estiver inserido, pois fatores econômicos, culturais e sociais, condições já estabelecidas como condicionantes do processo saúde-doença, mas que muitas vezes não são levados em consideração na imediatidade do dia-a-dia em ambientes hospitalares. O assistente social é o profissional capacitado para captar os sentidos da realidade referente aos aspectos sociais e culturais que incidem no processo saúde doença e que não são observados por outras categorias profissionais, e essa incompreensão dos agravos à saúde da população são aspectos que podem retirar dos sujeitos a possibilidades de recuperação.

Diante das condições objetivas, os assistentes sociais no exercício do seu trabalho no cotidiano institucional sofrem pressão para dar respostas concretas e imediatas, tendo que quantificar e não qualificar o seu trabalho. Bravo e Matos (2008) afirmam que o debate sobre o Serviço Social na saúde está pautado no PRS e no projeto ético-político da profissão, mesmo que no cotidiano profissional não seja possível articular o que está posto nos projetos. Esta é uma realidade que por mais que o profissional seja comprometido com o projeto ético-político da profissão e tenha consciência do seu papel, sofre impactos no direcionamento de suas ações. Nesse sentido:

Considera-se que o Código de Ética da profissão apresenta ferramentas imprescindíveis para o trabalho dos assistentes sociais na saúde em todas as suas dimensões: na prestação de serviços diretos à população, no planejamento, na assessoria, na gestão e na mobilização e participação social. (CFESS, Brasília, 2010, p.29-30)

Embora o assistente social tenha autonomia no direcionamento do seu trabalho, esse exercício não perde o caráter contraditório, ainda que o profissional tenha um direcionamento ético-político em benefício da classe trabalhadora, de alguma forma ele beneficia também a classe que vive da exploração do trabalho, é algo que é inerente ao capitalismo. Um ponto importante a ser mencionado é que a autonomia do Assistente Social não é decorrente do Código de Ética, este é um documento normativo que reforça o direcionamento da profissão, mas o que determina de fato é a contradição entre as classes sociais. O trabalho do assistente social tem um papel fundamental para a reprodução social. Cabe dizer, que o Assistente Social é o profissional imbuído de competência teórica, metodológica e técnico-operativa, capaz de atuar nas múltiplas expressões da questão social, contraditoriamente, dando respostas a ambas as classes sociais.

Os assistentes sociais, com seu trabalho, viabilizam o acesso dos trabalhadores aos direitos, direitos que assumem a forma de serviços sociais subsidiados pelo Estado. Cabe destacar que os serviços sociais são financiados por meio de tributos pagos ao Estado, sob a forma de uma pequena parcela da mais valia produzida pelo trabalhador e apropriada pelo capital, e sob a forma de uma parcela do salário do trabalhador que, também, é devida ao Estado (IAMAMOTO; CARVALHO, 2007). Enfrentar a questão social em sua totalidade significaria enfrentar a ordem burguesa, o Estado não enfrenta, pois foi cooptado pelos interesses do capital, o papel que ele desenvolve é minimizar as expressões da questão social, atendendo as demandas de forma fragmentada/parcializada através das políticas sociais. Netto (2009) argumenta que às políticas setoriais cumprem um papel importante para a criação de mecanismos que favorecem a criação de novos espaços para a valorização do capital.

De acordo com Bravo e Matos (2008), os desafios profissionais postos na atualidade - apontados também pelos Ministério da Saúde - se dão em torno, entre outros, da superação da assistência à saúde centrada na assistência médica. Nesse sentido, para os referidos autores:

O trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social. É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas às necessidades apresentadas pelos usuários. (BRAVO; MATOS, 2008, p.213).

Neste estudo exploratório, tentou-se aprofundar a compreensão sobre a Política de Saúde e a direção social do trabalho de Assistentes Sociais, e os desafios postos no cotidiano de *trabalho* dos Assistentes Sociais que atuam nessa política no enfrentamento das múltiplas expressões da questão social. Buscou-se analisar as contribuições e a importância dos “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na política de saúde. O item três do referido documento oferece estratégias para o enfrentamento das expressões da questão social. Nesse sentido, para os profissionais que atuam na política de saúde, é imprescindível o aprofundamento do conhecimento dos PASSS, e principalmente o Projeto Ético-Político da profissão.

Nessa atual conjuntura de retrocessos, o assistente social precisa se reinventar para atender às demandas postas pelos trabalhadores usuários do sistema no cotidiano profissional. Nesse sentido, percebe-se que a consolidação e os avanços

dos princípios da Reforma Sanitária permanecem como desafios fundamentais para os assistentes sociais que atuam na Política de Saúde. Sendo assim, quanto mais conhecimento e domínio teórico metodológico o profissional de Serviço Social tiver, maior domínio terá sobre seu trabalho, alargando as possibilidades de respostas aos usuários dos serviços prestados por ele e, também, no sentido de reafirmar o compromisso com a classe trabalhadora. Esse é o compromisso ético-político que o Assistente Social tem com sua profissão.

## REFERÊNCIAS

- ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. São Paulo, Cortez/Unicamp, 1995.
- AROUCA, A. S. da S. **A reforma sanitária brasileira**. Tema/Radis, Rio de Janeiro, n.11, p.2-4. 1988.
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. 6. ed. São Paulo, SP: Cortez, 2009.
- BRASIL. CEBES. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. A questão democrática na área de saúde. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, n.9, p.11-13. 1980.
- \_\_\_\_\_. CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**, Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília, 2010.
- \_\_\_\_\_. Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. -10ª ed. rev. e atual. - [Brasília]: **Conselho Federal de Serviço Social**, [2012].
- \_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm), Acesso em: 03.12.2018.
- \_\_\_\_\_. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Jun., 2011.
- \_\_\_\_\_. FIOCRUZ. **A História da Saúde Pública No Brasil - 500 anos na busca de soluções**. youtube, Video Saúde Distribuidora da Fiocruz, Publicado em 22 de fev. de 2016. (17min.: 01seg.). disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=7ouSg6oNMe8&t=319s>>. Acesso em 2018.
- \_\_\_\_\_. FIOCRUZ. **O SUS do Brasil - um projeto para a saúde**. youtube, Publicado em 27 de ago de 2013, 26mim:13seg. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Cb-cslNmGnE&t=1344s>>. Acesso em 2018.
- \_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. set, 1990.
- \_\_\_\_\_. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 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. dez, 1990.



\_\_\_\_\_. **Resolução nº 218.** Conselho Nacional de Saúde, de 06 de março de 1997.

\_\_\_\_\_. **Resolução n.º 383.** EMENTA: Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. 29 de março de 1999.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde**, História da Saúde Pública no Brasil, youtube, 2006, 1h:02min:40seg, disponível em:  
<<https://www.youtube.com/watch?v=L7NzqtspLpc&t=638s>>. Acesso em 2018.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: **Serviço Social e Saúde Formação e Trabalho Profissional**. MOTA, A. E. [et al.], (orgs). -3. ed.- São Paulo: Cortez; Brasília- DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008, p.88-110.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: **Serviço Social e Saúde Formação e Trabalho Profissional**. MOTA, A. E. [et al.], (orgs). -3. ed.- São Paulo: Cortez; Brasília- DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008, p.197-217.

BRAZ, M. Notas Sobre o Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: **CRESS 7a Região**. (Org.). Assistente Social: Ética e Direitos - Coletânea de Leis e Resoluções. 5 ed. Rio de Janeiro: Daugraf Gráfica e Editora, 2008, v. I, p. 78-85.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. GIOVANELLA, L. et al. (org.), Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 279-321.

\_\_\_\_\_. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. GIOVANELLA, L. et al. (org.), Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 323-384.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAÚJO, M. **Determinantes sociais da saúde**: o “social” em questão. Saúde Soc. São Paulo, v.23, n.4, p.1173-1182, 2014.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 20 ed. São Paulo, Cortez, 2007.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na Contemporaneidade**: trabalho e formação profissional, 26.ed., São Paulo. Cortez, 2015.

\_\_\_\_\_. **Renovação e Conservadorismo No Serviço Social: ensaios críticos**, 26.ed., São Paulo. Cortez, 2008

\_\_\_\_\_. **Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 4ª ed.-São Paulo, Cortez, 2010.

LUBISCO, N. M. L.; VIEIRA, S. C.; SANTANA, I. V. **Manual de estilo acadêmico**: monografias, dissertações e teses. 5ª ed. Salvador: EDUFBA, 2013.

MENDES, A.; MARQUES, R. M. O financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização. **Ciência & Saúde Coletiva**. 14(3):841-850, 2009.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Serviço Social e Saúde – desafios intelectuais e operativos. **SER Social**. Brasília, v. 11, n. 25, p. 221-243, jul./dez. 2009.

NETTO, J. P. **1947- Capitalismo monopolista e serviço social**. 7.ed.-São Paulo, Cortez, 2009.

NETTO, J. P. Transformações societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil, **Rev. serviço social & sociedade**. Ano XVII- nº 50, São Paulo, Cortez, abril 1996.

NETTO, J. P. A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: **Serviço Social e Saúde Formação e Trabalho Profissional**. MOTA, A. E. [et al.], (orgs). 3.ed. São Paulo: Cortez; Brasília- DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008, p.141-160.

POLIGNANO, M. V. História das Políticas de Saúde no Brasil. 200-?, Disponível em: <[www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo23p.pdf](http://www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo23p.pdf)> Acesso em: abril 2018.

SANTOS, I.S.; UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M. **O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(5):1431-1440, 2008.

SANTOS. Claudia Monica, **NA PRÁTICA A TEORIA E OUTRA?**, 2010. 1ª ed., Editora: Lumen Juris